

ANÁLISIS DE CONTEXTO

“Asistencia técnica nacional de análisis de contexto migratorio para el acceso de las personas afectadas por TB y la elaboración de manual para la articulación de la atención de los migrantes afectados por TB con el Programa Nacional de TB y para el apoyo de los observatorios sociales de TB”

MÉXICO

Contenido

Lista de abreviaturas	6
Resumen ejecutivo	9
1. Introducción	10
2. Diseño del estudio	12
3. Objetivo del documento	13
3.1. Objetivo general	13
3.2. Objetivos específicos	13
4. Datos principales de México	14
5. Análisis del contexto migratorio en México	15
5.1. Análisis del contexto social de la migración	15
5.1.1. Factores sociales del contexto nacional que limitan o facilitan la inclusión de la población migrante	15
5.1.1.1. Xenofobia y discriminación	16
5.1.1.2. Hacinamiento	16
5.1.1.3. Trata de personas	16
5.1.2. Pobreza	16
5.2. Análisis del contexto económico	17
5.2.1. Población económicamente activa y no activa	19
6. Análisis demográfico y ambiental	20
6.1.1. Demografía y medio ambiente	20
6.2. Análisis del contexto histórico y político	21
6.2.1. La legislación nacional y los convenios internacionales de migración	22
6.2.2. Factores políticos del contexto nacional que limitan o facilitan la inclusión de la población migrante	23
6.2.3. Regularizar el ingreso formal a personas migrantes	24
6.2.4. Protección a la salud	24
6.3. Flujos migratorios	26
6.4. Emigración	27
6.5. Inmigración	28
7. Características de la migración en México	30
7.1. Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito	30
7.2. Características de la población migrante	31

7.3.	Problema de salud de la población migrante	32
8.	Tuberculosis y Sistema de salud	34
8.1.	Generalidades	34
8.2.	Servicios y recursos	34
8.2.1.	Primer nivel de atención	34
8.2.2.	Segundo nivel de atención	35
8.2.3.	Tercer nivel de atención	35
8.2.4.	Sistema de referencia y contrarreferencia	35
8.2.5.	Acceso universal a la salud	35
8.2.6.	Acceso a servicios básicos de salud para la población migrante	36
8.2.7.	Fondo de Salud para el Bienestar	37
8.2.8.	FONDEN	37
8.3.	Tuberculosis en México	37
8.3.1.	Contexto epidémico	37
8.3.1.1.	Impacto de la pandemia por COVID-19 en la detección y seguimiento de la TB	39
8.4.	Acciones interinstitucionales	39
8.5.	Salud y Migración	41
8.5.1.	Migración y TB	41
9.	Acceso a los servicios de salud de la población migrante	43
9.1.	Aspectos legales	43
9.2.	Aspectos contextuales	43
9.3.	Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud	45
9.4.	Factores determinantes de situación de población migrante a la TB	48
10.	Análisis de resultados de encuestas	51
11.	Referencias	54
12.	Anexos	61
12.1.	Anexo 1. Descripción de rutas migratorias	61
12.1.1.	Ingreso a México por el Sur	61
12.1.2.	Conexión Centro-Bajío	62
12.1.3.	Las rutas del Norte	63
12.2.	Anexo 2. Proveedores	65
12.2.1.	Servicios públicos de salud	65
12.2.1.1.	Servicios privados de salud	69

12.2.2.	Rectoría	69
12.2.3.	Cobertura en salud	69
12.2.4.	Financiamiento	72
12.2.5.	Gasto total en salud en México	72
12.2.6.	Gasto público en salud	75
12.2.7.	Gasto privado en salud	75
12.2.8.	Gasto de bolsillo	75
12.2.9.	Vigilancia epidemiológica en México	77
12.3.	Anexo 3. Relación de cobertura de establecimientos de salud	79
12.4.	Anexo 4. Casos de TB con comorbilidades	80
12.5.	Anexo 5. Descripción del cumplimiento del país a las Funciones Esenciales de Salud (OPS)	82
12.6.	Anexo 6. Resultado de las encuestas	86

Relación de Cuadros

Cuadro 1.	Datos principales de México	14
Cuadro 2.	Líneas para definir pobreza extrema por ingresos y pobreza por ingresos para marzo del 2021	17
Cuadro 3.	Cambios en la medición de pobreza y pobreza extrema entre 2008 y 2018 en México	18
Cuadro 4.	Cambio en la PEA y PNEA entre el cuarto trimestre del 2019- 2020	19
Cuadro 5.	Elementos del contexto favorables o desfavorables para la atención de salud a migrantes	25
Cuadro 6.	Población total y emigrante de los 5 principales países de origen	27
Cuadro 7.	Población total e inmigrante de los 5 principales países de destino	27
Cuadro 8.	Lista de los 5 principales corredores migratorios a nivel mundial	28
Cuadro 9.	Inmigrantes en México con base en el país de origen durante 2019	28
Cuadro 10.	Eventos de extranjeros presentados y devueltos por la autoridad migratoria mexicana, con base en país de nacionalidad, en 2020	29
Cuadro 11.	Resumen de las rutas migratorias a través de México	31
Cuadro 12.	Barreras que impiden acceder a los servicios TB	49
Cuadro 13.	Factores que influyen en la demora en la atención en salud de migrantes afectados por TB u otra dolencia	50

Cuadro 14. Comparación de respuestas más frecuentes en encuestados	52
Cuadro 15. Población total según condición de derechohabiente	67
Cuadro 16. Comparación entre el SPSS y el INSABI	70
Cuadro 17. Resultados de encuestas a personas no migrantes	86
Cuadro 18. Resultados de encuestas a personas migrantes	87

Relación de Figuras

Figura 1. Mapa de los Estados Unidos Mexicanos y sus fronteras con Estados Unidos de América en el Norte; y Guatemala y Belice en el Sur	20
Figura 2. Evolución en la población total y migrantes, a nivel mundial, entre 1960 y 2017	26
Figura 3. Mapa de rutas migratorias desde la frontera Sur con Guatemala, hacia la frontera norte con Estados Unidos	30
Figura 4. Número de muertes y casos nuevos de tuberculosis en México entre 1990 y 2019	38
Figura 5. Comparación del número provisional de casos de TB nuevos y recidivantes por mes del año 2020 y 2021 con la tendencia de casos reportados en 2019 en México	39
Figura 6. Comparación entre tasa de incidencia de TB en migrantes legales de la frontera norte y tasa nacional	42
Figura 7. Relación de respuestas de personas no migrantes	51
Figura 8. Relación de respuestas de personas migrantes	53
Figura 9. Rutas migratorias del Sur hacia el centro y Norte de México	62
Figura 10. Representación de la conexión del Centro-Bajío con las rutas del Noroeste-Pacífico, Norte y Noreste	63
Figura 11. Representación de las distintas rutas hacia el Norte de México	64
Figura 12. Esquema del Sistema de salud en México	66
Figura 13. Afiliación acumulada de 2004 a 2019 al SPSS	68
Figura 14. Gasto total en salud en millones de MXN (2018=100). México, 2003-2018	73
Figura 15. Porcentaje del PIB destinado a gasto en salud de los países que integran la OCDE, 2019	74
Figura 16. Gasto público en salud en México del 2003 al 2018	75
Figura 17. Gasto privado en salud en México del 2003 al 2018	76
Figura 18. Porcentaje del gasto total en salud en gasto público, privado y de bolsillo	77
Figura 19. Relación de cobertura con establecimientos de salud	79

Figura 20. Número de casos de TB con y sin DM2, con sus respectivas tasas de incidencia, durante el período 2000-2012 80

Figura 21. Casos nuevos de VIH, casos nuevos de TB en VIH positivos y muertes por TB en VIH positivos en México en el período 2000-2019 81

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Definición
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
CAF	Consultorio anexo a farmacia
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CDMX	Ciudad de México
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEVE	Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COMAR	Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONAVE	Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo social
COJUVES	Comités Jurisdiccionales para la Vigilancia Epidemiológica
CURP	Clave Única de Registro de Población
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DM	Diabetes mellitus
DSS	Determinantes sociales en salud
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FM	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria
FONDEN	Fondo Nacional para la Atención de Emergencias
FPGC	Fondo de Protección de Gastos Catastróficos

FSB	Fondo de Salud para el Bienestar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-BIENESTAR	Instituto Mexicano del Seguro Social-Secretaría del Bienestar
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INM	Instituto Nacional de Migración
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISFL	Instituciones sin fines de lucro
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LAC	Latinoamérica y el Caribe
LGS	Ley General de Salud
MISI	Migrante internacional en situación irregular
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSC	Organización de la Sociedad Civil
PEA	Población económicamente activa
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto interno bruto
PIH	Partners in Health
PNEA	Población no económicamente activa
PNT	Programa Nacional de Tuberculosis
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional

SEGOB	Secretaría de Gobernación
SEMAR	Secretaría de Marina
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud
SSM	Sistema de Salud en México
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TB	Tuberculosis
TB-MFR	Tuberculosis multidrogorresistente
TBP	Tuberculosis pulmonar
TB-RR	Tuberculosis resistente a la rifampicina
TNCA	Triángulo Norte de Centroamérica
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPM	Unidad de Política Migratoria
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen ejecutivo

La población migrante se encuentra en un estado de alta vulnerabilidad. Además de enfrentar grandes barreras para hacer valer sus derechos sociales, deben hacer frente a los obstáculos existentes para acceder a los servicios de salud.

Las condiciones de vida de las personas migrantes los hacen propensos a padecer determinados problemas de salud, incluyendo -y con énfasis particular- a la TB. Partiendo de esta premisa, en ese documento se hace una revisión de la situación política, social, económica y ambiental en torno a la migración en México y se hace un análisis comparativo con los factores que limitan o facilitan la inclusión de la población migrante dentro del sistema de salud.

De manera general, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de fuentes secundarias, la cual fue comparada y complementada en un segundo momento con fuentes primarias -principalmente entrevistas-. Los grandes rubros que se tomaron en cuenta fueron el contexto nacional en tema de migración, los flujos y las rutas migratorias, las características de la población migrante que transita por México, el sistema de salud nacional, la situación de la TB en el país y los factores relacionados con el acceso a los servicios médicos por parte de la población migrante. Toda la información compilada permite presentar el escenario actual que enfrenta este grupo, pues si bien existe legislación nacional y afiliación y aceptación de tratados internacionales que protegen su derecho a la salud, aún existe una brecha importante entre el decreto y su pleno ejercicio.

A partir del análisis de estas brechas y tomando en cuenta las necesidades y expectativas de la población migrante en relación con la atención en salud, se elaborará un manual para uso de la Sociedad civil que guíe el proceso de atención en salud de las personas migrantes afectadas por TB hacia la atención por parte del programa nacional de TB. Se espera que este manual sea empleado por los observatorios sociales de TB, que identifique oportunidades de mejora, que proponga estrategias que mejoren la vinculación de los migrantes afectados por TB a los servicios de salud públicos y orienten la intervención del observatorio social de TB en esta temática.

Así, los dos productos finales buscan atender las demandas del proyecto denominado: “Promover e implementar el ENGAGE TB a través de la Sociedad Civil para reducir las barreras de acceso a los servicios de TB para poblaciones claves en países de la región de LAC”.

1. Introducción

El Fondo Mundial (FM) fue creado en el 2002 y se encarga de financiar proyectos que tienen como objetivo reducir el impacto de cualquiera de estas enfermedades en países priorizados o elegibles para esta subvención. Partners In Health (PIH), en alianza con la Coalición de TB de las Américas y con el respaldo de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Mecanismos de Coordinación País, Secretaría de Salud a través de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT), presentó una solicitud de financiamiento al FM el 3 de agosto del 2018. PIH ha sido designado por el FM como receptor principal de la subvención multipaís para la TB en la región de América Latina y el Caribe. El proyecto es denominado: “Promover e implementar el ENGAGE TB a través de la Sociedad Civil para reducir las barreras de acceso a los servicios de TB para poblaciones claves en países de la región de LAC” (OBSERVA TB).

Este proyecto tiene entre sus objetivos la consolidación del enfoque ENGAGE TB en Latinoamérica y el Caribe (LAC) para la integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las OSC. En este marco, se han programado asistencias técnicas en 11 países para el análisis del contexto social, económico, ambiental y político de la situación de los migrantes, el análisis del acceso a los servicios de salud de personas afectadas por TB en condición migrante y la elaboración de un manual que permita la articulación de su atención con el programa nacional de TB y para el apoyo del observatorio social de TB.

Con respecto a la TB, este padecimiento continúa representando un problema de salud pública en la Región de las Américas. Para el 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó 289,000 casos incidentes; lo cual representa el 3% de los casos a nivel mundial.¹ Se estima que el 69% de los casos se concentran solo entre Brasil, Perú, México, Haití y Colombia,¹ y, debido a los determinantes sociales en salud (DSS) que sufren ciertos grupos de personas, es más probable que algunas poblaciones clave resulten afectadas por la TB.

En términos generales, las poblaciones clave se definen como aquellos grupos que sufren una mayor incidencia epidemiológica de alguna enfermedad, combinada con un menor acceso a los servicios, y también de subpoblaciones que son criminalizadas o marginadas. De acuerdo con el FM, se considera que un grupo es una población clave si presenta los siguientes factores:

- En el ámbito epidemiológico, debido a una combinación de factores biológicos, socioeconómicos y estructurales.
- El acceso a los servicios pertinentes es notablemente inferior al que tiene el resto de la población, y eso significa que se requieren grandes esfuerzos e inversiones estratégicas.
- La población se enfrenta a frecuentes violaciones de los derechos.
- Las poblaciones clave en la epidemia de TB son personas vulnerables, desatendidas o en riesgo de infección y enfermedad de TB. Debido a una variedad de barreras sociales, económicas, culturales y de otro tipo, las poblaciones clave de TB no pueden acceder a la salud y otros servicios de apoyo y, por lo tanto, se benefician más de las intervenciones dirigidas contra la TB que cualquier otra población.

La naturaleza transfronteriza de la TB es especialmente importante en lo que respecta a la migración. Los migrantes -quienes conforman una población clave- pueden quedar excluidos del acceso a la atención médica en los países de destino o enfrentar discriminación y estigma. Esto disminuye la probabilidad de un diagnóstico oportuno de TB o rastreo de contactos, y puede interrumpir el tratamiento continuo de las personas con TB. Ambos fenómenos pueden aumentar la incidencia de

nuevas exposiciones y perjudicar los resultados del tratamiento, incluso fomentando la resistencia a los medicamentos.

En LAC, se ha incrementado el flujo migratorio de población debido a la crisis social, económica y política de varios países de nuestra región. En ese contexto, existen organizaciones a nivel mundial que brindan apoyo a los migrantes; sin embargo, muchos de los migrantes afectados por tuberculosis no logran acceder oportunamente a los servicios de salud para un diagnóstico y tratamiento oportuno y, en consecuencia, algunos de los afectados mueren sin ser atendidos. En tal sentido, se requiere disponer de un análisis de información sobre la situación política, económica, sociocultural, ambiental y de acceso a la salud de las poblaciones migrantes, así como un manual que brinde pautas para la mejor articulación de su atención por parte del programa nacional de TB y para el apoyo de los observatorios sociales de TB. Este documento será un insumo importante de información que conduzca los próximos pasos en el abordaje de esta temática por parte de los observatorios nacionales de TB, y que permita la planificación de estrategias y actividades de abogacía en acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la TB.

2. Diseño del estudio

La metodología incluye el trabajo de gabinete mediante una revisión de fuentes secundarias, incluyendo los estudios ya existentes, estadísticas, normas legales, artículos, noticias y otros para sustentar un análisis cuantitativo y cualitativo sobre la situación de la población migrante, estimando de manera rigurosa su composición, el apoyo que reciben de las distintas organizaciones públicas y privadas, la normatividad vigente y su aplicación parcial o total, así como las barreras sociales, legales para el acceso a los servicios de TB. Asimismo, un análisis cualitativo del marco institucional y las políticas públicas existentes, preferentemente apoyado por datos cuantitativos, relacionados al apoyo a la población migrante.

El levantamiento de datos primarios, para validar los hallazgos y las recomendaciones de políticas, se realizó a través de:

- Entrevistas con tomadores de decisiones (públicos o privados) claves en asuntos de migrantes o TB: jefes de programa de TB, responsable del nivel central de la Autoridad nacional en salud en aseguramiento, funcionarios de la autoridad de migraciones, representantes nacionales de ACNUR y OIM, principales organizaciones no gubernamentales, entre otros.
- Entrevistas con líderes o personas referenciales de la población migrante en el país.
- Encuesta para medir las expectativas de los migrantes.

3. Objetivo del documento

3.1. Objetivo general

Desarrollar el análisis nacional del contexto migratorio para el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes afectadas por TB y un manual para la articulación de su atención con el programa nacional de TB y para el apoyo del observatorio social de TB.

3.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1: Analizar el contexto migratorio a nivel país de acuerdo a las herramientas estándar de recolección de información a través de diferentes técnicas que evalúa las dimensiones política, económica, social y ambiental de la situación de los migrantes y analiza el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes afectadas por TB.

4. Datos principales de México

Los Estados Unidos Mexicanos, coloquialmente conocido como México, es un país organizado como república representativa, democrática y federal. El país se encuentra dividido políticamente en 32 entidades federativas libres y soberanas unidas por un pacto federal, siendo la Ciudad de México (CDMX) la capital del país.² El Gobierno Federal se encuentra organizado por el principio de separación de poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

El Poder Ejecutivo está depositado en el presidente de México y el cargo se ejerce por seis años, sin posibilidad de reelección. En las últimas elecciones federales en 2018, el Lic. Andrés Manuel López Obrador resultó electo. El presidente tiene amplias facultades, entre las que destacan la de nombrar a los miembros de su gabinete, promulgar las leyes aprobadas por el Poder Legislativo y ser el Comandante Supremo de las Fuerzas Armadas.

El Poder Legislativo reside en el Congreso de la Unión, el cual a su vez se divide en el Senado y la Cámara de Diputados. El Senado se integra por 128 senadores y senadoras, 64 de ellos electos por el principio de mayoría relativa, 32 por el principio de primera minoría y 32 por el principio de representación proporcional, mediante una lista nacional. El Senado se renueva cada 6 años.³ La Cámara de Diputados, se integra por 500 diputados, 300 electos por mayoría relativa en los 300 distritos electorales del país (uninominales) y 200 electos por el sistema de representación proporcional (plurinominales). Las elecciones para legisladores de la Cámara de Diputados se celebran cada 3 años.⁴ Los senadores y diputados federales no pueden ser reelegidos de forma consecutiva.

El Poder Judicial lo ostenta la Suprema Corte de Justicia de la Nación (formada por 11 ministros elegidos por el Congreso y que permanecen en su cargo por 15 años), además de un conjunto de tribunales inferiores y especializados.

México es de los países con mayor población a nivel mundial con un número superior a los 126 millones de personas de acuerdo al último censo, además de ser un país con una gran extensión territorial. De igual forma, de acuerdo al Banco Mundial, está clasificado como un país de ingresos medio-alto. Dicha información se muestra en el [Cuadro 1](#) y se desarrolla en los apartados de este documento.

Cuadro 1. Datos principales de México.

Población (2020) ⁵	126,014,024 habitantes
Clasificación del Banco Mundial por ingreso per cápita ⁶	Economía de ingreso medio-alto (de \$4,046 a \$12,535)
Incidencia de Tuberculosis (2019) ⁷	23 por cada 100,000 habitantes
Mortalidad por Tuberculosis (2019) ⁸	1.59 por cada 100,000 habitantes
Gasto en salud como porcentaje del PIB (2018) ⁹	5.37%
Crecimiento del PIB (2019) ¹⁰	-0.1%

5. Análisis del contexto migratorio en México

5.1. Análisis del contexto social de la migración

La migración es un fenómeno social indisoluble del cambio de la población, determinado por la estructura económica y social de un país o región, así como ciertas características: edad, sexo, estado civil y escolaridad. Los factores que motivan a la migración son la búsqueda de una mejor calidad de vida, condiciones óptimas de trabajo, asegurar el bienestar y seguridad de la familia por motivos bélicos o desastres naturales.¹¹ Organizaciones internacionales con interés en migración, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), sostienen que las causas que promueven la migración son tipo social y económico.¹¹

La migración en México de personas provenientes de Centroamérica es considerada como destino o tránsito con el objetivo de llegar a los Estados Unidos, el cual constituye el principal país receptor. Hacia el año 2015, 97% de los migrantes mexicanos y 78% de los centroamericanos residían en los Estados Unidos. En este último caso, destacan los países que conforman el Triángulo del Norte Centroamericano (TNCA), en donde Estados Unidos es el destino de 88.9% de los emigrantes salvadoreños, 86.6% de los guatemaltecos y 81.8% de los hondureños.¹²

La población migrante centroamericana suele ser joven, con una alta proporción de adolescentes y niños no acompañados; el volumen de hombres supera en 18% al de mujeres y, en el caso de la migración de los países del TNCA, en 26%. En la dimensión educativa, se caracterizan por baja escolaridad ya que el 58% no tiene estudios de preparatoria y solo el 20% tiene algún nivel de estudio superior.¹²

De igual forma, se ha observado de manera global que las decisiones de emigrar de la población con un nivel alto de escolaridad son debido a mayor acceso a la información que habilita el desplazamiento, brinda más opciones de vida, oportunidades laborales de contratación previa, convenio, becas e intercambios, lo que se vincula con mayores ingresos. En cambio, en los migrantes de los países del TNCA, la decisión de emigrar se debe principalmente a la violencia, inseguridad, desastres naturales y el aspecto económico.¹³

En México existen dos principales grupos de migrantes con formación educativa contrastante: el grupo de estadounidenses y el grupo de guatemaltecos. En el grupo de estadounidenses en México el 37% alcanza educación secundaria y el 9% del total son profesionales y directivos; en cambio, del grupo de inmigrantes guatemaltecos, el 39% con 25 años o más completaron la escuela primaria y el 39% es analfabeta, por lo que la mayoría labora en la agricultura o el sector informal.¹⁴

5.1.1. Factores sociales del contexto nacional que limitan o facilitan la inclusión de la población migrante

Existe una relación entre las características mencionadas y las barreras que dificultan la inclusión de los grupos migrantes al estrato social en que abarca desde la discriminación y el hacinamiento hasta la privación de la libertad, la esclavitud o a la atención en salud.

5.1.1.1. Xenofobia y discriminación

La discriminación se traduce en actitudes hostiles que se entrecruzan con distintos marcadores de desigualdad social como la clase, la pertenencia étnica, el color de la piel, la edad, la nacionalidad de origen, el género y la orientación sexual. Esta conducta ha prevalecido hacia la población migratoria independientemente de su situación legal en el país.¹⁵

En México se incrementó de manera notable el número de detenciones y de deportaciones debido a la implementación del Programa Integral Frontera Sur en 2014. Esta política estuvo acompañada de una serie de noticias que magnificaron las dimensiones cuantitativas de la migración en tránsito, lo que incidió en un aumento de las expresiones xenofóbicas de algunos sectores de las poblaciones locales. Por otra parte, el incremento en la violencia asociada a la expansión del narcotráfico y de la delincuencia organizada desde 2005, ha propiciado corrientes de opinión racistas, xenófobas o intolerantes, que buscan asociar este fenómeno con el incremento de determinados flujos migratorios en tránsito por México.¹⁶

5.1.1.2. Hacinamiento

Las poblaciones de migrantes suelen establecerse en cinturones de pobreza, creando ambientes de hacinamiento, deficiencias nutricionales, precariedad de empleo y limitación a los servicios de salud, lo que genera un impacto en las condiciones de vida de estas personas y los hacen vulnerables convirtiéndose en blanco perfecto de enfermedades como la TB. La notable presencia del fenómeno de marginación social y económica en su entorno de origen, en general perdura y continúa a lo largo de la ruta de flujo migratorio y la puede haber en su destino final.¹⁷

5.1.1.3. Trata de personas

La trata de personas y el tráfico ilícito de personas constituyen actividades delictivas consideradas como graves violaciones a los derechos humanos.¹⁸ Los delitos de la trata también se producen en ámbitos nacional o local, y no necesariamente están vinculados al crimen organizado. En ese sentido, en todos los países de la región se han aprobado leyes específicas para combatir la trata nacional y transnacional; en México se cuenta con la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y asistencia a las víctimas de estos delitos.¹⁹ En el artículo 102, se menciona que *“se ejecutarán todas las medidas necesarias para proteger a los migrantes durante el trayecto por el país”*.²⁰

5.1.2. Pobreza

Con base en los reportes del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en México se definen dos líneas de medición de pobreza:²¹

- Línea de pobreza por ingresos: valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.
- Línea de pobreza extrema por ingresos: valor de la canasta alimentaria por persona al mes.

Estos valores se modifican de acuerdo a si se encuentra en área rural o urbana. En el [Cuadro 2](#) se puede apreciar las líneas de pobreza para marzo del 2021.

Cuadro 2. Líneas para definir pobreza extrema por ingresos y pobreza por ingreso mensual para marzo del 2021.²¹

Tipo de Moneda	Línea de pobreza extrema por ingresos		Línea de pobreza por ingresos	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
MXN	\$1,212.69	\$1,693.38	\$2,186.07	\$3,353.55
USD ^a	\$57.92	\$80.87	\$104.40	\$160.15

Según las estimaciones del CONEVAL, en 2008 el 44.4% de la población en México vivía en situación de pobreza, mientras que en 2018 la estimación fue del 41.9%; representando así una disminución del 2.5 puntos porcentuales. Se estimó en 2008 que 49.4 millones de mexicanos vivían en situación de pobreza, en contraste con 52.4 millones en 2018; situación que representa un incremento del 5.9% entre estos años. En este periodo se presentó una reducción del 24.5% en el número de personas en pobreza extrema, pero a pesar de ello aun el 7.4% (9.3 millones) de mexicanos viven en esta situación (ver [Cuadro 3](#)).²²

Actualmente, la migración ha tomado mayor relevancia debido a las causas que motivan la salida de las personas centroamericanas, incluyendo violencia, inestabilidad política, sequías, desastres naturales, pobreza y desigualdad.²³ De estas, la pobreza extrema es el factor más ponderante.²⁴ Con base en reportes de UNICEF, los índices de pobreza infantil^b son superiores en los países de origen en la población migrante: 74% en Honduras, 68% en Guatemala, 54% en México y 44% en El Salvador.²⁴ Además, para 2019, la población en pobreza extrema en estos países ha sido considerablemente alta: Honduras con 51%, Guatemala con 46% y El Salvador con el 13%.²⁵

5.2. Análisis del contexto económico

La diferencia en el nivel de desarrollo económico es uno de los factores estructurales que impulsan a la migración. Según el nivel de desarrollo económico a través del PIB per cápita, resulta claro que los países de mayor emigración en la región son los de menor nivel de desarrollo económico. En el caso de los países del TNCA el PIB per cápita apenas alcanza los \$3,600 USD en El Salvador, y se reduce a solo \$2,200 USD en el caso de Honduras. La excepción es el caso de México, donde el nivel del PIB per cápita es de \$9,946 USD.²⁶

^a Cálculo realizado para el día 01 de marzo del 2021. Con base en la Calculadora convertidora de dólares a pesos con el tipo de cambio del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y el Diario Oficial de la Federación (DOF). Consultado en: <http://www.calculadorasat.com/convertir-dolares-pesos>

^b Porcentaje de niños que viven en un hogar clasificado como pobre.

Cuadro 3. Cambios en la medición de pobreza y pobreza extrema entre 2008 y 2018 en México.^{22,27}

Categoría		Año		Cambios en el número de personas entre 2008 - 2018	
		2008	2018	Porcentaje	Miles de personas
Población total en México (miles) ^c		110,405.0	125,328.0	13.5%	14,923
Pobreza	Miles de personas	49,489.5	52,425.9	5.9%	2,936.4
	Porcentaje	44.4%	41.9%		
Pobreza extrema	Miles de personas	12,328.2	9,310.2	-24.5%	-3.6
	Porcentaje	11.0%	7.4%		

La migración mejora los salarios de las personas que se trasladan, ya que en general son mejores que en su lugar de origen, incluso en el caso de la migración interna.²⁸ Sin embargo, existen diferencias importantes en el desempeño laboral de los migrantes según su origen.²⁹

La mayor parte de las personas migrantes centroamericanas participan como asalariados. Las mujeres suelen insertarse en el sector terciario^d, en el sector secundario trabajan más hombres salvadoreños y hondureños, y dentro del sector primario hay una importante participación de guatemaltecos, en especial en los campos de Chiapas.³⁰

Cuando los migrantes llegan al mercado de destino, por lo regular llegan en desventaja económica respecto al resto de los trabajadores locales. No obstante, en el mediano plazo alcanzan a los trabajadores locales en términos de salarios y empleo. La presencia de este nuevo grupo de trabajadores tiende a producir aumentos en la demanda de otros servicios y productos, lo que a su vez debería empujar los salarios hacia arriba.³¹

Desde la perspectiva económica, la migración debe considerarse como una oportunidad porque las contribuciones de los migrantes hacia sus familias mediante remesas representan un flujo superior a la inversión extranjera. Las remesas son ante todo un fondo salarial, por este motivo no constituyen un ahorro o un complemento del ingreso de los hogares, sino un componente central del presupuesto familiar.³²

En 2020 el ingreso de remesas al país ascendió a \$3,574 millones USD. Entre 2017 y 2019, las remesas que llegaron a Guatemala fueron de \$10,500 millones USD, para El Salvador \$5,600 millones USD y para Honduras \$5,400 millones USD.³³ Para Centroamérica, las remesas representan 4.5 veces la inversión extranjera directa y el 40% de las exportaciones; además de que el volumen de remesas equivale al 77% de la formación bruta de capital fijo (inversión nacional), y al 95% del ahorro nacional.^{34,35}

^c Con base en las estimaciones a medio año del CONAPO para la población total de México en 2008 y 2018. Los cálculos de porcentajes de pobreza y pobreza extrema pueden variar sobre este total al tratarse de una base de datos distinta pero oficial.

^d El sector primario está conformado por actividades económicas relacionadas con la extracción y transformación de recursos naturales en productos primarios. El sector secundario está vinculado a actividades artesanales y de industria manufacturera. El sector terciario es el que se dedica a ofrecer servicios a la sociedad y a las empresas.

5.2.1. Población económicamente activa y no activa

En 2020, en México se registró que el 62% de la población es económicamente activa (PEA) y el 37.7% de la población no es económicamente activa (PNEA)^e.³⁶ Sin embargo, debido a los impactos que ha provocado la pandemia por COVID-19, dentro de la PEA hubo una disminución del 4.2% de la población ocupada y un aumento del 31.3% de la población desocupada (ver [Cuadro 4](#)).³⁶

La tasa de informalidad en México también varió debido a la pandemia. Entre marzo y abril del 2020 hubo una disminución en la informalidad, al pasar del 55.7% a 47.7% respectivamente.³⁷ Sin embargo, con la reapertura de actividades, la tasa de informalidad registró un 55.1% a finales de abril del 2020.³⁷ No obstante, en países centroamericanos las tasas de informalidad son más altas. Para 2018, los trabajadores informales representaron el 71% de la población de Guatemala, el 66% de El Salvador y el 72% de Honduras.²⁵ Además, dentro de la PEA, la población desempleada representa el 3.5% en Guatemala, 6.8% en El Salvador y 8.2% en Honduras.²⁵

Cuadro 4. Cambio en la PEA y PNEA entre el cuarto trimestre del 2019- 2020.³⁶

Condición de actividad económica y de ocupación	Cuarto trimestre del 2019 (miles)	Cuarto trimestre del 2020 (miles)	Diferencia absoluta	Variación porcentual
Población económicamente activa	57,625.5	55,800.9	-1,744.6	-3.0
Ocupada	55,683.4	53,331.4	-2,352.0	-4.2
Desocupada (desempleo)	1,942.0	2,549.5	607.4	31.3
Población no económicamente activa	37,780.0	41,315.6	3,535.6	9.4
Disponible ^f	5,828.3	8,928.3	3,100.0	53.2
No disponible	31,951.8	32,387.3	435.5	1.4

^e La PNEA se conforma por 34.7% por estudiantes; 43.9% por personas dedicadas al hogar; 9% personas jubiladas; 3.8% por personas con alguna limitación física/mental que le impide trabajar; y un 8.6% por personas en otras actividades no económicas. Asimismo, hubo un incremento del 9.4% de la PNEA, siendo considerable el incremento en la PNEA disponible, con un aumento del 53.2%.

^f Personas que no buscaron trabajo pero aceptarían si se les ofreciera.

6. Análisis demográfico y ambiental

Según el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, la población total es de 126 millones de mexicanos. El 6.14% habla una lengua indígena (11.76% no habla español), siendo las más habladas el náhuatl (22.5 %) y el maya (10.6 %). Asimismo, el 2.04% de la población total se considera afroamericana negra o afrodescendiente.⁵

Alrededor del 1% de las personas en el país son migrantes. Esta población comprende una diversidad de subgrupos, pues, aunque algunos tienen su estatus migratorio resuelto, también hay migrantes vulnerables como las mujeres, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, indígenas y personas LGBT+, entre otros. Cabe suponer que estos últimos se han visto doblemente afectados por su condición migratoria irregular y por su condición de género, grupo etario, grupo étnico y sexualidad. Por ejemplo, algunos miembros de minorías étnicas en el grupo migrante han sido sobrerrepresentados entre las personas que han sido infectadas, hospitalizadas y han muerto por el COVID-19.³⁸

6.1.1. Demografía y medio ambiente

México es el decimocuarto país a nivel mundial, y el quinto en América con mayor extensión territorial.³⁹ Comprende una superficie territorial de 1,964,375 km², de los cuales la superficie continental es de 1,959,248 km² y 5,127 km² son de superficie insular.⁴⁰ A esto, se le debe agregar la zona económica exclusiva de mar territorial que comprende 3,149,920 km², dando un total de 5,114,295 km².⁴⁰ En la frontera Norte, colinda con Estados Unidos en una línea fronteriza de 3,152 km; mientras que al sur, colinda con las Repúblicas de Guatemala y Belice en una línea fronteriza de 1,149 km; divididos en 956 km y 193 km, respectivamente (Figura 1).^{40,41}

Figura 1. Mapa de los Estados Unidos Mexicanos y sus fronteras con Estados Unidos de América en el Norte; y Guatemala y Belice en el Sur.



Fuente: Elaboración con base en la imagen proporcionada por el INEGI. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/mapas/nacional.aspx?tema=M>

6.2. Análisis del contexto histórico y político

La migración mexicana suele dividirse en tres periodos. El primero coincide con el gobierno de Porfirio Díaz (1877-1910), caracterizado por un periodo de apertura y de políticas activas para atraer a inmigrantes; sin embargo, a pesar de esta legislación amigable, llegaron pocos. El segundo comprende los años posteriores a la Revolución (1917-1974), cuando la hostilidad hacia los extranjeros se hizo evidente, especialmente en relación con ciertos grupos y nacionalidades, como las personas provenientes de Asia. Por último, el tercer periodo va aproximadamente de 1974 a 1990, el cual inicia y termina con dos leyes de población. La Ley de 1974 coincide con la decadencia del modelo de industrialización que caracterizó al periodo anterior, en el cual el control demográfico resultó ser una prioridad. Desde el punto de vista de la migración, solo las personas altamente calificadas eran bienvenidas. Tal como establecía el artículo 32 de la ley de 1974, los migrantes debían ser "elementos útiles" para el país y tener los ingresos necesarios para su subsistencia.⁴²

Considerando que persiste el énfasis en la necesidad de la protección de los empleos para los mexicanos, la asimilación y la identificación cultural de los extranjeros se diluyeron dentro de esta nueva ley. Otro acontecimiento importante en este periodo fue la llegada de grupos de refugiados que huyeron de los conflictos de la guerra civil en Guatemala y El Salvador, y de los regímenes dictatoriales en el Cono Sur del continente. La Ley de Población de 1990 tardíamente tomó en cuenta este fenómeno con la regulación explícita de la condición de refugiado.⁴²

Entre 2010 y 2011, se discutió y aprobó una nueva Ley de Migración. Desde el punto de vista de la política de migración no hubo grandes cambios, pues los migrantes altamente calificados son bienvenidos y los procesos para obtener la condición de migrante documentado y la ciudadanía mexicana se simplificaron.⁴³

Con la entrada en vigor de la Ley de Migración, en 2012 se reformó el Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación, se delimitaron las funciones del Instituto Nacional de Migración, se crearon la Unidad de Política Migratoria (UPM) y dos consejos, uno ciudadano del Instituto Nacional de Migración (INM) y el otro consultivo de la la Secretaría de Gobernación (SEGOB). La UPM es la instancia encargada de coordinar la planeación necesaria para configurar estrategias, proyectos y acciones de política migratoria, así como de analizar el fenómeno con base en estadísticas y estudios especializados que sustenten la toma de decisiones en esta materia.⁴⁴ Los dos consejos cuentan con la participación de la sociedad civil y la academia.

A pesar de estos esfuerzos institucionales, ha existido un déficit de la capacidad institucional en la política y la gestión migratoria que obedece a distintas causas: la corrupción y la falta de transparencia en la administración del gobierno mexicano, así como a un conjunto de disfunciones organizacionales con limitaciones en los sistemas de recursos materiales y humanos. Las políticas en materia de migración -como el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante- a menudo no cuentan con los recursos para su implementación, lo cual limita el ejercicio de derechos humanos de migrantes.⁴⁵

Actualmente, el gobierno reconoce la importancia de la salud de los migrantes y de mitigar la desigualdad, la discriminación y la estigmatización hacia este grupo de personas; por lo que ha propuesto una serie de acciones enfocadas al acceso a los servicios de salud descritas en el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. La postura del gobierno ante el tema laboral es la de apoyar a los migrantes centroamericanos, ya sea a través de visas temporales para laborar o facilidades para integrarlos como trabajadores en las obras prioritarias para la administración.⁴⁶

Al hacer un balance de la política migratoria, se puede afirmar que en los últimos años se ha buscado promover y defender derechos, se han ratificado instrumentos internacionales en la materia y se ha legislado en la misma dirección. Este tipo de esfuerzos se vinculan con los acuerdos del Consenso de Montevideo, con la Recomendación No. 26 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con el segundo Diálogo de Alto Nivel sobre Migración Internacional y el Desarrollo, entre otros. Sin embargo, debido al énfasis en la seguridad nacional y en el control migratorio, hay incumplimiento con otros compromisos internacionales y, en casos muy claros, hay contradicciones con ese marco normativo.⁴⁷

6.2.1. La legislación nacional y los convenios internacionales de migración

En México prevalece un Estado social de derecho. Por consiguiente, existen normas e instituciones destinadas a promover derechos sociales como el trabajo, la seguridad social, la salud, la educación, la vivienda, la alimentación y, en general, la atención a poblaciones vulnerables.⁴⁸

De forma general, la población migrante se encuentra protegida por el marco normativo de las siguientes leyes:⁴⁹

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos 1 y 4.
- Ley General de Salud (LGS), artículo 8.
- Ley de Migración, artículos 8 y 27.
- Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político.
- Reglamento de la Ley de Migración.
- Opinión Consultiva OC-21/14 Corte Interamericana en Derechos Humanos.
- Reglamento de la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria.
- Leyes Estatales, según la entidad federativa en cuestión.

En tema de salud, en la **Ley de Migración**, el artículo 8 estipula que *“los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria”*. El artículo 27 busca *“promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria [...]”*.⁴⁹

De acuerdo con la **Ley Sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político**, el artículo 44 estipula que *“en virtud de las condiciones que presentan los refugiados al salir de su país de origen respecto de los demás extranjeros, deberán recibir las mayores facilidades posibles para el acceso a los derechos y garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre ellos: recibir apoyo de las instituciones públicas, en el ejercicio y respeto de sus derechos; recibir servicios de salud [...]”*⁵⁰

En el **Reglamento de la Ley de Migración** -avalado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)-, el artículo 227 menciona que *“en caso de que el médico [de las estaciones migratorias o estancias provisionales] determine que es necesario proporcionar atención médica especializada al alojado, se tomarán las medidas pertinentes para canalizarlo a la institución de salud correspondiente. Cuando un alojado exprese que ha sido objeto de cualquier agresión física y psicológica, se tomarán las medidas necesarias para la protección de su vida e integridad. [...]”*.

No obstante, dentro de la **Ley General de Salud**, el artículo 77, bis 7, se menciona que *“para ser beneficiario de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados [...] se deberá: I. Encontrarse en el territorio nacional; II. No ser derechohabientes de la*

*seguridad social, y III. Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP). En caso de no contar con dicha clave, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias”.*⁵¹

Los instrumentos internacionales que también buscan proteger a los migrantes, son:⁴⁹

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.
- Pacto Mundial sobre Migración, objetivo 15.
- Convenio sobre los Trabajadores Migrantes.
- Convenio sobre las Migraciones en Condiciones Abusivas y la Promoción de la Igualdad de Oportunidades y de Trato de los Trabajadores Migrantes.
- Protocolo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire.
- Convención sobre el Estatuto de los Refugiados.
- Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados.
- Opinión Consultiva OC-21/14 Corte Interamericana en Derechos Humanos.

La **Corte Interamericana en Derechos Humanos**, en su Opinión Consultiva OC-21/14, capítulo catorce, artículo 256, recuerda que *“los procedimientos administrativos y judiciales que conciernen la protección de los derechos humanos de niñas y niños deben ser manejados con una diligencia y celeridad excepcional por parte de las autoridades. La Corte considera que el Estado es responsable de brindar protección y cuidado de manera especial [...] Esto significa asegurar vivienda, comida, así como acceso a la salud, atención psicosocial y educación”.*⁵²

En el **Convenio sobre los Trabajadores Migrantes** -avalado por la CNDH-, artículo 4, se menciona que todo miembro de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) *“se obliga a mantener, dentro de los límites de su competencia, servicios médicos apropiados encargados de: a) cerciorarse de que, tanto en el momento de su salida como en el de su llegada, la salud de los trabajadores migrantes y sus familia autorizada a acompañarlos es satisfactoria y b) velar por que los trabajadores migrantes y su familia gocen de una protección médica adecuada y de buenas condiciones de higiene [...]”.*⁵³

6.2.2. Factores políticos del contexto nacional que limitan o facilitan la inclusión de la población migrante

En la Constitución Mexicana se encuentran plasmados los derechos humanos y las garantías que protegen los derechos individuales y colectivos que, en consonancia con los tratados y convenciones internacionales, aplican a todo extranjero sin importar su situación migratoria.

A nivel internacional, México es uno de los países más activos en la promoción de la Convención Internacional para la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (1990), la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (2000), la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000), entre otras. A nivel regional, también ha impulsado iniciativas para discutir el tema migratorio. Desde mediados de la década 1990, impulsó la Conferencia Regional sobre Migración, conocida como proceso Puebla, o en años más recientes el Diálogo Mesoamericano. En el contexto de estos mecanismos han surgido distintos acuerdos y tratados bilaterales o multilaterales, referidos a procesos de repatriación, protección a víctimas y regularización migratoria.⁵⁴

La Ley de Migración presenta avances sustanciales respecto a la Ley General de Población que regulaba los procesos migratorios en México. Entre otros aspectos, trata de simplificar y unificar la

normatividad migratoria; busca normar el ingreso, la salida, estancia y tránsito, se propone facilitar la movilidad de personas.⁵⁵

Además de la Ley de Migración y de su Reglamento, hay un conjunto de leyes que no forman parte del cuerpo normativo directo pero que se vinculan de manera indirecta. Este conjunto de leyes está integrado con las llamadas leyes de protección y con las leyes de inclusión. Como su nombre lo indica, las primeras buscan la protección y defensa de derechos y de la integridad, y las segundas la inclusión e incorporación de los migrantes (acceso a derechos sociales, económicos y culturales).¹⁶

Entre las leyes de protección se pueden mencionar: la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003), la Ley para Prevenir y Sancionar los Delitos en Materia de Secuestro (2010), la Ley para la Protección de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas (2012), la Ley General de Víctimas (2013), la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia en Materia de estos Delitos (2012), y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014). Entre las leyes de inclusión, se pueden citar las siguientes: la Ley General de Desarrollo Social, la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud y la Ley General de Educación.

6.2.3. Regularizar el ingreso formal a personas migrantes

En México se permite la doble nacionalidad para nacidos en el país y para sus descendientes nacidos en otro país. Para el caso de la naturalización de extranjeros, dicho proceso no concede una ciudadanía plena, pues no se accede a todos los derechos civiles y políticos; de hecho, la nacionalidad adquirida por este proceso puede perderse.⁵⁶

6.2.4. Protección a la salud

Los objetivos de la salud pública se basan en mitigar los efectos de la desigualdad facilitando el acceso a los servicios de salud, limitar la discriminación y estigmatización de los migrantes, eliminar los potenciales obstáculos que impidan el acceso a medidas preventivas y tratamientos curativos, y minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio. La universalidad de los servicios de salud ha sido un imperativo desde el año 2000 desde la declaración del milenio de la ONU, en la se cual enuncia la relevancia de combatir enfermedades como la TB.⁵⁷

El acceso a la salud de la población migrante, afectada o no por TB, está garantizado en la Ley de Migración. De igual manera, en 2004 se autorizó la incorporación de las personas migrantes internacionales en situación irregular (MISI) al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) hasta por 90 días.⁵⁸

En el [Cuadro 5](#) se resumen los elementos favorables o desfavorables en el contexto social, económico demográfico y político, para la atención de salud de las personas migrantes.

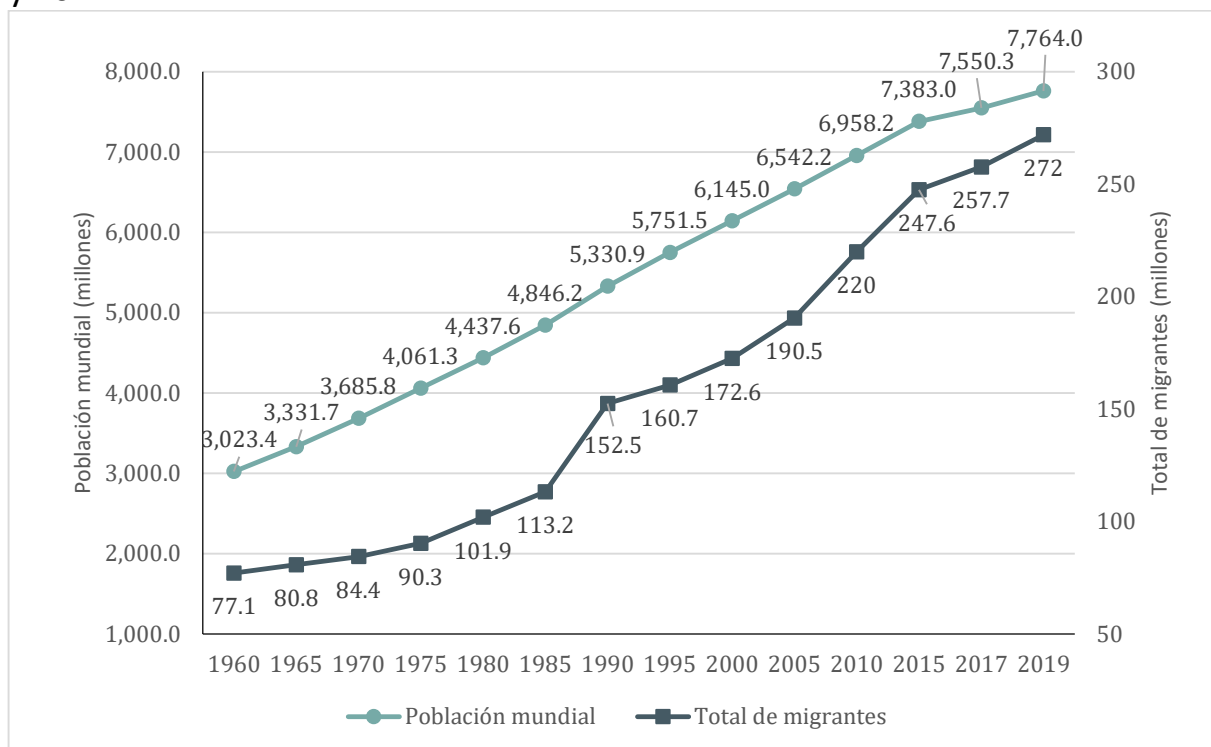
Cuadro 5. Elementos del contexto favorables o desfavorables para la atención de salud a migrantes.

Contexto	Favorables	Desfavorables
Social	Apoyo por organizaciones nacionales como CONAPRED a través de campañas para prevenir la xenofobia en la población mexicana.	Discriminación por desigualdad social, pertenencia étnica, color de piel, entre otros, lo que estigmatiza la atención a la salud. Desconocimiento de los derechos de los migrantes.
Económico	La presencia de las personas migrantes como nuevo grupo de trabajadores tiende a producir aumentos en la demanda de otros servicios y productos, lo que a su vez empuja los salarios, logrando que a mediano plazo cuenten con salarios promedio y mayor oportunidad de acceder algún servicio de salud.	Desventaja económica de las personas migrantes al iniciar actividad laboral lo que puede dificultar el traslado y pago de servicios de salud. Acceso a los servicios de salud, atendiendo solo las necesidades básicas dejando de lado la atención especializada en hospitales de mayor complejidad, evidenciando la escasez de recursos económicos de las instituciones de salud en México
Demográfico y ambiental	Migrantes jóvenes con menores comorbilidades crónicas degenerativas, requiriendo menor uso a los servicios de salud que la población con mayor edad.	La población migrante comprende una diversidad de grupos vulnerables como las mujeres, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, indígenas y personas LGBT+, entre otros. Cabe suponer que dichos grupos se han visto doblemente afectados por su condición migratoria irregular y por su condición de género, grupo etario, grupo étnico y sexualidad. Por ejemplo, algunos miembros de minorías étnicas en el grupo migrante han sido sobrerrepresentados entre las personas que han sido infectadas, hospitalizadas y han muerto por el COVID-19. ³⁸
Político	Inclusión y reconocimiento de las personas migrantes en México como titulares de derechos humanos (artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos).	Violación a los derechos humanos por autoridades. Falta de presupuesto para implementar políticas.

6.3. Flujos migratorios

A nivel mundial, el número total de personas migrantes ha crecido constantemente. En 1960, dicha población representaba cerca del 2.5% (77.1 millones de personas) de la población mundial; mientras que para el 2019 representaron cerca del 3.5% (272.0 millones de personas, [Figura 2](#)).⁵⁹⁻⁶¹

Figura 2. Evolución en la población total y migrantes, a nivel mundial, entre 1960 y 2017.⁵⁹⁻⁶¹



Fuente: Elaboración propia con información del CONAPO, con base en *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration. Revisión 2017 y Revisión 2019*; y *Banco Mundial, Población total, 2020*.

Los mexicanos que migran del país representan cerca del 10% de la población total, en 2017 se registraron cerca de 12.9 millones.⁵⁹ México se encuentra entre los primeros cinco países de origen (Ver [Cuadro 6](#)), siendo el segundo con más personas migrantes (5%) solo por detrás de India (6.4 %).⁵⁹

Estados Unidos es el principal país de destino, con alrededor de 49.7 millones de inmigrantes, siendo el 19.3% del total de personas migrantes a nivel mundial en 2017; seguido de Arabia Saudita y Alemania, ambos con el 4.7 % a nivel mundial (ver [Cuadro 7](#)).⁵⁹

En México se presentan altos índices de migración irregular, principalmente con destino a Estados Unidos. De acuerdo con la SEGOB, en 2018 fueron detenidas 138,612 personas de diferentes nacionalidades en estancias migratorias del INM. Aunado a esto, en este mismo año 112,317 personas fueron deportadas a México para retorno asistido a diferentes países.⁶² Se considera al corredor México (país de origen) y Estados Unidos (país de destino) como el principal corredor de migración a nivel mundial. Se estima que en 2017, hubo un movimiento de 12.7 millones de personas migrantes, lo cual representa el 4.9% del total de población migrante a nivel mundial (ver [Cuadro 8](#)).⁵⁹

Cuadro 6. Población total y emigrante de los 5 principales países de origen.⁵⁹

País de origen	Población total (miles)	Población emigrante (miles)	Emigrantes como porcentaje de la población total	Distribución porcentual de los emigrantes
India	1,339,180	16,588	1.2	6.4
México	129,163	12,965	10.0	5.0
Rusia	143,990	10,636	7.4	4.1
China	1,409,517	9,962	0.7	3.9
Bangladesh	164,670	7,500	4.6	2.9
Otros países	4,364,288	200,064	4.58	77.6

Fuente: Elaboración propia con información procedente del CONAPO, con base en *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration. Revisión 2017.*

Cuadro 7. Población total e inmigrante de los 5 principales países de destino.⁵⁹

País de destino	Población total (miles)	Población inmigrante (miles)	Emigrantes como porcentaje de la población total	Distribución porcentual de los inmigrantes
Estados Unidos de América	324,459	49,777	15.3	19.3
Arabia Saudita	32,938	12,185	37.0	4.7
Alemania	82,114	12,165	14.8	4.7
Rusia	143,990	11,652	8.1	4.5
Reino Unido ¹	66,182	8,842	13.4	3.4
Otros países	6,900,579	163,096	1.7	63.3

Fuente: Elaboración propia con información procedente del CONAPO, con base en *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration. Revisión 2017.*

6.4. Emigración

Para 2019, en México se reportaron 11,796,178 emigrantes (9.32% de la población total), colocándolo como el segundo país con más emigrantes en el mundo.⁶³ De estos, el 53.21% (6,277,644) son hombres y el 46.78% mujeres (5,518,534).⁶³ Según los países de destino, Estados Unidos es el principal receptor de emigrantes mexicanos con el 97.4%, seguido de Canadá con el 0.73% y España con 0.45%.^{63,64}

Hasta marzo del 2020 se reportaron 802,807 emigrantes internacionales^g, de los cuales 555,455 emigrantes no han regresado y 178,072 migrantes son de retorno^h.⁶⁵ Del total de emigrantes

^g Los emigrantes internacionales son las personas que, en el periodo marzo 2015 a marzo 2020, residían en una vivienda en México y se fueron a vivir a otro país.

^h Los migrantes de retorno son personas que se fueron a vivir a otro país, regresaron a México y viven en una vivienda en el país.

internacionales, el 42.4% son hombres entre 20 y 39 años de edad; las mujeres del mismo grupo etario representan el 18.1%.⁶⁵

Cuadro 8. Lista de los 5 principales corredores migratorios a nivel mundial.⁵⁹

Origen	Destino	Número de migrantes	Número de migrantes (%)
México	Estados Unidos	12,683,000	4.9
India	Emiratos Árabes Unidos	3,310,000	1.3
Rusia	Ucrania	3,310,000	1.3
Ucrania	Rusia	3,272,000	1.3
República Árabe Siria	Turquía	3,272,000	1.3
	Subtotal	25,846,000	10.1
	Otros países	231,869,000	89.9
	Total	257,715,000	100

Fuente: Elaboración propia con información procedente del CONAPO, con base en *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration. Revisión 2017.*

6.5. Inmigración

En México viven 1,060,707 inmigrantes (0.84% de la población total), de los cuales el 50.14% (531,912 personas) son hombres y el 49.85% (528,795 personas) son mujeres.⁶⁶ Según el país de origen, los inmigrantes proceden principalmente de Estados Unidos (71.87%), Guatemala (4.16%) y España (2.22%) (ver [Cuadro 9](#)).

Cuadro 9. Inmigrantes en México según el país de origen (2019).⁶⁶

País de origen	Inmigrantes
Estados Unidos	762,290
Guatemala	44,178
España	23,589
Colombia	19,317
Venezuela	17,254
Subtotal	866,628
Otros países	194,079
Total	1,060,707

Fuente: Elaboración propia con información procedente de Datosmacro (2020) México - Inmigración 2019.

En 2020, se reportó un descenso en el número de eventosⁱ de extranjeros presentados y devueltos entre 2019 y 2020. Debido a la pandemia, se reportó una reducción del 52.3% en los eventos de extranjeros presentados ante las autoridades migratorias mexicanas (de 182,940 a 87,260 eventos) y una disminución del 64% en los eventos de extranjeros devueltos a sus países de origen (de 149,812 a 53,891 eventos) (Ver [Cuadro 10](#)).⁶⁷

Cuadro 10. Eventos de extranjeros presentados y devueltos por la autoridad migratoria mexicana, con base en país de nacionalidad, en 2020.⁶⁷

Tipo de evento	Presentados	Devueltos
Honduras	39,005	25,541
Guatemala	32,199	22,166
El Salvador	8,638	3,931
Haití	1,483	329
Cuba	1,309	67
Estados Unidos	872	750
Otros	3,752	1,107
Total	87,260	53,891

Fuente: Elaboración propia con información procedente de Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (2021) Estadísticas migratorias: Síntesis 2020.

ⁱ Se define como “evento” y no como “número de migrantes”, ya que una sola persona pudo ser presentada en más de una ocasión.

7. Características de la migración en México

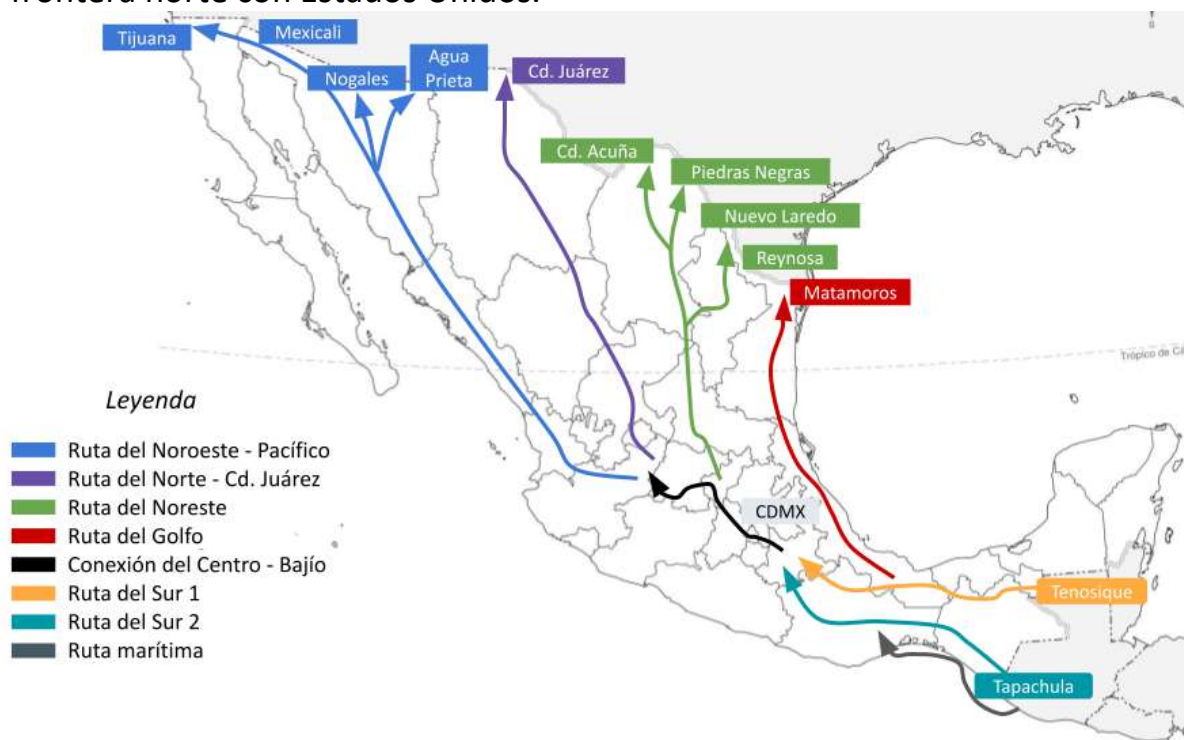
7.1. Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito

Se estima que cerca de 500,000 personas cruzan desde Centroamérica a México anualmente. La mayoría de estas personas provienen de Guatemala, Honduras y El Salvador, debido a la situación de violencia y pobreza extrema en la que viven en sus países.⁶⁸

Desde el 2014, el gobierno mexicano ha implementado el Plan Frontera Sur, con el que se contempla aumentar y reforzar la seguridad en los estados del Sur que colindan con Guatemala. Dicho plan está orientado para disminuir la cantidad de personas migrantes que cruzan de manera ilegal en el Sur de México y que utilizan “La Bestia”, un tren de transporte de materias primas con rumbo al Norte del país; además de combatir las redes de asaltantes que aprovechan la situación de vulnerabilidad de estas personas.⁶⁹

Debido a esto, es que se han agregado más barreras a la migración irregular en el Sur,⁶⁹ y, en consecuencia, se han establecido diferentes rutas que las personas migrantes usan para dirigirse hacia Estados Unidos,⁶⁹ con una duración del recorrido no estimada por la complejidad de la misma. Si bien pueden presentarse diferentes cantidades, divisiones o nombres, se han resumido las rutas migratorias a través del país en ocho distintas (ver [Figura 3](#)).

Figura 3. Mapa de rutas migratorias desde la frontera Sur con Guatemala, hacia la frontera norte con Estados Unidos.



Fuente: Elaboración propia con información de Médicos Sin Fronteras (2019) *Las principales rutas migratorias del mundo*; Nájjar, A. & BBC (2015) *México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia*; y BBVA Research (2020) *Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México*.

Aun cuando las rutas trazadas se describen por ciudades, la extensión geográfica y relación entre las mismas hacen que su descripción sea compleja (ver [Cuadro 11](#)). Al sur de México se encuentran tres rutas importantes en las que se dirigen hacia el centro del país o recorren de forma directa hasta el norte por Veracruz hasta Tamaulipas. En el centro se encuentra la Conexión Centro-

Bajío, de la cual, se desprenden las tres rutas más importantes con dirección al norte. Las rutas Noroeste-Pacífico, Norte-Ciudad Juárez y Noroeste tienen como destino la frontera norte con Estados Unidos por medio de diversas ciudades fronterizas. Para una descripción más detallada sobre las diferentes rutas, se puede consultar el [Anexo 1](#).

Cuadro 11. Resumen de las rutas migratorias a través de México.

Zona geográfica	Ruta	Ciudad de origen	Ciudades importantes de tránsito	Ciudad de destino
Sur	Sur 1	Tenosique (Guatemala)	Palenque, Coatzacoalcos y Acayucan	Puebla
	Sur 2	Tapachula	Ixtepec y Oaxaca	Puebla
	Marítima	Ocós (Guatemala)	Salina Cruz e Ixtepec	Puebla o Acayucan
Sur/Norte	Golfo	Acayucan o Coatzacoalcos	Recorrido por Veracruz	Matamoros
Centro	Conexión Centro-Bajío	Puebla	Ciudad de México, Querétaro y Celaya	León o Querétaro
Norte	Noroeste-Pacífico	León	Guadalajara, Mazatlán y Hermosillo	Tijuana, Mexicali, Nogales o Agua Prieta
	Norte-Ciudad Juárez	León	Aguascalientes, Zacatecas y Chihuahua	Ciudad Juárez
	Noreste	Querétaro	Saltillo y Monterrey	Ciudad Acuña, Piedras Negras, Nuevo Laredo y Reynosa

Fuente: Elaboración propia con información de Médicos Sin Fronteras (2019) *Las principales rutas migratorias del mundo*; Nájjar, A. & BBC (2015) *México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia*; y BBVA Research (2020) *Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México*.

7.2. Características de la población migrante

Los determinantes sociales en salud (DSS) engloban "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".⁷⁰ Además, este concepto incluye el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, como la distribución de la riqueza y el ingreso, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Entre estas fuerzas y sistemas se incluyen las políticas, sistemas económicos, programas de desarrollo y protección social, normas y políticas sociales y sistemas políticos.⁷¹

El estado de salud de cada persona se ve fuertemente influenciado por la globalización, los modelos económicos y los de desarrollo, siendo más vulnerable a los riesgos y condiciones sociales que generan situaciones de inequidad en salud. Estas condiciones no son consecuencia de las decisiones individuales, sino del efecto de los acuerdos sociales mayores que en ocasiones son injustos.⁷² Desde la perspectiva de la justicia social, una persona migrante afectada por TB se ve en la necesidad de recibir apoyo especial, dadas las condiciones estructurales a las que se enfrenta como parte del proceso de recuperación de su salud, reduciendo así las brechas de inequidad.⁷³

En general, la pobreza representa el DSS más importante para la salud de los migrantes.⁷⁴ No obstante, los DSS de las personas migrantes pueden abordarse según el momento en el que se revise; ya sea en el origen, en el tránsito y en el destino.⁷⁴

En el origen, el 90% de los migrantes provienen de Honduras, Guatemala y El Salvador, y el 41.9% vive en condiciones de pobreza.²² A su vez, la pobreza y la inequidad condicionan problemas de salud. Las comunidades de origen se caracterizan por contar con limitaciones importantes de servicios de salud, educación, seguridad social y vivienda digna; en conjunto con la carencia de recursos personales, sociales y económicos.^{74,75}

Acerca de la frontera Sur con Guatemala, entre 2010 y 2014 se hizo un seguimiento de pacientes nuevos con TB en Chiapas. Dentro de las características de esta población de estudio se encontró que el 42.8% de los casos se dio en desempleados y amas de casa, en contraste con el 38.2% en trabajadores ocupados.⁷⁶ Aun cuando solo un 1.7% de los pacientes no eran nacidos en Chiapas, el 58.1% de los casos fueron de jurisdicciones que tienen frontera con Guatemala: Tapachula con 37.2%; Ocosingo con 6.6%; Comitán con 5.7%; Palenque con 5.6% y Motozintla con 3.0%.⁷⁶ De las jurisdicciones no fronterizas, la principal jurisdicción fue Tuxtla Gutiérrez con el 20.4%.⁷⁶

7.3. Problema de salud de la población migrante

Por el simple hecho de cruzar una frontera, la población migrante internacional en situación irregular (MISI) se encuentra en un estado de vulnerabilidad social que repercute en su salud;^{75,77} y además, estas personas deben enfrentar numerosas barreras que dificultan e incluso impiden su acceso a los servicios de salud.⁷⁷

En el origen, las comunidades expulsoras de migrantes suelen presentar una mayor incidencia de enfermedades transmisibles como TB e infecciones de transmisión sexual como el VIH; en conjunto con malnutrición, depresión, ansiedad y abuso en el consumo de drogas y alcohol.^{74,75}

En el tránsito, la vulnerabilidad social es aún más acentuada para aquellos inmigrantes indocumentados ya que se pone en riesgo incluso su vida al intentar cruzar una frontera. De hecho, las muertes de migrantes indocumentados en tránsito hacia Estados Unidos se han incrementado, pues en el período 1995-2002, se contabilizaron 2,040 defunciones.⁷⁴ Entre las causas de estos fallecimientos, se enlistan deshidratación, ahogamiento, accidentes y homicidios.⁷⁵

Los migrantes presentan 2.1 veces más probabilidades de enfermarse debido a los factores ya mencionados. Estas personas atienden sus problemas de salud en los albergues situados en la proximidad de las vías ferroviarias. Sobre el migrante usuario de los albergues, 9 de cada 10 provienen de Honduras, Guatemala y El Salvador. Los problemas de salud más frecuentes de los migrantes en tránsito son: enfermedades respiratorias (47.1%) y gastrointestinales (8.7%), micosis (7.0%), deshidratación (5.0%), heridas y accidentes (2.9%), así como otros problemas de salud no especificados (6.0%).⁷⁸

Además, los migrantes también se enfrentan a condiciones de riesgo, como temperaturas extremas, falta de alimento y agua, ahogamiento, ataque por animales, abuso de las autoridades, abuso sexual, maltrato físico, privación ilegal de la libertad, robo, abuso de grupos delictivos organizados y accidentes de tráfico; en conjunto con mayor exposición y riesgo de contraer enfermedades infecciosas como TB y VIH. En este contexto, el grupo más vulnerable está conformado por las mujeres, los menores de edad y los adultos mayores.⁷⁴

Sobre el uso de los servicios de salud, 6 de cada 10 migrantes utilizaron algún servicio. Alrededor del 80% buscaron atención en los consultorios de los albergues, 1.8% en servicios gubernamentales de primer nivel, 2.5% en clínicas y hospitales, 3.5% en servicios médicos privados y el 1% en consultorios anexos a farmacias (CAF). La alta preferencia por los servicios de los albergues está relacionada con la desconfianza o el miedo que tienen los migrantes de buscar atención en los servicios gubernamentales, así como la falta de recursos económicos.⁷⁸

En el destino, los migrantes que logran sobrevivir al trayecto, suelen enfrentar diversos problemas de salud debido a que su condición de extranjeros limita su adaptación exitosa al lugar de destino. Muchas veces, la carencia de herramientas como dominio del idioma, el desconocimiento de la cultura local, la pobre solidez de sus redes sociales, sus escasos recursos económicos y, en general, las condiciones precarias de vida entre los migrantes indocumentados y que provienen de zonas rurales con un alto nivel de marginación, acentúan aún más su acceso a los servicios de salud.⁷⁴ Los problemas de salud más prevalentes en esta población incluyen enfermedades de salud reproductiva en las mujeres -como el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino por la ausencia de un tamizaje adecuado-; enfermedades infecciosas -como la TB y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) como el VIH-; enfermedades de salud mental y adicciones, enfermedades crónico degenerativas, trastornos alimenticios y las enfermedades asociadas con riesgos laborales.^{74,79}

En relación con la TB, su incidencia en los países centroamericanos es de 58 casos por 100,000 habitantes para El Salvador, 26 casos por 100,000 para Guatemala y 31 casos por 100,000 en Honduras.⁸⁰ Así, este problema de salud se perpetúa y acentúa aún más entre los migrantes debido a las condiciones de vida que experimentan durante el tránsito y en su estancia en los albergues.

Para todos los momentos, las mujeres enfrentan problemáticas sanitarias adicionales. Este grupo carece del acceso a servicios de planificación familiar, asistencia durante el embarazo y riesgo incrementado de infectarse con VIH y otras ETS.⁷⁵

Con respecto a la salud mental, prevalece una alta tasa de trastornos mentales relacionado con el llamado “duelo migratorio”, con barreras importantes para su atención en todos los momentos ya descritos.⁸¹ Esto se debe a que la mayoría de los migrantes experimentan una situación de continua normalización de la violencia estructural, política, económica y simbólica, tanto en sus países de origen como durante el tránsito.⁸¹

8. Tuberculosis y Sistema de salud

8.1. Generalidades

Según la OMS, un sistema de salud es “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general”.⁸²

Por otro lado, el Dr. Julio Frenk Mora, destacado salubrista en México, refiere que “un sistema de salud es un vehículo para la respuesta social organizada a los problemas de salud, en cuyo núcleo se encuentran los prestadores de servicios, el Estado (mediador colectivo) y la población”.⁸³ Para fines de este documento ambas definiciones son fundamentales y complementarias al momento de entender un sistema de salud.

El Sistema de Salud en México (SSM) se divide en dos grandes rubros: público y privado. Ambos, se subdividen en tres subsistemas (servicios de salud para población con seguridad social, servicios de salud para personas sin seguridad social y servicios privados) que operan de forma paralela, siendo cada uno responsable de su financiamiento, prestación de servicios y regulación ([Figura 10](#)). Para consultar los proveedores y servicios que otorgan los servicios públicos y privados de salud, se pueden consultar el [Anexo 2](#).

8.2. Servicios y recursos

En México, al igual que en otros países, los niveles de atención médica se dividen en primero, segundo y tercer nivel de atención.

8.2.1. Primer nivel de atención

En este nivel de atención se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta. Dentro de este nivel, se encuentran los centros de salud que en su mayoría son de índole público; sin embargo, también hay clínicas de primer nivel privado. En zonas rurales se pueden encontrar unidades móviles que acuden a las zonas más alejadas, igualmente son de tipo público.⁸⁴ En el sector público las unidades de salud de primer nivel se encargan de brindar atención médica a una población en un área geográfica definida.⁸⁵

Las unidades de atención primaria tienen diferentes nombres según el tipo de institución a la que pertenezcan, Ej. Unidades de Medicina Familiar, centros de salud, etc. Cada institución tiene su propia organización; la estructura es similar entre ellas. Dichas unidades se encuentran constituidas por un médico general o familiar, personal de enfermería, trabajadores sociales, y en algunos casos, personal dental y de nutrición.

Consultorio anexo a farmacias

Uno de los principales servicios de tipo privado que existen en México son los ofrecidos por los consultorios anexo a farmacia (CAF). Como su nombre lo indica, estos consultorios privados se encuentran instalados de forma anexa a una farmacia. Suelen ser atendidos por médicos generales, quienes proveen atención médica correspondiente al primer nivel de atención a cambio de una pequeña cuota -que en algunas veces suele ser equivalente a menos de 3 USD- o bien, de forma gratuita. Para las farmacias resulta sumamente conveniente contar con los CAF, ya que las personas

pueden adquirir el medicamento en su misma farmacia anexa; además, para el paciente resulta atractivo encontrar un consultorio de forma pronta y acceder a servicios de salud a bajo precio, disminuyendo así el gasto de bolsillo.⁸⁶

8.2.2. Segundo nivel de atención

El segundo nivel de atención se encuentra conformado principalmente por los hospitales que cuentan con servicios básicos como medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría, área de urgencias y hospitalización. A este pertenecen los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades. Algunos pueden contar con servicios más especializados como cardiología, gastroenterología o traumatología; sin embargo, este no es el común denominador.

Este nivel recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, ya sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando se deriva a una persona al segundo nivel se habla de una *referencia* y se realiza con el acompañamiento correspondiente, mediante el apoyo de personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad para el conocimiento del caso del paciente.

8.2.3. Tercer nivel de atención

El tercer nivel de atención comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología. Estas instituciones cuentan con áreas de hospitalización, cirugía, especialidades quirúrgicas específicas -traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras- infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos, unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Es imprescindible la derivación del segundo nivel de atención.

Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, estatal o nacional, y de administración pública, privada o de la seguridad social. Ver [Anexo 3](#) para la relación de cobertura de salud.

8.2.4. Sistema de referencia y contrarreferencia

Uno de los componentes clave para evitar la saturación de los servicios dentro de los niveles de atención es el sistema de referencia y contrarreferencia.

La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial que transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.⁸⁷ La contrarreferencia es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.⁸⁷

8.2.5. Acceso universal a la salud

En las últimas dos décadas han logrado avances en materia de cobertura de servicios de salud y protección financiera. Sin embargo, el sistema de salud mexicano no ha logrado el acceso efectivo a los servicios de salud; pues persiste la desigualdad entre los diferentes tipos de proveedores.

En la actual administración federal 2019-2024, en el “Plan Nacional de Desarrollo”, se esclarece el objetivo de *“promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio”*.⁸⁸ La reforma a la LGS aprobó al INSABI y eliminó al Seguro Popular. Con dicha reforma, se esperaba que toda la población que no cuenta con seguridad social pueda acceder a los servicios de salud de primer y segundo nivel de salud del INSABI; no obstante, los servicios de tercer nivel -que representan a aquellos con mayor potencial de generar gastos catastróficos- quedan en la mayoría de las veces sin cobertura.^{88,89}

Sin duda, la universalización de los servicios de salud forma parte de la agenda pública de la actual administración, no obstante, resulta difícil la implementación de una nueva política pública, como es la creación del INSABI, cuando el esquema de financiamiento no es congruente con los objetivos que se plantea el nuevo instituto. En cuanto a la atención en general, se propone pasar de una población potencial de 55 millones de mexicanos a más de 72 millones de personas. Sin embargo, el aumento en presupuesto no es equivalente al haber una reducción del gasto per cápita en salud del 2020 al 2021.⁹⁰

El crecimiento de la población, aunado a la transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas y la ampliación en términos de población a la que se espera atender, implica una gran presión en materia de gasto en salud, sin embargo, no se ha presentado un plan, esquema o alternativa de financiamiento del sistema de salud. El tema de financiamiento vuelve a ser un punto débil y agravado en el contexto actual por la crisis sanitaria y económica por la COVID-19.⁹⁰

8.2.6. Acceso a servicios básicos de salud para la población migrante

Las circunstancias a las que se enfrentan los migrantes durante el tránsito por diferentes regiones en busca de su destino, condicionan un estado de vulnerabilidad que puede impactar en su salud o incluso, agravar padecimientos preexistentes.

Considerando que los movimientos poblacionales migratorios actuales representan un reto para el sistema de salud de México, con el INSABI se elaboró en 2020 el Plan Integral de Atención a la Salud en Población Migrante^j. Este define las actividades de cada programa y niveles participantes, con la finalidad de facilitar el acceso a los servicios de salud de la población migrante internacional.

El objetivo de dicho Plan es *“otorgar atención integral a la salud de la población migrante que transita en la República Mexicana, con apego al respeto de los derechos humanos, en cumplimiento de los principios humanitarios básicos”*. Las acciones que se siguen a nivel operativo para cumplir con el Plan, son:

- Atención médica: atención médica y prehospitalaria, y atención psicológica.
- Salud pública: entornos saludables, comunicación educativa, comunicación de riesgos, vigilancia epidemiológica, laboratorio de diagnóstico, control de vectores, vacunación y otras acciones de programas preventivos como la TB.
- Vigilancia sanitaria: verificación sanitaria, fomento sanitario y saneamiento básico.

^j <https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf>

8.2.7. Fondo de Salud para el Bienestar

El Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (FPGC) formaba parte del ahora extinto Sistema de Protección Social en Salud. El FPGC buscaba otorgar servicios médicos de alta especialidad a los beneficiarios del Seguro Popular que padecen enfermedades de alto costo.⁹¹

Con la creación del INSABI, desaparece el FPGC y se sustituye por el Fondo de Salud para el Bienestar (FSB), el cual también busca el brindar atención a servicios médicos de tercer nivel. El FSB para el segundo trimestre de 2020 contaba con un saldo de \$97,108 millones de MXN, equivalente a \$10,198 millones de USD^k y para el arranque del INSABI se contempló \$40,000 millones MXN (\$4,200 millones de USD); sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 se podría disponer de recursos adicionales de este fondo, incluido el monto para la compra de la vacuna contra COVID-19.⁹⁰

8.2.8. FONDEN

El Fondo Nacional para la Atención de Emergencias (FONDEN) representó un instrumento financiero empleado para proporcionar suministros de auxilio y asistencia ante situaciones de emergencia, de respuesta inmediata y oportuna a las necesidades urgentes para la protección de la vida y la salud de la población.⁹²

En octubre de 2020 se aprobó y ratificó la reforma para la desaparición del FONDEN. De esta manera, el Gobierno Federal no cuenta con recursos inmediatos para atender consecuencias catastróficas; pero la ayuda humanitaria para toda la población que lo requiera después de una emergencia no ha desaparecido.⁹³ Cabe destacar que no existe un fondo destinado para la atención de la población migrante ni existe algún plan o fondo que pueda responder ante una situación de gran afluencia de migrantes.

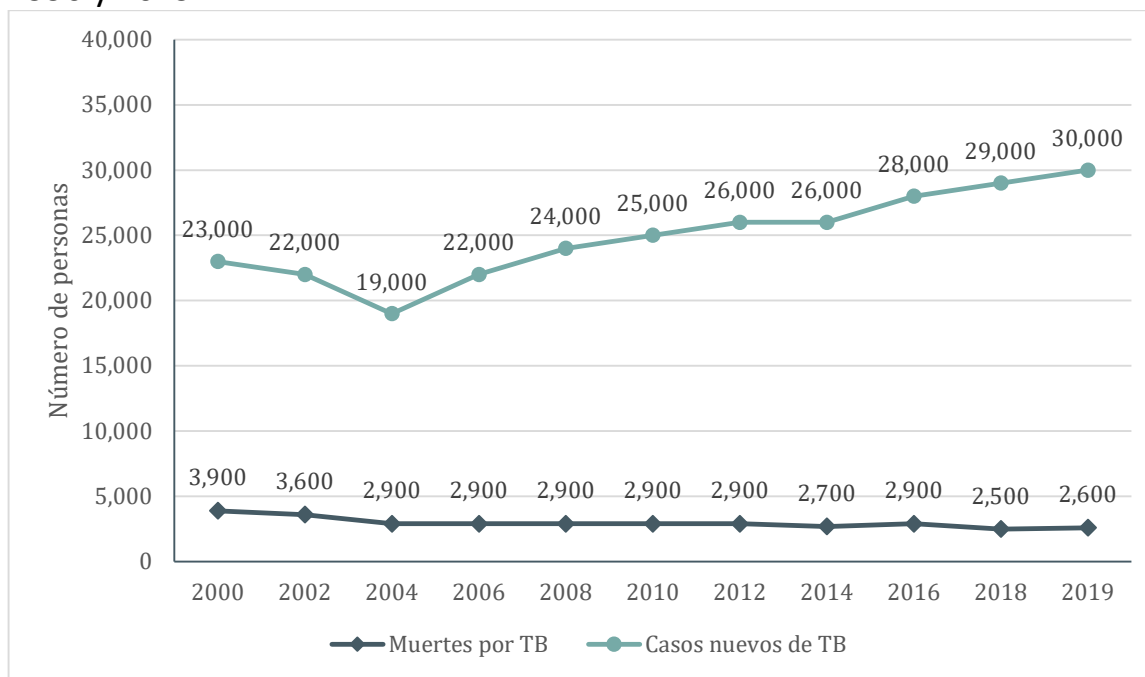
8.3. Tuberculosis en México

8.3.1. Contexto epidémico

En 2019, la OMS reportó que en México se presentaron aproximadamente 30,000 casos nuevos de TB, con 2,600 muertes por dicha enfermedad. En la [Figura 4](#) se puede observar la evolución de los casos nuevos y muertes por TB en México entre el 2000 y 2019.

^k Tipo de cambio ajustado por paridad de compra para 2020 fue de 9.522 MXN = 1 USD

Figura 4. Número de muertes y casos nuevos de tuberculosis en México entre 1990 y 2019.^{94,95}



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud y carga de enfermedad de TB por la OMS.

En México,⁹⁶ el 41.9% de la población vive en situación de pobreza,⁹⁷ y el 70% muestra algún grado de inseguridad alimentaria.⁹⁸ Esto resulta relevante puesto que la OMS reconoce que los factores que más influyen en la epidemia de TB son los niveles de pobreza, la infección por VIH, la desnutrición y el tabaquismo.⁹⁹ Se ha comparado el nivel socioeconómico y la mortalidad por TB en México, encontrando que existe una relación directa^l entre el porcentaje de población en pobreza alimentaria^m y el grado de rezago socialⁿ con la mortalidad por TB.^{o,101}

Este panorama sumado al bajo gasto en salud, resulta en la combinación perfecta para que la TB se perpetúe. Además, la resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* al tratamiento ha ido aumentando. Para los casos de TB monorresistente, se estima que, en México, el 12.4 % de las cepas presentaron resistencia primaria a isoniazida y el 22.4 % resistencia secundaria.¹⁰² Acerca de los casos multidrogorresistentes (TB-MDR), el 2.3 % de los casos nuevos y 7.2 % de los previamente tratados presentaron esta característica.¹⁰³ Para 2019, la OMS reporta que, en México, se presentaron 970 casos de TB-MDR y resistente a rifampicina (TB-RR), lo que representa una incidencia de 0.76 por cada 100,000 habitantes.⁸⁰ En el caso de TB con comorbilidades como diabetes mellitus (19.1-33%) o VIH (11.7%), puede consultarse en el [Anexo 4](#).

^l El análisis estadístico de datos realizado por los investigadores consistió en pruebas de chi cuadrada para comparar la población económicamente activa ocupada con la no ocupada, y de pruebas de regresión lineal para comparar las tasas de mortalidad.

^m Tasa de mortalidad por TB según porcentaje de población en situación de pobreza alimentaria por municipio: <20% = 10.09; 20-40% = 12.17; 40-< 60% = 14.98; 60% y más = 23.24. R² 0.905 (< 0.000).

ⁿ Con base en el CONEVAL, el Índice de Rezago Social es una medida que permite ordenar la población (según entidad, municipio o localidad) de mayor a menor grado de rezago social en un momento determinado de tiempo. Esta medida agrega variables de acceso a educación, salud, servicios básicos, espacios en la vivienda; proporcionando un resumen de cuatro carencias sociales de la medición de pobreza (se diferencia de pobreza ya que no incorpora datos de ingreso, seguridad social y alimentación). Se clasifica de mayor a menor grado de rezago social en las siguientes categorías: Muy alto, Alto, Medio, Bajo y Muy Bajo.¹⁰⁰

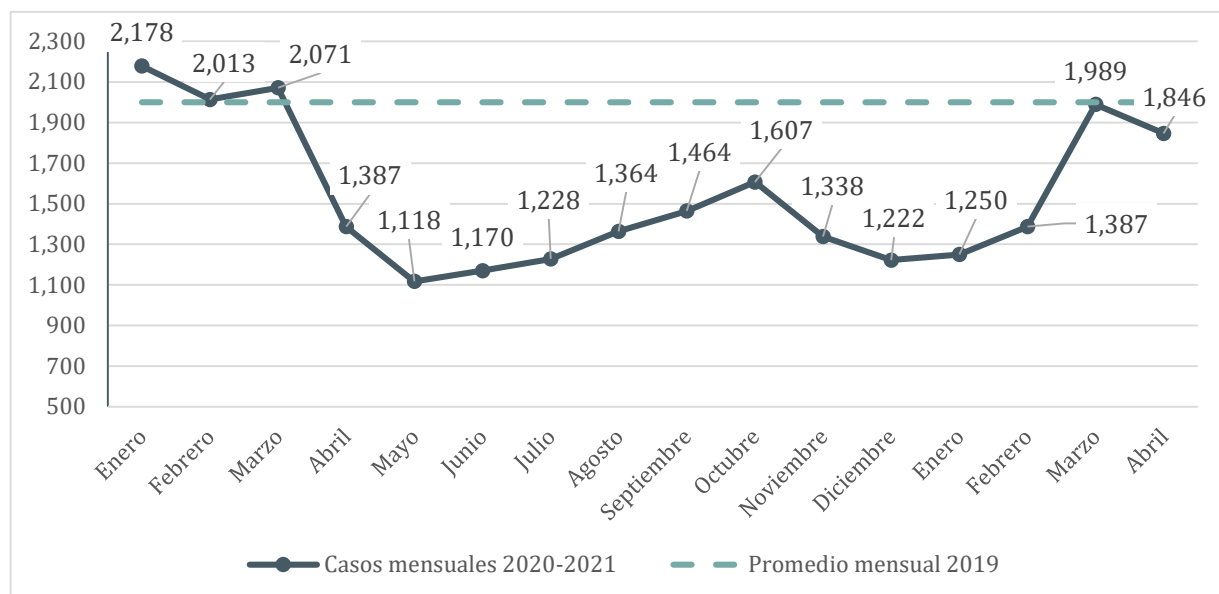
^o Tasa de mortalidad por TB según grado de rezago social por localidad: muy bajo = 10.13; bajo = 13.68; medio = 15.94; alto = 21.98; muy alto = 31.82. R² 0.928 (< 0.000).

8.3.1.1. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la detección y seguimiento de la TB

Con base en la información preliminar de 84 países proporcionada por la OMS, 1.4 millones de personas dejaron de recibir atención médica dirigida contra TB en el 2020. Esto se traduce en una reducción del 21%, comparado con 2019.¹⁰⁴ El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, refiere que esta reducción en el acceso a los servicios de salud se debe a la pandemia actual por COVID-19, que ha generado y generará múltiples impactos a la salud de forma directa -contagios y muertes por este virus- e indirecta -impacto a los sistemas de salud y la atención a otras enfermedades-; uno de ellos es el aumento de cerca de medio millón de muertes por TB.¹⁰⁴

En México también se ha presentado una disminución del reporte de casos de tuberculosis nuevos y reinfección entre 2019 y 2020. Como se puede ver en la [Figura 5](#), desde de marzo de 2020, hubo una reducción en los reportes de casos de TB en comparación con la tendencia del año anterior.¹⁰⁵ Con base en la Jornada Nacional de Sana Distancia, en México se inició la cuarentena el 23 de marzo,¹⁰⁶ que coincide con el inicio en la reducción de detección de casos. Esto es altamente preocupante, ya que se estimaría un total de 16,000 casos de TB para el 2020, cifra que no se ha visto en los últimos 20 años y que reflejaría un subdiagnóstico (ver [Figura 4](#)).

Figura 5. Comparación del número provisional de casos de TB nuevos y recidivantes por mes del año 2020 y 2021 con la tendencia de casos reportados en 2019 en México.¹⁰⁵



Fuente: Elaboración propia con información de World Health Organization (2021) *Impact of the COVID-19 pandemic on TB detection and mortality in 2020*.

8.4. Acciones interinstitucionales

Comité Internacional de la Cruz Roja

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) en México, al igual que otros países, es una organización independiente y neutral que brinda protección y asistencia humanitaria a las víctimas de de conflictos armados y otras situaciones de violencia, y promueve el respeto a los derechos humanos.¹⁰⁷

En materia de migración, el CICR tiene programas definidos de ayuda a las personas migrantes durante su tránsito o estancia en México. Algunos de ellos, son:

- **Diálogo sobre las necesidades de protección:** define las necesidades de la población migrante realizando visitas multidisciplinarias a estaciones migratorias en México y entrevistando a personas migrantes, promoviendo las medidas de autocuidado y comunicando sus necesidades a las autoridades competentes.
- **Primeros auxilios y asistencia médica básica:** asistencia médica básica en colaboración con la sede nacional de la Cruz Roja. Se brinda atención principalmente en Altar, Caborca y Nogales (Sonora), Tijuana (Baja California), Ciudad Acuña (Coahuila), Reynosa (Tamaulipas), Ciudad Serdán (Puebla), Tenosique (Tabasco) y Palenque (Chiapas); además de realizar brigadas médicas móviles.
- **Asistencia a personas migrantes amputadas, gravemente lesionadas o enfermas:** en colaboración con la sede nacional, brindan atención a personas que han sufrido amputaciones o lesiones graves. Se ofrece ayuda para el traslado, prótesis, derivación a centros de rehabilitación y atención médica y restablecimiento del contacto entre familiares.
- **Restablecimiento del contacto entre familiares:** servicio de llamadas gratuitas en puntos de asistencia en México y en módulos de atención fronterizos. Además, provee albergues a lo largo de la ruta migratoria con servicios de internet y telefonía móvil y fija.
- **Acción en favor de las personas migrantes desaparecidas y sus familiares:** sensibilización y asesoría a las instituciones competentes y gestión de la cooperación entre mecanismos nacionales y regionales para atender a los familiares de las personas desaparecidas.
- **Asistencia en agua y hábitat:** soporte a albergues de la sociedad civil con mejoras estructurales para la atención de ciertas necesidades básicas de la población migrante.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) brinda soporte a las acciones del Gobierno de México con el fin de salvaguardar los derechos y el bienestar de las personas que buscan refugio, además asegurar que las personas que huyen de la violencia y persecución reciban protección y soliciten asilo. De manera particular y en cuestión de migración, el enfoque del ACNUR es abordar aquellas situaciones que afectan a los refugiados, a los solicitantes de asilo, a los desplazados internos y a las personas apátridas.¹⁰⁸ De hecho, alrededor del 80% de las peticiones de asilo reciben una respuesta positiva.¹⁰⁹ Cerca de la mitad de los casos corresponden a personas de nacionalidad hondureña, seguido por las de nacionalidad cubana, haitiana, salvadoreña, guatemalteca y venezolana.¹⁰⁹ Las acciones que el ACNUR realiza en México son:

- Asistencia Legal y Material a Refugiados implementado por Sin Fronteras, I.A.P. en la Ciudad de México.
- Apoyo a la integración socio-económica de refugiados y solicitantes de asilo implementado por Programa Casa Refugiados, A.C. en la Ciudad de México.
- Detección y Asistencia temporal de solicitantes de la condición de refugiado, refugiados, beneficiarios de protección complementaria y apátridas implementado por Casa del Migrante Scalabrini, A.C. – Albergue Belén en Tapachula, Chiapas.¹¹⁰

Organización Internacional para las migraciones

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en México se estableció en el 2004 como Representación de la Organización Internacional para las Migraciones, iniciando operaciones en Tapachula, Chiapas. Actualmente la OIM trabaja principalmente en los siguientes temas:¹¹¹

- Asistencia de personas migrantes en contextos de emergencia.
- Combate a la trata de personas.
- Fortalecimiento institucional y asistencia a población migrante.
- Migración de retorno.
- Movilidad internacional.
- Orientación para la inmigración.
- Tráfico ilícito de migrantes por mar.

Comisión Mexicana de Ayuda Refugiados

La Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) es la institución responsable de conducir la política en materia de refugiados y protección complementaria, así como de gestionar acciones de asistencia desde el inicio del procedimiento con pleno respeto a los derechos humanos.¹¹²

Los requisitos para que cualquier persona quiera solicitar refugio en México, son los siguientes:

- Ser extranjero.
- Estar en territorio mexicano (deben estar en territorio mexicano todos los miembros de la familia que deseen solicitar refugio, la COMAR no puede realizar acciones si las personas están en su país de origen).
- Manifiestar por escrito su deseo de solicitar refugio. Para ingresar la solicitud puede acudir a cualquiera de nuestras oficinas de representación. (Ver oficinas de la COMAR).
- En las entidades federativas en donde no hay presencia de la COMAR, puede acudir a las oficinas del Instituto Nacional de Migración (INM) para presentar su solicitud (es importante recalcar que el INM no puede tomar medidas en contra de ningún extranjero que manifieste su deseo de solicitar refugio).
- Es importante considerar que el procedimiento de reconocimiento de la condición de refugiado ante la COMAR no es un medio de regularización migratoria, se trata de obtención de protección internacional por lo que si usted considera que su vida, libertad o seguridad se encuentran en riesgo en caso de regresar a su país de origen entonces puede optar por presentar esta solicitud.
- Tiene un plazo de 30 días hábiles para presentar su solicitud después de haber ingresado a México por lo que si se encuentra fuera de este plazo deberá explicar los motivos por lo que no presentó su solicitud en tiempo.¹¹³

8.5. Salud y Migración

8.5.1. Migración y TB

Si bien no hay una estadística definida y actualizada de TB en migrantes, la incidencia de TB en la frontera Norte del país sigue el patrón migratorio. Los estados de California y Baja California, tienen las tasas de incidencia más altas de sus respectivos países.¹¹⁴ La incidencia de TB es de 7.9 y 26.3 por cada 100,000 habitantes para los estados fronterizos americanos y mexicanos respectivamente. Esta incidencia es cinco veces mayor en pacientes de origen mexicano que en pacientes nacidos en Estados Unidos.¹¹⁴ Si bien los migrantes requieren y tienen acceso a una consulta para su proceso migratorio,

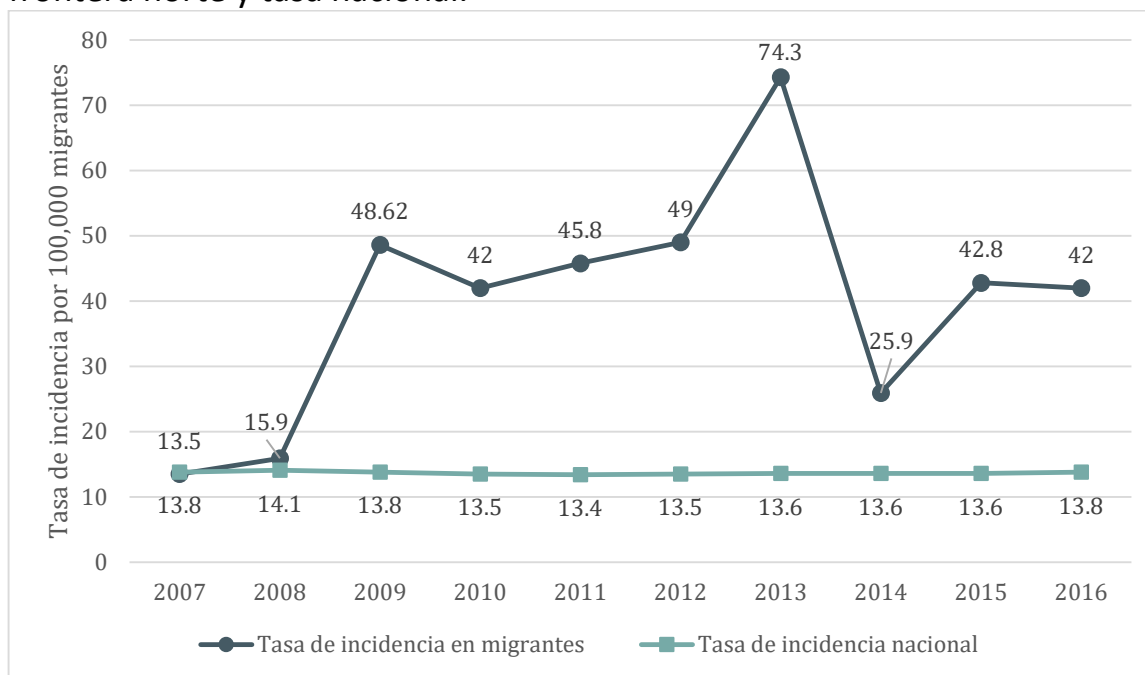
los MISI se enfrentan a DSS que impactan en su búsqueda de atención médica: pobreza, lengua materna distinta al inglés, poco acceso a servicios de salud y fuentes de trabajo, entre otros.¹¹⁴

Es importante remarcar que, como consecuencia de la globalización, las sociedades actuales se vuelven dinámicas e integradoras, por lo que el flujo de infecciones por TB es bidireccional, dependiendo de la interacción de la comunidad local hacia los inmigrantes. Por esto, aunque se teme de un aumento de los casos autóctonos como resultado de la interacción con inmigrantes, también puede haber contagio proveniente de la población local con los inmigrantes.¹¹⁵ Además, la combinación de migración con DM2 o con origen indígena aumenta el riesgo de infectarse de TB;⁷⁶ asociado a las desventajas sociales, bajos niveles educativos y trabajos poco remunerados que presentan.¹¹⁶

El flujo de migrantes latinos hacia Estados Unidos tiene un peso importante en el número de casos de TB en el país. En la década de los 80 y 90, hasta el 60% de los casos nuevos correspondían a migrantes, aun cuando estos representaban solamente el 10% de la población total.¹¹⁷ En 2011, se reportaron 3,008 casos de TB en latinos o hispanos en Estados Unidos, cifra que corresponde al 29% del total de casos a nivel nacional.¹¹⁸ En dicho año, del total de casos de TB en pacientes extranjeros, la población hispana o latina representó el 34%.¹¹⁸ Estos datos cobran más importancia al comparar las tasas de incidencia: para la población hispana fue de 5.8 casos por 100,000 habitantes, mientras que para la población blanca no hispana fue de 0.8 casos por 100,000 habitantes.¹¹⁸ Asimismo, la incidencia de TB en los países centroamericanos sigue siendo mayor: El Salvador con 58 casos por 100,000 habitantes, Guatemala con 26 casos por 100,000 habitantes y Honduras con 31 casos por 100,000 habitantes.⁸⁰

En la [Figura 6](#) se puede apreciar la evolución de la tasa de incidencia de casos de TB en migrantes legales, la cual resulta significativamente más alta que la tasa nacional.

Figura 6. Comparación entre tasa de incidencia de TB en migrantes legales de la frontera norte y tasa nacional.¹¹⁹



Fuente: Elaboración propia con información de Orozco-Andrade, I. et al (2018) *Epidemiología de tuberculosis pulmonar en población migrante*.

9. Acceso a los servicios de salud de la población migrante

9.1. Aspectos legales

Pese a que los derechos para la población migrante se encuentran plasmados en la legislación nacional y en tratados internacionales avalados por México, la realidad es que existe una brecha entre la declaración de estos derechos y su pleno goce.

“México tiene leyes de primera, pero implementación de tercera” - Experta en migración del sector de Cooperación.

A grandes rasgos, y tomando como ejemplo al artículo 27 de la Ley de Migración, se estipula que las instituciones ofrecerán los servicios de salud para la población migrante; sin embargo, no se establece con claridad qué organismo, a través de qué medios y/o herramientas, cómo, cuándo, dónde, bajo supervisión de quién y en alianza con quién se harán valer los derechos sociales para este grupo de personas. Esta situación aplica para toda la legislación nacional, de tal manera que resulta sumamente complejo exigir una rendición de cuentas si los mecanismos y los procesos no están bien descritos.

En materia de salud, la LGS establece el derecho a la protección de la salud de acuerdo a los términos del artículo 4 de la Constitución. De acuerdo a la modificación realizada en 2019, el artículo 77 establece que *“todas las personas que se encuentren en el país que no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita la prestación de servicios públicos de salud, medicamentos y demás insumos asociados sin importar su condición social.”* Si bien al mencionar que todas las personas que se encuentran dentro del territorio mexicano tienen derecho a los servicios médicos, la aplicabilidad de dicha ley queda sujeto a la interpretación de las instituciones de salud, situación que en muchas ocasiones imposibilita el acceso de las personas migrantes.

El artículo 77, bis 7, menciona que *“para ser beneficiario de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados [...] se deberá [...] contar con CURP. En caso de no contar con dicha clave, podrá presentarse acta de nacimiento, certificado de nacimiento o los documentos que se establezcan en las disposiciones reglamentarias”*. Este punto es relevante, pues de acuerdo con la LGS, las instituciones deben solicitar alguno de estos documentos como requisito para ofrecer los servicios médicos y, evidentemente, para los migrantes no mexicanos resultará imposible contar con ellos si no es por medio de la condición de refugiado.

9.2. Aspectos contextuales

El fenómeno migratorio es complejo, ya que existe un gran número de personas migrantes provenientes de Centroamérica en búsqueda de mejores condiciones de vida. Como se ha descrito, es común que los migrantes provengan de comunidades en donde la pobreza es apremiante. Este escenario conformado por diversos contextos sociales se traduce en un doble desafío para el gobierno mexicano, dificultando así el adoptar una postura migratoria única.

“Para los migrantes centroamericanos en tránsito, la mayoría suelen ser de alta vulnerabilidad que provienen con carencias en salud y nutrición impresionantes, incluso piensan que esto se atenderá en el país hacia donde van. Sufren de violencia de todo tipo, algunos vienen en calidad de refugiados o piden el refugio. Hay muchos migrantes solos, y otros en grupo o caravana que viajan en condiciones físicas y emocionales complejas, con miedo.” - Tomadora de decisión del sector público.

Como parte de la asistencia humanitaria que las personas migrantes pueden recibir en el camino -en México y en cualquier otro país-, los albergues juegan un papel importante. Aunque la intención de los albergues sea la mejor, la realidad es que las condiciones que ofrecen no siempre son las mejores, pues además de que sus servicios son limitados, no es raro que los migrantes se encuentren en hacinamiento, pues los espacios son limitados y, por ende, no hay otras alternativas. Aunado a lo anterior, en ocasiones los migrantes internacionales sufren además de discriminación y xenofobia por parte de los migrantes nacionales.

“...hay varios albergues para migrantes, pero no siempre es fácil por la xenofobia de la población por la cantidad de migrantes que vinieron en caravanas...” - Experto en TB del sector público.

En los últimos años, las caravanas migratorias han sido tema central en las discusiones en torno a la discusión migratoria. La actual administración al inicio de su gestión prometió brindar mejores condiciones a las personas migrantes, pero debido a cuestiones políticas y económicas con el país vecino del Norte, esta tarea ha sido prácticamente imposible. Sin duda, esto último representa una barrera para otorgar mejores condiciones de bienestar a la población migrante, además de que las conductas discriminatorias y xenofóbicas en el país se hayan visto incrementadas de forma considerable.

“Las personas los discriminan y no les dan acceso a la salud y les empiezan a preguntar cosas claves para identificar si son mexicanos, como el himno nacional.” Experto en TB del sector público

“Discriminación por ser extranjero, piensan que le quitan los medicamentos.” - Directiva de una ONG.

En conjunto con estos obstáculos a los cuales deben enfrentarse las personas migrantes, también existen otras situaciones adversas -como la delincuencia organizada- que dificultan su paso por México. Numerosos testimonios describen cómo esta población ha sido vulnerada y violentada por el crimen organizado al ser secuestrados y privados de sus objetos personales. Si bien estas personas suelen desplazarse con recursos limitados, el ser víctimas del crimen organizado vulnera aún más su situación. Asimismo, existe evidencia del abuso cometido por autoridades federales y locales, y de las autoridades migratorias, lo cual representa una violación categórica a sus derechos humanos. Sin duda, esto repercute directamente en la salud y en el bienestar de esta población.

“Luego me llevaron para Ciudad Victoria y ahí me soltaron cuando pagaron el dinero...[Fue víctima de secuestro]” - Persona migrante de Honduras.

“En dichas condiciones aumenta la dificultad para el diagnóstico, ya que por diversos factores como la xenofobia, delincuencia organizada, estatus de indocumentado y la carencia de papeles, las personas los discriminan y no les dan acceso a la salud. Les empiezan a preguntar cosas claves para identificar si son mexicanos...la gente ya los alecciona sobre lo que tienen que decir en caso de que los paren”. - Experto en TB del sector público.

En otras ocasiones, las personas que migran no son hispanoparlantes. Es un error asumir que todas las personas provenientes de Centroamérica hablan español; pues muchas personas migrantes hablan únicamente alguna lengua indígena. Desafortunadamente, existen pocas personas sensibilizadas y capacitadas para poder establecer una comunicación y explorar sus necesidades en salud, en caso de que así sea necesario.

“Es un error asumir que solo hablan español, ya que también hubo pacientes que hablaban inglés, náhuatl, maya, otomí, purépecha.” - Personal de salud del sector de Cooperación

La situación laboral representa otro aspecto importante desde la perspectiva social y económica. Es común que personas provenientes de Centroamérica vengan a cubrir trabajos temporales en el sector agropecuario. En efecto, la postura del gobierno es la de apoyarlos, ya sea a través de visas temporales para laborar, o bien, por medio de facilidades para integrar a los migrantes a trabajar en las obras prioritarias para la administración. No obstante, las condiciones de hacinamiento y pobreza a la que se ven expuestas son la combinación perfecta para perpetuar la infección por TB.

Asimismo, en el caso de las personas que deciden permanecer en México o que desean laborar de forma temporal para continuar luego su tránsito en dirección hacia Estados Unidos pueden sufrir de explotación laboral al no recibir igualdad de condiciones que los trabajadores mexicanos, condicionado así una situación aún más desfavorable.

“En la frontera sur de México, los trabajadores temporales, después de dos o tres meses de vivir en condiciones insalubres en el que viven 100 o 200 personas en hacinamiento, aumenta la posibilidad de infección de TB u otras enfermedades.” - Experto en TB del sector público.

Lamentablemente, los programas destinados a la atención de grupos vulnerables no han sido eficaces, pues se han elaborado sin tomar en cuenta la perspectiva de dichos grupos. En otras palabras, no se toman en cuenta las necesidades, las expectativas, el contexto social ni cultural de las personas migrantes para el diseño de procesos de atención.

“[Para el caso de] las personas migrantes con enfermedades es común que no cuenten con acceso a la salud para la atención de dicha patología por lo que deciden movilizarse. Al llegar a México se encuentran con barreras para poder acceder a ella. No se cuenta con esta atención a la salud.” - Directiva de una ONG.

Al final, es la suma de todas las barreras ya mencionadas -y algunas más- lo que termina por hacer del acceso gratuito a los servicios de salud de calidad para las personas migrantes una tarea que pareciera ser imposible. Por desgracia, los derechos de esta población son ignorados de manera cotidiana y, con ello, acentúan aún más su condición de vulnerabilidad social.

“Dentro de la ruta migratoria, cuando una persona ingresa al país, recibe información para acceder a los servicios de salud de primer nivel de atención. La sociedad civil y el gobierno, tienen convenios de colaboración en algunos lugares. En los estados del Norte del País es más difícil acceder a la salud.” - Directiva de una ONG.

9.3. Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud

El derecho a la salud es inherente al ser humano; no obstante, existen factores políticos, sociales y económicos que lo obstaculizan. Actualmente, el acceso universal a la salud sigue siendo un tema pendiente en la agenda pública mexicana, pues si bien se han realizado acciones para lograrla - con el Seguro Popular en 2003 y con el INSABI en 2019- aún existe un gran número de personas que no cuenta con servicios de salud gratuitos o con algún esquema de seguridad social.

Si las personas nacidas en México enfrentan barreras para el acceso a la salud, los migrantes tienen menores posibilidades de recibir atención médica de calidad y de forma gratuita.

La LGS ampara a todas las personas en el territorio mexicano para que reciban servicios de salud, pero dicha información no ha permeado a las instituciones de salud y además, por ley, es requisito contar con documentos de identificación mexicanos para recibir el servicio. Aunque en la práctica la atención sí se pueda otorgar en aras de proteger el derecho a la salud, el hecho de que la legislación establezca esta barrera puede significar un obstáculo insuperable.

De acuerdo con la reforma del 2019, el INSABI es la institución encargada de proveer atención en salud a personas sin seguridad social; sin embargo, sus Reglas de Operación carecen de lineamientos específicos para la población migrante.⁴⁸

“Antes se tenía apoyo con el seguro popular, pero ahora con el INSABI, no se tienen contempladas dentro de las reglas operativas a las personas migrantes” - Directiva de una ONG, miembro de la sociedad civil.

Al no contar con lineamientos específicos, las unidades de salud en muchas ocasiones no ofrecen los servicios médicos y de prevención al no sentir una obligación para con la población migrante, y a su vez, continúan perpetuando el estigma y racismo. Esto se debe en gran medida a la notable heterogeneidad entre las entidades del país en relación con la atención hacia los migrantes; por ejemplo, en entidades fronterizas como Chiapas es común encontrar sensibilización por parte del personal de salud; sin embargo, en las entidades de tránsito ese puede no ser el caso. Esto también se puede observar según la exigencia de la institución de salud en relación con la carencia de documentación mexicana por la persona migrante y el prestar o negar la atención. Esto representa una barrera para que las personas puedan acceder a un diagnóstico oportuno y que de ser necesario puedan continuar con su tratamiento médico conforme se van desplazando por el país. Por ello, el contar con lineamientos claros resulta fundamental para regularizar la atención, además de ser necesaria una franca estrategia de sensibilización dirigida al personal de salud y administrativo de las unidades médicas, no solo en ciudades fronterizas, sino en todo el país.

“A mi mujer la trataron de lo peor, nos humillaron... llegamos y al escucharnos hablar, incluso yo con papeles y todo... no humillaban, hasta que yo me le aventó a los golpes... nos dijeron pinches hondureños, regresense a su país” -Persona migrante de Honduras.

“...incluso me dieron una tarjeta de que si yo me enfermo, regresara... me dieron medicamento y todo... me atendieron bastante bien y no me cobraron... es que ni me pidieron papeles” - Persona migrante de Honduras.

“En general siempre ha sido de pelea, era mucho de suerte, depende mucho de los hospitales donde los atiendan... hubo una persona que nunca estuvo de forma regular en México, pero nunca le negaron la atención... pero si me han tocado casos donde no los atienden...” - Directiva de una ONG.

Sin duda, la heterogeneidad en la atención a las personas migrantes a lo largo del país, contribuye a fomentar las barreras de acceso a la salud. Ya que si bien existen áreas donde las personas migrantes reciben servicios sin ningún problema, en otras áreas las conductas xenófobas y racistas siguen estando a la orden del día.

Para el caso de las personas que acuden a unidades médicas de servicios públicos y se les niega el servicio, la opción más viable y de menos costos son los CAF, que ofrecen consulta médica de primer nivel a bajo costo. Si bien funge como un paliativo inmediato para la necesidad en salud, dichos establecimientos carecen de seguimiento, y en muchas ocasiones hasta de un expediente clínico. Aunado a ello, el sistema de transferencias y contratransferencias únicamente se encuentra disponible en el sector público, por lo que en caso de requerir una atención de segundo y tercer nivel la persona debe buscar servicios privados de forma independiente, representando un gasto de bolsillo considerable.

“Si me enfermo voy a una farmacia a que me revise un doctor... ahí si como te están pagando, pero no es lo mismo es una consulta nada más de vista...” - Persona migrante de Honduras.

Es importante resaltar que incluso no es indispensable que las personas hayan recibido un rechazo por parte de las instituciones de salud, por el fácil acceso a los CAF, estos representan la primera opción de atención de la población migrante, ya que por opinión popular es sabido que los servicios públicos no están disponibles para las personas que no son ciudadanas mexicanas. Aunado a ello, también se han presentado situaciones en el que por temor a ser deportados o encontrarse con las autoridades migratorias las personas prefieren no acudir a las unidades médicas.

Si bien es cierto que existen en ciertas unidades de salud prácticas racistas y xenóbas por parte del personal de salud, también se encontró que las personas migrantes no acuden a los servicios de salud por motivo de autoexclusión y por miedo a ser deportados o sufrir de discriminación. Las personas migrantes pueden tener una mala percepción de la atención que se brinda por conocimiento popular o por experiencias que otras personas hayan tenido, lo cual promueve que no acudan a los servicios. Además de que existe un desconocimiento sobre el sistema de salud y a que unidades pueden acudir para recibir atención de forma gratuita.

“No he acudido, tengo miedo de ser reportado por ser inmigrante, por no contar con un seguro de Centro de la Unidad de Salud...” - Persona migrante del Salvador.

“...a las clínicas, a los hospitales nunca he ido... todos los inmigrantes pasan por eso, por discriminación del Ministerio de salud” - Persona migrante del Salvador.

A pesar de que la LGS establece que los servicios de primer y segundo nivel sí están cubiertos, en la práctica hay un desabastecimiento de medicamentos y de insumos para toda la población. En el caso específico de la TB, se ha reportado que en los últimos años se ha presentado escasez de vacuna de BCG, así como falta de medicamentos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

“...No hay recursos en el sector salud, ese es el tema principal. En papel es muy bueno, pero a la hora de ponerlo en práctica es difícil, ya que muchas veces no hay ni dinero para la gasolina, no había vacuna para la BCG...” - Experto en TB del sector público

Si bien el desabastecimiento de fármacos es un mal histórico, con motivo de la pandemia por COVID-19, los servicios de salud enfocados en TB han migrado a la atención de la pandemia, dejando el hueco en la cadena de atención de la TB; ya que tanto la infraestructura médica como los recursos humanos se han volcado en la atención de la emergencia sanitaria.

En el caso específico del Plan Nacional de Tuberculosis, el tratamiento se brinda a toda persona, sea ciudadana mexicana o no. El Plan es universal y brinda el tratamiento a toda persona con diagnóstico de TB. Una vez la persona cuente con el diagnóstico llevará su tratamiento como cualquier persona, tenga papeles o no.

“El plan incluye a todas las personas, incluyendo diagnóstico, tratamiento de primera y segunda línea, estudio de contacto. Las actividades se hacen por igual.” - Personal de mando del PNT.

De igual manera, es importante mencionar el caso de los migrantes circulares, ya que el periodo de ausencia en México, la carencia de redes familiares y sociales de apoyo, y la falta de documentos oficiales de identidad se suman a las dificultades que suelen enfrentar. Con respecto a este último, no es raro que, con el paso del tiempo, sus documentos emitidos en México pierdan vigencia, se extravíen o les sean robados.⁴⁸ Este punto resulta importante puesto que, actualmente, es necesario contar con una identificación mexicana vigente para acceder a los servicios de salud ofrecidos a través del INSABI.

Por otro lado, la Sociedad Civil juega una parte importante en la búsqueda del acceso a la salud, ya que en muchas ocasiones son los encargados de brindar información para que las personas vulnerables puedan recibir atención médica e incluso realizan acciones de acompañamiento para evitar abusos y tratos discriminatorios por parte del personal de salud. Si bien la SC es pieza fundamental en ayudar a las personas migrantes a recibir atención médica, también se ha observado que algunas ONG no quieren trabajar en temas relacionados con la TB. Esto puede deberse a la carga estigmatizante que aún prevalece en torno a esta enfermedad, representando una barrera para su seguimiento al no querer colaborar con el diagnóstico y tratamiento. Para este estudio se enviaron invitaciones para participar en una entrevista a diversas organizaciones de la sociedad civil que su línea de trabajo fuera la migración; sin embargo, en algunos casos no se obtuvo respuesta y en otros mencionaron que no estaban interesados en participar, pues la TB no representaba un problema para su organización.

“Ninguna asociación o capítulo ha querido meterse con el tema de la tuberculosis... asociaciones de diabetes, casas migrantes etc...en relación a VIH es el mismo tema[refiriéndose a otras ONGs que trabajan temas de VIH]...” - Experto en TB del sector público.

“No creemos que el problema sea el ser migrante. El problema es el estigma y la discriminación alrededor de la TB. Un migrante tiene miedo de decir que tiene TB por miedo a perder el trabajo...”
- Personal de mando del PNT.

Aunado a todas las dificultades que presentan los migrantes, tampoco hay programas de salud específicos enfocados en esta población. Si bien existen planes federales para el otorgamiento de servicios de salud para estas personas, en la práctica no se ejecutan adecuadamente por falta de recursos, falta de capacitación e incluso por la misma ignorancia de dichos planes dirigidos por instancias estatales y jurisdiccionales.

Sin duda, existen múltiples barreras que limitan el camino desde la planeación hasta la posibilidad de recibir el servicio; de hecho y no menos importante, prevalece el desconocimiento de estos derechos que, en conjunto con el miedo por su estatus migratorio, orilla a la población migrante a no acercarse a las instituciones de salud para atender sus padecimientos.

9.4. Factores determinantes de situación de población migrante a la TB

La indocumentación, la irregularidad migratoria, el desconocimiento sobre derechos, la xenofobia y la discriminación son las principales causas de vulnerabilidad para las poblaciones migrantes. Por tal razón, su abordaje debe realizarse de manera integral creando un proceso centrado en la persona, considerando sus necesidades. Las barreras que enfrentan las personas migrantes para acceder a los servicios de salud se enlistan en el [Cuadro 12](#), mientras que los factores que influyen en la demora para buscar y recibir atención en salud, ya sea para atender TB o cualquier otro padecimiento, se resumen en el [Cuadro 13](#).

Cuadro 12. Barreras que impiden acceder a los servicios TB.

Ciclo de atención	Barreras
Recibir apoyo para la detección ante síntomas (SR)	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo a consulta debido a su estatus migratorio o ser deportada. ● Encontrar autoridades migratorias en los alrededores de las unidades médicas. ● No contar con documentos de identificación. ● Falta de conocimiento del personal de salud del derecho a la salud de las personas migrantes. ● Falta de programas de salud enfocados en personas migrantes. ● Programas de salud sin lineamientos específicos para esta población. ● Conductas discriminatorias, xenofóbicas y racistas por parte del personal de salud y administrativo de las unidades médicas. ● Discriminación por parte de la población local. ● Falta de información sobre dónde acceder a los servicios de salud. ● No hablar español. ● No contar con medios económicos. ● Red pequeña (prácticamente nula) de ONG que abordan la TB. ● Miedo al contagio de COVID-19. ● Sufrir de violencia o ser víctima de la delincuencia organizada.
Recibir diagnóstico correcto y oportuno	<ul style="list-style-type: none"> ● Miedo de ser deportado al acudir a la unidad de salud. ● Miedo a que su estatus como migrante sea cuestionado. ● Miedo a la discriminación. ● Escasez de insumos para el diagnóstico en instituciones públicas. ● Inexistencia de programas enfocados en el diagnóstico de TB en personas migrantes. ● No hablar español. ● Falta de recursos económicos. ● Necesidad de continuar el tránsito. ● Carencias de recursos: insumos para el diagnóstico, recursos humanos para la adecuada toma del diagnóstico. ● La zona geográfica en la que se encuentre, pues en algunas áreas es difícil obtener el diagnóstico de TB debido a la logística del procesamiento de muestras en los laboratorios estatales. ● Disminución en los servicios por atención a la pandemia por COVID-19. ● Sufrir de violencia o ser víctima de la delincuencia organizada.
Recibir tratamiento supervisado	<ul style="list-style-type: none"> ● No contar con una prueba diagnóstica de TB. ● Abandono del tratamiento, ya que la persona se encuentra en tránsito. ● Desabasto de medicamentos a cargo de las autoridades sanitarias. ● Retorno a su país por voluntad propia. ● Tránsito continuo, no hay un esquema de seguimiento cuando las personas continúan su viaje a través de México. ● Posibilidad de ser deportado. ● Encontrarse en zonas de difícil acceso. ● Imposibilidad de seguimiento domiciliario por los promotores de salud, pues la persona migrante carece de una dirección fija. ● Una vez que la persona tiene acceso al tratamiento se enfrenta a los mismos retos que el resto de la población.
Recibir apoyo para la adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de la continuidad del tratamiento, ya que la persona se encuentra en tránsito. ● Costo de cobertura. ● Falta de financiamiento y carencia de recursos. En muchos lugares no tienen recursos para buscar o darles seguimiento a las personas con TB, incluyendo materiales y personal capacitado.
Recibir atención posterior al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de la continuidad del tratamiento, ya que la persona se encuentra en tránsito. ● Posibilidad de ser deportado. ● Costos asociados al tratamiento.

Cuadro 13. Factores que influyen en la demora en la atención en salud de migrantes afectados por TB u otra dolencia.

No.	Concepto	Factores encontrados
1	Reconocimiento de síntomas relacionados con la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ● Desconocimiento de la enfermedad. ● Evitar acudir a los servicios y tolerar cualquier sintomatología para evitar que, en caso de un diagnóstico desfavorable, deban parar su tránsito por el país. ● Miedo a la discriminación.
2	Relacionada con tomar la decisión de buscar atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Desconocimiento de los servicios de salud disponibles. ● Desconocimiento del derecho a la salud de forma gratuita, asociado a la carencia de recursos económicos. ● Evasión de las unidades médicas por correr el riesgo de ser deportados, según la recomendación de familiares y conocidos.
3	Relacionada con todos aquellos factores y recorridos una vez se tomó la decisión de buscar atención en los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Carencia de documentos de identificación. ● Costo de cobertura. ● Miedo a la discriminación. ● Desconocimiento de procesos para acceder a la atención en salud.
4	Tiene que ver con las experiencias de atención en la institución de salud, desde el momento en que la persona asume una posición de paciente o usuario.	<ul style="list-style-type: none"> ● Conductas discriminatorias, racistas y xenofóbicas por parte del personal de salud y administrativos de las unidades médicas.

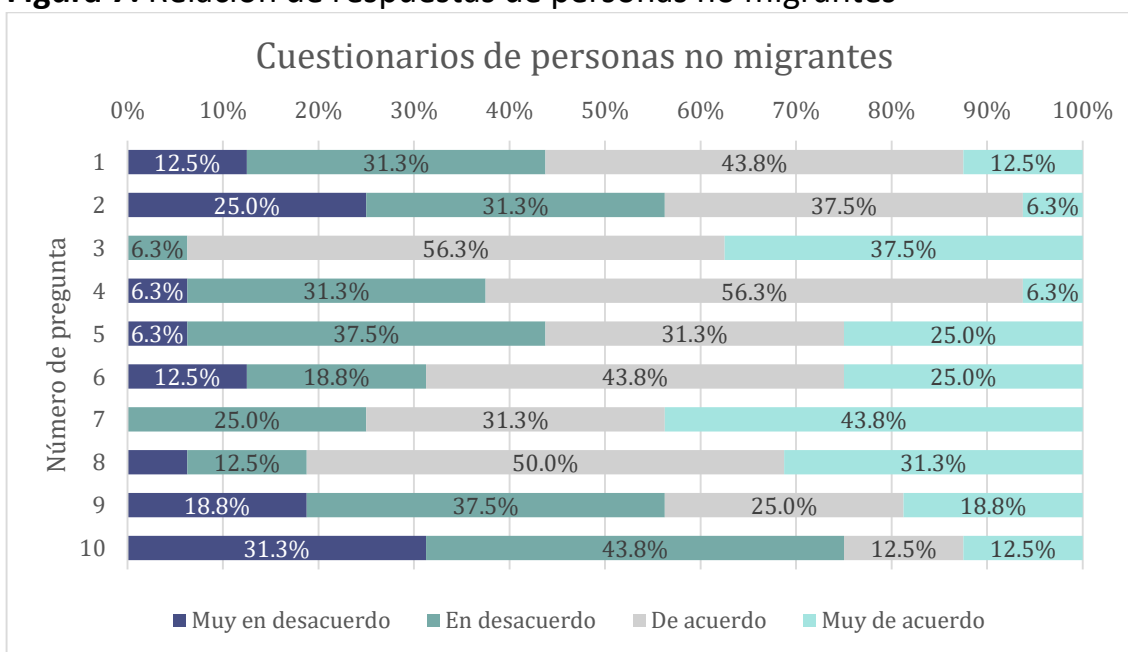
10. Análisis de resultados de encuestas

Se realizaron un total de 30 encuestas:^P 16 a personas no migrantes (seis al sector público, siete a la sociedad civil y tres a cooperación; ver [Figura 7](#)) y 14 encuestas a personas migrantes (ver [Figura 8](#)). En el [Cuadro 14](#) se puede ver el resumen de las respuestas más frecuentes.

Estos hallazgos son compatibles con la revisión secundaria, pues:

1. El gobierno ha destinado presupuesto para la atención de los migrantes, pero no es suficiente para atender sus necesidades en salud.
2. Las personas migrantes sufren de discriminación importante por parte de los locales.
3. La mayoría de los migrantes creen que no pueden acceder de forma gratuita a los servicios médicos, incluyendo atención para la TB. En este punto, es notable que incluso los no migrantes tienen una percepción similar derivada del desconocimiento de la legislación y del proceso que debe seguirse para recibir atención médica.
4. Ambos grupos concuerdan en que gran parte de la atención que reciben los migrantes es ofrecida por OSC privadas y religiosas. Esto está relacionado con el recorte presupuestal dirigido a los albergues y a que la mayoría de estos centros están dirigidos y financiados por organizaciones civiles.
5. Las oportunidades laborales para la población migrante suelen ser menos remuneradas, lo cual tiene relación con el sector en el que laboran y el nivel de educación y preparación con el que se cuenta para realizar diferentes tareas.
6. Ambos grupos concuerdan en que los migrantes enfrentan barreras importantes para conseguir trabajo y arrendar un hogar.
7. Ambos grupos perciben que el gobierno apoya pobremente a la población migrante, pues si bien la legislación respalda sus derechos sociales, en la práctica la infraestructura, los recursos y la coordinación intersectorial dificulta o imposibilita que este apoyo llegue a los migrantes que así lo requieren.

Figura 7. Relación de respuestas de personas no migrantes



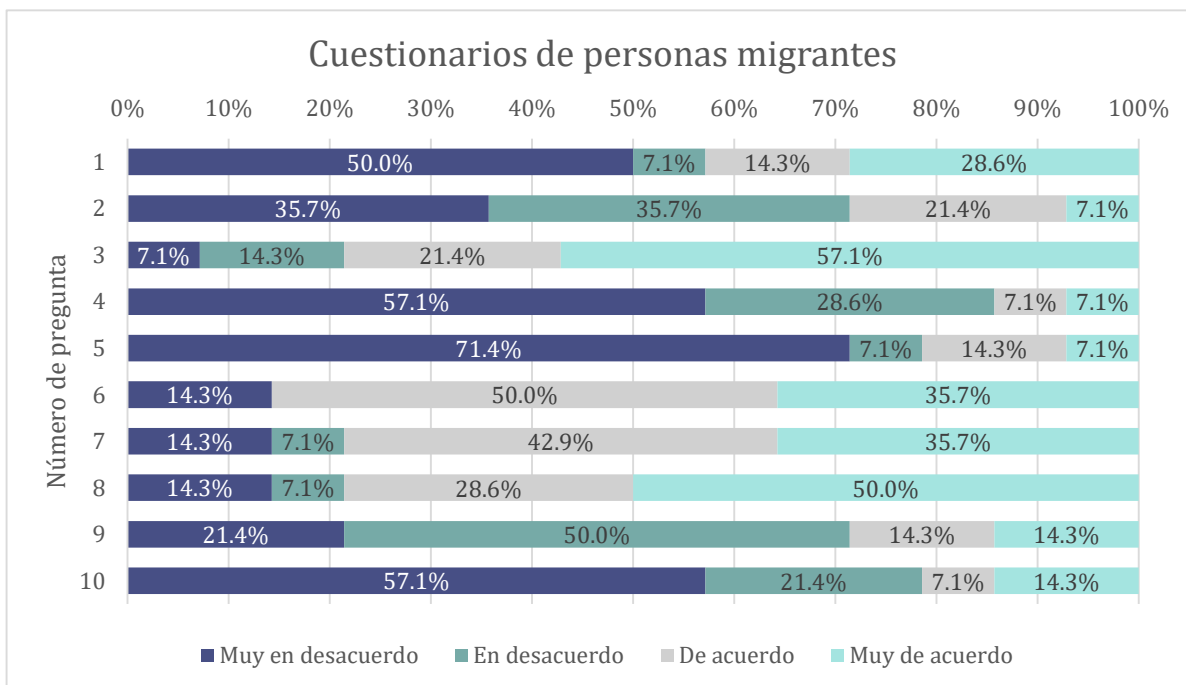
^P Alfa de Cronbach= 0.70.

Cuadro 14. Comparación de respuestas más frecuentes en encuestados.

Pregunta	No migrantes	Migrantes
Compromiso de las autoridades en apoyar a migrantes	56.3% de acuerdo o muy de acuerdo	57.1% en desacuerdo o muy en desacuerdo
El gobierno ha destinado presupuesto para las necesidades de migrantes	56.3% en desacuerdo o muy en desacuerdo	71.4% en desacuerdo o muy en desacuerdo
Migrantes sufren discriminación por población nacional	93.8% de acuerdo o muy de acuerdo	78.6% en acuerdo o muy de acuerdo
Migrantes tienen acceso a salud gratuitamente	62.5% de acuerdo o muy de acuerdo	85.7% en desacuerdo o muy en desacuerdo
Migrantes que tienen TB reciben atención y medicamentos gratuitamente	56.3% de acuerdo o muy de acuerdo	78.6% en desacuerdo o muy en desacuerdo
Migrantes reciben apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente	68.8% en acuerdo o muy de acuerdo	85.7% en acuerdo o muy de acuerdo
El nivel de salario de migrantes en todos los casos es menor que de los trabajadores nacionales	75.0% en acuerdo o muy de acuerdo	78.6% en acuerdo o muy de acuerdo
Es difícil conseguir viviendas para arrendar por ser migrante	81.3% en acuerdo o muy de acuerdo	78.6% en acuerdo o muy de acuerdo
Es más difícil para migrantes masculinos conseguir trabajo	56.3% en desacuerdo o muy en desacuerdo	71.4% en desacuerdo o muy en desacuerdo
Los migrantes reciben apoyo social del gobierno	75.0% en desacuerdo o muy en desacuerdo	78.6% en desacuerdo o muy en desacuerdo

Es destacable que la percepción entre las personas no migrantes y los migrantes difiere en relación con el acceso a la salud gratuitamente, con el acceso a atención y medicamentos gratuitos para atender la TB, con que los migrantes reciben apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente, con que el salario de las personas migrantes es menor que el de los trabajadores nacionales y con que los migrantes reciben algún tipo de apoyo social por parte del gobierno. Para consultar a más detalle las respuestas, ver el [Anexo 6](#).

Figura 8. Relación de respuestas de personas migrantes



11. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815> (2020).
2. Secretaría de Relaciones Exteriores. Información general sobre México. <https://embamex.sre.gob.mx/republicadominicana/index.php/avisos/2-uncategorised/127-informacion-general-sobre-mexico> (2013).
3. Senado de la República. Organización y funcionamiento. https://www.senado.gob.mx/64/sobre_el_senado/organizacion_y_funcionamiento.
4. Honorable Cámara de Diputados. Cámara de Diputados. http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/007_destacados/d_accesos_directos/006_glosario_de_terminos/o_la_camara_de_diputados (2020).
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. <https://censo2020.mx/> (2021).
6. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519> (2021).
7. Organización Mundial de la Salud. Perfil de tuberculosis: México 2019. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22MX%22 (2020).
8. Secretaría de Salud. México avanza en la reducción de incidencia y mortalidad por tuberculosis. <http://www.gob.mx/salud/prensa/129-mexico-avanza-en-la-reduccion-de-incidencia-y-mortalidad-por-tuberculosis?idiom=es> (2021).
9. Banco Mundial. Current health expenditure (% of GDP) | Data. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS> (2019).
10. The World Bank. GDP growth (annual %) | Data. <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (2020).
11. Gutiérrez, J. M., Borre, J. R., Montero, R. A. & Mendoza, X. F. B. Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. *Rev. Cienc. Soc.* **26**, 299–313 (2020).
12. Canales Cerón, A. I. & Rojas Wiesner, M. L. Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica. (2018).
13. Morales Gamboa, A. Migraciones internacionales, refugiados y desplazamientos internos en Centroamérica: factores de riesgo e instrumentos para fortalecer la protección de los derechos humanos. (2020).
14. Paredes Orozco, G. Migración de guatemaltecos a México y Estados Unidos a partir de la Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México 2004: Un análisis de estrategias migratorias. *Migr. Int.* **5**, 93–124 (2009).
15. Neira, Y. C. Las caravanas de migrantes. Racismo y ley en los éxodos masivos de población. *Iberoforum Rev. Cienc. Soc.* **14**, 8–48 (2019).
16. Canales Cerón, A. I. & Rojas Wiesner, M. L. *Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica*. (CEPAL, 2018).
17. Valdés Charles, T., Cepeda Nieto, A. C. & Salinas Aguirre, J. E. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en migrantes agrícolas del estado de Coahuila. *CienciAcierta* **59**, (2019).
18. Mora, D. T. Trafficking persons within mixed migration flows in Central America. in *A Liberal Tide? Immigration and Asylum Law and Policy in Latin America* (eds. Cantor, D., Freier, L. F. & Gauci, J.-P.) 105–138 (School of Advanced Study, University of London, 2015).
19. Senado de la República. Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos. *DOF 19-03-2014*. (2014).
20. Senado de la República. Ley General para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos. *DOF 19-03-2014 48* (2014).

21. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evolución de la Canasta Alimentaria | CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx> (2020).
22. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Pobreza en México. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-2018.aspx> (2018).
23. Ortega, A. Violencia, pobreza y cambio climático, causas de la migración en Centroamérica. *Expansión* <https://politica.expansion.mx/mexico/2019/06/18/violencia-pobreza-y-cambio-climatico-causas-de-la-migracion-en-centroamerica> (2019).
24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desarraigados en Centroamérica y México. <https://www.unicef.org/es/la-infancia-en-peligro/desarraigados-en-centroamerica-y-mexico> (2018).
25. García, A. K. ¿De qué huyen los migrantes centroamericanos? *El Economista* <https://www.eleconomista.com.mx/politica/De-que-huyen-los-migrantes-centroamericanos-20190526-0005.html> (2019).
26. Banco Mundial. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) - Mexico | Data. <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?locations=MX> (2020).
27. Consejo Nacional de Población. Indicadores Demográficos de México de 1950 a 2050. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html (2020).
28. Banerjee, A. V. & Duflo, E. *Good Economics, Bad Economics: Six Ways We Get the World Wrong and How to Set It Right*. (PublicAffairs, 2019).
29. Cazzuffi, C. & Modrego, F. Place of origin and internal migration decisions in Mexico. *Spat. Econ. Anal.* **13**, 80–98 (2018).
30. León, C. M. & Villarreal, C. P. Más allá de tránsito: perfiles diversos de la población del Triángulo Norte de Centroamérica residente en México. *Coyunt. Demográfica* **11** (2017).
31. Masferrer, C. *et al.* El contexto económico, político y social en México y Estados Unidos. (2020).
32. Consejo Nacional de Población & Canales, A. I. Vivir del norte. Remesas, desarrollo y pobreza en México, 2008. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Vivir_del_norte_Remesas_desarrollo_y_pobreza_en_Mexico_2008 (2008).
33. Serrano, C. & Li NG, J. J. México | Remesas, medios de envío y dólares en efectivo. <https://www.bbvaresearch.com/publicaciones/mexico-remesas-medios-de-envio-y-dolares-en-efectivo/> (2020).
34. Banco de México. Sistema de Información Económica, Volumen absoluto y relativo de las remesas, 2015 y 2016. <https://anterior.banxico.org.mx/estadisticas/index.html> (2016).
35. The World Bank. Migration and Remittances Data. *World Bank* <https://www.worldbank.org/en/topic/migrationremittancesdiasporaissues/brief/migration-remittances-data> (2017).
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE OCUPACIÓN Y EMPLEO. NUEVA EDICIÓN (ENOEN). **32** (2021).
37. Retamoza Yocupicio, R. R. La otra cara del empleo en México: informalidad y subempleo durante el covid-19. *Nexos* <https://economia.nexos.com.mx/la-otra-cara-del-empleo-en-mexico-informalidad-y-subempleo-durante-el-covid-19/> (2021).
38. Guadagno, L. Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis. (2020).
39. Central Intelligence Agency. Area - The World Factbook. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/area/country-comparison/> (2021).
40. Secretaría de Relaciones Exteriores. Datos Básicos de México. <https://embamex.sre.gob.mx/nigeria/index.php/es/mexico-informacion/datos-basicos> (2018).
41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. México en breve. *El PNUD en México* <https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/countryinfo.html>.
42. San Miguel, P. L. *Enrique Florescano, Historia de las historias de la nación mexicana*. (Signos Históricos, 2004).
43. Meseguer, C. & Maldonado, G. Las actitudes hacia los inmigrantes en México: explicaciones

- económicas y sociales. *Foro Int.* **55**, 772–804 (2015).
44. Unidad de Política Migratoria. Legislación migratoria e instrumentos jurídicos para la gestión de la migración en México 2013. <http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/LMeIJ> (2013).
 45. París- Pombo, M. D. Trayectos peligrosos: inseguridad y movilidad humana en México. *Papeles Poblac.* **22**, 145–172 (2016).
 46. Líderes Mexicanos. México ¿a favor o en contra de los migrantes? *Líderes Mexicanos* <https://lideresmexicanos.com/noticias/mexico-a-favor-en-contra-de-los-migrantes/> (2018).
 47. Rojas Wiesner, M. Entre derechos y hechos. Situación de mujeres centroamericanas en México (SIBE). *SIBE* <http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000009335> (2016).
 48. Rosales, Y. Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México. *Estud. Front.* **20**, (2019).
 49. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Marco Normativo Migrantes. <http://www.cndh.org.mx/programas/marco-normativo-migrantes> (2021).
 50. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Ley Sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político. 27 (2020).
 51. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. *D. Of. Fed.* 463 (2021).
 52. Corte Interamericana de Derechos Humanos. DERECHOS Y GARANTÍAS DE NIÑAS Y NIÑOS EN EL CONTEXTO DE LA MIGRACIÓN Y/O EN NECESIDAD DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL. 110 (2014).
 53. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Convenio sobre los Trabajadores Migrantes. <https://www.cndh.org.mx/documento/convenio-sobre-los-trabajadores-migrantes>.
 54. Bobes, V. C. & Pardo Montaña, A. M. *Política migratoria en México: legisladores, imaginarios y actores*. (FLACSO México, 2016).
 55. Arias Muñoz, K. & Carmona Arellano, N. *Evolución y retos del marco normativo migratorio en México: una perspectiva histórica*. (Instituto Nacional de Desarrollo Social : Sin Fronteras IAP : Oxfam México, 2012).
 56. Carranza, V. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 220 (2013).
 57. Torres, C. & Mújica, O. J. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio. *Rev Panam Salud Publica* 156jun 2004 (2004).
 58. Bravo, M. P. El derecho a la salud de las personas migrantes en México: una revisión de la accesibilidad a través del Seguro Social y del Seguro Popular. *Rev. Electrónica Métd.* **1**, (2019).
 59. Consejo Nacional de Población. Migración Internacional. http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Series_y_geografia_migratoria (2017).
 60. Banco Mundial. Población, total | Data. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL> (2020).
 61. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International Migration 2019: Report. (2019).
 62. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Contexto de la migración en México. <https://www.cndh.org.mx/introduccion-atencion-a-migrantes>.
 63. Datosmacro. México - Emigrantes totales 2019. *datosmacro.com* <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/mexico> (2020).
 64. Fundación BBVA Bancomer & Consejo Nacional de Población. Anuario de Migración y Remesas 2020. (2020).
 65. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. Resultados complementarios. (2021).
 66. Datosmacro. México - Inmigración 2019. *datosmacro.com* <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/mexico> (2020).
 67. Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas & Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración. Estadísticas migratorias: Síntesis 2020. (2021).
 68. Médicos Sin Fronteras. Las principales rutas migratorias del mundo. *Médicos Sin Fronteras*

- <https://www.msf.es/actualidad/las-principales-rutas-migratorias-del-mundo> (2019).
69. Nájjar, A. & BBC. México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia. *BBC News Mundo*
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150116_migracion_mexico_centroamerica_nuevas_rutas_an (2015).
 70. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. (2017).
 71. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. (2020).
 72. López Palacio, J. D. Determinantes sociales de la salud En pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. *Arch. Med. Manizales* **17**, 38–53 (2017).
 73. Carpio-Toia, A. M. del et al. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Pers. Bioét.* **22**, 331–357 (2018).
 74. Salgado de Snyder, V. N., Vázquez, T. G., Chapela, I. B. & Xibile, C. I. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública México* **49**, 8–10 (2007).
 75. Campos Covarrubias, G. Educación y salud en los migrantes México-Estados Unidos. (2009).
 76. Rashak, H. A. et al. Diabetes, undernutrition, migration and indigenous communities: tuberculosis in Chiapas, Mexico. *Epidemiol. Infect.* **147**, (2019).
 77. Larenas-Rosa, D. & Valdés, B. C. Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de iniciativas. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Pública* **36**, 487–96 (2019).
 78. Leyva, R., Infante, C., Serván Mori, E., Quintino, F. & Silverman, O. Acceso a servicios de salud por migrantes centroamericanos en tránsito por México. *Central America - North America Migration Dialogue* <http://www.canamid.org/publication?id=PB05> (2015).
 79. Ullmann, S. H., Goldman, N. & Massey, D. S. Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Soc. Sci. Med.* **1982** **73**, 421–428 (2011).
 80. Organización Mundial de la Salud. OMS | Tuberculosis: perfiles de países. *WHO*
https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22MX%22 (2019).
 81. Temores-Alcántara, G., Infante, C., Caballero, M., Flores-Palacios, F. & Santillanes-Allande, N. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública México* **57**, 227–233 (2015).
 82. Organización Mundial de la Salud. OMS | ¿Qué es un sistema de salud? *WHO*
<https://www.who.int/features/qa/28/es/> (2005).
 83. Instituto Nacional de Salud Pública. Conceptos fundamentales de la salud pública: Julio Frenk. *Instituto Nacional de Salud Pública* <https://www.insp.mx/avisos/4515-salud-publica-conceptos-juliofrenk.html> (2020).
 84. Octavio Gómez Dantés et al. Sistema de salud de México. *Salud Pública México* **53**, (2011).
 85. González Block, M. et al. Mexico: Healthsystem review. *Health Systems in Transition.* **22**, i–222 (2020).
 86. Pérez-Cuevas, R. et al. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* **4**, e004669 (2014).
 87. Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med. Interna* **33**, 7–11 (2011).
 88. Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S. & Ávila-Burgos, L. Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública México* **61**, 685–691 (2019).
 89. Rivera Dommarco, J. Acceso universal a la salud: los nuevos caminos de una búsqueda permanente. *Salud Pública México* **61**, 561–562 (2019).
 90. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Fondo de Salud para el Bienestar (FSB): cobertura y costos. *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria* <https://ciep.mx/fondo-de-salud-para-el-bienestar-fsb-cobertura-y-costos/> (2020).
 91. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. ¿Qué es el Fondo de Protección contra Gastos

- Catastróficos? *gob.mx* <http://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/que-es-el-fondo-de-proteccion-contragastos-catastroficoss> (2019).
92. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Fondo para la Atención de Emergencias FONDEN. <http://www.gob.mx/sspc/documentos/fondo-para-la-atencion-de-emergencias-fonden> (2019).
 93. Wachauf, D. Desaparece el Fonden, pero la ayuda seguirá: Velázquez. *24 Horas* <https://www.24-horas.mx/2020/11/03/desaparece-el-fonden-pero-la-ayuda-seguira-velazquez/> (2020).
 94. CENAPRECE. Cifras Oficiales Tuberculosis. *Cifras Oficiales Tuberculosis* http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/tuberculosis/cifras_oficiales.html (2017).
 95. World Health Organization. WHO | Download data as CSV files. *WHO* <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/> (2020).
 96. Banco Mundial. México | Data. <https://datos.bancomundial.org/pais/mexico>.
 97. Esquivel, G. Desigualdad Extrema en México. (2015).
 98. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - MC. *ENSANUT* <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php> (2016).
 99. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2017*. (2017).
 100. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Índice de rezago social 2010 a nivel municipal y por localidad. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx> (2010).
 101. Meza-Palmeros, J. A., Sánchez-Pérez, H. J., Freyermuth-Enciso, G. & Sánchez-Ramírez, G. El gradiente socioeconómico de la mortalidad por tuberculosis en México (2004-2008). *Poblac. Salud En Mesoamérica* (2013) doi:10.15517/psm.v10i2.8515.
 102. Secretaría de Salud. Estándares para la atención de la tuberculosis en México. (2009).
 103. Secretaría de Salud. Datos y Retos en Tuberculosis Fármacorresistente en México. *gob.mx* <http://www.gob.mx/salud/documentos/datos-y-retos-en-tuberculosis-farmacorresistente-en-mexico>.
 104. World Health Organization. Impact of the COVID-19 pandemic on TB detection and mortality in 2020. (2021).
 105. World Health Organization. Provisional number of new and relapse TB cases. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto/ (2021).
 106. García Valenzuela, L. Coronavirus. Cuarentena en México, todo lo que tienes que saber. *El Universal* <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/coronavirus-cuarentena-en-mexico-todo-lo-que-tienes-que-saber> (2020).
 107. Comité Internacional de la Cruz Roja. Cometido y misión del CICR. *Comité Internacional de la Cruz Roja* <https://www.icrc.org/es/quienes-somos/cometido-y-mision-del-cicr> (2014).
 108. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Asilo y Migración. *UNHCR* <https://www.acnur.org/es-mx/asilo-y-migracion.html> (2020).
 109. Agencia EFE. Se disparan las peticiones de asilo en la frontera sur de México según ACNUR. *SWI swissinfo.ch* https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A9xico-refugiados_se-disparan-las-peticiones-de-asilo-en-la-frontera-sur-de-m%C3%A9xico-seg%C3%BAAn-acnur/46527618 (2021).
 110. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. El ACNUR en México. *UNHCR* <https://www.acnur.org/es-mx/mexico.html> (2020).
 111. Organización Internacional para las Migraciones. Historia | IOM Mexico. <https://mexico.iom.int/es/historia> (2019).
 112. Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados. ¿Qué hacemos? *gob.mx* <https://www.gob.mx/comar/que-hacemos>.
 113. Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados. Requisitos para solicitar Refugio en México. *gob.mx* <http://www.gob.mx/comar/articulos/requisitos-para-solicitar-refugio-en-mexico?idiom=es> (2021).
 114. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de la Tuberculosis en la frontera México-*

- Estados Unidos*. (OPS, 2011).
115. Adrián Sánchez-Montalvá, Fernando Salvador, Daniel Molina-Moran, & Israel Molina. Tuberculosis e inmigración | Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-tuberculosis-e-inmigracion-S0213005X17303002> (2018).
 116. Hernández-Guerrero, I. A., Vázquez-Martínez, V. H., Guzmán-López, F., Ochoa-Jiménez, L. G. & Cervantes-Vázquez, D. A. Perfil clínico y social de pacientes con tuberculosis en una unidad de medicina familiar de Reynosa, Tamaulipas, México. *Aten. Fam.* **23**, 8–13 (2016).
 117. Foladori, G., Moctezuma, M. & Márquez, H. Migración México - Estados Unidos. 26 (2004).
 118. Centers for Disease Control and Prevention. La tuberculosis en los hispanos o latinos. https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/factsheets/specpop/hispanicorlatino_es.htm (2018).
 119. Orozco-Andrade, I. *et al.* Epidemiología de tuberculosis pulmonar en población migrante. *Neumol. Cir. Tórax* **77**, 125–131 (2018).
 120. BBVA Research. Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México | BBVA Research. <https://www.bbvaesearch.com/publicaciones/mapa-2020-de-casas-del-migrante-albergues-y-comedores-para-migrantes-en-mexico/> (2020).
 121. Secretaría de Comunicaciones y Transportes. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. <http://www.sct.gob.mx/JURE/listado.html>.
 122. Castillo, C. & Castro, L. Panorama de la salud en las Fuerzas Armadas Mexicanas. *Rev. Sanid. Mil.* **71**, 488–494 (2017).
 123. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Derechohabiencia. <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/> (2020).
 124. Knaul, F. & Frenk, J. Health insurance in México: Achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff* **24**, 1467–1476 (2005).
 125. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud. (2019).
 126. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS-BIENESTAR. <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar> (2021).
 127. Frenk, J. & Gómez Dantes, J. *El sistema de salud en México*. (Nostra Ediciones, 2008).
 128. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Acceso a los servicios de salud. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Accesso-a-los-servicios-de-salud.aspx> (2010).
 129. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Indicadores - Indicadores de Bienestar por entidad federativa. <https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/?ag=21#grafica> (2018).
 130. Doubova, S. & et al. Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in México. *Int J Qual Health Care* **30**, 283–290 (2018).
 131. Guerra, G. & et al. Loss of job-related right to healthcare due to employment turnover: challenges for the Mexican health system. *BMC Health Serv Res* **8**, 457 (2018).
 132. Reich, M. R. Restructuring Health Reform, Mexican Style. *Health Syst. Reform* **6**, e1763114 (2020).
 133. Bautista Arredondo, S. & et al. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México [Analysis of the use of outpatient curative services in the context of Universal Health Coverage reform in Mexico]. *Salud Pública Méx* **56**, 18 (2014).
 134. Miguel Ángel González Block, Ricardo Aldape Valdés, Lucero Cahuana Hurtado, Sandra Patricia Díaz Portillo, & Emilio Gutiérrez Calderón. *El subsistema privado de atención de la salud en México: Diagnóstico y retos*. (Universidad Anáhuac, 2018).
 135. Organisation for Economic Co-operation and Development. Conversion rates - Purchasing power parities (PPP) - OECD Data. *the OECD* <http://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm> (2021).
 136. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. ¿Cómo se compara el sistema de

- salud de México con otros miembros de la OCDE? (2019).
137. Dirección General de Información en Salud. Datos en Salud. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/> (2020).
 138. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación estratégica de protección social en México*. (2017).
 139. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica> (2020).
 140. López, D. E., Hernandez, M. A. M. & Aguilar-Salinas, C. A. La diabetes tipo 2 y la tuberculosis en México: la confluencia de dos retos para el sistema de salud. 7 (2012).
 141. Delgado-Sánchez, G. *et al.* Association of Pulmonary Tuberculosis and Diabetes in Mexico: Analysis of the National Tuberculosis Registry 2000–2012. *PLoS ONE* **10**, (2015).
 142. Baker, M. A. *et al.* The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: A systematic review. *BMC Med.* **9**, 81 (2011).
 143. World Health Organization. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes. *WHO* <https://www.who.int/tb/publications/tb-diabetes-framework/en/> (2011).
 144. Blanco-Guillot, F. *et al.* Genotyping and spatial analysis of pulmonary tuberculosis and diabetes cases in the state of Veracruz, Mexico. *PLoS ONE* **13**, e0193911 (2018).
 145. Rafael Valdez Vázquez. Tuberculosis y VIH/SIDA. (2014).
 146. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida). Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM). 204 (2018).
 147. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. Informe Histórico VIH-Día Mundial 2020. *gob.mx* <http://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida> (2020).
 148. Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA). El Mundo Indígena 2020: México. <https://www.iwgia.org/es/mexico/3745-mi-2020-mexico.html> (2020).
 149. Álvarez Hernández, G. *et al.* Tuberculosis en jornaleros migrantes indígenas en Sonora. *Región Soc.* **25**, 5–28 (2013).
 150. Brenda C. Medel Romero *et al.* Tuberculosis en municipios con poblaciones indígenas en México: análisis de la notificación de casos y los resultados del tratamiento del 2009 al 2013. (2016).
 151. Martín Castellanos Joya, Martha Angélica García Avilés, & Brenda C. Medel Romero. CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN POBLACIONES INDÍGENAS: ESTRATEGIA DE INTERCULTURALIDAD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.
 152. Secretaría de Salud. Epidemiología de la tuberculosis infantil en México 2015. (2015).
 153. Organización Mundial de la Salud. OMS | Tuberculosis infantil. *WHO* <http://www.who.int/tb/challenges/children/es/>.
 154. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The Future of Public Health*. (National Academies Press (US), 1988).
 155. Muñoz, F. *et al.* Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* **8**12jul-Ago 2000 (2000).
 156. *Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina: informe nacional, informe comparativo de 12 países*. (Banco Mundial ; Caracas, Venezuela : Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 2007).
 157. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5321934 (2013).

12. Anexos

12.1. Anexo 1. Descripción de rutas migratorias

12.1.1. Ingreso a México por el Sur

Chiapas es un estado al Sur de México que concentra gran parte de la entrada de los migrantes del TNCA. En general, se describen tres rutas de entrada al país por este estado ([Figura 9](#)).

La primera es la Ruta del Sur 1: desde el Norte de Guatemala se ingresa a Tenosique, Tabasco, como primer punto de entrada a México. Después se trasladan a Palenque, Chiapas, con dirección hacia Coatzacoalcos y Acayucan, Veracruz. En este punto pueden tomarse dos opciones: tomar la Ruta del Golfo, en la que continúan a través de Veracruz hacia el Norte y dirigirse al estado de Tamaulipas o tomar rumbo a Puebla y CDMX hacia la Conexión del Centro-Bajío, con dirección a las rutas del Noroeste-Pacífico, Norte y Noreste.

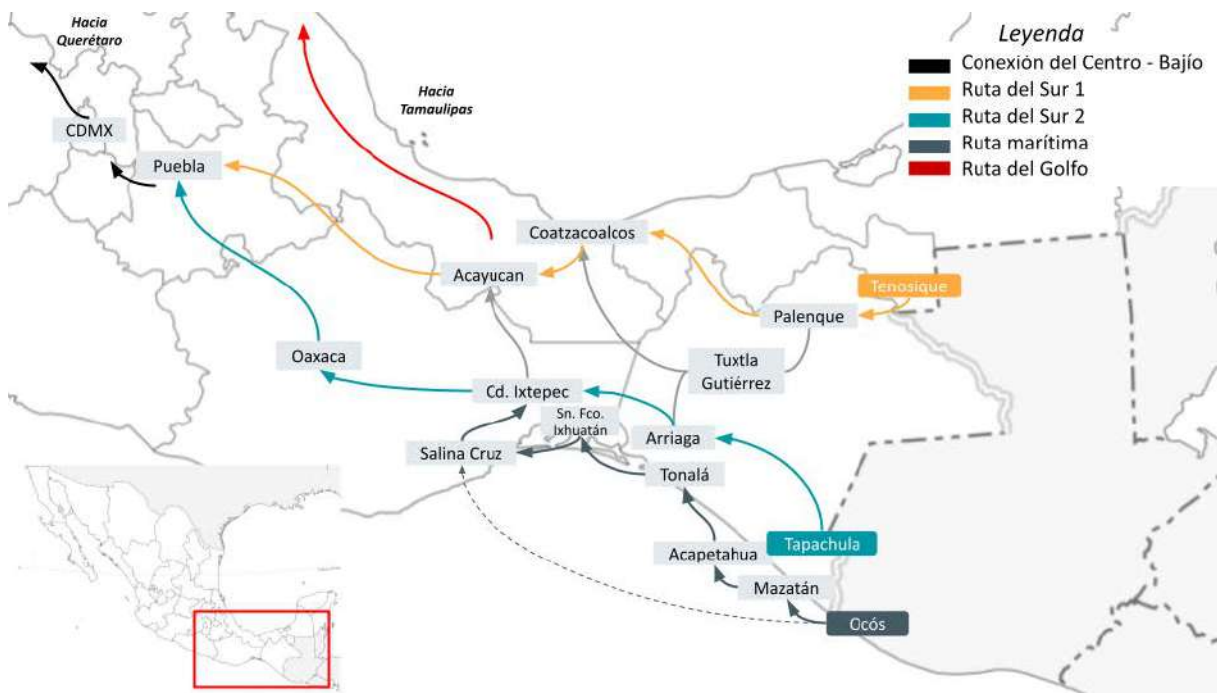
La segunda es la Ruta del Sur 2: desde Guatemala, se ingresa a Tapachula, al Sur de Chiapas, y se continúa hacia Arriaga. Después, se viaja a Ciudad Ixtepec, Oaxaca, para llegar después a la capital del estado, Oaxaca. A partir de aquí, se trasladan a Puebla y posteriormente a CDMX, para continuar por el Centro - Bajío y seguir hacia las diferentes rutas al Norte.

Pese a que se describen como dos rutas diferentes, tienen la particularidad de conectarse a diferentes alturas y modificar el viaje de los migrantes. El primer punto donde se puede cambiar entre estas rutas es en la capital de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez. Desde esta ciudad se pueden conectar Palenque y Coatzacoalcos (Ruta Sur 1) con Arriaga (Ruta Sur 2). Asimismo, desde Ciudad Ixtepec en la Ruta Sur 2, pueden dirigirse a Acayucan en la Ruta Sur 1 y continuar por la Ruta del Golfo.

Aun cuando pueden realizar el cruce de la frontera Sur a pie o por vehículos, una de las alternativas para evitar el transporte por tierra, y la probable exposición a las autoridades federales, es por la costa de Chiapas.⁶⁹ Esta vía comienza desde el puerto de Ocosingo en el Departamento de San Marcos, Guatemala hasta el puerto de Salina Cruz en Oaxaca, México.⁶⁹ Durante esta ruta, se hacen escalas en los municipios costeros de Mazatán, Acapetahua y Tonalá, Chiapas, rodeando las costas del Golfo de Tehuantepec.⁶⁹ En ocasiones, el punto de inicio comienza en Mazatán, Chiapas, con las paradas mencionadas anteriormente y agregándole San Francisco Ixhuatán, Oaxaca, antes de llegar a Salina Cruz.⁶⁹

Desde Salina Cruz pueden presentarse dos opciones: pueden dirigirse hacia Ixtepec, Oaxaca, donde abordan La Bestia con dirección a Veracruz, y continuar con su camino hacia el Norte a través de Tamaulipas y llegar a Texas, Estados Unidos.⁶⁹ La ruta menos elegida -por una amplia vigilancia, secuestros, abusos sexuales y robos- es dirigirse en camión hacia Puebla y, de ahí, a la CDMX.⁶⁹

Figura 9. Rutas migratorias del Sur hacia el centro y Norte de México.

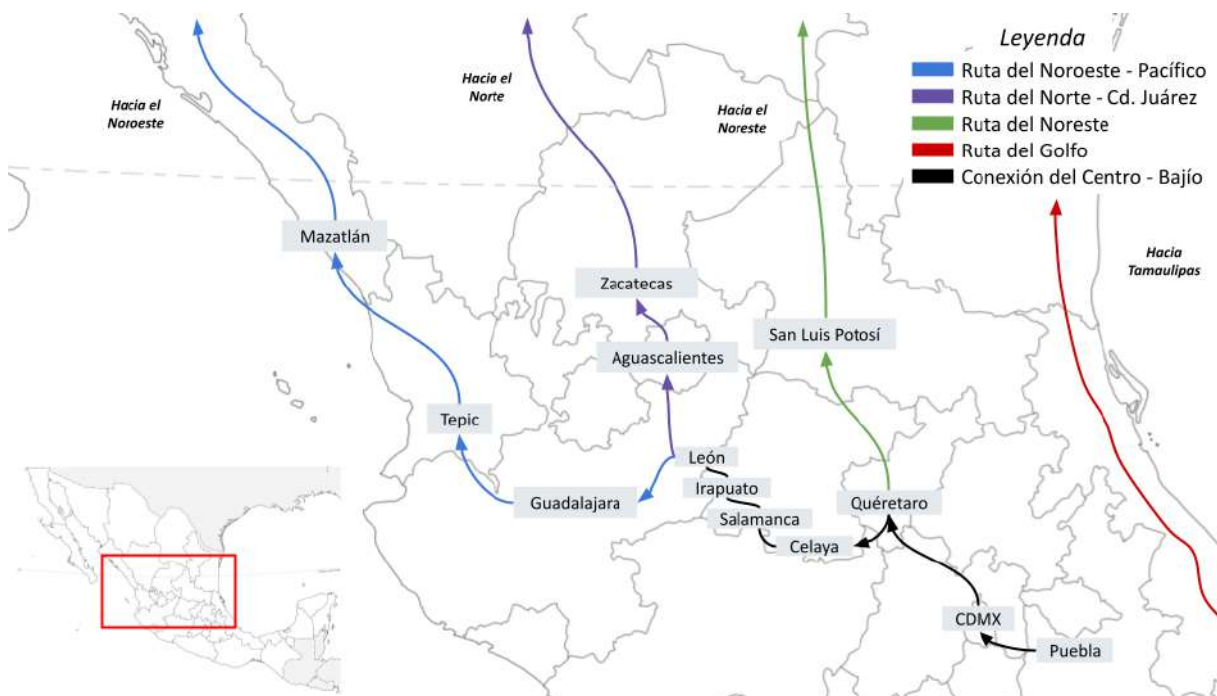


Fuente: Elaboración propia con información de Médicos Sin Fronteras (2019) *Las principales rutas migratorias del mundo*; Nájjar, A. & BBC (2015) *México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia*; y BBVA Research (2020) *Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México*.

12.1.2. Conexión Centro-Bajío

La Conexión del Centro-Bajío inicia en Puebla, Puebla, hasta León, Guanajuato, y sirve como conexión entre el Sur y las diferentes rutas hacia el Norte (Figura 10). De Puebla se trasladan a la CDMX y después a Querétaro, donde se presenta otra bifurcación. Desde esta última ciudad, pueden partir con dirección a San Luis Potosí en la Ruta del Noreste, o continuar por el resto de la Conexión Centro-Bajío a través de las ciudades de Celaya, Salamanca, Irapuato y León (todas pertenecientes al estado de Guanajuato). En León, se presenta nuevamente otra bifurcación, de manera que pueden continuar hacia Guadalajara, Tepic, y Mazatlán, en la Ruta del Noroeste-Pacífico o dirigirse hacia Aguascalientes y después Zacatecas, en la Ruta del Norte.¹²⁰

Figura 10. Representación de la conexión del Centro-Bajío con las rutas del Noroeste-Pacífico, Norte y Noreste.



Fuente: Elaboración propia con información de Médicos Sin Fronteras (2019) *Las principales rutas migratorias del mundo*; Nájjar, A. & BBC (2015) *México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia*; y BBVA Research (2020) *Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México*.

12.1.3. Las rutas del Norte

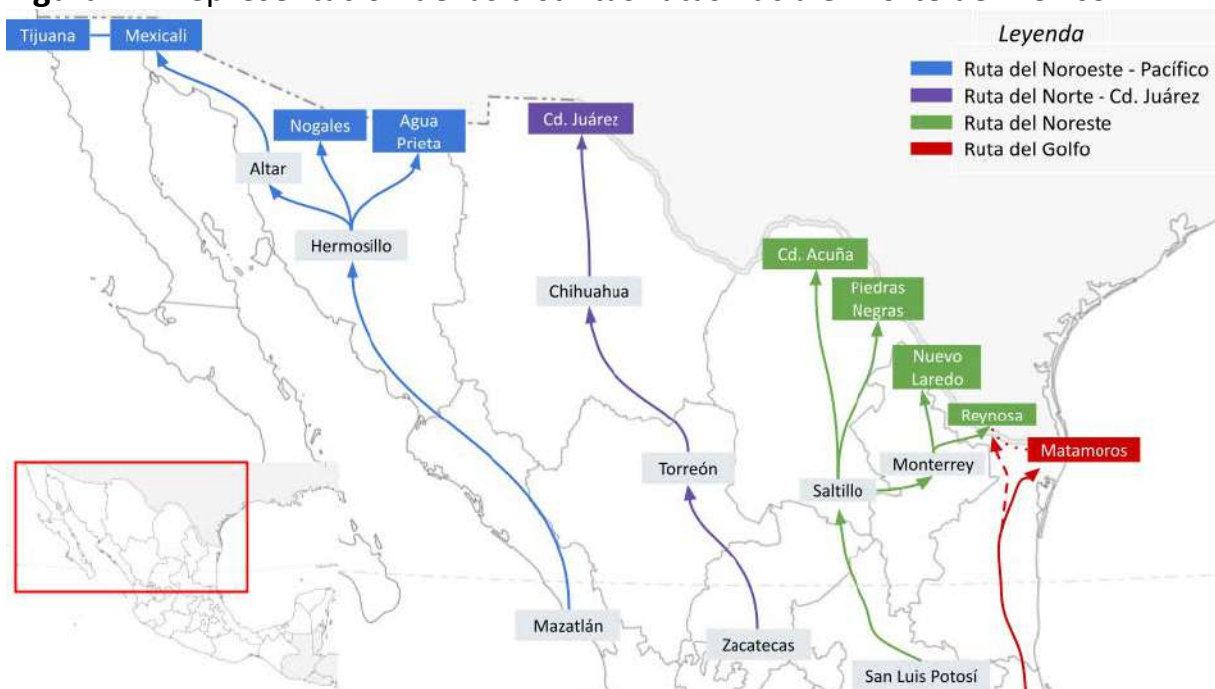
A partir de la zona del Bajío de México, se describen tres rutas distintas (Figura 11).¹²⁰ La primera, la Ruta del Noroeste-Pacífico, comienza en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Desde aquí se trasladan a Tepic, Nayarit; y después continúan a Mazatlán, Sinaloa. Después, continúan a Hermosillo, Sonora, donde se pueden tomar tres vías distintas: directo a la frontera en las ciudades de 1) Nogales y 2) Agua Prieta; o 3) dirigirse hacia Baja California a las ciudades fronterizas de Mexicali y Tijuana.

La segunda, más corta y directa, es la Ruta del Norte. Desde León, Guanajuato, se dirigen hacia el Norte a Aguascalientes y después a Zacatecas. Continúan hacia Torreón, Durango, y después a Chihuahua, Chihuahua. Por último, se sigue hasta la ciudad fronteriza de Ciudad Juárez.

La Ruta del Noreste parte prematuramente del Centro-Bajío, desde Querétaro, con dirección a San Luis Potosí. Continúa hacia Saltillo, Coahuila, donde se presentan tres opciones: seguir hacia el Norte a 1) Ciudad Acuña o 2) Piedras Negras; o 3) ir hacia Monterrey, Nuevo León. De esta última, se pueden trasladar a Nuevo Laredo o Reynosa, ambas ciudades fronterizas del estado de Tamaulipas.

Por último, la Ruta del Golfo, proviene desde el Sur de Veracruz, continuando por este estado hasta llegar a Tamaulipas. Esta Ruta tiene como principal objetivo la ciudad de Matamoros, aunque también pueden optar por dirigirse a Reynosa. Asimismo, existe fácil comunicación entre estas últimas dos ciudades, conectando las rutas del Noreste y del Golfo.

Figura 11. Representación de las distintas rutas hacia el Norte de México.



Fuente: Elaboración propia con información de Médicos Sin Fronteras (2019) *Las principales rutas migratorias del mundo*; Nájjar, A. & BBC (2015) *México: las rutas de los migrantes que no pueden viajar en La Bestia*; y BBVA Research (2020) *Mapa 2020 de casas del migrante, albergues y comedores para migrantes en México*.

12.2. Anexo 2. Proveedores

12.2.1. Servicios públicos de salud

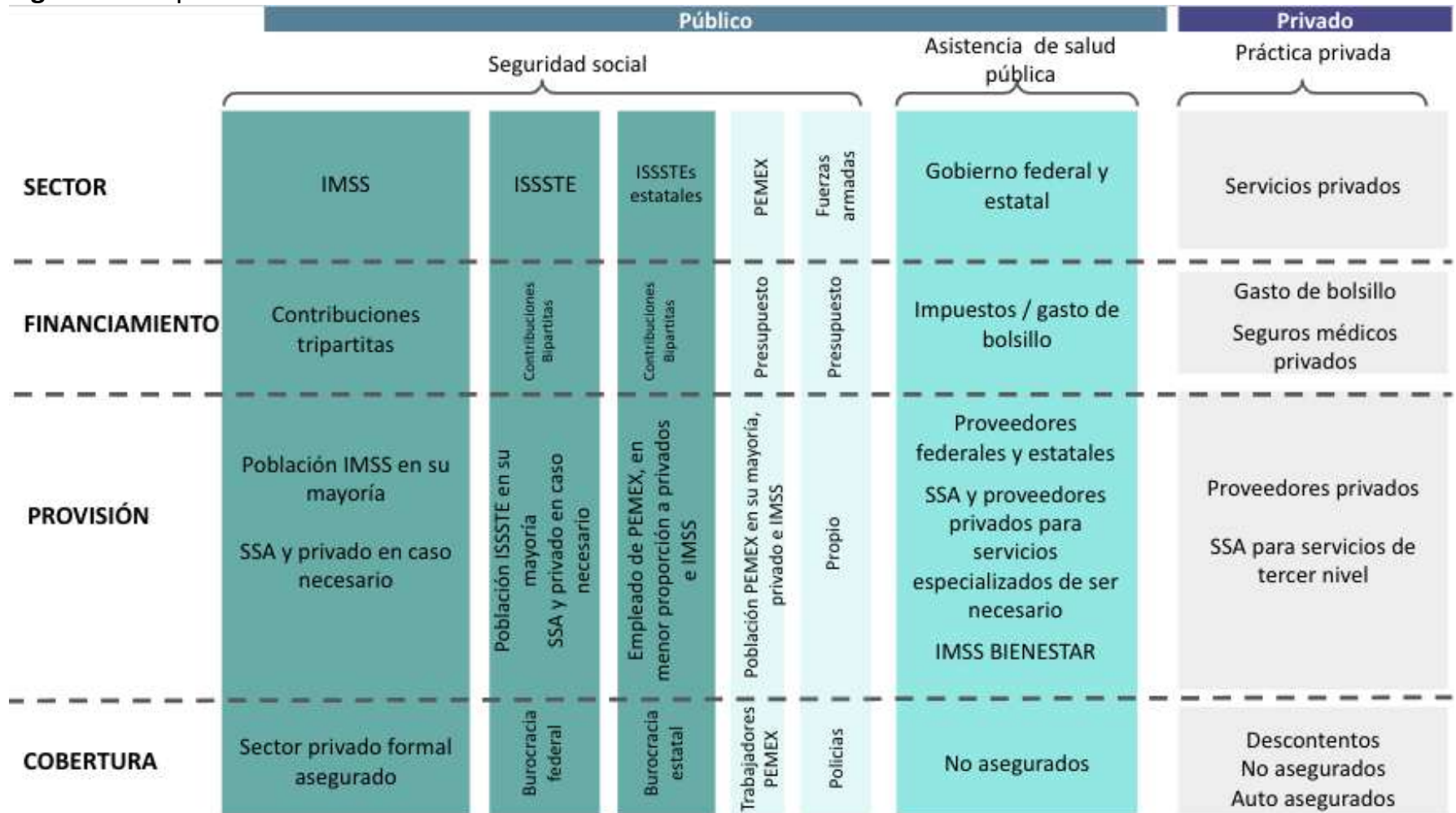
Instituciones de seguridad social

Las instituciones de seguridad social se rigen por el artículo 123 de la Constitución Mexicana. En su Fracción A se establecen los derechos de los empleados del sector privado, legislados a través de la Ley de Seguro Social que rige el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en su Fracción B se establecen los derechos de los empleados públicos los cuales reciben servicios de salud por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).¹²¹ Esta última protege a las personas trabajadoras de todas las ramas del Gobierno Federal, así como los órganos autónomos y paraestatales e incluye a los empleados del gobierno de la CDMX (ver [Figura 12](#)).

Además del IMSS y el ISSSTE, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM) brinda servicios de salud a las fuerzas de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) federales;¹²² de igual forma, Petróleos Mexicanos (PEMEX) brinda servicios de salud a sus empleados. Tanto el IMSS como el ISSSTE son entidades descentralizadas y autónomas del Gobierno Federal y están regulados a través de sus propias leyes y asambleas de gobierno, e integran verticalmente la recaudación, mancomunación, compra y provisión de fondos.

Los beneficios que otorgan las diferentes instituciones de seguridad social ofrecen una gama completa de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con pocas exclusiones y sin paquetes de beneficios definidos.

Figura 12. Esquema del Sistema de salud en México.⁸⁵



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de Europa, Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, Miguel Á González Block, Hortensia Reyes Morales, Lucero Cahuana Hurtado. et al. (2020). *México: Revisión del sistema de salud*. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de Europa.

La institución más grande de seguridad social en México es el IMSS. Dentro de sus beneficios más importantes, el IMSS ofrece seguro de riesgo laboral, seguro de enfermedades y maternidad, seguro de Incapacidad y vida, seguro de jubilación, cese en la vejez y seguro de cuidado infantil y beneficios sociales.

El ISSSTE es la segunda institución más importante de seguridad social en México y otorga servicios a los trabajadores del Estado. Esta institución, a diferencia del IMSS, tiene un esquema de financiamiento bipartito (Gobierno Federal y trabajadores) y los institutos estatales ofrecen una gama similar de beneficios a los del IMSS de acuerdo con sus propias leyes.

En el caso del ISSFAM, además de brindar servicios de salud, también otorga prestaciones sociales como pensiones, vivienda, becas, entre otras. El ISSFAM se diferencia en gran medida con el IMSS e ISSSTE, ya que no tiene infraestructura propia de salud; sin embargo, tiene convenios de subrogación con la SEDENA y SEMAR, quienes cuentan con hospitales, clínicas y personal de salud para brindar los servicios de atención médica integral a los militares y sus derechohabientes.¹²² En el [Cuadro 15](#) se presenta la división de la población de acuerdo con el tipo de institución a la que tienen acceso a los servicios de salud.

Cuadro 15. Población total según condición de derechohabiente.¹²³

Instituciones de salud	Porcentaje
IMSS	51.0
INSABI o Seguro Popular	35.5
ISSSTE federal y estatal	8.8
Instituciones privadas	2.8
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1.3
Otras instituciones	1.2
IMSS-BIENESTAR	1.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020).

Instituciones de salud para personas sin seguridad social

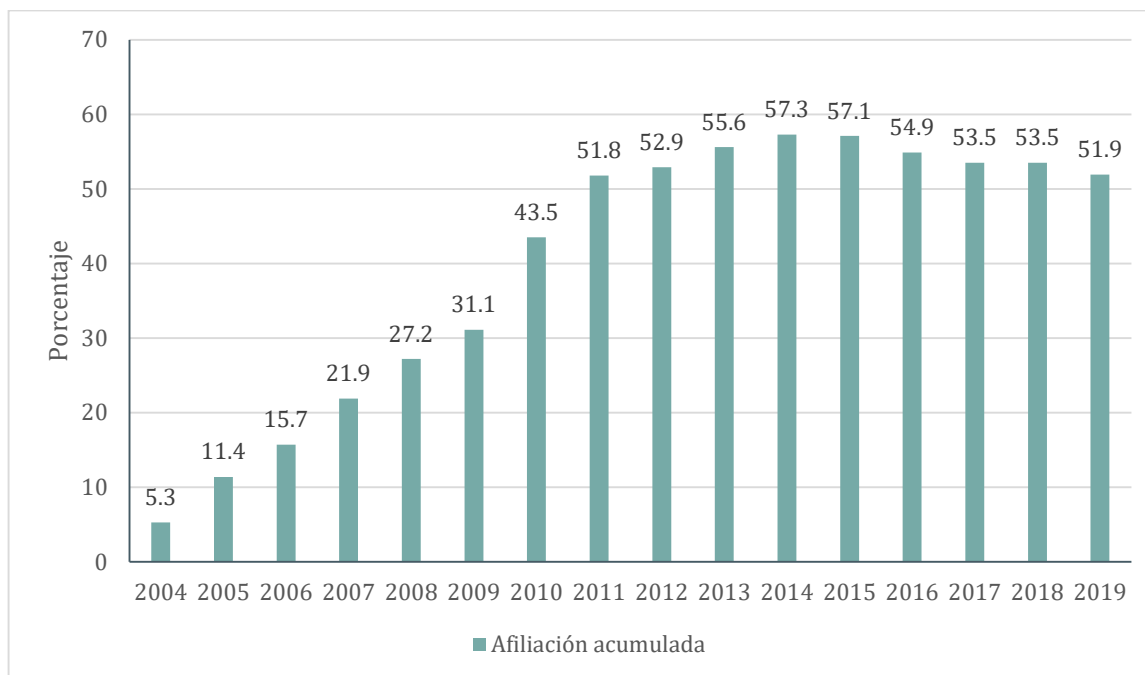
Para las personas que no tienen acceso a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, la Secretaría de Salud Federal y las estatales son las encargadas de proveer dichos servicios. Del 2003 al 2019, las personas sin seguridad social contaban con un seguro llamado Seguro Popular (SP), mediante el cual se buscaba disminuir la inequidad entre las personas aseguradas y las no aseguradas.

En 2003, se hizo una modificación al artículo 77 de la Ley General de Salud en la cual se estableció el SPSS, por el cual el SP recibe sus recursos. El SPSS emulaba un esquema de financiamiento tripartito similar al del IMSS, el cual, de acuerdo a lo planeado, recibiría fondos del Gobierno Federal, Gobiernos Estatales y de parte de las personas aseguradas que se encontraran por encima del nivel de pobreza, sin embargo, dicho esquema presentaba muchas fallas en la operación.^{85,124}

De acuerdo al último informe de resultados del SPSS en 2019, en diciembre de 2019, se contaba con 51.9 millones de personas registradas al SP ([Figura 13](#)). La póliza de afiliación que emitía el SPSS a quienes voluntariamente decidieron afiliarse, cubría 297 intervenciones contenidas en el Catálogo

Universal de Servicios de Salud (CAUSES)⁹, 633 claves de medicamentos y 37 insumos médicos asociados a éstas.¹²⁵ Dentro del CAUSES se incluían acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de TB.

Figura 13. Afiliación acumulada de 2004 a 2019 al SPSS.¹²⁵



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019) Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud.

Las deficiencias del SPSS, en particular, la restricción explícita de los servicios cubiertos y la brecha en los no asegurados fueron la base para que el 29 de noviembre de 2019 se hicieran cambios a la LGS y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. De esa forma, llegó una nueva Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos operada por una nueva institución llamada INSABI; la cual funge actualmente como el sustituto al SP. Esta nueva política se basa en el derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución de 1983 y tiene como objetivo brindar la misma gama de servicios que el IMSS, aunque a través de una infraestructura separada.

El objetivo es que INSABI centralice el financiamiento y la provisión de los servicios de salud, alejándose de los proveedores de salud estatales. El INSABI tiene como objetivo establecer redes de salud pública integradas y totalmente financiadas, cancelando toda subcontratación privada. No obstante, aún existe mucha incertidumbre respecto al funcionamiento y operación del nuevo instituto. En el [Cuadro 16](#) se muestra una tabla comparativa con las principales diferencias entre el SP y el INSABI.

Por otro lado, existe un programa social con enfoque en salud llamado IMSS-BIENESTAR, el cual a lo largo de los años ha cambiado de nombre de acuerdo a la administración en turno. Dicho programa cuenta con más de 40 años de duración y otorga servicios de salud gratuitos a población vulnerable y que no cuenta con seguridad social. El programa se encuentra establecido únicamente en zonas rurales. El programa de IMSS-BIENESTAR es financiado con recursos federales, sin embargo, es operado

⁹ El CAUSES es una de las carteras de servicios del SPSS, en este se describen los servicios de salud cubiertos, los cuales se otorgan fundamentalmente en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención médica.¹²⁵

por el IMSS a pesar de que los servicios que brinda son a personas sin seguridad social. Actualmente cuenta con más de 11 millones de afiliados al programa y se encuentra localizado en 19 entidades de la República.¹²⁶

El programa actualmente brinda servicios de atención médica de primer y segundo nivel, y acciones comunitarias con enfoque en la promoción de la salud.¹²⁶

12.2.1.1. Servicios privados de salud

En el caso del sector privado, se refiere al conjunto de unidades médicas del primer, segundo y tercer nivel de atención que ofrecen servicios de salud de acuerdo con la capacidad de pago del “cliente” y de la oferta del “proveedor”. El personal de salud, así como las instalaciones de las unidades médicas, dependen en su totalidad del proveedor.

Los servicios de salud privados han aumentado de forma considerable como respuesta a las limitaciones del sector público de proveer los servicios de salud necesarios y como parte de la transición epidemiológica de la población. Ejemplo de esto son los consultorios anexos a farmacia.

Por lo general, la población prefiere recurrir a los servicios de salud públicos para atenciones más costosas, dejando al sector privado para afecciones menores en el caso de que la atención les resulte costosa. Por otro lado, las personas con mayor capacidad económica también prefieren recibir atención médica en hospitales privados -aun y cuando sí cuentan con seguridad social- a los cuales pueden acceder gracias a la adquisición de un seguro de gastos médicos mayores.

12.2.2. Rectoría

La Secretaría de Salud (SSA) tiene como principal función la rectoría del sistema de salud. Las funciones de su competencia incluyen la planeación estratégica, el diseño de políticas públicas, la coordinación de las diferentes instituciones públicas y privadas, la regulación a la atención a la salud, la regulación sanitaria de bienes y servicios, la evaluación de las políticas, programas y proyectos y la protección de los usuarios que acceden algún servicio de salud.¹²⁷

12.2.3. Cobertura en salud

El artículo 4 de la Constitución Mexicana establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. De acuerdo con el CONEVAL, una persona en México tiene carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción para recibir servicios médicos de alguna institución.¹²⁸ En 2018, de acuerdo con el INEGI, el 79.2% de la población tenía acceso a los servicios de salud.¹²⁹

El sistema de salud de México impone muchas barreras de acceso a los servicios de salud a pesar de las amplias políticas para asegurar la cobertura. Por ejemplo, existe una gran rotación de beneficiarios del IMSS, pues hasta un 38% de estos beneficiarios pierden su condición de derechohabiente anualmente debido al cambio de trabajo del sector formal al informal; dejando así inconclusos los tratamientos de enfermedades crónicas.^{85,130,131} No obstante, a pesar de que las personas cuentan con seguridad social, las carencias de las instituciones hacen que los servicios no sean óptimos y existen limitaciones como infraestructura y carencia de personal para brindar atención de salud de calidad. Esta situación se traduce para muchas personas en un mayor gasto de bolsillo, hasta el 35% de las consultas ambulatorias de los beneficiarios del IMSS y el 17% de los servicios hospitalarios son atendidas por el sector privado.⁸⁵

Cuadro 16. Comparación entre el SPSS y el INSABI.¹³²

Rubro		SPSS	INSABI
Financiamiento	Modelo básico	Modelo de seguro nacional con primas pagadas por el Gobierno.	Modelo de Sistema Nacional de Salud, con financiamiento de impuestos generales.
	Gasto total del gobierno	Aumentar el gasto público en salud para ampliar los servicios.	Menor gasto público en salud, con menor corrupción; no hay un objetivo claro para definir el gasto total en salud.
	De la federación a los estados	Descentralizar al Estado como subvención, con un monto determinado por el número de afiliados y separado de la provisión.	Recentralización del control sobre adquisiciones, personal y entrega, con base en financiamiento y provisión integrados.
Pago	Mecanismo de pago en las entidades	Compras estratégicas permitidas por las entidades, incluido el uso de empresas privadas para suministros y servicios, abiertas al sector privado.	Suministro a entidades centralizado de suministros y servicios, y reducción de la participación del sector privado a nivel estatal.
	Pagador	El Gobierno paga por una lista limitada de enfermedades y medicamentos: CAUSES: 294 intervenciones para 647 afecciones médicas; más 66 condiciones catastróficas.	El Gobierno paga todos los servicios, de acuerdo con el principio de "Todo para todos", dentro de los límites de los presupuestos establecidos por la Secretaría de Hacienda.
	Pago de usuarios	Ningún pago por parte del paciente por los servicios y medicamentos enlistados en el CAUSES. Gasto de bolsillo en servicios y medicamentos no enlistados.	Principio de servicios y medicamentos gratuitos, para reducir el pago directo de los pacientes en los sectores público y privado.
Organización	A nivel federal	Establecimiento del Seguro Popular como una organización para operar el sistema de financiamiento.	Creó el INSABI como una nueva organización para integrar el financiamiento y la entrega, y eliminó el Seguro Popular.
	A nivel estatal	Se creó el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPS) responsable de la compra de servicios con el fin de separar el financiamiento de la provisión.	Se eliminó el REPS. Financiamiento y provisión integrados a nivel estatal, con la entrega realizada directamente por el INSABI a nivel central.
	Compras centralizadas	Se creó una nueva organización para consolidar la compra de ciertos medicamentos en el SP e instituciones de seguridad social.	Centralizar las compras bajo la Secretaría de Hacienda y reducir las compras individuales de salud. Se eliminará la acción de compra consolidada.
	Provisión de servicios rurales	Utilizar el principio de "el dinero sigue al paciente" para pagar las instalaciones y los trabajadores de salud en las zonas rurales.	Utilizar el principio de empleo central de los trabajadores de la salud y la propiedad central y la gestión de los establecimientos de salud para enviar personas y gestionar los servicios en las zonas rurales

Rubro		SPSS	INSABI
Organización	Personas cubiertas	Aumento de la cobertura de la seguridad no social a través de la afiliación voluntaria, buscando reducir la doble cobertura con la seguridad social.	Brindar servicios (no cobertura) para todos, sin proceso de afiliación.
Regulación	Gastos de las entidades	Pautas de gasto para las entidades sobre proporciones para personal de salud y medicamentos.	Centralización de compras para reducir la discrecionalidad estatal sobre el gasto.
	Personal de salud	La regularización de los trabajadores estatales resultó en contratos de tiempo completo y afiliación sindical.	Regularización de nuevos trabajadores de la salud contratados directamente por INSABI para trabajar a nivel estatal.
	Medicamentos	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) creada con el fin de regular los productos farmacéuticos y los alimentos, y también la calidad de los establecimientos de salud.	Usó COFEPRIS para cerrar un importante productor de medicamentos y luego compró medicamentos en Francia (metotrexato) sin registrar el producto en México.
Persuasión	Para mejorar la salud, nutrición, educación y pobreza.	Uso de incentivos tanto a nivel individual como estatal para fomentar la inscripción en el Seguro Popular y fomentar mejoras en la calidad del servicio.	Eliminar los programas de transferencias monetarias condicionadas de México para incentivar a los pobres a mejorar la educación y la salud; reemplazar con becas educativas para familias

Fuente: Adaptado de Michael R. Reich (2020) Restructuring Health Reform, Mexican Style, Health Systems & Reform, 6:1.

El grupo de personas sin seguridad social también presenta barreras para el acceso a servicios de salud. Existe evidencia de inequidad en el uso de los servicios de salud públicos, ya que los hogares con menos recursos, menos educación y ubicados en áreas de alta marginación, tienen mayor probabilidad de no utilizar los servicios ambulatorios cuando los necesitan. Las barreras del lado de la oferta, como la ausencia de proveedores cerca de casa o tener que pagar por los servicios, son las principales causas de desigualdad y son citadas por aquellos que optan por no buscar atención.^{85,133} En esta población, el 33% de las personas se ha visto en la necesidad utilizar servicios ambulatorios privados y el 15% servicios hospitalarios, lo cual se traduce en gasto de bolsillo.¹³⁴

La distribución de los recursos de salud entre los estados también es desigual y se concentra en las principales ciudades del país, especialmente en la capital. De hecho, es notable la escasez de personal y tecnología en las zonas rurales.

12.2.4. Financiamiento

El financiamiento en salud en México proviene de fuentes públicas y privadas.⁸⁴ Con los recursos públicos se financian las instituciones públicas de salud: las instituciones de seguridad social que atienden a poblaciones asalariadas -como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR- y a las instituciones que atienden a población sin seguridad social -INSABI, SSA, SESA, IMSS-BIENESTAR-.

12.2.5. Gasto total en salud en México

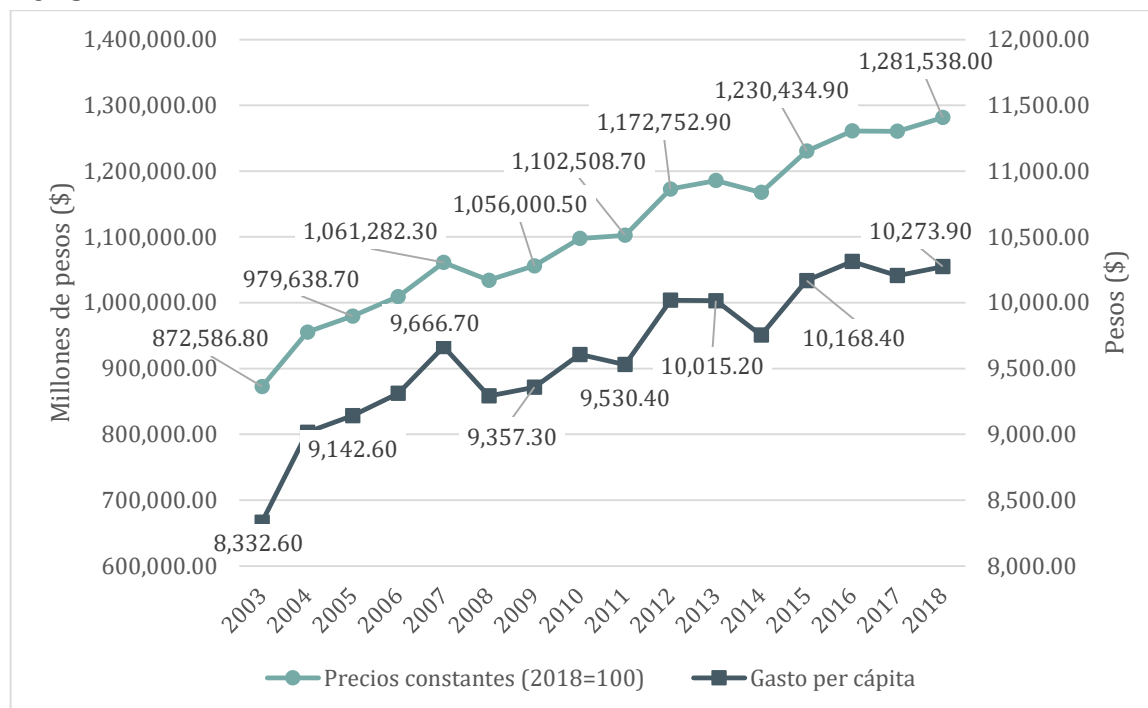
En 2019, el gasto total en salud en México ascendió al 5.5% del PIB, con un gasto de \$1,138 USD^r per cápita. Esto lo posiciona en el lugar 35 de los 37 países que integran la OCDE ([Figura 15](#)).¹³⁶ De acuerdo con información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, el gasto en salud per cápita ha tenido una tasa de crecimiento de 23.29%^s entre 2003 y 2018, al pasar de \$8,832.57 MXN^t (\$1,253 USD) en 2003 a \$10,273.85 MXN (\$1,116.4 USD) en 2018. ([Figura 14](#)).

^r Tipo de cambio ajustado por paridad de compra para 2003 fue de 6.6648 MXN = 1 USD, 2018 fue 9.202MXN = 1 USD y para 2019 9.370MXN = 1 USD.¹³⁵

^s Tasa de crecimiento calculada sobre los montos en precios constantes (2018=100).

^t (2018=100)

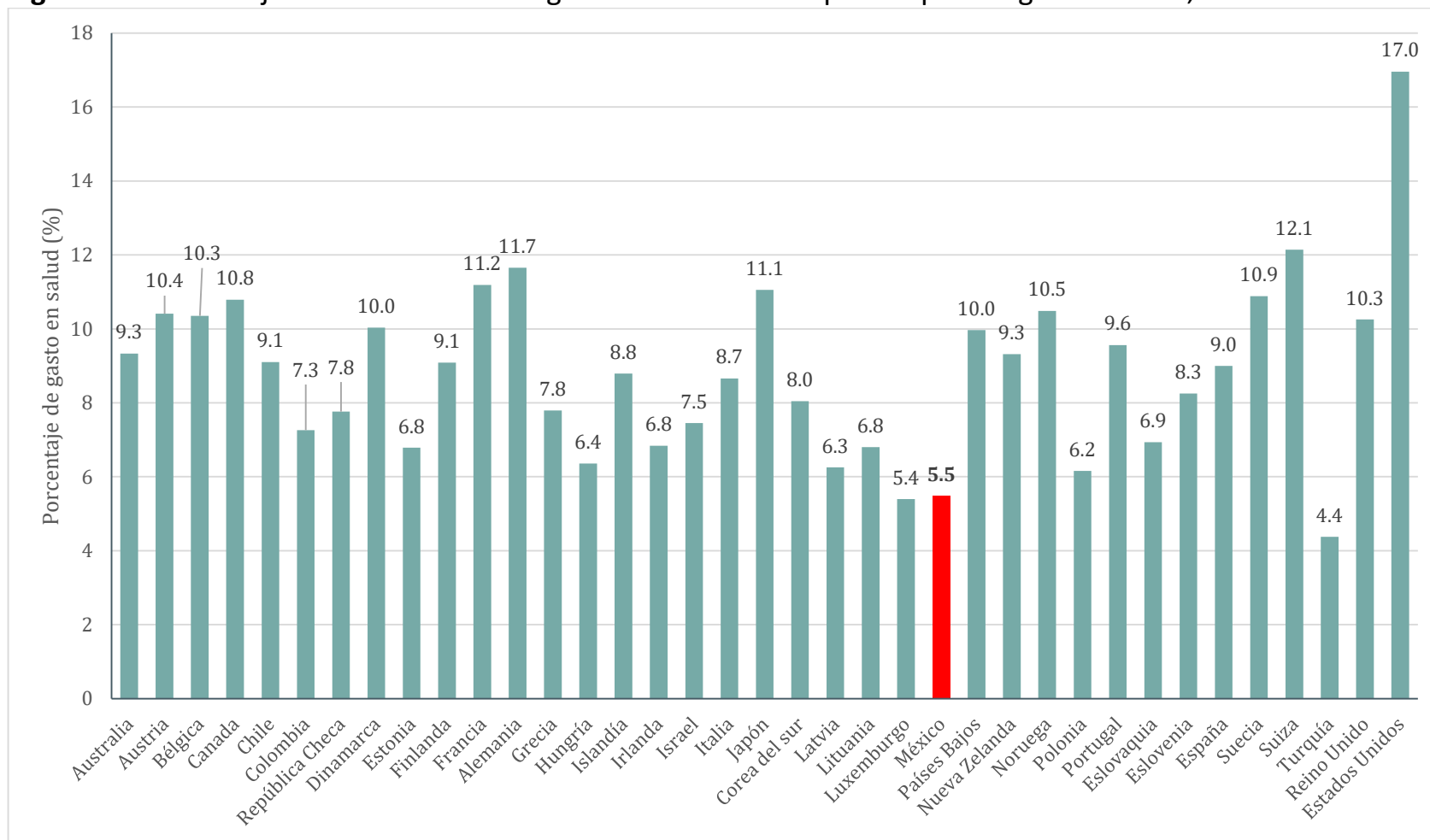
Figura 14. Gasto total en salud en millones de MXN (2018=100). México, 2003-2018^u.¹³⁷



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

^u El gasto per cápita de las gráficas fue calculado con base a los precios constantes tomando el 2018 como año base y de acuerdo con las estimaciones de población de la CONAPO.

Figura 15. Porcentaje del PIB destinado a gasto en salud de los países que integran la OCDE, 2019.

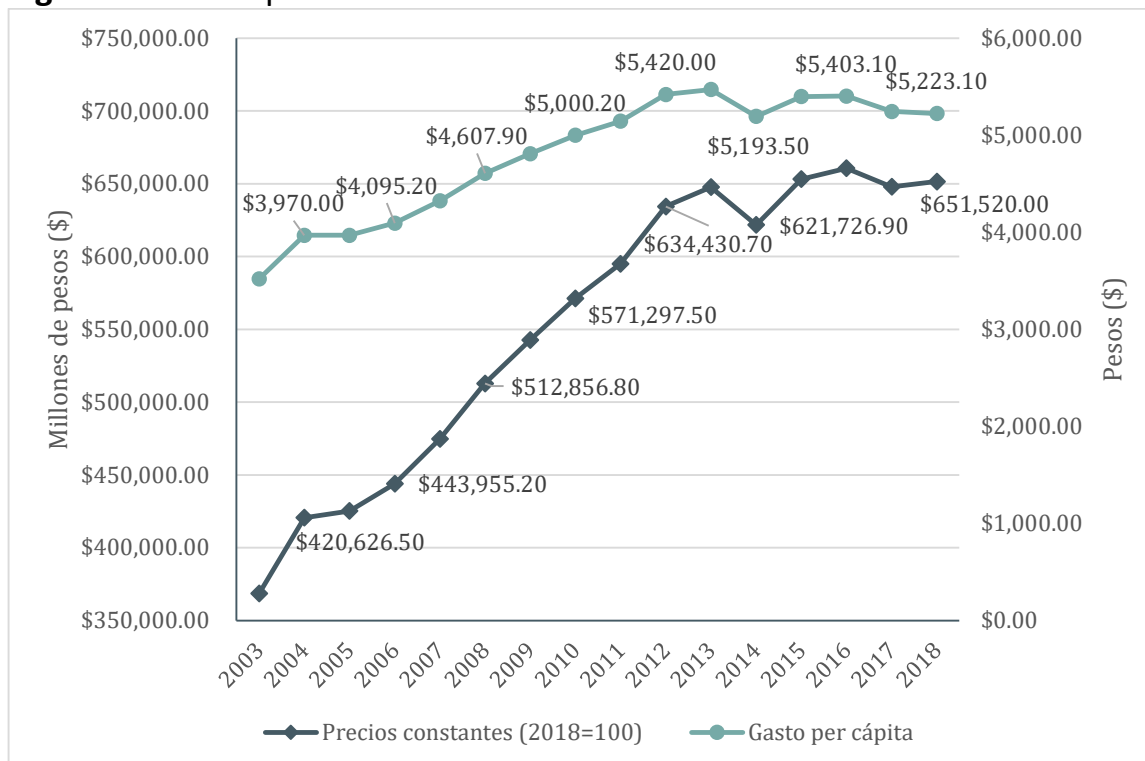


Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2019. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>

12.2.6. Gasto público en salud

El gasto público se refiere al gasto que ejercen el Gobierno Federal y los gobiernos estatales, por medio de instituciones de seguridad social o programas de salud. Entre 2008 y 2013 el gasto público en salud presentó incrementos sostenidos, pues en 2003 este monto ascendía a 367 mil millones de pesos y en 2013 a 648 mil millones (2018=100). A partir de ese año, el gasto público en salud no ha tenido incrementos significativos. En 2018 el monto en salud reportado fue de 652 mil millones de pesos. El gasto público en salud per cápita creció 48.4% en el período comprendido entre 2003 y 2018 y tuvo su valor máximo en 2013, con 5,471 pesos (Figura 16).¹³⁷

Figura 16. Gasto público en salud en México del 2003 al 2018.¹³⁷



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

12.2.7. Gasto privado en salud

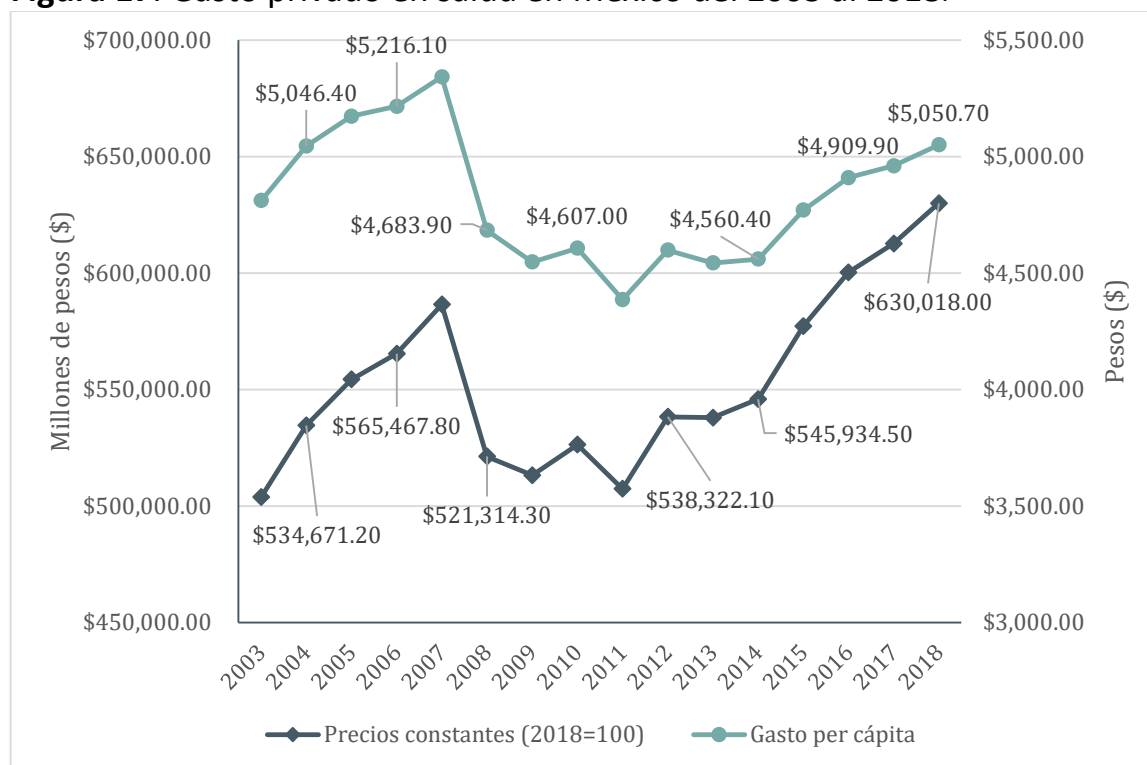
El gasto privado está compuesto por el gasto de bolsillo, el gasto de pago de primas y cuotas de seguros médicos privados, y el gasto de Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL). Entre 2003 y 2007 este concepto presentó incrementos sostenidos. Sin embargo, entre 2008 y 2013 hubo un estancamiento y a partir de 2014 el gasto privado en salud se ha incrementado nuevamente. Si se compara esta variable entre 2003 y 2018 se registra un incremento del 25%. Sin embargo, el gasto privado per cápita ha crecido solamente 5% en el mismo período (Figura 17).⁴⁷

12.2.8. Gasto de bolsillo

El financiamiento de los servicios de salud provistos por la SSA, los servicios estatales y programas se hace en su totalidad con recursos públicos, en su mayoría de origen federal, y se dirige a la población no asegurada.¹³⁸ Sin embargo, los hogares que carecen de afiliación a instituciones de atención médica son los que tienen un mayor porcentaje de su gasto destinado a la salud, y por lo

tanto,¹³⁸ se encuentran en riesgo de agravar la pobreza y exacerbar las desigualdades socioeconómicas y de salud.

Figura 17. Gasto privado en salud en México del 2003 al 2018.⁴⁷

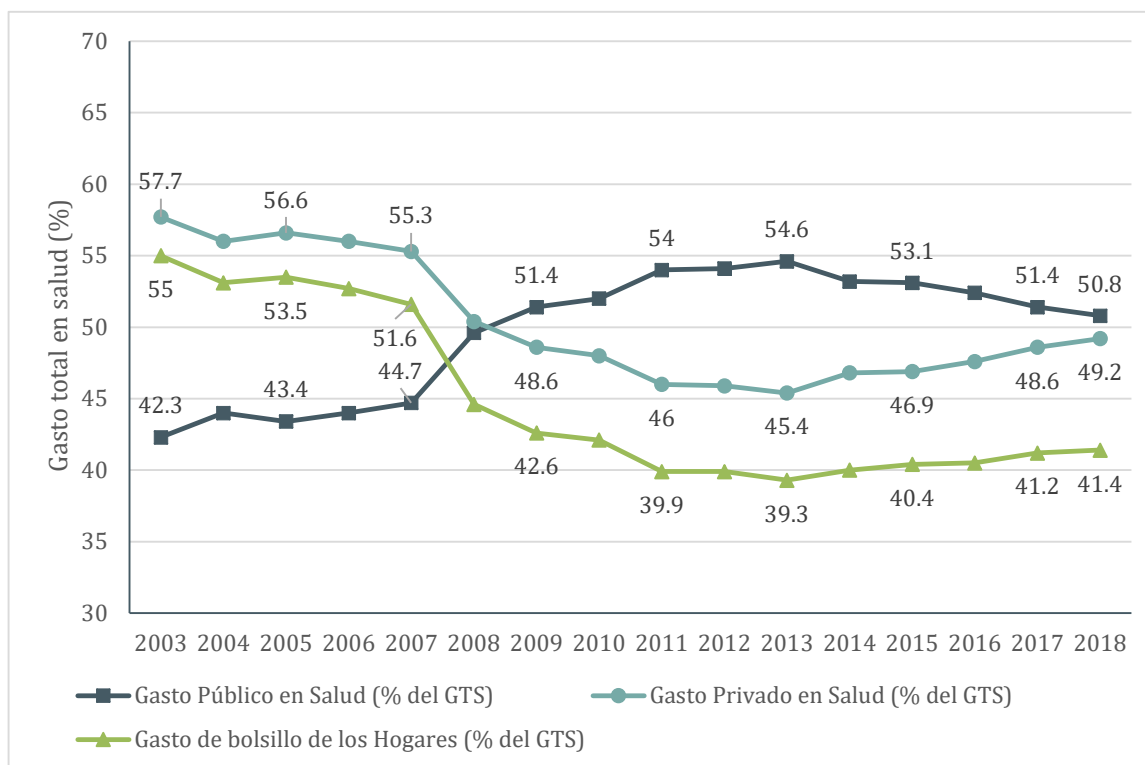


Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

De acuerdo con la OCDE, el gasto de bolsillo se compone de gastos asumidos directamente por una persona en los que ni el seguro público ni el privado cubren el costo total del bien o servicio de salud. Este incluye costos compartidos y otros gastos pagados directamente por hogares privados e, idealmente, también deberían incluir estimaciones de pagos informales a los proveedores de salud. Este concepto engloba todo gasto directo de los consumidores en consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros.¹³⁸ De acuerdo con la OCDE, en México el gasto de bolsillo permanece alto, pues representa el 48% del gasto general en salud.¹³⁶

Como es apreciable en la [Figura 18](#), el gasto de bolsillo representa una proporción muy importante en el gasto privado en salud. A partir de 2007, la importancia relativa de este en el gasto privado y en el gasto total en salud ha disminuido, lo cual obedece fundamentalmente al incremento en el gasto público en salud y a la reducción en el gasto privado en salud, referidos anteriormente.¹³⁷

Figura 18. Porcentaje del gasto total en salud en gasto público, privado y de bolsillo.¹³⁷



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

12.2.9. Vigilancia epidemiológica en México

Con base en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)¹³⁹ en México se conforma por un conjunto de estrategias y acciones de vigilancia que permiten la generación de información para la salud pública. De acuerdo con la estructura del Sistema Nacional de Salud y de la propia SSA, la coordinación de la vigilancia epidemiológica de TB le corresponde a la Dirección General de Epidemiología a través del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE). El SINAVE recolecta, integra y analiza los datos de morbilidad y mortalidad de los casos de tuberculosis codificados del A15-A19 de todas las instituciones médicas de los sectores público, social y privado.

La información generada por el SINAVE fluye desde 20,005 unidades de atención de la salud hacia la DGE, órgano normativo federal del SINAVE. Los responsables de la vigilancia epidemiológica a nivel jurisdicción, estado y federación verifican la información siguiendo lineamientos generales que son acordados por todas las instituciones del sector en órgano colegiados coordinadores y normativos de estos tres niveles administrativos. El órgano superior es el CONAVE, integrado por representantes de todas las instituciones del Sistema de Salud en el nivel federal. En el nivel estatal funcionan los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) con la participación de representantes institucionales del sector en cada entidad federativa. Finalmente, en los Comités Jurisdiccionales para la Vigilancia Epidemiológica (COJUVES) participan representantes institucionales en cada jurisdicción.

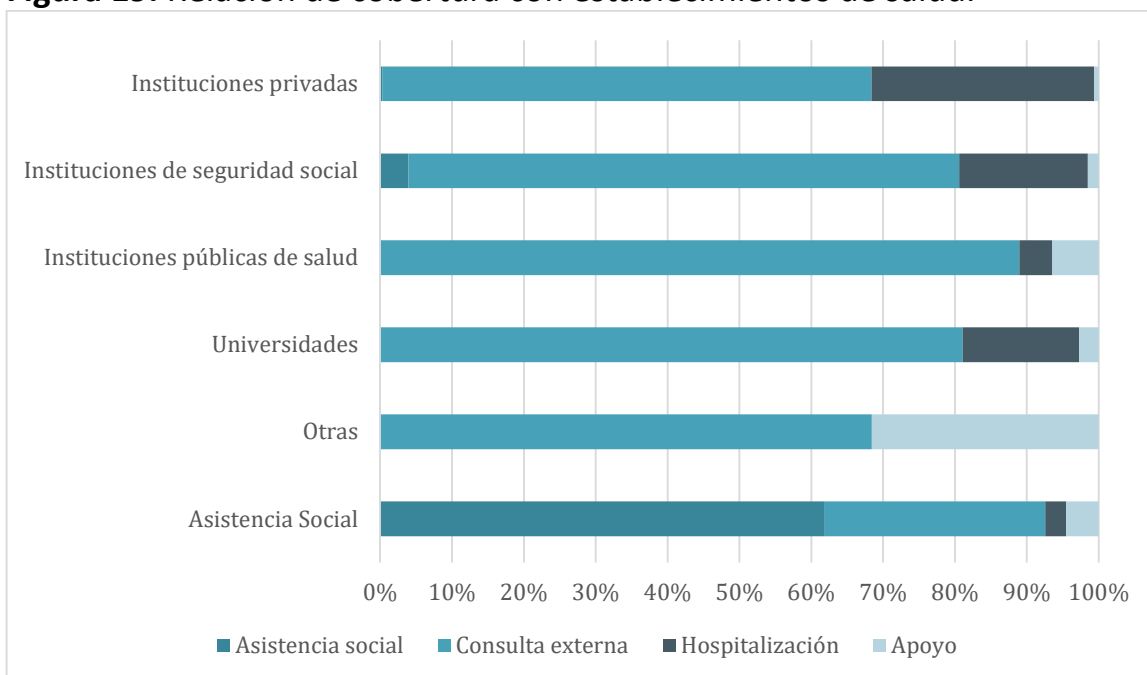
La información de vigilancia epidemiológica en México se integra en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). El SUIVE no es un sistema completo de estadística de salud ni incluye toda la información sobre la situación epidemiológica nacional.

Actualmente el SUIVE se enfoca en 114 enfermedades consideradas como las más relevantes del estado de salud de la población, en las cuales se encuentra la TB. La información contenida en el SUIVE incluye la notificación de daños a la salud y resultados de pruebas de tamizaje y diagnóstico por laboratorio.

Su criterio de operación, formas de recolección de información y procedimientos de vigilancia son homogéneos en las distintas instituciones del sector y en todo el país. Esta homogeneidad facilita la comparación de la información obtenida y aumenta su utilidad para la planeación y evaluación de intervenciones de salud.

12.3. Anexo 3. Relación de cobertura de establecimientos de salud

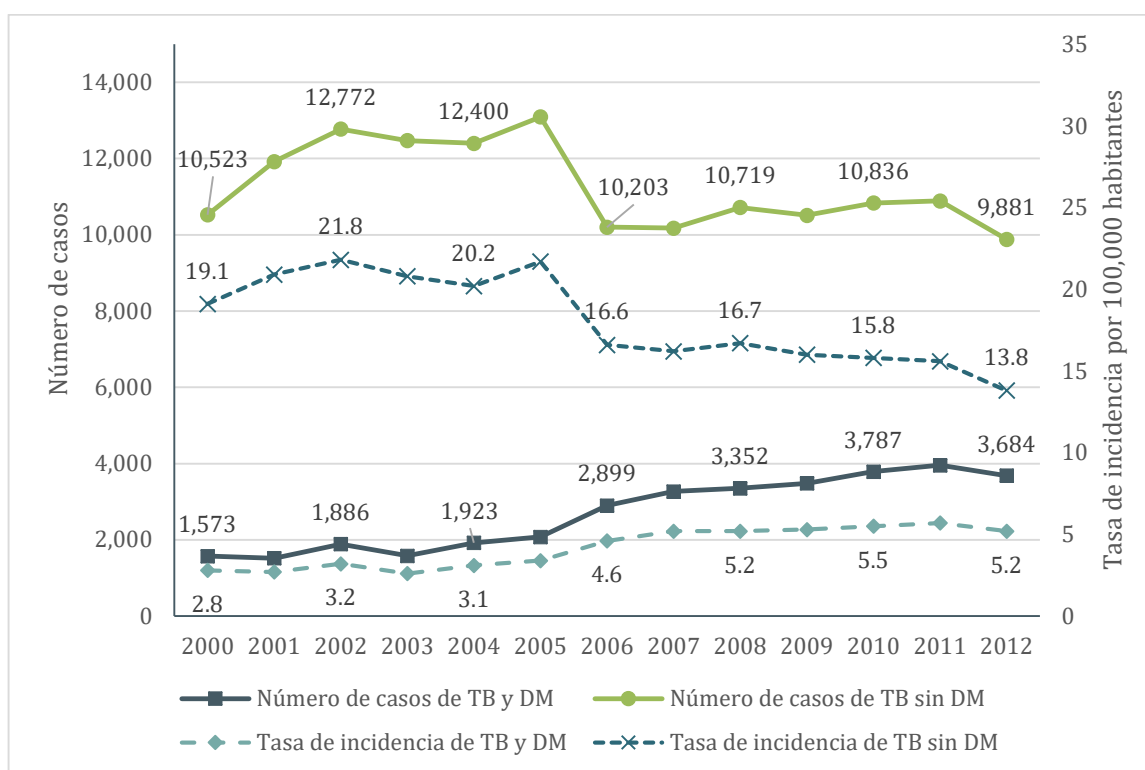
Figura 19. Relación de cobertura con establecimientos de salud.



12.4. Anexo 4. Casos de TB con comorbilidades

La diabetes mellitus (DM) es uno de los principales problemas de salud en México, pues se presenta como la primera causa de muerte en general y la causa más frecuente de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones.¹⁴⁰ Durante el período 2000 y 2012, el número total de casos de TB asociados a DM se incrementó en un 134.2%,^v mientras que los casos de TB sin DM disminuyó en un 26.8% (Figura 20)¹⁴¹ Por sí sola, la DM modifica la respuesta al tratamiento para TB, aumenta los casos multidrogosresistentes (TB-MDR) e incrementa la probabilidad de fracaso del tratamiento, recaída y muerte.^{142,143} Recientemente no se ha establecido un porcentaje de prevalencia de DM en pacientes con TB en el país. No obstante, algunos artículos buscaron intencionadamente comorbilidades, hasta 2014, en pacientes con TB en los estados de Veracruz y Chiapas, encontrando una prevalencia de DM entre 33% y 19.1% respectivamente.^{76,144}

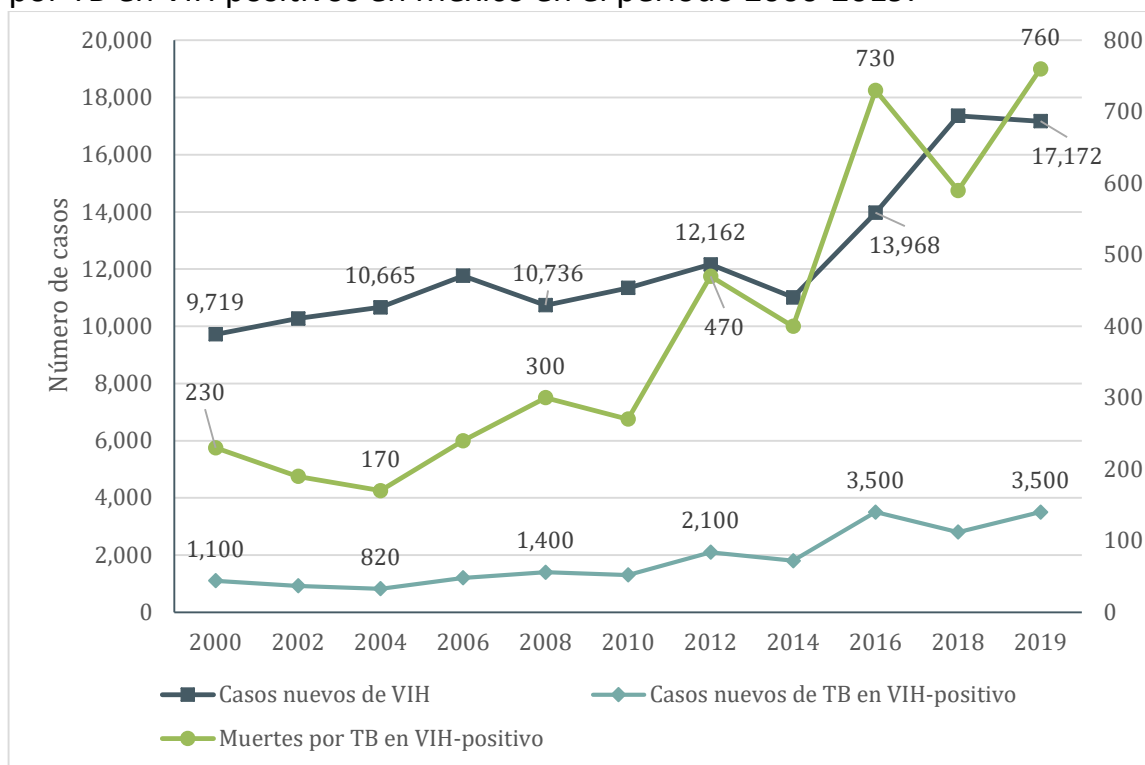
Figura 20. Número de casos de TB con y sin DM2, con sus respectivas tasas de incidencia, durante el período 2000-2012.¹⁴¹



Aunado a este incremento de los casos de TB en DM, entre 2003 y 2013 se incrementó en casi un 100% el número de casos prevalentes de TB/VIH, con 598 y 1,195 respectivamente para cada año; llegando hasta los 3,500 casos en 2019 (representando el 11.7% de los casos nuevos).^{95,145} Con base en los reportes del Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), del total de pacientes VIH positivos que se incorporaron por primera vez a atención médica, el 5.3% tuvo TB activa en 2016 y el 6.1% en 2017.¹⁴⁶ Este aumento es proporcional al aumento de casos de VIH en el país en estos mismos años: de 13,968 a 14,982 casos diagnosticados de VIH.¹⁴⁷ Además, el número de muertes por TB en pacientes con VIH se ha incrementado en 181 %, de 270 muertes en 2010 a 760 muertes en 2019 (Figura 21).⁹⁵

^v De los 181,384 pacientes con TB registrados, el 19.3% fueron diagnosticados previamente con DM.

Figura 21. Casos nuevos de VIH, casos nuevos de TB en VIH positivos y muertes por TB en VIH positivos en México en el período 2000-2019.^{95,147}



De igual forma, se ha descrito que existe una relación directamente proporcional entre la mortalidad por TB y el porcentaje de población hablante de lenguas indígenas.^{w,101} De acuerdo con lo descrito, es comprensible este nivel de mortalidad en poblaciones indígenas ya que el 69.5% de estas poblaciones viven en situación de pobreza y el 27.9% en situación de pobreza extrema;¹⁴⁸ además de las barreras que pueden desarrollarse por hablar un idioma distinto -como pueden ser el acceso a servicios de salud y de educación-.^{138,149}

Entre 2009 y 2013, se reportó una tasa de incidencia de TB mayor entre municipios con proporcionalidad alta ($\geq 50\%$) de indígenas; siendo los principales estados Guerrero, Oaxaca y Chiapas.¹⁵⁰ Con base en esto, en México, los casos nuevos de TB en todas sus presentaciones en poblaciones indígenas fueron de 1,539 en 2010, 1,561 en 2011, 1,517 en 2012, 1,436 en 2013, y 1,489 en 2014.¹⁵¹

Por último, en México se ha reportado que cerca del 11% de los casos de TB anuales son en pacientes pediátricos -considerando que una incidencia mayor al 15% se debe a un pobre control de casos-.¹⁵² Para ser más exactos, en 2013 se reportó que el 10.1% de los casos nuevos de TB fueron en menores de 19 años: 1,404 casos de TB pulmonar y 583 casos extrapulmonares.¹⁵² Si bien hacen falta más datos actualizados sobre la presencia de TB en esta población, se estima que entre el 5 y 20% de los casos nuevos de TB serán en pacientes pediátricos.^{152,153}

^w Tasa de mortalidad por TB según porcentaje de población hablante de lengua indígena por localidad: <40% = 10.54; 40-69% = 19.74; 70% y más = 20.64. R^2 0.748 (< 0.000)..

Sin duda, la TB sigue siendo un problema de salud pública en México, el cual se ve plenamente favorecido por los determinantes sociales que envuelven la enfermedad. En el caso de la población migrante es aún más compleja.

12.5. Anexo 5. Descripción del cumplimiento del país a las Funciones Esenciales de Salud (OPS)

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública. La iniciativa de las funciones FESP fue impulsada en la década de 1980 por el Instituto de Medicina (actual Academia Nacional de Medicina) de Estados Unidos de América en respuesta al debilitamiento de la salud pública en el país, con tres funciones centrales: la evaluación de las políticas de salud, la formulación de políticas y la garantía de los servicios. La intención era definir estas funciones como parte fundamental del papel del Estado para asegurar la eficiencia y efectividad de los servicios de los programas de salud pública del país.¹⁵⁴

Los Estados Miembros de la OPS decidieron en el año 2000 promover un marco conceptual y metodológico de la salud pública y de sus funciones esenciales en las Américas para fortalecer la función rectora de las autoridades de salud en materia de salud pública. Es así como en el año 2002 la OPS presentó la primera versión conceptual y metodológica de las FESP para la Región de las Américas, en la publicación La salud pública en las Américas.¹⁵⁵

En el año 2020 y debido a las necesidades descubiertas por la pandemia por COVID-19, la OPS y estados miembros actualizaron las FESP para apoyar los ODS y la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.¹⁵⁶

- **FESP 1.** Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
 - Acciones que aseguren la disponibilidad, el análisis y el uso de información sobre el estado de salud y bienestar de la población, la equidad en relación con la salud, los DSS, la capacidad de respuesta del sistema de salud y las acciones de salud pública de tipo poblacional e individual. Esta función se orienta a fortalecer las capacidades de las autoridades de salud para implementar los procesos de monitoreo y evaluación, incluyendo el uso de tecnologías de la información, la administración de datos, la previsión y la configuración de escenarios, y el análisis y la utilización de esta información en los procesos de formulación de políticas para la salud y de planificación sectorial para responder a las necesidades de salud de la población
 - **En relación con la TB:** Se realiza el mapeo epidemiológico y el diagnóstico entre consultantes sintomáticos respiratorios, sin importar el motivo de la demanda de la atención médica, así como la búsqueda activa en grupos vulnerables o de alto riesgo como lo son las personas migrantes.¹⁵⁷
- **FESP 2.** La vigilancia en la salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
 - Fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, las emergencias y los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, la salud mental y lesiones, entre otros temas.

- **En relación con la TB:** En caso de brotes, se inician medidas de control que comprenden la protección de la población mediante la identificación oportuna de casos probables, la atención integral y multidisciplinaria del paciente, el diagnóstico eficiente, el registro y la notificación del caso, el tratamiento oportuno y eficaz estrictamente supervisado y el seguimiento mensual del paciente, así como, el estudio de sus contactos y de su entorno familiar, la quimioprofilaxis y la promoción de la salud.¹⁵⁷
- **FESP 3.** Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.
 - Producción de conocimiento científico y su integración al proceso de formulación de políticas de salud de las autoridades de salud para garantizar estas contribuciones fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la salud pública.
- **FESP 4.** Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población.
 - Abarca dos componentes: El desarrollo de las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante, y el fortalecimiento de su influencia sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud. Ambos componentes deberían estar guiados por los valores, las premisas y los objetivos de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud.
 - **En relación con la TB:** El gobierno de México, en articulación con la Ley de Migración y el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, estipula la protección a la salud de grupos migratorios en México.¹⁵⁷
- **FESP 5.** Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.
 - Acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en el desarrollo de la salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. La función abarca acciones colectivas mediante las cuales la sociedad civil y la comunidad organizada intervienen e influyen directamente en la organización, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones y del sistema de salud.
- **FESP 6.** Desarrollo de recursos humanos para la salud.
 - Ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública. Aunque dichas acciones están bajo la rectoría de las autoridades de salud, la función también requiere acciones de planificación estratégica con capacidad técnica y política para elaborar e implementar intervenciones sinérgicas en sectores distintos al de la salud, cada uno de los cuales incluye a actores diversos con responsabilidades, objetivos e intereses específicos.
- **FESP 7.** Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.

- El acceso equitativo a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias es una prioridad mundial que fue acordada en el 2016 como parte de los ODS. A nivel regional, la resolución de la OPS sobre el acceso y uso racional de los medicamentos y otras tecnologías de alto costo da cuenta de la importancia del acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias y postula cómo los países pueden fortalecer la función de asegurar su acceso a través de diferentes opciones.
- **FESP 8.** Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.
 - Abordaje de cada uno de los elementos del proceso de financiamiento del sector de la salud, cuya expresión más tangible para el ente rector, aunque no se reduce solo a ello, es el presupuesto sectorial. La inclusión de esta función permite dos contribuciones importantes. En primer lugar, está FESP abarca las diferentes funciones del modelo de financiamiento del sistema de salud, con una perspectiva de integración de todas las acciones de salud pública, tanto individuales como colectivas, con el objetivo de mejorar la equidad y la eficiencia del sistema de salud. En segundo lugar, y de forma complementaria, esta FESP asume un papel facilitador de la realización de este abordaje integral de las FESP, como herramienta de financiamiento del conjunto de dichas FESP.
- **FESP 9.** Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad.
 - Acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas. La calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y el bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales en su definición. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión.
- **FESP 10.** Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables.
 - Contempla acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo y favorecer los entornos saludables.
- **FESP 11.** Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud
 - Conjunto de iniciativas intersectoriales que están enfocadas en abordar factores estructurales de tipo socioeconómico que afectan la salud, aunque gran parte de estos no se encuentren bajo el control directo del sector salud. Si bien el propio sistema de

salud es un determinante importante, otros determinantes, como la calidad de la educación, la fortaleza del mercado laboral, la seguridad del ambiente laboral y la calidad de los vecindarios, deben ser abordados de forma intersectorial. El papel principal de las autoridades de salud para el ejercicio de esta función es actuar como socios en el desarrollo y la implementación de las iniciativas. En estos casos, se busca promover una gobernanza de salud en todas las políticas.

12.6. Anexo 6. Resultado de las encuestas

Cuadro 17. Resultados de encuestas a personas no migrantes.

Pregunta	Respuesta							
	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
1: Hay compromiso de las autoridades en apoyar a los migrantes.	1	11.1%	4	44.4%	4	44.4%	0	0%
2: El gobierno ha destinado presupuesto para atender las necesidades de los migrantes	3	33.3%	2	22.2%	4	44.4%	0	0%
3: Los migrantes sufren de discriminación constante por la población nacional.	0	0.0%	0	0.0%	6	66.7%	3	33.3%
4: Los migrantes tienen acceso a la salud gratuitamente.	0	0.0%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%
5: Los migrantes que tienen TB reciben la atención y medicamentos gratuitamente.	0	0.0%	4	44.4%	4	44.4%	1	11.1%
6: Los migrantes reciben apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente.	1	11.1%	2	22.2%	4	44.4%	2	22.2%
7: El nivel de salario de los migrantes en todos los casos es menor que los trabajadores nacionales.	0	0.0%	4	44.4%	2	22.2%	3	33.3%
8: Es difícil conseguir viviendas para arrendar por el hecho de ser migrante.	0	0.0%	1	11.1%	4	44.4%	4	44.4%
9: Es más difícil para los migrantes de sexo masculino conseguir trabajo.	3	33.3%	3	33.3%	2	22.2%	1	11.1%
10: Los migrantes reciben apoyo social (canastas, bonos u otros) del Gobierno.	3	33.3%	3	33.3%	2	22.2%	1	11.1%

Cuadro 18. Resultados de encuestas a personas migrantes.

Pregunta	Respuesta							
	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
1: Hay compromiso de las autoridades en apoyar a los migrantes.	7	46.7%	1	6.7%	2	13.3%	5	33.3%
2: El gobierno ha destinado presupuesto para atender las necesidades de los migrantes	5	33.3%	5	33.3%	3	20.0%	2	13.3%
3: Los migrantes sufren de discriminación constante por la población nacional.	1	6.7%	2	13.3%	4	26.7%	8	53.3%
4: Los migrantes tienen acceso a la salud gratuitamente.	8	53.3%	4	26.7%	1	6.7%	2	13.3%
5: Los migrantes que tienen TB reciben la atención y medicamentos gratuitamente.	10	66.7%	1	6.7%	2	13.3%	2	13.3%
6: Los migrantes reciben apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente.	2	13.3%	0	0%	7	46.7%	6	40.0%
7: El nivel de salario de los migrantes en todos los casos es menor que los trabajadores nacionales.	2	13.3%	1	6.7%	7	46.7%	5	33.3%
8: Es difícil conseguir viviendas para arrendar por el hecho de ser migrante.	2	13.3%	1	6.7%	5	33.3%	7	46.7%
9: Es más difícil para los migrantes de sexo masculino conseguir trabajo.	3	20.0%	7	46.7%	3	20.0%	2	13.3%
10: Los migrantes reciben apoyo social (canastas, bonos u otros) del Gobierno.	8	53.3%	4	26.7%	1	6.7%	2	13.3%