

# ACCESIBILIDAD A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MIGRANTES EN TRÁNSITO POR NUEVO LEÓN, COAHUILA Y TAMAULIPAS

Miguel Ángel Alonso de los Santos\*

María Elena Ramos Tovar\*\*

## Resumen.

El contenido de este artículo ofrece una aproximación al sistema de salud en el noreste de México; las garantías del derecho a la salud a partir de las Constituciones nacional y locales de la región noreste; el estándar de accesibilidad a la salud sexual y reproductiva para las mujeres migrantes en tránsito por el país, a partir de los criterios establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas; un acercamiento al contexto y vulnerabilidades de las migrantes en trayecto de acuerdo a sesenta entrevistas formuladas; en igual número de interlocuciones, las experiencias de los profesionales de salud más relevantes que constituyeron, desde sus puntos de vista, obstáculos de acceso, en la atención de mujeres migrantes y paralelamente las experiencias de inaccesso, de las migrantes en las instituciones de salud. Además, las propuestas de ambos grupos para garantizar de mejor manera la salud sexual y reproductiva del grupo vulnerable migrante.

Palabras clave: accesibilidad, derecho a la salud sexual y reproductiva, migración de mujeres, nores de México, derechos humanos.

## Summary.

The content of this article offers an approach to the health system in northeastern Mexico; the guarantees of the right to health from the national and local Constitutions of the northeast region; the standard of accessibility to sexual and reproductive health for migrant women in transit through the country, based on the criteria established by the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; an approach to the context and vulnerabilities of migrants on the way according to sixty interviews; in the same number of dialogues, the experiences of the most relevant health professionals who constituted, from their point of view, obstacles to access, in the care of migrant women and, in parallel, the experiences of inaccessibility, of migrants in health institutions. In addition, the proposals of both groups to better guarantee the sexual and reproductive health of the vulnerable migrant group.

Keywords: accessibility, right to sexual and reproductive health, migration of women, northern Mexico, human rights.

\* Doctor en Estudios del Desarrollo por la Universidad Autónoma de Zacatecas y Posdoctorante de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7717-7144>

\*\* Doctora en Sociología por Tulane University (New Orleans, USA). Profesora Investigadora Titular de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

## I. INTRODUCCIÓN

A partir del año 2011 se ha presentado en México una gran expectativa sobre los avances que se presentarían en el disfrute de los derechos humanos para todas las personas. Desde ese entonces, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) dio cabida a la interpretación de los derechos humanos conforme a los instrumentos internacionales ratificados por el Estado en el marco de los sistemas universal e interamericano. En especial, esta reforma a la Constitución implica un compromiso del aparato estatal para con los grupos o sectores vulnerables quienes son las personas que asisten en mayor medida a los servicios o establecimientos públicos de salud.

No obstante, el sistema de salud mexicano es complejo, al menos existen seis órganos o instancias que tienen la función de dar atención médica a la población, pero no todas han avanzado hacia un acceso universal progresivo. Frecuentemente los profesionales de la salud de estas instituciones deciden sobre la situación de salud de sus derechohabientes y afrontan problemáticas de sus pacientes que no traen consigo alguna identificación o se encuentran en condiciones de nulos recursos económicos. En este escenario de desventaja, las mujeres migrantes en tránsito acuden a centros de salud y hospitalarios, en el noreste del país, con la convicción de que se les garantice el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, puesto que las consultas médicas, los análisis clínicos y los medicamentos implicarían un costo importante que no pudieran sufragar por ellas mismas. Paralelamente, un estado de salud disminuido les puede jugar, un rol contrario a sus aspiraciones de llegar a Estados Unidos de América, en esa razón el derecho a la salud se tendría que establecer como una de las prioridades humanitarias, toda vez que posibilita el cumplimiento de otros más como la libertad de tránsito, fundamental para todo migrante.

Por tanto, se hace necesario conocer todas las circunstancias que giran alrededor de los elementos de accesibilidad del derecho a la salud desde la perspectiva de sus principales actores, los trabajadores de este ámbito y las mujeres migrantes como pacientes de las instituciones. El contenido de este artículo ofrece: a) una aproximación al sistema de salud en el noreste de México, la interpretación del derecho a la salud a partir de las observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el abordaje de los elementos esenciales de salud constitucional tanto nacional como de las tres entidades

federativas, b) un acercamiento al contexto y vulnerabilidades de las migrantes en el trayecto de acuerdo a sus palabras; c) las experiencias de los profesionales de salud más relevantes en la atención de mujeres migrantes para garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva, y las apreciaciones de mejora que enunciaron, paralelamente con las experiencias de las mujeres migrantes en las instituciones de salud, al igual que sus expectativas en la atención médica. Los dos últimos aspectos nos arrojarán los obstáculos en el acceso a la salud, en general, y específicamente en la ramificación establecida.

## II. METODOLOGÍA

En 2022 se entrevistaron a sesenta mujeres migrantes en tránsito localizadas, temporalmente, en los estados del noreste de México, esto es, en Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. Los lugares en donde se desarrollaron las interlocuciones fueron en casas de migrantes y en la vía pública de las ciudades de Saltillo, Monterrey y Reynosa. La muestra se dirigió a mujeres mayores de edad en una estatus migratorio en tránsito hacia Estados Unidos de América, con la finalidad de que comentaran sus contextos en la migración, sus experiencias en la asistencia a consultas médicas de esta región del país o para conocer las expectativas en la atención de salud en base al elemento de accesibilidad del derecho a la salud sexual y reproductiva que contempla criterios de no discriminación, cercanía física, asequibilidad y acceso a la información.

Paralelamente, se desarrollaron igual número de entrevistas a profesionales de la salud de instituciones de salud públicas y una de asistencia privada con antigüedad mayor a un año en el sistema de salud mexicano. El objetivo de las versiones de este segmento es conocer si es frecuente la atención de migrantes en los establecimientos de salud, el motivo de atención desde la vertiente sexual y reproductiva; asimismo, sus experiencias más relevantes que pudiera conllevar a complicaciones y obstáculos. En este sentido, se consideró pertinente incluir una pregunta abierta enfocada a las acciones de mejora que los profesionales de la salud consideran pertinentes incorporar a los programas de salud para otorgar una mejor atención a las mujeres migrantes en tránsito, tomando en cuenta su posición de vulnerabilidad. Entre los perfiles que se entrevistaron, se encuentran trabajadores sociales, directivos, administrativos, médicos generales o especialistas y personal de enfermería. Se

acudió a veintidós instituciones de salud como lo son: centros de salud, unidades de socorro y hospitales de segundo nivel de atención.

La motivación para abordar tanto las versiones de las mujeres migrantes y de los profesionales de la salud se debe a la pertinencia de desarrollar una investigación equilibrada sobre aspectos tan sensibles que aborda el elemento esencial de accesibilidad del derecho humano a la salud. A este respecto, se consideró pertinente que se sometiera a un comité de ética la investigación, incluyendo las pautas de entrevista y los consentimientos informados. Este trámite se inició ante el Hospital Metropolitano, la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León, en junio de 2022, con base en la Ley General de la materia, otorgó el registró DEISC—19 01 22 017.

## II. EL SISTEMA DE SALUD DEL NORESTE DE MÉXICO

El artículo 4º constitucional otorga cabida a diversos derechos, no atiende a un desglose por clasificación o agrupación de estas facultades. En él se incluye la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres, los derechos a la alimentación, medioambiente, al agua para consumo humano, vivienda, al nombre, de la niñez y a la cultura. En el párrafo cuarto se prevé el derecho a la salud y del segundo se pueden deducir los derechos sexuales y reproductivos. Se percibe que el precepto ha sido utilizado de manera emergente por los actores legislativos, es una de las razones por las que, en cuanto el derecho a la salud, la Constitución delega en la Ley General de Salud la manera en que se protege y se garantiza a las personas el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de esa materia. Además, prevé una concurrencia de facultades entre la federación y sus entidades, es decir, puede coexistir una red de atención pública con presupuesto federal y otra con recursos locales, o bien, en combinación. En la última parte del párrafo se puntualiza que uno de los receptores de este derecho son las personas que no tienen seguridad social, pero como una aspiración progresiva (CPEUM, Art. 4, pár. 3). Así, la redacción del párrafo cuarto, del Artículo 4º es más como una previsión de que existe la garantía del derecho a la salud con el elemento de accesibilidad, en especial para quienes no tienen un esquema de atención en salud, sin dar pie a otros elementos sustanciales, ni el reconocimiento específico a la vulnerabilidad de grupos sociales que en su condición de desventaja pudieran ser objeto de discriminación en los servicios que proporciona el sector público.

**Tabla 1.** Descripción de las instituciones de salud públicas federales en México

Institución	Tipo de organización	Acceso
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Organismo descentralizado	Limitado, se necesita el reconocimiento de derechohabiente
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Organismo descentralizado	Limitado, se necesita el reconocimiento de derechohabiente.
Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	Organismo descentralizado	Limitado, es necesario ser integrante de las fuerzas armadas y ser reconocido como derechohabiente.
Petróleos Mexicanos	Empresa productiva estatal	Limitado, se requiere laborar en Pemex.
Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)	Organismo descentralizado	Limitado, se requiere no tener seguridad social.
IMSS-Prospera	Programa social administrado por el IMSS hasta 2018. Actualmente es un organismo descentralizado.	Limitado, se dirige a personas residentes en zonas rurales y urbanas marginadas, además se requiere no estar incorporado a alguna seguridad social.

Elaboración propia con información de LGS (2022), LISSFAM (2019), EOINSABI (2019), LP (2014), LISSSTE (2012) y ROIP (2017)

Los servicios de salud es un conglomerado de organizaciones estatales que se fueron creando por el Estado mexicano para cubrir las necesidades de salud, principalmente de personas trabajadoras del servicio público o de empresas privadas. En tal sentido, a partir de las regulaciones de cada institución, se han sistematizado las restricciones para acceder a las mismas. Como se puede apreciar en la tabla 1, no necesariamente existe un servicio de salud

público con acceso universal. Este breve comparativo, se refuerza con el mencionado párrafo cuarto del Artículo 4º constitucional, el cual establece la garantía de salud como una aspiración progresiva para aquellas personas que no están incorporadas como afiliadas a un esquema de esa naturaleza. El INSABI fue ideado para tales fines en el último bimestre de 2019 e implementado a partir del año posterior sobre la infraestructura de la Secretaría de Salud y del programa denominado “Seguro Popular”. Aspecto similar ocurrió con el IMSS-Bienestar, su antecedente fue el IMSS-Prospera, el cual fungía como un programa social desarrollado, en áreas marginadas, por el Instituto Mexicano del Seguro Social. La mayoría de las organizaciones públicas dedicadas a otorgar atención médica son organismos descentralizados, es decir, no pertenecen directamente a las secretarías de la administración pública centralizada, sino que funcionan con bienes propios y facultades para obligarse jurídicamente.

En cuanto a la protección y garantía del derecho a la salud, en la normatividad del noreste de México se presentan algunas inserciones relevantes. En el caso de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas se reconoce el principio de la máxima utilización de recursos disponibles en los derechos sociales, entre estos, la salud. Nuevo León reconoce esta obligación, pero en la Ley Estatal de Salud. En la operatividad, las tres entidades, incluyendo Coahuila, han configurado de la misma forma las instituciones que aspiran a otorgar un acceso universal a través de organismos descentralizados de servicios de salud. Cuando se dio la transición del programa de Seguro Popular al de Salud para el Bienestar, los estados del noreste no celebraron el convenio de colaboración por el cual la federación se hizo cargo, en la mayoría de las entidades federativas, de los servicios de primer y segundo nivel de atención.<sup>1</sup> No obstante, a primera vista, no se aprecia alguna afectación sustancial derivada de esta situación, puesto que se pactó que los subsidios federales continuarían hacia los gobiernos estatales que no transfirieran los servicios de salud al INSABI.

---

<sup>1</sup> La Ley General de Salud prevé tres niveles de atención en salud. En el primero se encuentran los lugares que otorgan a los pacientes la consulta externa. En el segundo nivel, aunado al servicio que se da en el primero también se proporciona el internamiento hospitalario en las áreas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría (LGS, Art. 77 bis 1, pár. 2º). El tercero, incluiría el resto de las especialidades médicas. Generalmente, la atención primaria se otorga en consultorios de centros de salud que se ubican en las comunidades o en las colonias de zonas urbanas. Mientras en los hospitales generales y de especialidades se da la atención de segundo y tercer niveles, y en los institutos de investigaciones solamente se otorga la última (Art. 70 RGS).

**Tabla 2.** Descripción de las instituciones de salud públicas estatales del noreste de México

Institución	Tipo de organización	Acceso
Servicios de Salud de Coahuila de Zaragoza	Organismo descentralizado	Limitado, se funda en las condiciones socioeconómicas del usuario
Servicios de Salud de Nuevo León	Organismo descentralizado	Limitado, se funda en las condiciones socioeconómicas del usuario.
Servicios de Salud de Tamaulipas	Organismo descentralizado	Limitado, existen de la misma manera evaluaciones socioeconómicas

Elaboración propia con información de LESC (1993), LESNL (1988), LEST (2001).

En los tres estados del país también operan los otros segmentos que se enfocan, principalmente, a personas afiliadas. Al respecto, existen características similares en el sistema de salud federal y en los locales del noreste de México, esto es, hay un servicio de salud para los grupos sociales que carecen de seguridad social. Lo hemos caracterizado como limitado, debido a que existe una condicionante para acceder a la atención en salud. En el caso de los servicios auspiciados por la federación se requiere que las personas carezcan de seguridad social y por cuanto a los establecimientos de salud del noreste se requiere pertenecer a un grupo vulnerable y la forma en que se encuentran redactadas las leyes estatales hace suponer que las personas tendrían que superar alguna prueba o cuestionario socioeconómico. No es objeto de estas líneas ser abundante en el tema, por cuestiones de espacio, pero se consideró necesario poner en perspectiva la complejidad del sistema de salud en México toda vez que impacta en su accesibilidad. Y hablando de este componente esencial de derechos humanos, en el trabajo de investigación se determinó abordarlo desde el criterio pronunciado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en la Observación General número 14.

La accesibilidad ha sido configurada como un componente que establece criterios dirigidos a los Estados para que se disminuyan las barreras que impiden a los grupos vulnerables llegar hasta los establecimientos, bienes y servicios de salud.<sup>2</sup> Las cuatro subelementos esenciales que la integran son: a) la no discriminación, b) la accesibilidad física, c) la asequibilidad y d) el acceso a la información. Se encuentran interrelacionados, de no cumplirse uno habrá el inaccessión al derecho. Particularmente, en la OG-14 (2000) se ha establecido que el acceso a toda la gama de servicios de salud se tendría que otorgar a todas las personas y sobrepasar cualquier motivación de discriminación. Por cuanto, a la accesibilidad física, en los establecimientos bienes y servicios de salud, se refiere a que estos tendrían que ubicarse lo más próximo a los centros de población y comunidades. Esto involucra que la planificación de los nuevos espacios de salud se dé tomando en consideración las zonas más marginadas o en donde se ubiquen las personas más vulnerables de la población. La asequibilidad o la accesibilidad económica se traduce en aminorar la carga económica de las personas cuando acceden a servicios de salud, las personas desaventajadas tendrían que aportar en menor medida que los sectores de mayores ingresos, desde luego también involucra la obligación del Estado de invertir suficientes recursos al sector salud. Finalmente, el acceso a la información ha sido interpretado por el CDESC como el derecho de las personas para requerir, recibir o divulgar cualquier temática que involucre a la salud (OG-14, 2000). Asimismo, en el derecho a la información radica la facultad de los pacientes de estar enterados acerca de su estado de salud y la protección que los Estados deberían otorgar a los datos de las personas que acuden a los servicios de sanidad.

Los subelementos especificados por el CDESC, en cuanto a la accesibilidad, resultan oportunos para establecer cualidades que tendrían que cubrir los establecimientos y servicios de salud para considerar que se encuentran al alcance de las personas vulnerables, en características físicas y en la proyección que dan a las personas que acuden por asistencia médica. Desde luego, el cumplimiento de la accesibilidad redonda en una mejor protección y garantía del derecho a la salud. A este respecto, el Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes ha mencionado que un número importante de las personas que han sido retornadas hacia México carecen de atención médica, lo cual se agrava

---

<sup>2</sup> La OG-22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (2016) ha puntualizado como grupos vulnerables, entre otros, a los migrantes, las personas violentadas, de escasos recursos y discapacitados.

con las constantes prácticas de las autoridades migratorias denominadas “devoluciones en caliente” que han originado “trastornos de salud causados por el trauma y el miedo, como trastorno por estrés postraumático, depresión y ansiedad” (CDH, 2022, pár. 24). En ese tenor de ideas, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha referido que los trabajadores migrantes sufren constantemente negación de los servicios de salud (CES, 2004). De esa forma, los reportes advierten que hay ciertas afectaciones a la salud de las personas que deciden migrar; no obstante, los documentos no precisan los hechos que vulneran este derecho. Por lo que se hace necesario mencionar los contextos de riesgos que viven, específicamente, las mujeres migrantes en su tránsito por el noreste mexicano.

### III. CONTEXTO Y VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO POR EL NORESTE DE MÉXICO

Las sesenta mujeres que participaron en el presente trabajo como entrevistadas promediaron la edad de 33.5 años. En Coahuila se tuvo como interlocutoras a migrantes entre las edades de 26 a 55, en Nuevo León de 19 a 53 y en Tamaulipas de 22 a 47 años. Las entrevistadas mencionaron provenir de: Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, y Venezuela. Al momento de abordarles, las migrantes que se encontraron en Coahuila tenían un tiempo de estancia, en México, que promedió de 3.1 meses, las que se ubicaron en Nuevo León de 2.2 meses y en tanto que las migrantes de Tamaulipas habían arribado a México desde hace 8.7 meses. Es decir, las mujeres de esta última entidad federativa tenían una antigüedad mayor en el país y correspondían a la nacionalidad haitiana. Específicamente, en el municipio de Reynosa se aprecia una fuerte presión del flujo migratorio, tal es el caso que la mayoría de las mujeres se visualizaban viviendo en calles aledañas a la franja fronteriza a altas temperaturas que superaban los 40° C, algunas de ellas en compañía de sus hijos menores de edad.

Del análisis realizado a las versiones globales, resultó que las principales motivaciones para migrar hacia Estados Unidos son la posibilidad de obtener un trabajo que les permita ayudar económicamente a sus familias en sus países de origen, o bien, para reencontrarse con algún

familiar que ya radicaba en territorio estadounidense. Asimismo, las migrantes señalaron que tuvieron que salir de sus lugares de residencia a causa de la violencia. En el primer caso, Massey (1999) e Izcara y Andrade (2016) encuadran la decisión de emigrar a partir de una perspectiva familiar en la que se pretende satisfacer las necesidades de ingresos de los integrantes del núcleo. Esta teoría se denomina nueva economía de la migración laboral. A este respecto, se menciona el relato de la migrante:

Yo tenía un negocio en Nicaragua, pero la situación está muy difícil y pues nada tuve que vender algunas cosas para poder viajar. Mi sueño es ir a trabajar y volver a poner mi estética. la situación ahorita está más difícil, los salarios están bajos, somos una familia numerosa, nosotros éramos diez en casa de mi mamá con mis hermanos y mis hijos (Carmen, 2022).

Las migrantes mencionaron, en su mayoría, que en algún momento regresarían a sus países de origen y que con el fruto de sus ingresos construirían una casa para sus padres, o bien, para ellas mismas, puesto que como Carmen todavía vivían en casa de sus padres. Además de incrementar sus bienes patrimoniales, señalaron que otro objetivo más para trabajar es ayudar a algún familiar. Hubo casos muy puntuales que precisaron tener la esperanza de patrocinar los estudios universitarios de sus hijos, que pudieran tener carrera profesional, preparación a la cual ellas no tuvieron acceso a causa de carencias económicas. Antes de migrar, se dedicaban a actividades informales, sin derecho a seguridad social, como la elaboración artesanal de tortillas de harina, atendiendo negocios improvisados en sus hogares o empleándose en el trabajo doméstico. Algunas, las menos, desempeñaban en el gobierno servicios de policía, asistente de educación o enfermería, pero con bajo salario.

Asimismo, se configura, el aspecto del reencuentro en EUA con otros integrantes de sus familias que ya tienen algún tiempo allá y que incluso participan en estimular el ánimo de las migrantes para emprender el viaje, muy particularmente se da el fenómeno de que las hijas o hijos esperan a sus madres “del otro lado” como lo comprueba esta fracción de entrevista:

Con mi hija me reencontraré, cada vez que hablamos pues, lloramos porque no nos podemos ver. Con estas leyes han retornado a varias personas a Nicaragua no sabemos lo que nos vaya a tocar a nosotras (Diony, 2022).

Además del reencuentro con familiares, se da la motivación de migrar por haber padecido algún evento de violencia. La mayoría de migrantes que habían padecido violencia no abundaron en ese tema, demostraron algún temor o no quisieron abundar en ese aspecto, pero sí lo señalaban. En el caso de las provenientes de Nicaragua destacan algunas versiones de ser un régimen en el que se ha detonado la persecución de personas, las mujeres migrantes de esta nacionalidad sienten temor de ser deportadas directamente a su país. Sobre el ambiente de inseguridad, Inés mencionó:

Nosotros vivíamos en la vuelta de Cádiz y nos salieron dos camionetas de paramilitares, bajaron y nos preguntaron que, qué íbamos a hacer, que habían secuestrado a algún alcalde [...] a mi hijo lo apartaron, lo amenazaron, se lo llevaron lejos de la cabina, llegó un Jeep rojo, nos dijeron cuidadito con hablar porque lo van a pagar con su vida (Inés, 2022).

Por otro lado, durante el desarrollo de las entrevistas semi estructuradas a profundidad, se pudo apreciar que las mujeres migrantes se encontraban disminuidas emocionalmente a partir de diversos sucesos que enmarcan su contexto como parte del flujo migratorio y la serie de abusos que se cometieron en contra de ellas. Podemos mencionar, al menos, seis a) los accidentes y lesiones físicas; b) los riesgos en la transportación durante la ruta migrante; c) maltrato, extorsión por bandas delincuenciales y autoridades policíacas; d) la constante preocupación por las deudas contraídas, en el país de origen, para hacer el viaje y el efecto traumante de haberse entregado a la autoridad migratoria de EUA y haber sido deportadas hacia México en el marco del *Migrant Protection Protocols* (Protocolo de Protección a Migrantes) o conocido también como “quédate en México”.

Las largas caminatas, en algunas ocasiones acompañados por sus pequeños hijos o hijas, hacen que las migrantes se lesionen. Recorrieron al menos varias horas en caminos que describen lodosos y en medio de la nada, siendo guiados por personas desconocidas, en cada tramo, probando alimentos y agua en cantidades escasas. Durante las entrevistas, las migrantes mencionaron desde el desprendimiento de uñas de los pies, cansancio excesivo y la ocurrencia de accidentes como en el caso de María que se dislocó la rodilla “caminando, de tanto caminar me resbalé y se me desvió la rodilla” (María, 2022). Se notaba afectada emocionalmente, en un albergue de la ciudad de Monterrey, al momento de entrevistarla,

veía muy lejos en llegar a EUA porque se había quedado sin recursos económicos, mencionó que una amiga le había auspiciado el costo del viaje, “ella me había pagado un coyote, pero no pude entrar, lo intenté tres veces y me regresaron las mismas veces, y la tercera vez fue cuando me disloque la rodilla es por ello que estoy en observación” (María, 2022).

En cuanto al inciso b), además del esfuerzo físico, los riesgos en la transportación son muy frecuentes, el incremento en la vigilancia de las fronteras y en las principales rutas migratorias, hace que las migrantes viajen en cajas secas de tráileres o camiones en condiciones de hacinamiento, sin ventilación y en algunos casos han pasado por accidentes carreteros, Zulmin nos comentó:

Durante nuestra caminata desde Nicaragua a México tuvimos tres accidentes, en el primero hubo tres muertos, en el segundo no hubo nadie solamente raspadas las suelas. Mis amigas quedaron traumadas, una de ellas no iba dormida y cuando dio vueltas la camioneta ella vio. Cuando se sube a un carro le da miedo, a las otras lo que les favoreció es que iban dormidas, cuando nosotras nos movimos de Matamoros a entregarnos, ella venía con miedo de que diera vuelta al vehículo, la afectó mucho el accidente.

Hubo más migrantes que señalaron haberse desmayado ante la falta de oxígeno o haberse lastimado alguna extremidad a causa de viajar debajo de la carga de otras personas. Por cuanto a la causa señalada en el inciso c), las mujeres migrantes refirieron haber sufrido extorsiones y maltrato por parte de diversas autoridades de diversos niveles de competencia, que les han quitado el dinero o despojado de sus pertenencias, en retenes y también en las ciudades por las policías locales. A estas versiones, se tendría que adicionar la de una profesional de la salud que señaló haber atendido a una migrante por abuso sexual presuntamente cometido por un integrante de seguridad pública. Por su parte, Luz mencionó haber sufrido secuestro por particulares por tres días en el estado de Tamaulipas, para dejarle en libertad sus familiares tuvieron que pagar 1,000 dólares, alrededor de 20,000 pesos mexicanos. Asimismo, se enunció que las bandas delincuenciales utilizan a las migrantes para el tráfico ilegal de armas, así se manifiesta en esta entrevista:

En el viaje se traficaron armas, nos ocuparon para tapar las armas que traían los coyotes. Nos tuvieron dos días y dos noches escondidos en la sierra sin agua, sin

comida y sin señal del teléfono. Mi familia, esos dos días, estuvo súper preocupada porque no sabía nada de mí y venía súper enferma de mi presión porque te encerraban en esa camioneta y tenía dos personas encima de mí, dos niñas una de diez y otra de trece años, las traía chineadas (Yadira, 2022).

En relación con el inciso d), uno de los aspectos que fueron percibidos al llevar a cabo las entrevistas a las mujeres migrantes es que algunas de ellas, se encontraban afectadas por haberseles deportado a causa del PPM. La mayoría señaló que el momento que no olvidarían, en la faceta migratoria de su vida, es la situación de las devoluciones que sufrieron hacia México. No poder alcanzar momentáneamente el sueño de quedarse en EUA las hace sentirse decepcionadas e incluso derrotadas como en el caso de María (2022) que se dislocó la rodilla y habló en tiempo pasado cuando narró su objetivo de llegar al país estadounidense. La circunstancia que concatenaron las migrantes como una de las principales consecuencias de haber sido deportadas es la deuda que adquirieron o la inversión que realizaron, resultando la incertidumbre de no poder recuperar ese dinero. Por ejemplo, Mayra (2022) señaló solicitar un préstamo con un particular de 5,000 dólares a una tasa mensual de interés de 7%, Alba (2022) invirtió en el pago del coyote 1,500 dólares más los pasajes de avión, Diony (2022) mencionó haber vendido su casa y ya no tener a dónde regresar a habitar.

En sus menciones, las migrantes señalaron tener malestares de salud como migrañas, hipertensión y algunos otros padecimientos que recaen en el rubro de salud sexual y reproductiva, entre ellas tres migrantes embarazadas. Algunas más mencionaron, preocupaciones sobre sus menores hijos relacionadas con poco apetito o falta de atención. A este respecto, resulta relevante establecer cuál ha sido el impacto de la migración en los servicios de salud en México.

#### IV. EXPERIENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE MUJERES MIGRANTES

En el noreste de México es cada vez más frecuente que en los centros de salud u hospitalarios se atiendan a las personas migrantes. Durante la investigación, se entrevistaron a 26 personas con diversos puestos en enfermería, médicos generales, cirujanos y especialistas, y psicólogos; 29 trabajadores sociales, y; 5 directivos. Del total, 35 correspondieron a

trabajadores de la salud de instituciones de salud de segundo nivel de atención y 25 al piso básico de atención médica. El 56% de los entrevistados manifestó alguna vez haber tenido contacto en la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes. Estas experiencias se distribuyeron de la siguiente manera:

**Tabla 3.** Distribución de atenciones en salud sexual y reproductiva resultado de las versiones de los profesionales de la salud en el noreste de México

Causa de la Atención	Casos reportados en las entrevistas en Coahuila	Casos reportados en las entrevistas en Nuevo León	Casos reportados en las entrevistas en Tamaulipas
Embarazo	5	5	10
Planificación familiar	3	3	-
Abuso sexual	1	2	1
Asistencia materna infantil	-	-	2
Aborto espontáneo	1	1	-

Elaboración propia con datos de la investigación.

En la atención de estos casos, los profesionales de la salud manifestaron tener dos actitudes ante las situaciones que se les presentaron es, a) la empatía por la situación vulnerable de las migrantes que se traduce en el apoyo que les ofrecen con recursos particulares ante la carencia de fondos suficientes en las instituciones de salud del noreste de México, y; la demostración en la preocupación por las personas migrantes. En contraste, b) la indiferencia, particularmente, en la atención del embarazo de las migrantes.

En cuanto al inciso a), la empatía de acuerdo con Baum (2017) es la unión de personas que tienen determinada distancia, a primera vista, en el ámbito cultural, social o presencial y que la vinculación entre los individuos se ubica en el pensamiento sobre lo que está viviendo la otra persona de manera adversa. Al respecto, se tiene la versión de Claudia (2022), quien, al momento de llevar a cabo la entrevista se desempeñaba en un hospital de segundo nivel, nos narró un caso emblemático para ella:

Ahora, en el periodo de marzo a mayo tuvimos a una chica que tenía 22 años, vino a urgencias porque traía dolores de parto, tenía muy poquito tiempo de embarazo, diecinueve semanas. Cuando la revisaron, su bebé ya no traía signos vitales [...] Los compañeros del DIF se cooperaron y le entregaron dinero a la paciente. Aquí mismo los compañeros apoyamos, cuando hay traslados y no traen dinero para el estudio, les damos dinero, nos cooperamos, les traemos lo que necesitan, les pagamos los análisis.

La paciente que describe Claudia se trataba de una mujer joven que sufrió un aborto espontáneo e ingresada de urgencia al hospital. La migrante fue abandonada por su pareja por varios días, su situación de desamparo involucro a personal de dos instituciones quienes le apoyaron económicamente y realizaron los trámites necesarios para la disposición del feto ante la funeraria. Adicionalmente, se tiene la versión de María quien fue entrevistada en un centro de salud y refirió que:

Son mujeres que aguantan muchas situaciones han venido con niños y desde bien lejos, a veces por algo que es incierto me han tocado con muchas carencias. Atendí a una señora de Guatemala [...] venía a pie, les ayudamos con todo lo que se pudo. Algunos compañeros cuando ven situaciones difíciles les ayudan, la pacientita venía mal se tenía que trasladar a un hospital, llegó con su hijo chiquito de 6 años. Conseguimos dinero entre todos y los mandamos en taxi, siempre se les ayuda a los pacientes (Claudia, 2022).

Asimismo, Reynaldo nos mencionó que en su centro de salud se reciben migrantes y sus compañeros de trabajo organizan donaciones, entre la población, y que cuando se presenta la ocasión las transfieren, en especial a las madres con hijos pequeños, él nos mencionó:

[P]or tradición la gente nos acerca donaciones y ahorita hemos terminado con todo lo que había, pero recibimos pañales, alimentos lo que se tenga [...] con lo que podemos apoyar fuera del contexto del servicio, esta institución por el lugar donde está y por la naturaleza de la gente que recibimos hacemos eso. Tenemos en mente recolectar donaciones de medicamentos que no llega a aprobar en el cuadro básico (Reynaldo, 2022).

Se encontraron dos instituciones de salud que recibían donaciones para las migrantes, de manera particular cuando se encuentran en estado de maternidad, les proveen de artículos de higiene y de cuidado personal, y también algunas prendas de vestir. Asimismo, se mencionó que se llevan a cabo colectas para la elaboración de estudios de laboratorio o adquisición de medicinas, los cuales son escasos en las instituciones de salud. Algo muy frecuente es que los profesionales de salud apoyen con recursos económicos para ayudar en el transporte a las migrantes. Pero, no tan solo se aprecia la actitud empática en la colaboración con recursos económicos, sino también una preocupación especial por su situación.

Las experiencias más relevantes de los profesionales en la atención de salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, ha sido de sumo interés para la investigación, debido a que de estas versiones resultaron los obstáculos para el acceso a la salud como lo es la ausencia de asequibilidad en los bienes de servicio de salud, tal es el caso que los propios trabajadores de las instituciones disponen de sus recursos particulares para cubrir algunas necesidades de las migrantes. Asimismo, la transportación es un factor de acceso a la salud, las mujeres migrantes llegan caminando largos trayectos a los centros de salud y hospitales, o en algunos casos si son referidos a una instancia de segundo nivel de atención, es incierto que asistan debido a su carencia de recursos.

En cuanto al inciso b) relacionado con la actitud de la indiferencia de las personas trabajadoras de la salud. Es una argumentación no tan frecuente, pero que sí persiste en las tres entidades federativas. El lenguaje frío o sin tener en cuenta todas las condiciones de las mujeres migrantes, antes mencionadas. Se da principalmente cuando se percibe el embarazo como ajeno a la dignidad humana, a los derechos sexuales y reproductivos de cualquier persona, como si este proceso natural tuviera que ver con una decisión instrumental de beneficiarse en los trámites migratorios, ya sea en México o en EUA. El embarazo así visto se despoja de la sensibilidad que debiera permear a todas las instituciones de salud, que no ha permitido ver los contextos de las migrantes. Existen expresiones como “aquí solo vienen a parir” o “se embarazan porque quieren tener beneficios sobre los trámites de asilo”. Para Velásquez (2018, p. 3) la indiferencia implica no atender a un comportamiento cercano a la humanidad frente, en este caso, a determinada población. El autor aludido lo enmarca como responsabilidad social o colectiva, puesto que el beneficio de las conductas beneficia no tan

solo a un individuo, sino en general a todo el grupo de pertenencia que resulta ser indiferenciado.

Las últimas expresiones contrastan con el resto de las versiones de los profesionales de la salud. Pero, como se verá más adelante, es una aproximación coincidente con las propuestas que los propios profesionales de la salud abordan, en su oportunidad se mencionará. Ahora bien, ampliando el tema de las mujeres migrantes embarazadas, hay un elemento que impacta en su inaccesibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.

#### IV.1 EL DRAMA DE LA ATENCIÓN EN EL EMBARAZO, EL PARTO ES UNA SUERTE DE AZAR

Como se habrá visto en la tabla 3, la atención en el embarazo es la experiencia más frecuente de los profesionales de la salud con respecto a las mujeres migrantes. El estado que más tuvo frecuencia por cuanto a nuestra muestra fue Tamaulipas. Pero, en los tres estados del noreste de México se presenta. Una de las preocupaciones mayores fue la ausencia de control durante el embarazo. Roberto (2022), profesional de la salud pone en perspectiva esta situación:

Yo me he dado cuenta en lo personal que hace falta mucho apoyo para crear alguna política de atención y sobre todo de control de embarazo, prenatales, para las mujeres migrantes porque ya cuando nos llegan acá a nuestra institución muchas veces vienen con complicaciones propias del embarazo que se pudieron haber detectado en estadios tempranos y ya llegan un poquito complicadas. Hace poco tuvimos el caso de una paciente migrante de Haití que llegó con una enfermedad hipertensiva severa, se tuvo que hacer una cesárea de urgencia. el producto pasó a la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), el producto estuvo en una estancia prolongada (Roberto, 2022).

El mismo trabajador sanitario contextualizó que el control prenatal es la documentación de las posibles complicaciones que pudiera tener la paciente al momento del parto. Mencionó que sin estos antecedentes prácticamente actúan con los ojos cerrados, pues no se sabe si durante la labor de parto estará en riesgo la salud de la madre o del bebé. Fabiola (2022), quien desempeña su trabajo en un hospital, mencionó:

La mayoría de las mujeres asiste sin control prenatal, o si llegaban a tener algo era porque en el centro de migración les hacían un ultrasonido o un chequeo, pero nada escrito, sí llegan en trabajo de parto avanzado y no sabemos si habrá una complicación. Cosas clínicas como si viene muy grande el bebé lo podemos apreciar, pero hay otras cosas que no nos podemos dar cuenta, por ejemplo, si hay alguna enfermedad genética. A veces nos damos cuenta de las complicaciones hasta el momento del parto.

Fabiola agregó que ha atendido casos que llegan directamente al área de urgencias, sin que la paciente tenga algún antecedente de atención. César (2022) nos contextualiza de manera más amplia en qué consiste el control prenatal para las mujeres embarazadas:

Se recomiendan mínimo cinco consultas, lo ideal, por lo menos una por mes y que las consultas sean con calidad, lo cual implica que tengan el objetivo de detectar el riesgo en el embarazo desde una etapa muy temprana [...] en cuanto a estudios solicitamos en el control prenatal la biometría hemática, grupo RH, VDRL, examen de orina, glucosa, es importante pedir cultivo de la orina, la prueba de VIH, prueba de poscarga a la glucosa para detectar diabetes estacional y otras pruebas adicionales dependiendo lo que encontremos en la historia clínica. Desde luego el ultrasonido para comprobar la edad gestacional. y educar a la paciente sobre signos de alarma, enviarla con el odontólogo para que detecte problemas a nivel bucal, remitirla con la nutrióloga.

En ese sentido, el control prenatal es un seguimiento durante el embarazo que le proporciona a los médicos y personal de enfermería especializado mayores elementos para intervenir de manera más eficaz durante el parto. La vulnerabilidad de las mujeres migrantes embarazadas no les permite construir, en conjunto con las instituciones de salud, las evidencias de sus consultas y de sus estudios de imagen o de laboratorio. Al menos son cinco consultas que deberían tener como antecedentes, las cuales darían origen a notas médicas de los padecimientos de las migrantes y los tratamientos para aminorar las posibles complicaciones en el parto. La mayoría de las mujeres migrantes llegan al área de urgencias para ser atendidas en cuestión de minutos para el parto.

César (2022) apunta dos elementos fundamentales, uno de ellos es que esa serie de revisiones por parte de los médicos fueran de calidad, de acuerdo con la OG-14 (2000) la calidad en la atención médica se refiere a que todos los actos del personal de salud se fundamenten científicamente y estén basados en la práctica médica. Especialmente, que las consultas se lleven a cabo por personal capacitado. Los profesionales de la salud no cuentan con un expediente de ellas donde consten las consultas por un especialista médico en ginecología, en principio, y por otros especialistas más. César (2022) en su entrevista refirió que el control prenatal es un trabajo multidisciplinario donde interviene, adicionalmente, psicólogos, odontólogos, pediatras, médicos internistas y trabajadores sociales. De esta atención integral están totalmente invisibilizadas las mujeres migrantes.

Adicionalmente, los profesionales de la salud mencionaron que resulta un obstáculo importante la barrera del idioma con las mujeres provenientes de Haití con las cuales se tienen que dar a entender con ademanes o señas durante su atención, o bien, a través de familiares de las migrantes que dominen más el español. Este y otros aspectos se desarrollarán en los siguientes apartados.

#### IV.2 ACCESO A LA INFORMACIÓN, IDENTIFICACIÓN COMO CONDICIONANTE Y EL IDIOMA: LOS OBSTÁCULOS DEL DERECHO A LA SALUD PARA LAS MIGRANTES

Al resto de los profesionales de la salud que mencionaron no haber tenido alguna experiencia en la atención de mujeres migrantes, en la atención de salud y reproductiva, esto es, al 44% del total de la muestra, se le preguntó por qué consideraban que las personas migrantes pudieran no asistir a sus establecimientos de salud, la mayoría contestó que se podría deber al desconocimiento que, en las instituciones públicas mexicanas, se les puede prestar atención médica sin costo. Otras respuestas establecieron una correlación entre la inasistencia a establecimientos de salud por los migrantes y la percepción de seguridad en estos espacios. El personal de salud comentó que las personas migrantes llegan a pensar que quedan expuestas a las autoridades migratorias o policíacas al acudir a un edificio público. A este respecto, Roberto (2022), profesional de la salud, mencionó que es una violación a los derechos humanos que una persona sea detenida o incluso inmovilizada, mientras se le presta la atención médica, por lo que no se avisa a alguna autoridad. Un tercer grupo de respuestas

se dio en instituciones hospitalarias con acceso a través de afiliación o derechohabiencia, en donde el personal de salud refirió que únicamente se les podría prestar la atención médica a los migrantes con motivo de una emergencia y esto sería a través de las áreas de urgencias. Pero, una vez estabilizándose a la persona, se le tendría que conducir a la entidad de salud que no requiriera afiliación. Este tipo de instituciones no da acceso a la consulta externa al público en general.

La complejidad en sí misma del sistema de salud en México implicaría un mayor esfuerzo por parte del Estado para difundir las competencias de las instituciones para toda la población, particularmente para aquellas personas que han llegado recientemente a territorio mexicano. De lo contrario, la ausencia de información constituye un obstáculo a la salud de las migrantes. Para la OG-14 (2000) resulta fundamental que las personas cuenten con información para disfrutar de los establecimientos, bienes y servicios de salud. Esta carencia en el derecho a la salud puede ser uno de los aspectos fundamentales para que se den falencias como la detectada en el control prenatal de las mujeres migrantes, adicionalmente a los obstáculos de discriminación, asequibilidad y transportación.

Por otro lado, se ha encontrado que las migrantes tienen que pasar por el filtro del estudio socioeconómico en los servicios de salud de las tres entidades del noreste de México. Para las instituciones de salud, la vulnerabilidad en el caso de todos los migrantes, en general, y por ende la carencia de recursos se acredita con la calidad migrante. En las tres entidades, se les requiere al extremo mostrar una identificación del país de origen, o bien, la tarjeta expedida por el Instituto Nacional de Migración que contiene la Clave Única de Registro de Población (CURP). Pero, en muchas de las ocasiones las migrantes, como se mencionó en la parte contextual de este trabajo, padece de asaltos y le son despojados sus documentos de identificación. En este caso, las instituciones les piden una carta del albergue donde se hospedan temporalmente, por lo que tendrían que regresar para cubrir este requisito, pero ante la carencia de recursos económicos para trasladarse, lo más probable es que no regrese al establecimiento de salud. Víctor (2022), profesional de la salud, nos comentó su experiencia:

El servicio se les brinda a todo el que llegue nada más con su identificación o carta, o los que ellos traigan, que comprueben que son extranjeros migrantes, se

les da la atención. Sí batallamos si están en tránsito y no tienen casa, regularmente consiguen trabajo pronto porque es gente joven, pero los que vienen de paso batallamos un poquito porque no tenemos albergues suficientes dentro del estado de Coahuila, específicamente en Saltillo no los hay.

Los trabajadores sanitarios coincidieron en mencionar que la solicitud de documentos principalmente se debe a la comprobación en la erogación de recursos por cada paciente que se recibe. Adicionalmente, que en caso de una emergencia se atiende a las personas y las áreas de trabajo social se comunican con familiares en los países de origen o con los consulados para la acreditación de la migrante. No obstante, la problemática de este requisito estaría no en las urgencias, sí en las atenciones de consulta externa en donde las migrantes desisten de regresar al establecimiento de salud derivado del requisito de acreditarse. En este caso, la gestión de la migrante que no entra por urgencias, la realiza la misma persona necesitada de la asistencia. Hay evidencia de que este requisito ha ocasionado controversias entre migrantes y profesionales de la salud.

Otro aspecto que resultó revelador es la carencia de traductores en las instituciones de salud para la atención de personas migrantes de origen haitiano o procedentes de los continentes asiático y africano. En los estados de Nuevo León y Tamaulipas se refirió el obstáculo del idioma para la atención médica. Esta situación, la puso en perspectiva Valdemar (2022), quien respondió afirmativamente a la pregunta si el idioma puede obstaculizar la atención médica, además agregó:

Por ejemplo, en la mañana que es el cambio de turno y me pasan a las pacientes. Hay una disyuntiva que cuando estamos recibiendo, algún compañero me dice, no le entiendo a la paciente lo que me dice, no le entendí, no sé qué está pasando con ella, pero en ese momento yo supe cómo afrontar ese problema.

Valdemar nos expuso que el idioma puede ser una condicionante para otorgar una atención médica, puesto que no todos los trabajadores sanitarios están preparados para escuchar y darse a entender en otros idiomas. La mayoría de los entrevistados de este segmento mencionó que usa traductores disponibles en teléfonos móviles; sin embargo, el idioma criollo está poco explorado por las aplicaciones más utilizadas en estos dispositivos. Las migrantes que hablan algún idioma distinto al español, ante esta barrera tienen una actitud

tímida o reservada, en algunas de las ocasiones pudieran no comprender la mayor parte de los procedimientos médicos. A primera vista, esto pudiera afectar uno de los derechos del paciente como lo es el consentimiento informado, el cual tiene relevancia directa con el derecho a estar informado sobre su estado de salud. En tal sentido, la incomprensión del idioma resulta ser otro aspecto más que complica el acceso al derecho a la salud.

## V. LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MÉXICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES MIGRANTES EN TRÁNSITO

En este apartado se observarán los resultados más relevantes por cuanto a las entrevistas efectuadas a las migrantes mujeres en tránsito por México y sus experiencias con el sistema de salud del país. También se enunciarán las atenciones más frecuentes en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Las formas en que percibieron el acceso o inacceso a los establecimientos, bienes y servicios de sanidad. Asimismo, en el caso de las mujeres que presentaron algún síntoma que requería la asistencia con el médico, por qué no acudieron.

Las sesenta mujeres migrantes entrevistadas promediaron 33.5 años, las interlocutoras del estado de Tamaulipas fueron la población más joven con 30.3 años en promedio, en el caso de Coahuila representó la fracción con mayor edad, siendo 35.5. En el caso de Nuevo León las mujeres migrantes registraron 34.7 años. Del total de entrevistadas, 41% mencionó no haber tenido acceso a las instituciones de salud de su país de origen. De esta cifra, 56% de las mujeres consideraron inaccesible la atención sanitaria porque consideraron que no es gratuita en sus lugares de proveniencia. El 52% mencionó haber acudido a alguna institución hospitalaria o centro de salud del noreste de México, por cualquier síntoma o padecimiento. En la tabla 4 se aprecian los casos, por los que las mujeres migrantes acudieron a los establecimientos de salud.

**Tabla 4.** Distribución de atenciones en salud sexual y reproductiva resultado de las versiones de las mujeres migrantes en el noreste de México.

Motivo de asistencia a atención médica	Coahuila	Nuevo León	Tamaulipas
Embarazo	3	-	3
Planificación familiar	1	1	2
Miomas uterinos	-	-	2
Padecimiento relacionado con los senos	-	-	1
Consulta ginecológica	1	-	-
Tratamiento hormonal	-	-	1
Sin especificar	-	1	2

Elaboración propia con datos de la investigación.

La asistencia por motivos de embarazo es la primera causa de asistencia a atención médica de acuerdo con las entrevistas formuladas. En segundo término, se ubica la planificación familiar. Un caso muy emblemático lo encontramos en el caso de Vizrreyna (2022), migrante, que nos narró:

Tenía la necesidad de tener una consulta al instante cuando yo acudí (por planificación familiar), desgraciadamente no me pudieron atender porque no llevaba documentos migratorios ni podía demostrar que estaba en trámites y pues no me atendieron y salí embarazada no me pudieron atender en el centro de salud, me pidieron ese documento y no lo tenía en mis manos y eso me perjudicó a mí porque tengo mi niño chiquito y no pensaba tener otro niño más acá.

Vizrreyna (2022) acudió a un centro de salud, en el estado de Chiapas. En primera instancia se le comentó que podría tener acceso a la atención, pero como quedó evidenciado en el apartado IV.2 la extrema identificación que se solicita en los servicios de salud para caracterizar a las y los migrantes, le hizo imposible disponer de un método de anticoncepción.

Cuando se le abordó, en el noreste de México, en uno de los albergues visitados, se encontraba visiblemente desanimada, debido a que su embarazo no estaba planeado por ella y percibía mayores complicaciones para llegar a Estados Unidos. A ese día, no llevaba un control de embarazo, ni tenía noción de cuántas semanas en gestación llevaba, se encontraba en proceso para asistir a un hospital general. A todas luces, el trato diferenciado que vivió Vizrreyna (2022) implica una violación a sus derechos humanos, por cuanto a la insensibilidad de la institución que la atendió en el sureste y la inacción de la entidad de Coahuila para darle seguimiento a la población vulnerable en tránsito, de manera particular a las mujeres en estado de embarazo.

En el caso de la atención en el embarazo, el migrante Esmieu Yusafa solicitó ser entrevistado en representación de su esposa Rosalinda (Esmieu en rep., de Rosalinda, 2022). Precisó lo siguiente:

No atendieron bien a mi esposa porque el doctor le da un medicamento que sacó al bebe de dos meses, lo sacó a una hora de que mi esposa tomó el medicamento. Por eso, es que algunas personas embarazadas tienen miedo por ir al hospital porque está muy malo eso [...] yo estuve unos días en el hospital con ella, cuando le pregunté al médico ¿qué tiene mi esposa?, me dijo tiene una alergia y requiere un medicamento para sacar flemas y curarla de la alergia, entonces habla conmigo y le digo que sí, nos pregunta cuanto tiempo teníamos acá y le pregunta si está embarazada, mi esposa le dice que está embarazada.

Esmieu hablaba muy poco español, narra una posible negligencia médica, desde su perspectiva, el medicamento que le proporcionó el profesional de la salud le provocó el aborto a Rosalinda. Desde luego, dos cosas pudieron acontecer, el médico no explicó de manera abundante su atención médica y los efectos y/o bondades del medicamento prescrito, o bien, se presentó el obstáculo del idioma. Pero, lo que sí está presente es el inaccesso a la información del paciente sobre su estado de salud, al parecer solo hubo la revisión por una alergia, pero no hubo un abordaje del embarazo y el inicio de su control, en esa consulta de Rosalinda. A ese respecto, las personas migrantes entrevistadas mencionaron cuál fue su experiencia en la atención de la salud sexual y reproductiva en el noreste de México.

**Tabla 5.** Percepción de accesibilidad en salud sexual y reproductiva resultado de las versiones de las mujeres migrantes en el noreste de México.

Percepción de accesibilidad	Coahuila	Nuevo León	Tamaulipas
Completa	-	1	
Incompleta a causa de inaccesso a la información del sistema de salud, la migrante acudió a institución privada	-	1	3
Incompleta a causa de inaccesso a la información de salud de la paciente			2
Incompleta a causa de estudios de laboratorio inasequibles	2		
Incompleta a causa de medicinas inasequibles	1		1
Incompleta a causa de la inaccesibilidad física			1
Sin especificar	2	-	4

Elaboración propia con datos de la investigación.

La tabla 5 demuestra la persistencia del no acceso a la información, recordando que es uno de los subelementos del acceso a la salud. Ha sido coincidente con las respuestas de los profesionales de la salud, en el sentido de que hace falta mayor difusión acerca del sistema de salud y los servicios que puede ofrecer. Por supuesto, el acceso a la información de salud es un área de oportunidad importante para las instituciones de salud que como se vio en los casos de Vizirreyna y Rosalinda no se proporciona ampliamente, sino de manera diferenciada. Durante el análisis de las entrevistas, se detectó que existen migrantes que tienen la necesidad de atención sanitaria en reproducción y sexualidad. La tabla 6 nos arroja los resultados, como

se podrá apreciar existen elementos que están a la sombra de las cifras de atención en el embarazo.

**Tabla 6.** Necesidades de atención en salud sexual y reproductiva, pero no han asistido.

Motivo	Coahuila	Nuevo León	Tamaulipas
Fertilidad		1	
Necesidad de tratamiento hormonal	1		
Padecimiento relacionado con los senos	1		
Periodos menstruales prolongados	1		
Prevención de enfermedades de transmisión sexual		1	
Miomas uterinos		1	
Atención materna infantil	1		1
Causa sin especificar	2	6	2

Elaboración propia con datos de la investigación.

Las migrantes mencionaron que tienen padecimientos y síntomas que son susceptibles de atender, pero no han asistido. Es necesario puntualizar que incluso desde sus países de origen no han acudido con un especialista en ginecología. Las mujeres migrantes entrevistadas en Coahuila promediaron 2.9 años sin este tipo de atención, en el caso de las interlocutoras ubicadas en Nuevo León 9 meses y por cuanto a las migrantes que respondieron en Tamaulipas 1.6 años. Algunas de ellas, mencionaron nunca haber consultado a un médico de esas características, debido a que en sus localidades de origen solo hay puesto sanitario que se compone, en el mejor de los casos de un médico general y un enfermero. Por tales razones, presentan periodos menstruales prolongados y dolorosos, miomas uterinos o interés por llevar un tratamiento de fertilidad. Algunos profesionales de la salud, mencionaron que durante su estancia en México se les podría ayudar en tratamiento, lo que recortaría el tiempo

de avance de las enfermedades. Un elemento particular de preocupación de las mujeres migrantes es la salud de sus hijos, argumentan que han perdido el apetito en el transcurso del trayecto migratorio o que desde su percepción no tienen un avance cognitivo de acuerdo a sus edades. Hay algunas otras necesidades, que las migrantes no precisaron y para preservar sus derechos no se repreguntó al respecto. Ahora bien, la interrogante es ¿por qué no han asistido al servicio médico este grupo de migrantes? En la tabla 7 se mencionan las motivaciones por las que se han abstenido de la atención en salud.

**Tabla 7.** Motivaciones de inasistencia al servicio médico

Motivo de inasistencia a los servicios de salud	Coahuila	Nuevo León	Tamaulipas
Percepción de inseguridad	5	2	
Entorno discriminatorio		2	
Ausencia de recursos económicos	-	-	1
Sin acceso a información del sistema de salud		2	
Causa desconocida	1	3	

Elaboración propia con datos de la investigación.

Las motivaciones para no asistir a los centros de salud u hospitalarios en el noreste de México, desde nuestro punto de vista, se consideran elementos intangibles de la accesibilidad a la salud y, salud sexual y reproductiva, pero que afectan en esta. Las mujeres migrantes se sienten inseguras en los principales centros de población de la región. En sus versiones, manifiestan el temor y desconfianza ante las autoridades de seguridad pública, quienes les han extorsionado o intimidado, sin tener alguna facultad migratoria les amenazan con expulsarlas del país. Paralelamente, mencionan que la sociedad no es receptiva a ver migrantes en las calles, tiendas de conveniencia o supermercados, por estas experiencias pronostican que se les tratará de igual forma en las instituciones de salud. Por supuesto, la carencia de recursos es otro factor, la mayoría de las migrantes desconocen las formas para desplazarse, la forma más segura que conocen es el servicio de taxi, el cual es más oneroso.

Otra coincidencia que prevalece en el cuadro 7 es que no tienen información para cubrir los requisitos que les soliciten, así como ubicar y seleccionar el establecimiento de salud que podrá recibirlas sin obstáculos.

Adicionalmente se obtuvo, en general la percepción de los servicios de salud por estado. Fue elaborada con datos de mujeres migrantes que asistieron por cualquier enfermedad y que consideraron oportuno responder a esta pregunta en específico, por tal razón hay una variación en número. El resultado se aprecia en la tabla 8.

**Tabla 8.** Asistentes a los servicios de salud en el noreste de México y el comparativo de su opinión favorable.

	Coahuila	Nuevo León	Tamaulipas
Asistentes a los servicios de salud	8	9	14
Opiniones favorables	2	5	7

Elaboración propia con datos de la investigación.

Como se puede observar, si bien hay percepciones muy favorables hacia las instituciones de salud, especialmente para los profesionales de la salud, es necesario puntualizar que estos números nos hablan de que aún existen falencias, que impiden una percepción generalizada a favor. Los casos que expusimos anteriormente dan la percepción de instituciones poco sensibilizadas. Esto se puede percibir con las capacitaciones que ha recibido su personal, solo 8 de 60 trabajadores de la salud mencionaron tener alguna capacitación especial en derechos humanos o derechos de los pacientes. Asimismo, aunque la gran mayoría mencionó tener protocolos para la atención de personas vulnerables como las y los migrantes, en tal proporción se dejó de mencionar el nombre del instrumento específico. En este tema se tendía a identificar la salud sexual y reproductiva con los casos de abuso sexual y su atención desde el punto de vista legal e intervención de las fiscalías. Hubo versiones repetitivas en el sentido de que se trataba por igual a las personas; no obstante, que el principio de universalidad de los derechos humanos demanda que se trate a cada grupo desde el punto de vista de sus desigualdades, no en base a una igualdad sustantiva.

## VI. LAS PROPUESTAS COMUNES

Se establecieron codificaciones para ambos grupos de entrevistados, tanto profesionales de la salud y migrantes. Se ha establecido un comparativo relacionado con los elementos del acceso a la salud, como lo son el derecho a la no discriminación, la accesibilidad física y económica, y el acceso a la información. Existen grandes coincidencias que posibilitan dotar de rasgos, en primera instancia, a las políticas gubernamentales de salud rubros específicos de atención integral para las personas migrantes vulnerables. Desde luego esto permitiría cubrir con estándares internacionales de cumplimiento al derecho a la salud de manera global. Si bien la naturaleza jurídica de este es un obstáculo a nivel constitucional, podría haber la posibilidad de construir un piso fuerte para las futuras reformas que construyan la prerrogativa acorde a los tratados internacionales. Pero, de manera inmediata habría un ámbito más protector para los individuos más desaventajados de la población, en la región, y que esto paralelamente genere mayores reflexiones a las legislaturas locales.

Actualmente, el derecho a la salud no ha avanzado al paso de todos los compromisos internacionales que en materia de derechos humanos se ha comprometido. En el caso del derecho a la salud, las propuestas que a continuación se apreciarán también reflejan regresividad, en lugar de una evolución, puesto que el acceso a la salud es condicionado, es decir, persiste la discriminación; no es accesible físicamente, de manera específica, en los hospitales de segundo nivel de atención; tampoco es asequible porque no hay los suficientes insumos para atender a las personas, y; no hay acceso a la información ni del sistema de salud y tampoco del estado de salud de los pacientes.

**Tabla 9.** Propuestas de mujeres migrantes y de profesionales de la salud con relación a la accesibilidad en salud y, salud sexual y reproductiva.

Propuestas	
Mujeres migrantes	Profesionales de la Salud
No discriminación	
Trato digno.	Capacitación en temas de sensibilización acerca de las adversidades de las migrantes.
Se privilegie la atención médica sobre el requerimiento de documentación que compruebe el estatus migratorio.	Eliminación de requisitos documentales.

Las migrantes consideran que sería un buen gesto de las instituciones mexicanas que les pudieran asistir en salud.	Se garantice la atención médica de los migrantes en su totalidad.
Trato sin discriminación.	Programa Especial de Salud para los Migrantes.
	Programa de Atención Prenatal.
	Establecimiento de un protocolo universal para atención de personas vulnerables.
	Reconocer en los documentos normativos de la institución a los migrantes como personas vulnerables. Mayor personal de trabajo social en las instituciones de salud.
	General una red con las instituciones de salud para no derechohabientes
	Necesidad de albergues dependientes del Estado para recuperación de la salud de migrantes.
<b>Accesibilidad física</b>	
La atención médica tendría que ser inmediata, sin lapsos prolongados de espera.	Mejorar tiempos de espera de citas o resultados de análisis en hospitales de 2º nivel.
	Ampliación en el horario de atención.
Las migrantes consideran importante que existiera un medio de transporte seguro hacia los hospitales de segundo nivel de atención.	
la institución de salud sea de fácil acceso físico	
<b>Accesibilidad económica</b>	
Gratuidad en los servicios médicos.	Mayores recursos al sector salud
<b>Acceso a la información</b>	
Considera Importante que se otorgue más información por el personal de salud a los pacientes.	Acceso a la Información sobre Sistema de Salud
	Incrementar en los medios de difusión elementos de cuidado y prevención en salud y enfermedades sexuales y reproductivas.

	Generar procesos de confianza entre los migrantes para que se acerquen a las instituciones de salud.
--	--

Elaboración propia con datos de la investigación.

## CONCLUSIONES

La forma en que está constituido el derecho a la salud a nivel constitucional en México, ha generado múltiples normativas que fragmentaron el acceso a esta prerrogativa. Solamente un par de instituciones son las que pudieran atender a las mujeres migrantes para preservar la salud sexual y reproductiva de las migrantes. No obstante, estas organizaciones públicas condicionan el acceso a partir de una comprobación presupuestaria, lo cual implica que se les exija a las personas acreditar su calidad de migrante. Esta situación ha originado la denegación del servicio sanitario en aspectos como la anticoncepción y planificación familiar.

Existe un impacto importante en los servicios de urgencias de las instituciones hospitalarias en casos de embarazos de migrantes. De acuerdo con las versiones de los profesionales de la salud, no han llevado un control prenatal, lo que pone en riesgo las vidas de la madre y del producto. Por lo que hace necesario que, las tres entidades federativas lleven a cabo acciones para difundir los beneficios de las cinco consultas mínimas previas al parto.

Las migrantes se enfrentan a aspectos intangibles que no tiene que ver directamente con la atención de salud, sino con el clima de inseguridad en el noreste o la discriminación que sufren las mujeres en espacios públicos. Además, padecen la desigualdad en la información sobre la división de competencias de las entidades de salud. Esto se suma a sus contextos previos en sus países de origen con carencias de atención médica y sus trayectos de sufrimiento. Paralelamente, hay cierto número de profesionales de la salud que han sido empáticos con sus problemáticas hasta el punto de organizarse para apoyarles en transportación, vestimenta o productos de cuidado personal. En contraste, aún subsisten prejuicios sobre las libertades reproductivas de las mujeres migrantes, por los que se cuestiona el embarazo como instrumento para asilarse en México o en EUA. Estas opiniones pueden ser originadas por la baja sensibilidad en derechos humanos o en los derechos de los

pacientes, todo parece indicar que estas capacitaciones han disminuido en los centros hospitalarios y de salud. Asimismo, se ha detectado la carencia de protocolos especiales para personas vulnerables y por ende de diagnósticos de los grupos sociales que se atienden en las instituciones de salud.

Tanto los profesionales de la salud como las mujeres migrantes coinciden en sus propuestas en todos los elementos de la accesibilidad en la salud. En este sentido, por ambos segmentos hay una consciencia de que es complejo atenderse medicamente en las instituciones de salud del noreste de México. Si bien, las mujeres migrantes acceden a los servicios sanitarios, lo hacen de manera parcial, aunado a que cuando lo logran, los establecimientos carecen de insumos o recursos que impide la accesibilidad física o la asequibilidad.

## REFERENCIAS

- Alba. (2022, marzo 18). *Entrevista con la migrante Alba* [Comunicación personal].
- Baun, E. (2017). Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. *Revista de Bioética y Derecho*, 39, 5-21.
- Carmen. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante Carmen* [Comunicación personal].
- Claudia. (2022, junio 12). *Entrevista con la profesional de la salud Claudia* [Comunicación personal].
- Consejo de Derechos Humanos (CDH). (2022). *Violaciones de los derechos humanos en las fronteras internacionales: Tendencias, prevención y rendición de cuentas* (p. 21).
- Consejo Económico y Social. (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (p. 27).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2013). *Mujeres centroamericanas en tránsito por México con destino a Estados Unidos*. 2.

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)*, Cámara de Diputados (1917), última reforma publicada en el Diario Oficial de la federación el 28 de mayo de 2021.

Diony. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante Diony* [Comunicación personal].

*Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar (EOINSABI)*, Junta de Gobierno del INSABI (2020), aprobada en la primera sesión extraordinaria del 17 de febrero de 2020.

Fabiola. (2022). *Entrevista con la profesional de la salud Fabiola* [Comunicación personal].

Inés. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante Inés* [Comunicación personal].

*Ley de Petroleos Mexicanos (LPM)*, Cámara de Diputados (2014), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de agosto de 2014.

*Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas (LSET)*, Poder Legislativo (2001), última reforma publicada en el Periódico Oficial el 14 de julio de 2021.

*Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISFAM)*, Cámara de Diputados (2003), última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de mayo de 2019.

*Ley Estatal de Salud de Coahuila (LESC)*, Congreso del Estado (1993), última reforma publicada en el periodico oficial el 23 de febrero de 2021.

*Ley Estatal de Salud de Nuevo León (LESNL)*, Congreso del Estado (1988), última reforma publica en el periódico oficial del 23 de julio de 2021.

*Ley General de Salud (LGS)*, Cámara de Diputados (1984), última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo de 2022.

María. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante María* [Comunicación personal].

Massey, D. (1999). Why Does Immigration Occur? A Theoretical Synthesis. En *The handbook of international migration: The american experience* (pp. 34-52). Russell Sage Foundation.

*Observación General No. 14 «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud» (OG-14)*, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), emitida en el 22 período de sesiones.

*Observación General No. 22 «relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva»*, Comité de Derechos Económico, Sociales y Culturales (2016).

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICIPDEC)* (p. 194). ONU.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2010). *Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021). *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng* (p. 28).

*Reglamento de la Ley General de Salud (RGS)*, Cámara de Diputados (2004), última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación 8 de junio de 2011.

*Reglas de Operación del Programa IMSS-PROSPERA para el ejercicio fiscal 2018 (ROIP)*, (2017), publicadas el 26 de diciembre de 2017 en el Diario Oficial de la Federación.

Reynaldo. (2022, junio 23). *Entrevista con el profesional de la salud Reynaldo* [Comunicación personal].

Roberto. (2022, julio 27). *Entrevista con el profesional de la salud Roberto* [Comunicación personal].

Valdemar. (2022, marzo 24). *Entrevista con el profesional de la salud Valdemar*

[Comunicación personal].

Víctor. (2022, junio 30). *Entrevista con el profesional de la salud Víctor* [Comunicación

personal].

Yadira. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante Yadira* [Comunicación personal].

Zulmin. (2022, marzo 17). *Entrevista con la migrante Zulmin* [Comunicación personal].