

# De un Estado de Leyes a un Estado de Derecho: obstáculos en el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León

/From a State of Laws  
to a State under the Rule  
of Law: Obstacles in  
Healthcare Access for  
Irregular Migrants in the  
State of Nuevo León

\*Artículo de investigación. Recibido el 30 de julio de 2018. Aceptado el 27 de noviembre de 2018. TLA-MELAU, Revista de Ciencias Sociales. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México / E-ISSN: 2594-0716 / Nueva época año 13, Suplemento Especial de Invierno (diciembre 2019 – marzo 2020), pp. 98-118.

## RESUMEN

Las personas migrantes en situación irregular suelen enfrentar más y mayores factores de riesgo para la salud que la población general, pero sufren de una atención sanitaria limitada. Después de revisar el marco legal del derecho humano a la salud reconocido por México, se realizó un análisis cualitativo sobre la realidad de la aplicación de los derechos humanos en personas migrantes irregulares en el estado de Nuevo León. Se llevó a cabo una investigación del tipo análisis de casos; se revisaron nueve estudios de casos individuales. El objetivo general fue identificar las condiciones reales en las que se ejerce el derecho a la salud de las personas migrantes irregulares. Por la importancia del acceso a la salud en las personas en situación de movilidad y que sufren de alta vulnerabilidad social, nos enfocamos en analizar el respeto del principio de accesibilidad que debe cumplir todo sistema de salud. Este trabajo exploratorio identifica algunas limitaciones y barreras en la ejecución de las cuatro dimensiones que componen el principio de accesibilidad (económica, física, informativa y no-discriminación). Finalmente, se esbozan algunas pistas de reflexión para que las personas migrantes gocen mejor de su derecho a la salud en una perspectiva de derechos humanos.

## PALABRAS CLAVE

Migración irregular, acceso a la salud, derechos humanos, principio de accesibilidad, derecho a la salud

## ABSTRACT

Migrants in irregular situations often face more and greater health risk factors than the general population. In addition, they suffer limited healthcare assistance.

After reviewing the legal framework of the human right to healthcare recognized by Mexico, a qualitative analysis was carried out on the actual application of human rights for irregular migrants in the state of Nuevo León.

A case study research was executed and nine individual case studies were reviewed.

The general objective was to identify the actual conditions in which the right to healthcare for irregular migrants is exercised.

Due to the importance of access to healthcare by the segments of the population in situations of mobility who suffer from high social vulnerability, we focus our analysis with respect to the principle of accessibility that every healthcare system must comply with.

This exploratory work identifies some limitations and barriers in the execution of the four dimensions that comprise the principle of accessibility (economic, physical, informative and non-discriminatory).

Finally, some points of reflection are outlined so that migrants can better enjoy their right to healthcare from a human rights perspective.

## KEYWORDS

Irregular migration, access to health, human rights, principle of accessibility, right to health

\* Profesor Investigador en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de Monterrey, México. (philippe.stoessle@udem.edu) Orcid.org/0000-0001-9638-4018

\*\* Profesor Investigador en el Departamento de Ciencias Básicas de la Universidad de Monterrey, México. (fgonz75@hotmail.com) Orcid.org/0000-0003-2832-4771

1. Introducción y objetivo / 2. Metodología / 3. Migración y salud, una relación imprescindible / 4. Principales factores de riesgo para la salud de los migrantes irregulares / 5. Los cuatro principios fundamentales del derecho a la salud / 6. La realidad observada: obstáculos y limitantes en la aplicación del derecho a la salud en migrantes irregulares en Nuevo León / 7. ¿Una realidad compatible con un enfoque en derechos humanos? / 8. Referencias

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) establece, en su artículo 25, el derecho humano a la salud, como “un nivel de vida adecuado que le asegure al individuo, como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, y otorga a todos los individuos el derecho a la información, prevención y tratamiento de su enfermedad. Por su parte, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por México en 1981, proclama, en su artículo 12, “el derecho al disfrute más alto posible de salud física y mental”.<sup>1</sup>

Aplicado al Derecho mexicano, la Ley de Migración señala lo siguiente en su artículo 8:

Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Además, los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida.<sup>2</sup>

De estas declaraciones, resalta que el derecho a la salud es esencial para llevar a cabo una vida digna, porque permite el pleno disfrute de otros dere-

<sup>1</sup> ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Consultado el 3 julio de 2018.

<sup>2</sup> Segob, Decreto por el que se expide la Ley de Migración y se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Población, del Código Penal Federal, del Código Federal de Procedimientos Penales, de la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, de la Ley de la Policía Federal, de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, de la Ley de Inversión Extranjera, y de la Ley General de Turismo, 25 de mayo de 2011. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011). Consultado el 21 agosto de 2018.

chos. Para las personas migrantes, como para cualquier individuo, la salud constituye un bien primordial para su desempeño óptimo en la sociedad de tránsito o de recepción. ¿De qué les serviría tener derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación o a la libre expresión, si no gozan de salud para ejercer dichos derechos?

La ley establece que el Estado tiene como obligación no solamente “respetar” ese derecho de los individuos (absteniéndose de toda injerencia en el derecho a la salud de las personas), sino también proteger ese mismo derecho (adoptando medidas para evitar la injerencia de terceros), cumplirlo (adoptando medidas para garantizar la efectividad plena de este derecho) y promoverlo (facilitando la recepción y difusión de información e ideas al respecto) sin excepción alguna.<sup>3</sup>

El presente estudio analiza, desde una perspectiva de derechos humanos, la realidad que viven las personas migrantes irregulares cuando pretenden ejercer su derecho a la salud en las instituciones de salud del estado de Nuevo León. El principal objetivo de este análisis es identificar los retos y obstáculos en el acceso al sistema de salud de estos migrantes; confrontamos el principio de accesibilidad con la realidad que viven efectivamente al acudir a establecimientos de salud. Este principio debe caracterizar todo sistema de salud, en sus cuatro dimensiones: accesibilidad económica, física, informativa y no-discriminación.<sup>4</sup>

Por la complejidad del tema, el limitado número de casos y la delimitación de nuestro campo al estado de Nuevo León, no pretendemos enunciar recomendaciones generales de políticas públicas aplicables a nivel nacional, pero sí señalar las áreas de oportunidad para una correcta aplicación de la normatividad sobre el derecho a la salud que tienen pero no ejercen las personas migrantes irregulares en Nuevo León. Además, se pretende identificar cuáles son las principales limitaciones y barreras para ejercer este derecho. Finalmente, se proponen pistas de reflexión basadas en nuestras observaciones.

## 2. METODOLOGÍA

Este es un estudio exploratorio cualitativo de análisis de casos que se inscribe en el marco del proyecto UIN 17541 “Acceso a la salud de las personas migrantes en situación irregular en el noreste de México”, aprobado por la

<sup>3</sup> Comité de Derechos Económicos Sociales, Observación General Núm. 22. Desde el 23 de febrero a 6 de marzo de 2015, del 1 a 19 de junio de 2015 y del 21 de septiembre a 9 de octubre de 2015. Disponible en: [https://digitallibrary.un.org/record/836227/files/E\\_2016\\_22-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/836227/files/E_2016_22-ES.pdf). Consultado el 29 junio de 2018.

<sup>4</sup> Comité de Derechos Económicos Sociales, Observación General Núm. 14. 11 de agosto de 2000. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>. Consultado el 29 junio de 2018.

Universidad de Monterrey. Adoptamos la definición de *migrante irregular* de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM): “Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener estatus legal en el país receptor o de tránsito”.<sup>5</sup>

Presentamos aquí los resultados de la primera fase, basados en nueve observaciones directas no participantes realizadas acompañando a personas migrantes irregulares en sus recorridos por el Sistema de Salud entre septiembre de 2017 y julio de 2018 en la zona metropolitana de Monterrey (ZMM). El tiempo promedio de seguimiento fue de 37 días por caso, entre altas en el seguro, consultas en centros de salud, atención en urgencias de hospitales y visitas de seguimiento y control. Observamos sus experiencias en distintos momentos y en cinco centros de salud, dos hospitales, una oficina del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y cuatro módulos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (cuyo brazo operativo es comúnmente conocido como Seguro Popular).

Los contactos con las personas migrantes se establecieron de tres maneras:

- Cuatro fueron canalizados con nosotros directamente por organizaciones de la sociedad civil de la ZMM que, si bien pueden referir las personas migrantes a los centros de salud cercanos, no pueden proveer el acompañamiento y la asistencia completa ni el seguimiento de los migrantes en el sistema de salud, por falta de tiempo, conocimiento o personal; especialmente, porque se dedican a asuntos de regularización migratoria más que de atención a la salud.
- Entramos en contacto con tres de ellos por medio de otras personas migrantes que les proporcionaron nuestro contacto.
- Dos nos contactaron directamente por teléfono al tener una necesidad de salud y tener nuestro contacto por trabajos previos de investigación empírica.

A continuación, presentamos una tabla sintética de los datos sociodemográficos de los individuos acompañados, de sus necesidades de salud y de los lugares de atención visitados (los nombres presentados son pseudónimos para mantener la privacidad de los participantes).

---

<sup>5</sup> Organización Internacional para las Migraciones, Glosario sobre la Migración, Ginebra, 2006. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf). Consultado el 29 de julio de 2018.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y situación de salud de los individuos observados.

	Víctor	Esperanza	Karla	Alberto	Santiago	Wilmer	Erick	Elizabeth	Santos	
Perfil socio demográfico	Sexo (M/F)	M	F	F	M	M	M	M	F	M
	Edad	35	33	33	27	46	22	20	24	31
	País de origen	Salvador	Honduras	Honduras	Honduras	Honduras	Honduras	Haití	Honduras	Guatemala
	Tiempo en México/Nuevo León (en días)	550	613	90	450	S.D.	210	90	60	18
	Municipio de residencia	Santa Catarina	Juárez	Guadalupe	Juárez	Allende	Monterrey	Escobedo	Guadalupe	Guadalupe
	Empleo	N.A.	N.A.	N.A.	Aux. de bodega	Agricultor	N.A.	Opera call center	N.A.	S.D.
	Tiempo de seguimiento del caso (en días)	75	35	42	38	12	78	21	23	7
Necesidad de salud	Lesión corporal	P				P	P			
	Enfermedad			P	P	P	P	P		P
	Embarazo		P						P	
Establecimiento de salud visitado	Módulo Seguro Popular	P	P	P		P	P	P		P
	Centro DIF		P							
	Hospital	P	P		P		P	P	P	
	Centro de salud	P	P	P		P	P			P

Leyenda: SD: Sin datos / NA: No aplica.

### 3. MIGRACIÓN Y SALUD, UNA RELACIÓN IMPRESCINDIBLE

Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito irregular no es cosa sencilla, porque reta la concepción tradicional de las políticas públicas de salud (especialmente, si se consideran desde una postura de derechos humanos) por su clandestinidad y su constante movilidad: no tienen necesariamente un domicilio fijo, se mueven con su fuente de trabajo y no cuentan con la información básica suficiente (derecho al uso del servicio de salud libre de costo, ubicación de los hospitales, medios de transportes, etcétera).

Además, los migrantes están animados por una constante búsqueda de recursos económicos para subsanar sus necesidades básicas, mandar dinero a otros dependientes económicos y/o ahorrar para seguir con su recorrido migratorio, además de estar sobreexposados a múltiples riesgos en su salud ocupacional. En efecto, al trabajar forzosamente en la informalidad por su ausencia de estancia legal en el país, están sujetos a perder un ingreso —cuando no se exponen simplemente a perder su empleo— si faltan al trabajo para atender sus necesidades de salud. Lo anterior explica el uso de una medicina de urgencia (cuando ya no pueden cumplir con su objetivo primordial, que es salir a trabajar) más que de prevención o de atención temprana.<sup>6</sup>

Sin embargo, esto no significa que la condición de migrante de los individuos implique forzosamente un peor estado de salud que la población general o que represente un riesgo especial para la salud pública.<sup>7</sup> Cada individuo es el sujeto social de su propia trayectoria migratoria y tiene su propio historial de salud.<sup>8</sup> Como en cualquier población, existen aspectos transversales que determinan la salud de los individuos, tales como la edad y el sexo, la situación socioeconómica y los factores genéticos.<sup>9</sup> Al contrario, algunos autores subrayan las múltiples paradojas del binomio migración y salud, precisando que la salud de las personas migrantes mejora al llegar a su destino porque mejoran sus condiciones de vida en general (menor exposición a agentes infecciosos, mejores viviendas, instalaciones sanitarias, alimentación y estilos de vida).<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Okie, Susan, Immigrants and health care at the intersection of two broken systems, *N Engl J Med*, vol. 6, núm. 357, pp. 525-529.

<sup>7</sup> Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Informe 7/2016 Sobre estaciones migratorias y estancias provisionales en los estados de Guerrero, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora y Veracruz. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/3V/A74/I/3V-20160930-c12-023.pdf>. Consultado el 3 julio de 2018.

<sup>8</sup> Ochoa Mangado, Enriqueta; Vicente Muelas, Natividad; Lozano Suárez, M., Síndromes depresivos en la población inmigrante, *Rev. Clin. Esp.*, vol. 205, núm. 3, pp. 116-118.

<sup>9</sup> Ruiz, Naxhelli, La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo, *Investigaciones Geográficas*, núm. 77, pp. 63-74.

<sup>10</sup> Fuertes, Carmen y Martín-Laso, María Ángeles, El inmigrante en la consulta de atención primaria, *Anales Sis San Navarra*, vol. 29, suppl. 1, pp. 9-25.

#### 4. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD DE LOS MIGRANTES IRREGULARES

El recorrido migratorio por México conlleva un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Las personas migrantes suelen encontrarse en situación de vulnerabilidad y son propensas a contraer enfermedades, “tanto por el estatus de salud en los países de origen, como por las condiciones de hacinamiento y pobreza en el país de acogida”.<sup>11</sup> La literatura científica existente identifica también otros factores claves como las carencias socioeconómicas, las barreras legales, socioculturales y lingüísticas; o el rechazo social, especialmente para las personas en situación irregular que deben lidiar con altos niveles de violencia en el país.<sup>12</sup>

Además, considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la *salud* como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente [como] la ausencia de afecciones o enfermedades”, es necesario detenerse sobre la situación de la salud mental de las personas migrantes en tránsito. En los últimos años, el interés científico ha girado mucho en torno a este tema antes descuidado.<sup>13141516</sup>

La cuestión de la salud mental es especialmente relevante si se toma en cuenta que todo migrante sufre algún tipo de cambio en sus referentes culturales, sociales y personales. Los “7 duelos del migrante” (la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física) y el Síndrome de Ulises (situación de estrés crónico y múltiple del migrante), a los que refiere J. Achotegui, lo pueden llevar a adoptar conductas de evasión de la difícil

<sup>11</sup> Liberona Concha, Nanette y Mansilla, Miguel Ángel, Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile, *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 507-520.

<sup>12</sup> Organización Internacional para las Migraciones, Migrantes en México. Vulnerabilidad y riesgos, 2016. Disponible en: [https://miciniinitiative.iom.int/sites/default/files/document/micic\\_mexico\\_1.pdf](https://miciniinitiative.iom.int/sites/default/files/document/micic_mexico_1.pdf). Consultado el 29 julio de 2018.

<sup>13</sup> Altman, Claire; Gorman, Bridget; Chávez, Sergio; Ramos, Federico y Fernández, Isaac, The mental well-being of Central American transmigrant men in Mexico, *Global Public Health*, núm. 13, pp. 383-399.

<sup>14</sup> Collazos, Francisco; Qureshi, Adil; Antonín, Monserrat y Tomás-Sábado, Joaquín, Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante, *Papeles del Psicólogo*, núm. 29, pp. 307-315.

<sup>15</sup> Passalacqua, Alicia Martha; Simonotto, Teresa; Sambucetti, Andrea; Polidoro, Aldo Antonio; Zuccolo, Sabrina; Mussoni, Ana María; Boustoure, María Alejandra; Alvarado, María Laura; Piccone, Anabela; Castro, Fernando Julio; Gherardi, Carla Araceli; Greco, Nadia Geraldine y Menestrina, Norma Benedicta, Variaciones del impacto migratorio, Universidad de Buenos Aires, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.

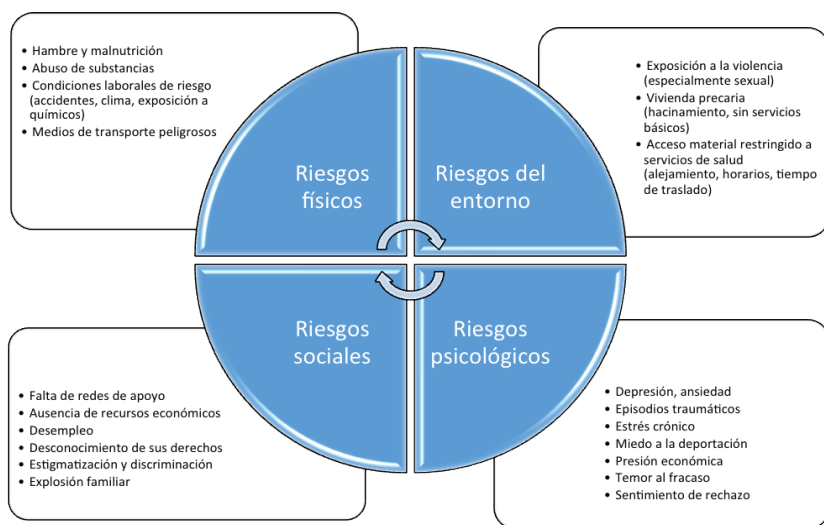
<sup>16</sup> Ramos Tovar, María Elena, Similitudes y diferencias en la salud psicofísica entre mujeres y hombres migrantes en Estados Unidos. Implicaciones para las políticas de salud y programas de intervención social, *Perspectivas Sociales/Social Perspectives*, vol. 11, núm. 1.



realidad que dañen su físico y su mente: consumo de drogas, abuso de alcohol y comportamientos sexuales de riesgo.<sup>17,18</sup>

A continuación, presentamos una gráfica sintética de los principales factores de riesgo para la salud y de su interconexión, puesto que se potencian entre ellos hasta aumentar sensiblemente la vulnerabilidad de quienes cuentan con varios de ellos y provocar situaciones que rebasan la capacidad individual de resiliencia de los migrantes.<sup>19</sup>

Diagrama 1. Interconexión entre los factores de riesgo para la salud que enfrentan las personas migrantes en tránsito irregular por México.



## 5. LOS CUATRO PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL DERECHO A LA SALUD

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas enunció cuatro principios “esenciales e interrelacionados” sobre los cuales descansa la plena realización del derecho a la salud y que deberían observarse “en todas sus formas y a todos los niveles”: accesibilidad, calidad, aceptabilidad y disponibilidad.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Achotegui, Joseba, Migrar en condiciones extremas: El síndrome de Ulises, *Revista Norte de Salud Mental*, núm. 21, pp. 39-52.

<sup>18</sup> Sánchez-Huesca, Ricardo y Arellanz-Hernandez, Jorge Luis, Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos, *Estudios Fronterizos*, vol.12, núm. 23, pp. 9-26.

<sup>19</sup> Achotegui, Joseba, Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), *Žerbitzuan*, núm. 46, pp. 163-169.

<sup>20</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Núm. 14, 11 de agosto de 2000. Disponible en <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>. Consultado el 29 junio de 2018.

La obligación de impartir cuidados médicos de *calidad* obliga al Estado a ofrecer una medicina actualizada, científicamente hablando, con un personal capacitado y formado adecuadamente, así como los medicamentos requeridos y equipos en buen estado; todo, en establecimientos limpios y condiciones sanitarias correctas.

La *aceptabilidad* obliga al Estado a prestar servicios, bienes e información de salud con confidencialidad y siendo respetuoso de la ética y de la diversidad sociodemográfica y cultural de la población, especialmente de las minorías, además de ser sensible a las cuestiones de género, que no pueden ser usadas para negar la atención médica.

La *disponibilidad* se refiere a la obligación de tener los suficientes programas, medicamentos y establecimientos de salud por todo el territorio nacional, para garantizar ese derecho, así como trabajadores debidamente calificados para atender todas las necesidades de salud de toda la población. Esto incluye consideraciones básicas como tener acceso a agua potable. Ningún motivo ideológico debe limitar el acceso a los servicios para nadie.

Por último, la *accesibilidad* se compone de cuatro dimensiones: económica, física, informativa y no-discriminación. Este principio implica que las acciones de salud del Estado no discriminen a nadie y que todo el mundo reciba también la información adecuada para ejercer su derecho a la salud, especialmente en cuanto al funcionamiento del sistema. Los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como la información, deben estar al alcance geográfico de todas las personas presentes en el territorio nacional. El Estado tiene la obligación específica de asegurar que lo anterior le llegue a los grupos más vulnerables y marginados, dentro de los cuales se encuentran las personas migrantes (pero también los prisioneros, las personas con discapacidad, las personas que viven en zonas remotas, etcétera). La asequibilidad obligatoria implica que nadie debe quedar alejado de los servicios de salud por motivos económicos. También la información debe fluir, es decir, toda persona tiene el derecho a solicitarla y recibirla, ya sea en general o respecto a su propio estado de salud. Esta información debe impartirse de manera entendible y adecuada a los niveles cognitivos de cada persona, respetando siempre la privacidad y la confidencialidad de los individuos.

En este estudio adoptamos únicamente el filtro analítico del principio de *accesibilidad*, porque cobra singular relevancia al referirse a personas migrantes irregulares, mientras que los otros tres se refieren al sistema nacional de salud en general. Analizaremos entonces, a la luz de la accesibilidad, las experiencias de los migrantes en sus contactos con las instituciones de salud.

## 6. LA REALIDAD OBSERVADA: OBSTÁCULOS Y LIMITANTES EN LA APLICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN MIGRANTES IRREGULARES EN NUEVO LEÓN

La realidad observada en los nueve casos señala distintas barreras en el acceso al sistema de salud de las personas migrantes. Algunas de estas situaciones son limitantes del sistema en sí, que sufren todos los usuarios nacionales o extranjeros: largas esperas y cancelación de citas, horarios restringidos, tratos interpersonales ásperos, ausencia de información y de medicamentos, entre otros. No obstante, sus consecuencias suelen ser mayores en personas migrantes pues, al poseer menos recursos para enfrentarlas (como el conocimiento del mismo sistema, el apoyo social de la familia o los recursos económicos para compensar sus efectos negativos), es más factible que provoquen en ellos un desaliento, un alejamiento o un abandono de los cuidados de salud. Aunado a la estigmatización latente y activa que enfrentan, todo lo anterior potencializa sus factores de riesgo para la salud.

A continuación, presentamos una síntesis de las experiencias de los nueve individuos observados respecto a las cuatro dimensiones del principio de accesibilidad:

Tabla 2. Respeto y agravio de las cuatro dimensiones del principio de accesibilidad.

		Víctor	Esperanza	Karla	Alberto	Santiago	Wilmer	Erick	Elizabeth	Santos
Dimensiones de la accesibilidad	Física	P	X	P	X	X	P	P	P	P
	Económica	X	X	P	P	P	X	P	P	P
	Información	X	X	P	X	X	X	P	X	X
	No-discriminación	P	X	P	P	P	X	P	X	X

Leyenda: P: Dimensión respetada / X: Dimensión agravada.

De la tabla 2 resaltan resultados contrastados. Sólo dos participantes (Karla y Erick) recibieron una atención totalmente satisfactoria en cuanto al principio de accesibilidad, cuando seis recibieron una atención reprobable en una o más de sus cuatro dimensiones, y una (Esperanza) recibió una atención totalmente defectuosa a la luz de las cuatro dimensiones.

Entrando en los detalles, constatamos que, en cuanto a la accesibilidad económica, la operacionalización del derecho a la salud de las personas migrantes irregulares a través del Seguro Popular representa un gran avance, especialmente porque abarca mucho más que la medicina “de emergencia” y porque ofrece un mecanismo para sobrellevar el alto costo de los cuidados de salud. Desde 2015, independientemente de su situación migratoria, los extranjeros pueden obtener una cobertura por un plazo de 90 días no renovables, bajo la premisa de solidaridad y respeto de derechos humanos.<sup>21</sup> Anteriormente, el gasto financiero constituía el mayor obstáculo para el uso de los servicios de salud por parte de los migrantes; el Seguro Popular resuelve entonces parcialmente la cuestión de la asequibilidad.

Sin embargo, el costo de los transportes en una zona metropolitana de más de cuatro millones de habitantes y solamente dos hospitales que reciben con facilidad a las personas migrantes constituye otro obstáculo muchas veces insuperable. En efecto, las distancias son sustanciales y no es fácil andar en transporte público para quien tiene un problema físico y/o desconoce totalmente las rutas.

Tal fue el caso de Víctor, salvadoreño de 35 años, víctima de una caída de una altura de dos metros en una construcción donde laboraba. Esta caída le ocasionó múltiples fracturas. Después de las operaciones en urgencias, realizadas en el estado de San Luis Potosí, Víctor se trasladó a Monterrey para continuar con su recuperación y estar más cerca de su familiar que vive en Texas y que lo mantiene económicamente. Renta un cuarto cerca de un albergue, donde se había refugiado a su llegada a la ciudad. Sin embargo, durante este tiempo sus cicatrices de la cadera y de la tibia se infectaron, por lo que requirió atención médica urgente. Como en el servicio de Urgencias sólo le limpiaron las heridas con un desinfectante pero no lo internaron, tuvo que ir primero a darse de alta como usuario al módulo de afiliación del Seguro Popular, para luego acudir a un centro de salud en el centro de la ciudad, donde le dieron una carta de referencia. Con este documento, finalmente pudo solicitar una consulta con el traumatólogo en el mismo hospital donde había acudido inicialmente de urgencia. El costo económico de estos traslados es significativo si se toma en cuenta que sólo se pueden efectuar en vehículo privado porque le duele mucho caminar y no puede sentarse ni levantarse correctamente. Afortunadamente, Víctor tiene esa posibilidad de pago, al recibir dinero de su familia en Estados Unidos.

Esperanza no corre con la misma suerte. Hondureña, sin recursos propios (depende de lo que le da su pareja) y embarazada de nueve meses, los

---

<sup>21</sup> *Diario Oficial de la Federación*, Reglas de Operación del Programa IMSS-Prospera, 27 de diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5421442&fecha=27/12/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421442&fecha=27/12/2015). Consultado el 29 junio de 2018.

cuidados prenatales le fueron negados en dos oportunidades en el centro de salud cercano a su domicilio bajo el pretexto de que “ya había agotado sus tres meses de Seguro Popular” y de que debió darse de alta en el programa en los últimos 90 días de su embarazo (y no a los tres meses, como lo hizo ella), porque “ya no podían hacer nada por ella”. Además, se le negó la información de otras opciones de atención médica (como la Cruz Roja). En este caso, si bien no hubo falta directa a la *accesibilidad económica* (asequibilidad) del servicio de salud en la medida en que no se le pidió ningún pago para obtener la atención requerida, el traslado de más de una hora que tuvo que pagar hasta un hospital de Monterrey (desde Cd. Benito Juárez, en periferia de la ZMM) involucró una enorme carga económica, directamente imputable a la falta de atención en su municipio de residencia. En efecto, el costo del viaje redondo de su casa al hospital rebasa los 300 pesos en taxi, equivalentes a 150% del salario diario de su pareja. De hecho, en esta visita Esperanza sólo comió un emparedado para no gastar más de lo que tenía, con las consecuencias que ese casi ayuno pudiera tener sobre su bebé. En otro momento que sintió fuertes dolores en la parte baja de su vientre, Esperanza llamó a una ambulancia por medio del número de teléfono para emergencias 911, para que la trasladara al hospital, convencida de que no la iban a atender en el centro de salud abierto a menos de 10 minutos de su casa.

Acerca de la accesibilidad física, el Seguro Popular ofrece un ingreso al sistema de salud a los migrantes irregulares por solo 90 días. Este periodo limitado contradice el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que proclama los derechos humanos de todas las personas ubicadas en territorio nacional; derechos que, por definición, no pueden ser restringidos a cierta temporalidad.<sup>22</sup> Este lapso corresponde al periodo estimado de permanencia en el territorio nacional para quienes deseen llegar a los Estados Unidos, pero no cubre los requerimientos de salud de ciertos padecimientos ni contempla la población que, por así decidirlo o simplemente por no lograr cruzar la frontera norte, se queda temporal o definitivamente a vivir en México (los individuos observados llevaban en promedio más de ocho meses en el país), generando así una situación de desigualdad que impide una verdadera accesibilidad a los servicios de salud, como lo demuestra la historia de Esperanza, antes mencionada.

Pero su caso no quedó ahí pues, después del parto, Esperanza enfrentó otra negación, esta vez respecto al certificado de nacimiento de su hijo (que, tres semanas después, todavía no le habían entregado, cuando la normatividad marca un plazo forzoso de 24 horas después del alta médica, sin

---

<sup>22</sup> *Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 10 de junio de 2011. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011). Consultado el 29 junio de 2018.

excepción alguna). La razón invocada fue que Esperanza no contaba con su acta de nacimiento como comprobante de identidad, a pesar de contar con varios documentos de identificación, entre los cuales estaban su credencial de identificación hondureña y documentos de solicitud de visa ante el Instituto Nacional de Migración.

Pudimos contrastar este caso con el de Elizabeth, que también tuvo a su bebé en el mismo hospital. Elizabeth tampoco tenía otro documento más que su credencial de identificación hondureña, pero no tuvo ningún problema para recibir el certificado de nacimiento de su hija. ¿Cuál habrá sido la diferencia entre estos dos casos? Probablemente, que Elizabeth venía acompañada de dos miembros de una asociación civil que ofrece apoyo a personas migrantes. Esta comparación subraya no solamente una falta de uniformización en la aplicación de las normas vigentes, pero un claro trato diferenciado según la persona migrante venga acompañada o no.

Por otra parte, observamos otras barreras ligadas a la temporalidad del Seguro Popular y a la accesibilidad física de los establecimientos de salud, especialmente para las personas que trabajan. Paradójicamente, es una vez que se pueden instalar en Nuevo León porque ocupan un empleo (y que, por lo mismo, están expuestas a nuevos riesgos de salud ocupacional) cuando las personas migrantes se encuentran desprotegidas por la caducidad del Seguro Popular. Sin protección frente a los accidentes del trabajo, están sobreexpuestos a los factores de riesgo anteriormente mencionados.

Así le pasó a Santiago, trabajador agrícola de 46 años en una finca ubicada en el municipio de Allende. Portador de una enfermedad respiratoria crónica, se intoxicó con pesticidas que tuvo que manipular sin protección alguna, y sólo encontró la atención a sus problemas por un tiempo en el centro de salud de su municipio. El hospital más cercano queda alejado de su lugar de trabajo, que resulta también ser su lugar de vivienda, pues no tiene cómo trasladarse.

La vulnerabilidad a los factores de riesgo para la salud aumenta si a eso se le agrega que las restricciones de horarios de los establecimientos de salud (los módulos de afiliación al Seguro Popular suelen cerrar a las 16 horas) los vuelven complicados de acceso para personas que tienen poca libertad para faltar al trabajo a atender su salud (por el miedo a perderlo y la necesidad de seguir generando ingresos). Así le sucedió a Alberto, empleado de tiempo completo en una bodega, quien quiso poner una queja por el trato degradante que considera haber recibido en un hospital, pero nunca pudo contactarse con el servicio jurídico, que sólo atiende al público de 10 horas a 12 horas, de lunes a viernes. Los horarios y la distancia representan entonces obstáculos para migrantes empleados. El tiempo del que disponen sirve en gran parte para trasladarse de su domicilio a su lugar de trabajo (el mismo

Alberto viaja en autobús cinco horas diarias para ir de Cd. Benito Juárez, donde vive porque es más económico, a su lugar de trabajo).

Por otra parte, los migrantes no tienen acceso a prestaciones del Estado como las guarderías públicas, lo que les complica ausentarse para consultar. Karla, hondureña de 33 años, tuvo que llevarse a sus tres hijos al centro de salud porque no tenía quién se los cuidara mientras su esposo trabajaba.

Respecto a la accesibilidad de la información, recibir información completa, culturalmente adaptada y confiable permite aumentar la confianza de las personas migrantes en los servicios de salud. Como “los migrantes desconfían de un sistema de salud que les resulta foráneo, de estructura vertical y autoritaria, que a menudo condiciona su ingreso y hasta podría convertirse en un potencial denunciante”,<sup>23</sup> es imprescindible que entiendan que pueden acceder al sistema de salud con toda seguridad y que no presenta ningún riesgo de denuncia por su falta de estancia legal en el país.

En este rubro, observamos casos contradictorios, algunos que cumplen perfectamente con esta dimensión de la accesibilidad, y otros que no, como el de Esperanza, a quien no se le dio información sobre una alternativa de salud al negarle la atención. De hecho, de todos los casos observados, solo Wilmer y ella tenían conocimiento de su derecho de acceder a una cobertura social por medio del Seguro Popular por haberlo usado anteriormente. Aun así, Esperanza desconocía los alcances precisos de su cobertura; por ejemplo, no sabía que su primer hijo había estado amparado por su póliza anterior.

Un caso digno de reconocer fue el de Erick, haitiano de 20 años, quien tuvo una enfermedad infecciosa (la malaria) considerada como erradicada en Nuevo León, por lo que se le consideró como una prioridad de salud a partir del momento en el que se reportó su caso ante la Secretaría de Salud estatal. Dada su sensibilidad, se respetó el secreto médico y se manejó su caso apropiadamente, es decir, con un reporte a las autoridades estatales de salud, por ser una enfermedad contagiosa de atención prioritaria en el Estado, pero no a las autoridades migratorias. Erick recibió visitas diarias en su domicilio, de los médicos de la Secretaría de Salud, que le proporcionaron toda la información, los medicamentos y el seguimiento presencial y por teléfono; todo, con alta discreción hacia los vecinos.

Sin embargo, también hemos observado casos en los que la falta de capacitación y de conocimiento respecto a las reglas migratorias del personal de salud provocó un abandono del tratamiento, como el de Wilmer, quien tuvo varias consultas en urgencias y se asustó al verse amenazado de denuncia ante las autoridades migratorias si en sus siguientes visitas al hospital no

---

<sup>23</sup> Jelin, Elizabeth; Grimson, Alejandro y Zamberlin, Nina, Los pacientes extranjeros en la mira, en Jelin, Elizabeth (dir.), *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, University of Texas, IDES, 2008, pp. 47-55.

pagaba la cuenta que se le presentaba (sin haber sido sometido a ningún estudio socioeconómico). Incluso una trabajadora le mencionó que no podía hacer uso del Seguro Popular para condonar su deuda y que tenía que pagar, porque “no era nacional”.

La historia de Wilmer indica que en la dimensión de no-discriminación existe una fuerte dicotomía entre la normatividad y las prácticas observadas en los establecimientos de salud. El incumplimiento de esta dimensión constituye, sin duda, una barrera mayor en la igualdad jurídica de trato y la búsqueda de atención sanitaria. La no-discriminación va de la mano con un trato equitativo, y pudimos apreciar distintas interpretaciones de las leyes y de las reglas de operación entre los prestadores de servicios de salud, que desembocaron en tratos diferenciados. Dentro de las mismas instituciones, notamos funcionamientos diferentes (de un módulo del Seguro Popular al otro y de un centro de salud al otro), pero también dentro del mismo establecimiento en dos temporalidades diferentes. En efecto, la negación del certificado de nacimiento del hijo de Esperanza denota una incongruencia interna del hospital, porque ahí mismo nació su primer hijo un año y medio antes, sin que se le pidiera aquella vez comprobar su identidad con un acta de nacimiento.

La experiencia de Wilmer en el Seguro Popular subraya otra incongruencia de esta institución, pues en el primer módulo al que acudió no le quisieron renovar su póliza bajo pretexto que había agotado sus 90 días. No obstante, fue a otro módulo y obtuvo una renovación por tres años (la duración máxima posible para la población mexicana), después de la intervención de un acompañante de la Casa del Migrante, donde se hospedaba.

El caso de Santos es similar. Tuvo que acudir a tres módulos del Seguro Popular a dos días de intervalo para que lo dieran de alta, por no poder comprobar su domicilio. En su primer intento, no le aceptaron como comprobante la tarjeta de presentación del refugio donde se hospedaba. En su segundo intento, venía con una carta del director de este lugar, pero tampoco se la aceptaron. Sin embargo, la mismísima carta fue validada en un tercer módulo, ubicado cerca de la Casa del Migrante, donde se hospedaba Wilmer y, por lo tanto, con un personal acostumbrado a recibir personas migrantes.

Otra flagrante desigualdad de trato tuvo lugar en la oficina del registro civil del hospital donde nació la hija de Elizabeth. Le negaron el registro por no tener todos sus documentos actualizados, pero al acudir al Pabellón Ciudadano (lugar donde se centralizan diversas dependencias estatales del Gobierno de Nuevo León) no tuvo ningún problema para registrarla con los mismos documentos. Ahí, un funcionario le comentó que, en los hospitales, suelen pedirles “hasta lo imposible cuando no debería de ser así”.



## 7. ¿UNA REALIDAD COMPATIBLE CON UN ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS?

Nuestras observaciones son consistentes con el informe “Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México”, publicado en 2013 por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que reconoce que los migrantes enfrentan dificultades y obstáculos para ejercer su derecho a la salud por la inequidad de condiciones en el acceso a los servicios de salud y la “nula sensibilización de los funcionarios de la salud respecto de la situación de las personas migrantes”.<sup>24</sup>

Notamos cómo las actitudes y acciones de los actores del sistema de salud ponen el enfoque en las diferencias que existen entre ellos y este “otro”, la persona migrante. Esta situación explica, en parte, la creación de un “proceso de alterización”, entendido como “una consecución de hechos e imaginarios que conllevan a la construcción de una alteridad” y que provoca que “el sujeto dominante se otorga el derecho de establecer categorías de personas, situando al otro en la posición que él mismo le asigna”.<sup>25</sup>

Identificamos fallas en las cuatro dimensiones del principio de accesibilidad, que demuestran que la igualdad jurídicamente reconocida de las personas migrantes en la normatividad internacional y mexicana no se traduce en una igualdad sustantiva. La accesibilidad real de los migrantes irregulares al sistema de salud en Nuevo León es totalmente desigual por la alta discrecionalidad que impera en la interpretación y aplicación de la normatividad, lo que hace de Nuevo León un Estado de Leyes mas no de Derecho. México, en general, no requiere de mayor producción legislativa, sólo necesita que funcionen de manera efectiva las disposiciones vigentes y que se armonice la aplicación de las normas administrativas entre los distintos actores administrativos y clínicos del sistema de salud.

El marco legal suele ser interpretado de manera más restrictiva en los establecimientos alejados de las zonas de residencia tradicional de las personas migrantes. Al contrario, los establecimientos que tratan regularmente con personas migrantes (especialmente los ubicados cerca de las organizaciones de la sociedad civil que les dan apoyo social) ofrecen una mayor flexibilidad y un mejor trato interpersonal para facilitar este acceso.

---

<sup>24</sup> Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México, 30 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/informe-migrantes-mexico-2013.pdf>. Consultado el 29 julio de 2018.

<sup>25</sup> Liberona Concha, Nanette, De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile, *Revista de Ciencias Sociales (Cl)*, núm. 28, pp. 19-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70824554002>. Consultado el 29 julio de 2018.

El presente estudio demuestra que “la discriminación es también la consecuencia de la alterización, como expresión del racismo”.<sup>26</sup> Las prácticas incorrectas, el trato diferenciado hacia los migrantes, combinadas con los excesos burocráticos complicados de entender, provocan un descrédito de las instituciones de salud que contribuye a explicar el bajo uso de los servicios públicos de salud por las personas migrantes irregulares y su preferencia por sistemas de salud paralelos, como las consultas en farmacias o en las organizaciones de la sociedad civil.<sup>27</sup> Esto conlleva un riesgo de agravación de la situación de salud que fue el motivo inicial de consulta y, en algunos casos, sólo aplaza un problema que requerirá luego tratamientos más complicados y costosos.<sup>28</sup>

Lejos de contribuir a la eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema de salud mexicano, todo esto obliga a soluciones extremas e inadecuadas para las personas migrantes, como la llamada a una ambulancia que tuvo que hacer Esperanza para ser revisada ante la negación de un examen en el centro de salud de su colonia. Un gasto desproporcionado comparado con la necesidad de salud, pero una única solución para que una mujer embarazada acceda a una visita de control de su embarazo.

La desigualdad en el trato de los migrantes irregulares en una misma situación evidencia la falta de capacitación, pero también la falta de la institucionalización del trato de estos individuos. Para adecuar el acceso de las personas migrantes irregulares al sistema de salud de una manera compatible con una perspectiva de derechos humanos, resulta imperioso uniformizar los criterios y las modalidades concretas de atención médica, así como evitar las prácticas discriminatorias y contraproducentes desde el punto de vista de la eficiencia y la equidad del sistema de salud.

Dado que “la relación entre paciente y profesional de la salud es siempre asimétrica”<sup>29</sup> y vertical, urgen capacitaciones con un enfoque de derechos humanos e interculturalidad al personal médico, clínico y administrativo para que disminuyan estas relaciones de poder desiguales que provocan prácticas estructurales de discriminación y, por ende, el alejamiento de las personas migrantes del sistema de salud al que tienen derecho. También, resulta imperioso que se integren estas consideraciones fundamentales a todos los planes y políticas de salud a nivel nacional y estatal; específicamente, en los establecimientos de atención de primer nivel, que suelen ser el punto

<sup>26</sup> *Idem.*

<sup>27</sup> Leyva, René; Infante, César; Serván-Mori, Edson; Quintino, Frida y Silverman-Retana, Omar, Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México, octubre de 2015. Disponible en: <http://www.canamid.org/descargas/policias/canamid-pb05-es.pdf>. Consultado el 29 julio de 2018.

<sup>28</sup> Romero-Ortuño, Román, Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?, *European Journal of Health Law*, núm. 11, pp. 252-253.

<sup>29</sup> Liberona Concha, Nanette y Mansilla, Miguel Ángel, Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile, *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 507-520.

de entrada de los migrantes irregulares al sistema de salud. También, es necesario desarrollar la educación de las personas migrantes a la salud y a sus derechos de ciudadanía social ignorados.

Para ampliar y precisar los resultados del presente estudio, sugerimos —además de extenderlo a otros estados de la república— refinar el análisis de la doble discriminación que sufren las partes más vulnerables de la población migrante, específicamente las mujeres que enfrentan factores de riesgo para la salud propios a su sexo. El estudio de su situación de salud en el ámbito doméstico y laboral requiere, sin duda, de la combinación de un enfoque de derechos humanos con una perspectiva de género.

## 8. REFERENCIAS

- Achotegui, Joseba, Migrar en condiciones extremas: El síndrome de Ulises, *Revista Norte de Salud Mental*, núm. 21, pp. 39-52.
- Achotegui, Joseba, Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), *Zerbitzuan*, núm. 46, pp. 163-169.
- Altman, Claire; Gorman, Bridget; Chávez, Sergio; Ramos, Federico y Fernandez, Isaac, The mental well-being of Central American transmigrant men in Mexico, *Global Public Health*, núm. 13, pp. 383-399.
- Collazos, Francisco; Qureshi, Adil; Antonín, Montserrat y Tomás-Sábado, Joaquín, Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante, *Papeles del Psicólogo*, núm. 29, pp. 307-315.
- Fuertes, Carmen y Martín-Laso, María Ángeles, El inmigrante en la consulta de atención primaria, *Anales Sis San Navarra*, vol. 29, suppl. 1, pp. 9-25.
- Jelin, Elizabeth; Grimson, Alejandro y Zamberlin, Nina, Los pacientes extranjeros en la mira, en Jelin, Elizabeth (dir.), *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, University of Texas, IDES, pp. 47-55.
- Liberona Concha, Nanette y Mansilla, Miguel Ángel, Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile, *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 507-520.
- Ochoa Mangado, Enriqueta; Vicente Muelas, Natividad y Lozano Suarez, M., “Síndromes depresivos en la población inmigrante”, *Rev. Clin. Esp.*, vol. 205, núm. 3, pp. 116-118.
- Okie, Susan, Immigrants and health care-at the intersection of two broken systems, *N Engl J Med.*, vol. 6, núm. 357, pp. 525-529.
- Passalacqua, Alicia Martha; Simonotto, Teresa; Sambucetti, Andrea, Polidoro, Aldo Antonio; Zuccolo, Sabrina; Mussoni, Ana María; Boustoure, María Alejandra; Alvarado, María Laura; Piccone, Anabela; Castro, Fernando Julio; Gherardi, Carla Araceli; Greco, Nadia Geraldine y Menestrina, Norma Benedicta, Variaciones del impacto migratorio, Universidad de Buenos Aires, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.
- Ramos Tovar, María Elena, Similitudes y diferencias en la salud psicofísica entre mujeres y hombres migrantes en Estados Unidos. Implicaciones para las políticas

de salud y programas de intervención social, *Perspectivas Sociales/Social Perspectives*, vol. 11, núm. 1.

- Romero-Orduño, Román, "Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?", *European Journal of Health Law*, núm. 11, pp. 252-253.
- Ruiz, Naxhelli, La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo, *Investigaciones Geográficas*, núm. 77, pp. 63-74.
- Sánchez Huesca, Ricardo y Arellanez-Hernandez, Jorge Luis, Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de la frontera noroccidental México-Estados Unidos, *Estudios fronterizos*, vol.12, núm. 23, pp. 9-26.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México, 30 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/informe-migrantes-mexico-2013.pdf>. Consultado el 29 de julio de 2018.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Informe 7/2016 Del mecanismo nacional de prevención de la tortura sobre estaciones migratorias y estancias provisionales en los estados de Guerrero, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora y Veracruz. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/Doc-TR/2016/3V/A74/I/3V-20160930-c12-023.pdf>. Consultado el 3 julio de 2018.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, Observación General Núm. 22. Desde el 23 de febrero a 6 de marzo de 2015, del 1 a 19 de junio de 2015 y del 21 de septiembre a 9 de octubre de 2015. Disponible en: [https://digitallibrary.un.org/record/836227/files/E\\_2016\\_22-ES.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/836227/files/E_2016_22-ES.pdf). Consultado el 29 junio de 2018.
- , Observación General Núm. 14, 11 de agosto de 2000. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>. Consultado el 29 junio de 2018.
- Diario Oficial de la Federación*, Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA, 27 de diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5421442&fecha=27/12/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5421442&fecha=27/12/2015). Consultado el 29 de junio de 2018.
- , Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 10 de junio de 2011. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011). Consultado el 29 junio de 2018.
- Leyva, René; Infante, César; Servan-Mori, Edson; Quintino, Frida y Silverman-Retana, Omar, Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México, octubre de 2015. Disponible en: <http://www.canamid.org/descargas/policias/canamid-pb05-es.pdf>. Consultado el 29 julio de 2018.
- Liberona Concha, Nanette, De la alterisación a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile, *Revista de Ciencias Sociales (CI)*, núm. 28, pp. 19-38. Disponible en: [https://www.redalyc.org/pdf/708/Resumenes/Abs-tract\\_70824554002\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/708/Resumenes/Abs-tract_70824554002_2.pdf). Consultado el 29 de julio de 2018.

- Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Consultado el 3 de julio de 2018.
- Organización Internacional para las Migraciones, Glosario sobre la Migración, Ginebra, 2006. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf). Consultado el 29 de julio de 2018.
- , Migrantes en México. Vulnerabilidad y riesgos. Organización Mundial para las Migraciones, 2016. Disponible en: [https://micinitiative.iom.int/sites/default/files/document/micic\\_mexico\\_1.pdf](https://micinitiative.iom.int/sites/default/files/document/micic_mexico_1.pdf). Consultado el 29 de julio de 2018.
- Secretaría de Gobernación, Decreto por el que se expide la Ley de Migración y se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Población, del Código Penal Federal, del Código Federal de Procedimientos Penales, de la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, de la Ley de la Policía Federal, de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, de la Ley de Inversión Extranjera, y de la Ley General de Turismo, 25 de mayo de 2011. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011). Consultado el 21 agosto de 2018.