

# **INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE**

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Estudios Sociopolíticos y Jurídicos

MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS Y PAZ



EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD PARA LAS PERSONAS MIGRANTES VIVIENDO  
CON VIH EN TRÁNSITO IRREGULAR POR LA ZONA METROPOLITANA DE  
GUADALAJARA

Trabajo recepcional que para obtener el grado de

MAESTRO EN DERECHOS HUMANOS Y PAZ

Presenta: Alvaro Becerra Sánchez

Tutora: Iliana Martínez Hernández Mejía

San Pedro Tlaquepaque, Jalisco. Diciembre de 2019.

## Índice

Introducción .....	1
1. Migración internacional en tránsito irregular por la Zona Metropolitana de Guadalajara, VIH y condición de vulnerabilidad. Diversos conceptos.....	6
1. 1. Conceptualización del tránsito migratorio.....	7
1. 2. Acepciones de vulnerabilidad. El VIH como un factor de ella.....	9
1. 3. Definición del Virus de Inmunodeficiencia. Evolución del padecimiento y algunos vínculos con los migrantes en tránsito.....	12
1. 4. Migración internacional en tránsito irregular en el Occidente de México y en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).....	14
2. Derechos humanos: el derecho a la salud en las normas internacionales. Los estándares.....	19
2. 1. La norma del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales que establece el derecho al más alto goce de nivel de salud: el artículo 12.....	22
2. 2. Antecedentes y principios del derecho a la salud en la Observación General 14.....	24
2. 3. El derecho a la salud en otros instrumentos internacionales.....	29

3. El derecho a la salud en las legislaciones de México: revisiones, comparativo acceso o no para los migrantes en tránsito.....	33
3. 1. La Ley General de Salud. Sus limitantes.....	34
3. 2. La Ley de Migración. Lo que necesitaría ser.....	39
3. 3. Las legislaciones en Jalisco, normativas de salud y migración.....	44
4. Actores, programas y afiliación de migrantes en tránsito que viven con VIH en la ZMG a servicios de salud. Obstáculos de afiliación.....	55
4.1. Sistema de atención en salud para personas con VIH en Zona Metropolitana de Guadalajara, actores estatales clave.....	59
4. 1. 1 El Consejo Estatal para la Prevención del SIDA en Jalisco - COESIDA.....	64
4. 1. 2. Seguro Popular, programa de salud para ¿todos? .....	66
4. 1. 3. Instituto Nacional de Migración - INM.....	68
4. 2. Los actores no estatales, una visión distinta.....	70
4. 3. Obstáculos: identidad, CURP, problemáticas de afiliación.....	73
4. 3. 1 Acreditando la identidad de los migrantes en tránsito.....	73
4. 3. 2. La Clave Única de Registro de Población como llave de derechos.....	77
4. 3. 3. Tres meses de afiliación sin documentos para personas en situación de movilidad ¿solución?.....	80
4. 4. Reflexiones finales al capítulo.....	86

5. Conclusiones.....	88
5. 1. Resultados del análisis jurídico. Una armonización pendiente, urgente.....	90
5. 2. Los obstáculos, las rutas ya trazadas y las propuestas para su reforzamiento.....	97
Fuentes de Información .....	106

## Índice de Figuras

Figura 1. Flujograma del procedimiento para la asignación de recursos, inicio del tratamiento con fármacos ARV e integración del expediente clínico.....	62
Figura 2. Esquema para recibir servicios médicos en caso de vivir con VIH en México. Fuente: CENSIDA, 2016. <i>Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH....</i>	66
Figura 3. Categorías de Visitantes que enumera la Ley de Migración y, aquellas a las que se puede expedir CURP. Fuente: Elaboración propia, 2019. Ley de Migración e Instructivo Normativo para la asignación de CURP.....	78
Figura 4. Proceso de atención a usuarios en situación migratoria no regularizada para incorporarse al Seguro Popular (SP). Fuente: Lic. Ancira Dueñas, Subconsejo de Derechos Humanos. COESIDA Jalisco, 2017 .....	84

## RESUMEN

El presente es un estudio crítico sobre la situación que guarda el acceso al derecho a la salud de las personas extranjeras que atraviesan la zona de Guadalajara sin documentos, particularmente en aquellas que saben o descubren que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se analiza el derecho a la salud y sus elementos, haciendo un contraste entre sus estándares internacionales y la legislación nacional que lo establece. Se explican los hallazgos a través de la exposición de la ruta de atención trazada desde las instituciones y desde la sociedad civil, visualizándose una problemática de afiliación y por lo tanto de acceso a la atención médica de los migrantes.

Conceptos clave: Migración en tránsito, vulnerabilidad, derecho a la salud, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## **Introducción**

La pertinencia del tema

En el detallado informe “*Derechos humanos de los migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*” de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), se señala que México, como consecuencia de su posición geográfica, suele ser considerado más como un punto de paso para migrantes o transmigrantes centroamericanos, caribeños, suramericanos y extracontinentales que se dirigen hacia Estados Unidos o Canadá que como un país de destino en sí mismo (CIDH, 2013).

Si bien la asociación de país de tránsito de migrantes puede ser correcta en un gran número de casos, también lo es el hecho de que México representa un país de retorno y destino para miles de migrantes, en especial centroamericanos (CIDH, 2013). Sirva como ejemplo de la situación de México como país de destino el hecho de que entre enero y septiembre de 2018 la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) recibió más de 12,000 peticiones de refugio de nacionales centroamericanos (COMAR, 2018).

En el caso en particular de la migración en tránsito, como lo señala el informe de la CIDH, se podría decir que es en primera instancia su situación geográfica la que coloca a México como destino natural a cruzar en la posible búsqueda de la frontera sur de los Estados Unidos. Por su parte, Guadalajara, capital del centro occidental estado de Jalisco, es un punto del camino cuyas condiciones de seguridad y de espacios de atención permite visualizar algunas de las problemáticas que enfrentan los migrantes, particularmente si el acceso a servicios médicos y tratamientos presenta complicaciones.

Se considera pertinente hacerlo por ser un flujo constante el de estas personas, baste mencionar que la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM) en su informe 2016 *Migrantes en México: recorriendo un camino de violencia* (publicado en 2017), documentó el paso de un total de 34,234 personas migrantes que transitaron por México, acudiendo a alguno de los albergues, comedores,

casas o estancias que integran su red (REDODEM, 2017). El año siguiente, el informe elaborado por la misma red, documentó el paso de 2,260 de estas personas por la región occidente de México, lo cual significó el 8% del total de las personas registradas (REDODEM, 2017).

Las personas en situación de movilidad son objeto de violaciones a sus derechos humanos en sus lugares de origen y en los sitios como México, en donde realizan su trayecto (REDODEM, 2019). La falta de documentos, la generalizada situación de violencia, la política migratoria restrictiva y el desconocimiento del país les ocasiona graves complicaciones. Está documentado que, una de las complicaciones durante el tránsito por México es el acceso a servicios médicos, es decir, hacer efectivo su derecho a la salud (CIDH, 2013).

En la presente investigación se incluye una descripción general del derecho humano a la salud, la cual incluye sus aspectos definatorios, su establecimiento y adopción en México desde la perspectiva jurídica. El análisis del derecho a la salud resulta necesario para contrastarlo con la normativa vigente en México y Guadalajara, también para explicar la relación entre las personas migrantes internacionales que viven o que descubren viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en tránsito por la entidad.

### **Preguntas rectoras y objetivos del presente trabajo**

Del estudio de la migración internacional en tránsito, su relación con el VIH, los derechos humanos y su puntual relación, que se traduce en la posible atención médica para los migrantes, surge una interrogante principal y varias derivadas.

La interrogante general es ¿tienen las personas migrantes extranjeras en tránsito viviendo con VIH derecho y acceso a la salud en las instituciones públicas de atención a la salud de la Zona Metropolitana de Guadalajara? Derivado de lo anterior se intentó identificar si ¿son observados los estándares internacionales y preceptos nacionales que rigen el derecho a la salud en el caso de la atención y afiliación a los migrantes

extranjeros en tránsito irregular a su paso por Guadalajara en sus instituciones de salud pública? Y si es que ¿existen políticas o rutas de atención específicas trazadas desde la administración pública y las organizaciones de la sociedad civil en Guadalajara para atender el acceso al derecho a la salud de los migrantes extranjeros en tránsito por la zona metropolitana de Guadalajara que viven con VIH?

El objetivo central es elaborar un trabajo crítico sobre el derecho y el acceso a la salud de migrantes extranjeros en tránsito en las instituciones públicas sanitarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara, particularmente aquellos que viven con VIH, con la intención de conocer a detalle circunstancias que le rodean y precisar la problemática. Siendo así, lo que se construyó fue un análisis jurídico e institucional de las normas y actores que atienden a esta población en su contexto de movilidad humana.

Los objetivos específicos del trabajo son, analizar de forma crítica el derecho a la salud, haciendo una revisión conceptual señalando los elementos que lo constituyen, las obligaciones estatales que lo conforman, revisando las legislaciones internacionales que le incluyen, como introductorios a la legislación nacional que le establece en México a efecto de conocer si son congruentes y aplicados para atender a personas extranjeras en tránsito por la ZMG. Otro objetivo es explicar la manera de diagnosticar y atender el VIH relacionándolo con las personas tránsito migratorio, conocer las experiencias en Guadalajara, las rutas de atención delineadas desde sociedad civil e instituciones, particularmente aspectos legales y administrativos, así como lo relativo a la afiliación, determinando sus complicaciones y posibles soluciones.

### **Proceso de elaboración del estudio**

La elaboración del presente estudio implicó describir lo que se entiende por migración en tránsito, en particular la situación que guarda ésta en la región occidente de México y los retos que representa para los académicos su conceptualización. Para ello se realizó una revisión de artículos y textos académicos buscando definir el tránsito migratorio internacional sin documentos, llamado también irregular, analizando características y

condiciones que se experimentan en el recorrido, obteniendo así herramientas conceptuales para el desarrollo del trabajo. Lo anterior se encuentra en el capítulo 1.

En el capítulo 2 se estudiaron las particularidades del derecho a la salud, detallando los principios que instancias internacionales han fijado como sus elementos centrales para observar su aplicación, así como las obligaciones que esto representa para el Estado nacional. Lo anterior llevó a la revisión de diversos tratados y pactos internacionales.

El capítulo 3 comprendió la revisión de las normas mexicanas, en él, se estudiaron legislaciones federales y del estado de Jalisco. Las normas analizadas son las relativas a la salud y la de migración. Se aprendió con detenimiento si estas se ajustan a los principios del derecho a la salud mediante un comparativo.

Se buscó comprender las situaciones que se entrelazan en la atención de los migrantes: legales, documentales y administrativas, describiendo las condiciones necesarias para la afiliación y atención médica de personas que viven con VIH. Lo anterior se explicó en el capítulo 4, relacionándolo con los comentarios, los hallazgos y los resultados de las entrevistas y las solicitudes de información efectuadas.

La metodología del trabajo incluyó la revisión de documentos e instrumentos internacionales y nacionales para verificar lo que se ha establecido como derecho a la salud desde un enfoque cualitativo, realizando luego un comparativo entre dichos cuerpos legales y verificando el estado global que guardan y se convierte en exigencia para el Estado mexicano y sus autoridades.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios y representantes de organizaciones de la sociedad civil que atienden a migrantes dado que son quienes han podido conocer de cerca la problemática y vicisitudes que el acceso a la salud de los migrantes representa. Los organismos a los que se ha acudido en un primer momento son la Secretaría de Salud Jalisco, el Consejo Estatal de Atención en VIH/SIDA (COESIDA), la organización Dignidad y Justicia en el Camino A.C. conocida como FM4 Paso Libre y el que fuera abogado de un albergue en Oaxaca llamado Hermanos en el Camino. También, se hicieron puntales cuestionamientos al Instituto Nacional de

Migración vía peticiones de transparencia y acceso a la información, a efecto de conocer la cantidad de casos que se han presentado en Jalisco de migrantes en tránsito que solicitan una condición de estancia por vivir con VIH, así como la atención y respuesta que se ha dado a los mismos. Peticiones en el mismo sentido se hicieron al Hospital Civil de Guadalajara.

La última parte presenta las conclusiones resultado de las observaciones y análisis y elabora sugerencias respecto a la atención y acceso a la salud de los migrantes durante su paso por Guadalajara.

## **1. Migración internacional en tránsito irregular por la Zona Metropolitana de Guadalajara, VIH y condición de vulnerabilidad. Diversos conceptos.**

Este capítulo presenta inicialmente la migración en general para abordar luego la migración en tránsito, se revisan conceptos y se toman algunos elementos de ellos para explicar las circunstancias que viven las personas en situación de movilidad en las cuales se enfoca este trabajo en virtud de ser quienes atraviesan la comunidad en la que nos encontramos ubicados, de ahí parte de su relevancia.

Debido a las características en las que se encuentra esta población, se utiliza el concepto de vulnerabilidad, el cual se explica, se recuperan algunas de sus definiciones elaboradas desde diversos ámbitos y se analiza por qué los migrantes en tránsito pueden verse inmersos en ella.

Debido a que este trabajo se enfoca en el acceso al derecho a la salud de la población que vive con VIH, es relevante dar una breve explicación sobre la afección su diagnóstico y la forma en la que actualmente es tratada para entender cómo se puede relacionar con la condición de vulnerabilidad de las personas en movilidad.

La región Occidente de México tiene características particulares, por lo cual, en la segunda parte del capítulo, se hace una aproximación a la situación de la migración en tránsito de extranjeros sin documentos por ella, particularmente en Guadalajara y su zona metropolitana donde se elabora el presente trabajo. Se presentan algunos datos que intentan mostrar porque se cruza por la ciudad, la cuantía de personas, las dinámicas ocurridas y como este fenómeno se ha vuelto cada vez más notorio en la localidad.

## **1. 1. Conceptualización del tránsito migratorio.**

Recientemente se ha asociado a la migración internacional con la falta de documentos y se le ha denominado problema creyendo que era una situación en y hacia los países del norte. Entró en las agendas de las Naciones Unidas y la Unión Europea de manera relevante durante la década de 1990. Para algunos países la llegada de los migrantes se asume como una amenaza, cargada de una connotación negativa por su asociación con la falta de permisos para el ingreso o por la búsqueda de empleo sin autorización (Fernández, 2017).

Dicha situación ha sido abordada entre los países de destino y aquellos que recorren los migrantes – también llamados migrantes en tránsito, por ir atravesando un país buscando llegar a otro – demandando los primeros que se detenga a estos últimos, creándose un tipo de frontera externalizada. Es decir, la migración internacional indocumentada se ha convertido en una especie de carta de negociación entre estos países receptores y aquellos de tránsito, cuando estos últimos se convierten en lugares de contención de los flujos de personas y transformándose de hecho en esa frontera no escrita (Fernández, 2017.).

La migración de personas, en términos generales, es conocida por todos, se habla de ella, pero su estudio formal representa un cierto grado de dificultad al intentar definirla. Según Franck Düvell pareciera que lo común, es la ausencia de consensos académicos en su definición dado que, al estudiar sus rasgos, empieza a mostrarse en toda su complejidad por lo que no existe una sola categoría o definición para ésta en el derecho internacional, más bien, existen muchas (Düvell, 2008).

Es decir, cuando se propone alguna acepción, esta puede parecer vaga al no alcanzar a incluir todos o muchos de los aspectos de tan variada situación. La migración puede entonces ser vista como un proceso, un trayecto, se podría considerar la migración en tránsito como una categoría de la migración en general, una parte de ese proceso. Al igual que la migración, la migración en tránsito también es complicada de definir.

Düvell elabora su propia definición diciendo que “la migración de tránsito significa que los migrantes no van directamente de A a B, sino que viajan del país A a través del país C, para llegar al país B” (Düvell, 2008). La anterior, la del paso por el país C, de una forma sencilla, permite entender que es un proceso, un momento transitorio, que se ve afectado por diversas circunstancias de la localidad a la que arriban los migrantes (Düvell, 2008). Cabe mencionar que C puede ser uno o varios países, por ejemplo, para un nacional guatemalteco México representa C, pero para un hondureño, El Salvador, Guatemala y México significarían C.

Otra autora, Sylvie Bredeloup, describe los movimientos entre sur y norte, oriente y occidente de África, menciona que los migrantes son trabajadores en las minas del sur, en las plantaciones del occidente, en los campos petroleros en el golfo y en Libia. Apunta que son trabajos temporales, contratados de manera irregular, es decir, sin documentarse o inscribirse en seguridad social y sin darles o reconocer cualquier clase de derechos laborales, por lo que significan inestabilidad en la vida (Bredeloup, 2012). Dicha inestabilidad se traduce en precariedad y explotación que parecieran ser entonces características de la migración en tránsito irregular, estas también se pueden apreciar en las migraciones en tránsito en otros continentes, como nuestro caso, en el continente americano.

Por su parte, Aspasia Papadopoulou señala que la migración en tránsito es un periodo entre la emigración y el asentamiento que puede o no culminar en una migración posterior. Su análisis ha mostrado que el resultado de este proceso se ve afectado tanto por las estructuras sociales y políticas locales, así como por redes y otros factores individuales; siendo un periodo ambiguo, el cual raramente sigue planes establecidos, por lo que es complicado predecir su resultado. Por ello se vuelve difícil medir, cuantificar o desarrollar políticas efectivas de respuesta (Papadopoulou, 2008).

La misma autora señala que la migración en tránsito no es una categoría nueva ni apartada, sino que comprende múltiples categorías: víctimas de tráfico, peticionarios de asilo, refugiados, migrantes sin documentos y migrantes regulares, entre otros, y que todos pueden encontrarse a sí mismos en tránsito en algún punto (Papadopoulou, 2008).

El trabajo de Papadopoulou aporta luz en varios sentidos, principalmente por definir que es un periodo, un intermedio entre la salida y la llegada, un intervalo ambiguo cuya duración se desconoce e incluso puede derivar en una migración definitiva. También es valioso porque señala que el tránsito se ve afectado por las estructuras sociales del lugar por donde pasan los migrantes. De esos países C a los que hace referencia Düvell, los cuales desconocen, cuyas normas son un entramado que se va desplegando poco a poco, conforme se ven en la necesidad de utilizar servicios o ejercer derechos.

Se considera adecuado mencionar que las personas en movilidad se encuadran en otra consideración que realiza Papadopoulou, quien describe viven una condición de vulnerabilidad acrecentada, caracterizada por la pobreza, la falta de protección, la inseguridad y la exclusión social.

Conviene entonces mencionar que el entramado de la estructura social de un lugar puede limitar el acceso a servicios y derechos de los locales, vislumbrando entonces el acceso a esos mismos derechos más complicado para extranjeros en situación de irregularidad. La organización Internacional de las Migraciones (OIM) define la migración irregular como la efectuada por personas que se desplazan al margen de las normas de los estados de envío, de tránsito o receptores (OIM, 2006).

## **1. 2. Acepciones de vulnerabilidad. El VIH como un factor de ella.**

Se considera importante establecer lo que se comprende por situación o condición de vulnerabilidad, es necesario hacerlo porque es apreciada como una categoría que ayuda a comprender los obstáculos que enfrentan los migrantes. Entendiéndola también como un momento transitorio que se refiere a las circunstancias impuestas por el complejo contexto que atraviesan. Para ello, se han revisado diversas opiniones académicas e institucionales que a continuación se presentan.

Se consideran pertinente las definiciones de la Unidad de Política Migratoria (UPM) del Instituto Nacional de Migración (INM) porque refieren a las personas estudiadas. Esta ha trabajado el tema de la vulnerabilidad de los distintos grupos de migrantes que

recorren México en su documento llamado *Prontuario sobre Poblaciones migrantes en condiciones de vulnerabilidad* (2018), ahí retoma la definición de vulnerabilidad de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de 2018 y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de 2013, entendiéndola como la “capacidad disminuida de una persona o grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir los efectos de un peligro o riesgo” (UPM, 2018).

Se menciona que ésta implica la imposibilidad que tienen ciertos individuos para hacer uso de mecanismos, materiales, institucionales o jurídicos, para afrontar o adaptarse a efectos negativos provenientes de una exposición a riesgos. La UPM retoma el trabajo de Lara de 2013, para establecer que no todos los individuos son en sí mismos vulnerables o indefensos por pertenecer o compartir atributos –como edad, sexo, etnia, género, identidad, lengua etc. –, sino que podrían serlo por una condición específica en la que se enfrentan a un entorno que restringe o impide el desarrollo de uno o varios aspectos de su vida. Con lo anterior identifican personas en situación de vulnerabilidad, no personas vulnerables (UPM, 2018).

Dentro del mismo texto, Lara (2013) menciona que “la vulnerabilidad puede ser definida como la condición de ciertas personas o grupos por la cual se encuentran sujetos una mayor exposición al riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos”.

Otra definición describe a la vulnerabilidad como una reunión de factores internos y externos que al combinarse disminuyen o anulan la capacidad que tiene una persona, grupo o comunidad para enfrentar una situación determinada, colocando a quien la padece en una situación de desventaja, anulando así el conjunto de derechos y libertades fundamentales (CNDH, 2012).

El más reciente informe de REDODEM indica que desde hace años, particularmente durante el tránsito por México, las personas, debido a su condición irregular, el contexto de violencia y la precariedad que impera en algunas regiones del país, se encuentran en situaciones de acentuada vulnerabilidad y exposición a múltiples peligros (REDODEM, 2019).

La CNDH también refiere una posible situación de vulnerabilidad en el caso de los migrantes, porque se ha comprobado que muchos migrantes solitarios cambian drásticamente sus conductas o comportamientos al verse fuera de su entorno o buscando aliviar el estrés que les ocasiona viajar. Se ha documentado que aumentan o inician el consumo de alcohol o drogas inyectables propiciándose relaciones sexuales con distintas mujeres u hombres o personas que prestan servicios de trabajo sexual (CNDH, 2012).

Dado que estas experiencias suelen ser imprevistas, el uso del condón suele relegarse, olvidarse o simplemente no entra en el bagaje cultural del migrante, a lo que contribuye gravemente la baja percepción del riesgo de adquirir una infección de sexual como el VIH (CNDH, 2012).

La oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (citada por UPM, 2018), establece dos categorías para identificar las condiciones que hacen vulnerables a los migrantes. La primera se refiere a la *vulnerabilidad situacional*, es decir, las cuestiones que se presentan durante la ruta o en los países de recepción que ponen en riesgo a los migrantes. Apuntando que ésta se incrementa cuando la migración se realiza por vías irregulares, exponiendo a los migrantes a mayores riesgos de explotación y abuso por parte de traficantes y que otros factores de vulnerabilidad situacional se refieren a aspectos como el acceso a redes y vínculos sociales. La otra categoría se refiere a la *vulnerabilidad individual*, que comprende características y circunstancias personales, como discapacidad, alguna enfermedad crónica o algún trauma ocurrido durante el trayecto.

La historia muestra ejemplos de padecimientos vinculados al desplazamiento de personas como la sífilis, la viruela o más recientemente la tuberculosis, una enfermedad que inició en Europa hacia el año 1600, y del viejo continente se expandió por el planeta con la aventura colonial europea (Gascón et al., 2008). Padecimientos como estos pueden acrecentar la situación de vulnerabilidad.

En lo que a VIH se refiere, se ha encontrado que la potencial adquisición de este padecimiento se redimensiona a la luz de la migración, en la medida que dicha

condición agudiza la vulnerabilidad social de quienes se van y de sus parejas que esperan en las comunidades de origen (Leyva, 2009).

Este vínculo se hace evidente en el estudio que muestra que la principal forma de transmisión del VIH a la mujer en América Latina es el sexo no protegido entre las parejas de migrantes que viven en áreas rurales, con conocimientos sobre VIH limitados y desconociendo los riesgos a los que se exponen sus parejas en otro país: sexo sin protección y abuso de drogas inyectadas principalmente (Nostra et al., 2014).

Por ello se afirma entonces que situaciones durante el tránsito, como actos de discriminación, sostener relaciones sexuales sin condón, el género de la persona migrantes, su edad, o la misma situación generalizada de violencia que experimenta México pueden colocar a los migrantes en una condición de vulnerabilidad y la infección de VIH puede llevar a agravar dicho estado.

### **1. 3. Definición del Virus de Inmunodeficiencia. Evolución del padecimiento y algunos vínculos con los migrantes en tránsito.**

Así como se mencionan padecimientos que migraron con la humanidad siglos atrás, hoy en día el VIH puede contraerse en el recorrido de los migrantes o acompañarlos desde sus países de origen. Para entender lo que se explicará en los posteriores capítulos es importante tener claridad respecto a lo que es el VIH, cómo se adquiere, diagnostica y se atiende, por ello a continuación se precisa lo que es y se establece de forma más detallada su relación con la migración de tránsito.

El VIH es un virus que ataca las células CD4<sup>1</sup>del sistema inmunológico responsables de defender al cuerpo de las enfermedades. Al destruir estas células, el organismo se

---

<sup>1</sup> Las células CD4 (en ocasiones denominadas células-T) son glóbulos blancos que ayudan a organizar la respuesta del sistema inmunitario frente a las infecciones. El recuento de CD4 es la medición del número de estas células en un milímetro cúbico de sangre (mm<sup>3</sup>, una muestra de sangre muy pequeña), no en todo el organismo. El recuento de células CD4 de una persona no infectada por VIH puede estar en un valor cualquiera entre 450 y 1.600. Sin embargo, los recuentos de CD4 pueden variar mucho entre una persona y otra. <http://www.aidsmap.com/Recuento-de-c%C3%A9lulas-CD4/page/2296574/>

vuelve susceptible de contraer diversas infecciones y enfermedades. VIH significa: Virus de Inmunodeficiencia Humana y es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA). El VIH no tiene cura, pero se puede controlar (CENSIDA, 2016).

El VIH se transmite de persona a persona por el intercambio de fluidos de alguien que vive con él. Estos fluidos son sangre, líquido preeyaculatorio, semen, fluidos vaginales y leche materna. Existen tres vías a través de las cuales las personas pueden intercambiar estos fluidos y adquirir el VIH: sexual sin protección, sanguínea y perinatal. Son las prácticas de riesgo las que pueden transmitir el VIH, no las personas de un determinado grupo (CENSIDA, 2016).

Es importante destacar que, para determinar si una persona vive con VIH se deben de realizar distintas pruebas. La Norma Oficial Mexicana 010 de la Secretaría de Salud para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida señala que cuando dos pruebas exhiben resultados diferentes, una es positiva y la otra no, el resultado puede considerarse indeterminado y se establece que la prueba se debe repetir tres meses después<sup>2</sup> (SSA, 2010). Por lo que, tres meses apenas bastarían para determinar si se vive con el Virus.

El SIDA es el conjunto de enfermedades que afectan a la persona después de que el VIH deterioró el sistema de defensas del cuerpo. Se considera que es la última etapa de la infección por VIH, pues es en la etapa del SIDA cuando el organismo se encuentra tan debilitado que no puede protegerse de las infecciones y enfermedades a las que se llama oportunistas (CENSIDA, 2016).

Para paliar el padecimiento por VIH se han realizado muchas investigaciones y actualmente se atiende mediante el llamado tratamiento antirretroviral (TAR). Se dice que este último ha transformado a la infección por el VIH y al SIDA, de una enfermedad que se consideraba como mortal a una enfermedad crónica que permite a las personas

---

<sup>2</sup> Punto 4.4.6. y 4.4.7. de la NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

en tratamiento, incorporarse a una vida productiva. Sin embargo, es necesario un manejo integral que les permita llevar una buena calidad de vida (CENSIDA, 2014).

Si el VIH es ya una afección tratable pero que requiere constante cuidados, en caso de que alguna persona migrante en tránsito irregular viva con él, se puede considerar que requerirá acceso a atención médica durante su trayecto por México. Sin embargo, la CIDH ha reportado que el acceso al derecho a la salud es uno de los temas complicados durante la travesía de los migrantes por México al señalar lo siguiente,

“La vulnerabilidad de los migrantes también se produce como consecuencia de las dificultades que tienen estas personas para comunicarse en el idioma del país en el que se encuentran; el desconocimiento de la cultura y las costumbres locales; la falta de representación política; las dificultades que enfrentan para ejercer sus derechos económicos, sociales y culturales – en particular el derecho al trabajo, el derecho a la educación y el derecho a la salud (CIDH, 2013).

Es decir, la Comisión Interamericana reconoce que no uno, sino el acceso a múltiples derechos resulta complicado para los migrantes, este trabajo se circunscribe al que se refiere al acceso al goce de la salud y la condición de vulnerabilidad abona a la comprensión de las dificultades que enfrentan.

#### **1. 4. Migración internacional en tránsito irregular en el Occidente de México y en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).**

Luego de haber revisado algunas definiciones relativas a la condición de vulnerabilidad, así como respecto del VIH, su diagnóstico, atención y algunos aspectos conceptuales sobre la migración en tránsito, se propone una revisión de esta última en el Occidente de México, particularmente en Guadalajara y su Zona Metropolitana. Se considera pertinente debido a que son estas tres situaciones las que se conjugan y que, al vivirlas una persona, representan un momento muy especial en la vida, el cual debería ser atendido efectivamente, con prontitud y de una manera precisa.

De manera inicial, se considera importante mencionar las que podrían ser algunas de las causas por las que México se convierte en el país de paso de los migrantes provenientes del triángulo norte de Centroamérica que comprenden Guatemala, El Salvador y Honduras.

En los últimos años los índices de violencia en Honduras y El Salvador se han incrementado considerablemente y por lo tanto la necesidad de que sus habitantes busquen refugio, esto aunado a problemas económicos y políticos que enfrenta la región, ha llevado a un aumento progresivo de hombres, niños y mujeres que emprenden camino hacia Estados Unidos (Barros, 2017).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) indicó que se estima que cada año 400 mil personas cruzan de manera irregular la frontera sur de México en dirección a Estados Unidos (ACNUR, 2016). En la mayoría de las ocasiones, las más de ellas, estas personas que migran no reúnen los requisitos legales y/o documentales requeridos por los Estados para permitir su ingreso y estancia regular, por lo que optan por los canales que provee la migración sin documentos (CIDH, 2013). Este es el caso de las personas de paso por la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), a las que aquí se estudia, particularmente aquellas que requieren solicitar atención médica.

La ruta del Occidente – Pacífico era antes una ruta poco transitada por migrantes, pero con el incremento de la violencia e inseguridad en las rutas este y central de México, - que a pesar de ello siguen siendo transitadas - la utilizan ahora en mayor medida, buscando evitar no solo el peligro que representa el crimen organizado sino también aquel que pueden representar las autoridades (REDODEM, 2018).

El contexto de la migración por México es amplio, la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM) reporta en 2018 el tránsito por México de 28,288 personas de Centroamérica, Sudamérica y otros continentes. Aporta

datos generales de sus diecinueve albergues afiliados mencionando que el primer semestre de 2017 es el que más migrantes registró <sup>3</sup>(REDODEM, 2018).

En el mismo trabajo, REDODEM reportó haber recibido durante los últimos 8 meses de 2017 en los albergues y comedores de los estados de Jalisco, Nayarit y Guanajuato un total de 1,790 personas extranjeras migrantes en tránsito. Correspondiendo a los siguientes géneros y nacionalidades, 45 mujeres hondureñas, 15 salvadoreñas, 12 guatemaltecas y 2 de Nicaragua. Así como a 1391 hombres de origen hondureño, 149 de Guatemala, 141 salvadoreños y 35 nicaragüenses (REDODEM, 2018). Durante el mismo periodo, los albergues y comedores de las zonas centro y norte reportaron haber atendido respectivamente 831 y 2026 personas. En ese sentido, se puede decir que la ruta Occidente se encuentra cerca del mismo nivel que la zona norte, dado que el dato aquí presentado omite a los mexicanos recibidos en la zona Occidente.

Es un número que se antoja pequeño, menos de 2,000 personas atendidas, sin embargo, esto debe pensarse como una mínima porción del flujo, porque lo primero que se debe tener presente es que no existen datos precisos de cuántas personas transitan por México. Segundo, no todas las personas se acercan a casas o albergues de la citada red. Sin embargo, muestran un dato: los migrantes no son unos cuantos, son miles.

Un medio de transportación que se conoce utiliza los migrantes es el tren de carga del sureste del país, aunque, se ha documentado la utilización de distintos medios de transporte, por lo que se reporta que los migrantes realizan sus viajes en autobús y combi pero sobre todo, caminando (REDODEM, 2018). Situación que también se ha presentado en las caravanas de 2018 y 2019.

Los lugares de estancia que reciben a los migrantes en la zona metropolitana son varios, dos de ellos son Dignidad y Justicia en el Camino A.C. – conocida como FM4 Paso Libre – y El Refugio Casa del Migrante en el Cerro del 4. En ellos reciben asistencia humanitaria que se traduce en diversos apoyos que pueden ir desde asearse, recibir

---

<sup>3</sup> 2018 fue un año particular. Durante los últimos meses se registró un fenómeno de caravanas en las que miles de personas cruzaron la frontera sur de México intentando llegar a Estados Unidos. El número de migrantes cruzando las rutas habituales de forma individual más las caravanas, posiblemente incrementaron considerablemente el número de personas que atravesaron México en 2018. Lo mismo se observó durante los primeros meses de 2019.

una comida, entrar en contacto con autoridades de sus países y recibir atención legal, médica psicológica e incluso en algunos funcionan como albergues.

La migración en tránsito se ha vuelto más visible en la ciudad de Guadalajara en los últimos años, esto se explica en el informe de FM4 2016 – 2017 el cual señala que la migración en tránsito es un fenómeno relativamente reciente en las dinámicas que se desarrollan en la ZMG, ésta representa la mitad del trayecto migratorio por la ruta ferroviaria de Occidente, la cual cruza históricamente la ciudad a través de 40 kilómetros (FM4 Paso Libre, 2017).

El paso de extranjeros migrando ya era conocido para los habitantes de la ZMG, pero su visibilización durante los últimos años en las vías o en las calles de la ciudad ha permitido que actores de diversa índole, nacional o internacional pongan su mirada en él. De lo anterior han surgido una cantidad relevante de esfuerzos en el ámbito académico y de las organizaciones civiles que han abonado para tratar de entender y explicar dicha situación (FM4 Paso Libre, 2017).

El informe *Sin lugar en el mundo*, de la organización FM4 estima que apenas se ha logrado un piso mínimo de reflexión sobre el tema. La realidad les hace percatarse que las categorizaciones realizadas quedan cortas, pues durante el recorrido migratorio están ocurriendo cambios constantes y entrelazándose muchas dinámicas (FM4 Paso Libre, 2017).

La colaboración de esta organización fue de gran ayuda en el presente trabajo, justo antes de su conclusión tuvieron a bien proporcionar datos de personas recibidas en su Centro de Atención a Migrantes (CAM) en 2018 y durante los meses transcurridos de 2019, ayudando a dimensionar la situación en la Zona Metropolitana de Guadalajara, refiriendo que, durante 2018 fueron atendidas en el CAM personas 7,119, de las cuales 6,760 fueron de origen extranjero. En cuanto al presente año, hasta el mes de julio habían atendido 4,472 personas en el CAM, de las cuales 4,075 son hombres, 390 son mujeres y 7 personas de la comunidad LGBT+ (FM4 Paso Libre, 2019).

Se ha documentado y explicado que por el hecho de no ser nacionales del país en el que se encuentran, los migrantes pueden ser víctimas de diversas violaciones a sus derechos humanos, delitos, malos tratos, discriminación, racismo y xenofobia, lo anterior los pudiera colocar en una situación de vulnerabilidad, la cual ha sido ampliamente reconocida a nivel internacional y revisada en el presente trabajo (CIDH, 2013). Confirma esto el informe 2017 *El Estado indolente: recuento de la violencia en las rutas migratorias y perfiles de movilidad en México*, de REDODEM señalando que, del total de personas atendidas en sus albergues afiliados, 2,724 afirmaron haber sido víctimas de algún delito en su trayecto por México (REDODEM, 2018).

Es así como la migración internacional en tránsito irregular por la ZMG se presenta como un fenómeno complejo, cuyas causas y experiencias resultan difíciles de analizar por sus extensas aristas. Es así como el tema de la migración se ha instalado en la agenda diaria como un tema que necesita ser atendido. Este estudio lo intenta desde la perspectiva que ofrecen los derechos humanos.

## **2. Derechos humanos: el derecho a la salud en las normas internacionales. Los estándares.**

El presente capítulo estudia el derecho a la salud. Se considera pertinente explicar en primera instancia, de dónde surgen los derechos humanos, su razón de ser, a quienes buscan proteger, algunas de sus características o principios y un par de acepciones que poseen, ya que el derecho a la salud es un derecho humano. Se señala que el de la salud forma parte de los llamados derechos sociales para presentar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (de ahora en adelante PIDESC), en el que se han establecido estos últimos.

El derecho internacional aceptado y ratificado en estos tratados implica obligaciones para el estado mexicano, lo que ha generado reformas legales, es por ello que en la segunda parte, se revisa a detalle un documento de Naciones Unidas llamado Cuestiones Sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 (2000) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, (en adelante CESCR, por sus siglas en inglés) que ayuda a entender los principios del derecho a la salud, así como las obligaciones estatales que comprende su implementación. Se procede a desenvolver el derecho a la salud en los textos de los tratados y se concluye con la detenida revisión de otros instrumentos internacionales vinculados con los derechos de las personas migrantes, por lo que se consideran relevantes para el presente estudio.

Se puede comenzar diciendo que los derechos humanos surgieron como parte del derecho natural, es decir, su desarrollo se llevó a cabo inicialmente desde ese ámbito. Los especialistas se han percatado que su abordaje debe ser elaborado a través de otras perspectivas, dado que sus fenómenos y problemáticas rebasan por mucho el solo aspecto jurídico, es decir, ya no solo son parte del derecho, sino que implican muchos otros temas y aspectos de la vida de las personas (CDHDF, 2011).

Entonces, los derechos humanos son aquellos derechos universales, considerados indispensables e inalienables que resultan atribuidos a todos en cuanto personas, ciudadanos o capaces de obrar. Es decir, son derechos que tienen los sujetos que

guardan relación con la acción u omisión de los estados, las empresas, los poderes fácticos respecto a ciertos beneficios primarios constitutivos de lo que se considera la dignidad humana (Ferrajoli, 2006).

Se ha desarrollado una teoría relativa a los derechos humanos y se ha diseñado una estructura legal a su alrededor. Derechos como el de la protección a la vida, a la igualdad y la no discriminación, a la libertad e integridad personales son solo algunos. Se hizo durante los años sesenta del siglo XX una distinción entre derechos políticos y sociales. El derecho a la salud fue agrupado en ésta última categoría.

Entonces, el derecho humano a la salud se suscribe a los llamados derechos sociales, económicos y culturales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 señala que estos tienen una dualidad, por un lado, se les considera objetivos y por otro subjetivos.

En la primera acepción, objetiva, se entiende que son un conjunto de normas mediante las que el Estado intenta llevar a cabo su función de equilibrador de desigualdades (Nicoletti, 2008). En una segunda acepción, se relatan cómo beneficios de la vida social. Nicoletti señala que para hablar acerca de la salud es necesario adentrarse en un aspecto básico e indispensable de la vida del hombre: el derecho humano a la salud, que es considerado un derecho fundamental.

El autor menciona que, para poder vivir dignamente, tener un reconocimiento en el propio contexto social y contar con un mínimo de garantías sociales, se requiere que el ser humano tenga garantizado este derecho. (Nicoletti, 2008). Y es que los derechos humanos son interdependientes, es decir, la afectación de uno interfiere con el goce de los demás, y se entiende entonces que para vivir dignamente es necesario contar con un grado mínimo óptimo de salud, debiendo esto darse por sentado dentro de un entorno social donde dicho derecho a la salud sea reconocido y garantizado por la misma sociedad a través del estado.

Atendiendo a las directrices del PIDESC y a otras disposiciones internacionales signadas por México, se debe adecuar la legislación nacional. Es decir, se vuelve necesario crear o reformar leyes de manera que se ajusten a lo que los tratados internacionales indican, lo cual será explicado con detenimiento en el siguiente apartado.

Precisamente, con el objetivo de poner a la persona y sus derechos en el centro del sistema jurídico mexicano (SEGOB, 2017), en el año 2011 se realizaron reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) para que beneficios que ya establecía y se denominaban anteriormente garantías constitucionales, pasaran a ser reconocidos como derechos humanos y con ello, adquirieran mayor fuerza y relevancia dentro del derecho vigente en México.

A continuación, se analiza con detalle el derecho a la salud, primero, se analizará el artículo 12 del PIDESC porque detalla las acciones y medidas a tomar para que éste se materialice. En segundo lugar, se presentarán sus principios y obligaciones, basando esto en documentos elaborados por instituciones de la Organización de las Naciones Unidas.

## **2. 1. La norma del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales que establece el derecho al más alto goce de nivel de salud: el artículo 12.**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos enuncia el derecho a la salud y le llama un nivel de vida adecuado, esto en su artículo 25. Sin embargo, es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el cual detalla con mucha mayor precisión el alcance necesario para que se considere que los Estados observan y cumplan el otorgar el acceso a la salud (DUDH, 1948).

El PIDESC, en su artículo 12, establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel de salud y en su segunda parte señala en cuatro apartados las medidas que deberán adoptarse. Se destaca, por ser de vital importancia para el presente, la prevención, el tratamiento de enfermedades y la lucha contra ellas (PIDESC, 1966).

En la parte del artículo 12 que se refiere a la mortalidad – relación entre número de niños nacidos muertos y el total de nacimientos – la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños (apartado a), debe comprenderse que se considera necesario tomar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluida la planificación familiar, así como la atención previa y después del parto (CESCR, 2000).

Otro de los apartados del artículo 12, el b, se refiere a la mejora de aspectos de la higiene ambiental e industrial, por lo que se entiende que implica adoptar medidas preventivas en lo tocante a accidentes laborales y o enfermedades profesionales.

El siguiente apartado refiere el derecho a la prevención, tratamiento y la lucha contra enfermedades, sean estas de carácter epidémico, endémico o cualquier otro tipo (apartado c). En este sentido se determina que se implementen programas de prevención y educación para enfrentar enfermedades como las de transmisión sexual – menciona particularmente al VIH que se promuevan factores sociales determinantes de buena salud, como la seguridad ambiental, el desarrollo económico y la igualdad de género (CESCR, 2000).

Todo ello comprende la instalación de un sistema de atención médica regular y de urgencias, estando directamente relacionado con los esfuerzos que realizan los estados en la implementación para facilitar y obtener vigilancia epidemiológica, las tecnologías adecuadas y datos que permitan llevar a cabo vacunaciones, otras estrategias y medidas de combate contra las enfermedades (CESCR, 2000).

El último de los apartados, el que se considera fundamental para el presente trabajo, es el d, donde se establece que se deberán crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y sus servicios en caso de enfermedad. Debiendo crearse establecimientos que procuren la obtención o recuperación de enfermedades físicas o mentales, con un acceso oportuno a todo tipo de servicios ya sean básicos preventivos, curativos o de rehabilitación debiendo ser el tratamiento apropiado y preferiblemente en la propia comunidad, con la entrega de medicamentos (CESCR, 2000).

Todo lo anterior es lo que se necesita verificar en el presente trabajo, que las instituciones que prestan servicios de salud de la localidad de Guadalajara, cuyo objetivo es atender las necesidades de salud de la población en general, reciban también a los migrantes internacionales en tránsito. Lo anterior sin distinción por nacionalidad o situación migratoria, observando los mínimos esenciales requeridos para cumplir con los cuatro apartados del artículo 12 del PIDESC, en el caso específico, a las personas que viven con VIH o que pueden descubrirse viviendo con VIH durante su tránsito.

Una vez estudiado los aspectos normativos, se procede a revisar principios que ayudan a comprender e implementar lo que intenta alcanzar y brindar el artículo 12 del PIDESC mediante un trabajo elaborado por los propios órganos de Naciones Unidas.

## **2. 2. Antecedentes y principios del derecho a la salud en la Observación General 14.**

Una de las instituciones de la Organización de las Naciones Unidas, el llamado Consejo Económico y Social (ECOSOC), atiende temas de índole social y económico. En su sitio de internet se autodescribe como un organismo que, “fomenta el acercamiento mutuo entre las personas y los problemas con el fin de promover la adopción de medidas colectivas que permitan lograr un mundo sostenible” (CESNU, 2018).

Continúa señalando que juega un papel central dentro del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, realizando análisis profundos y negociando normas mundiales (CESNU, 2018). Entre sus funciones tiene el servir de foro para el examen de problemas económicos, sociales y la formulación de recomendaciones de políticas dirigidas a los estados miembros (ONU Noticias México, 2018).

El ECOSOC posee diversos comités, uno de ellos, el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su período de sesiones de 1988, decidió comenzar la preparación de observaciones generales sobre la base de los diversos artículos y disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con miras a prestar asistencia a los Estados Parte en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de presentación de informes (CDESC, 2019).

Se considera pertinente precisar que el PIDESC, del cual se ha hablado ya, es un instrumento jurídico internacional, el cual, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, conforman lo que se da por llamar Carta Internacional de Derechos Humanos (ACNUDH, 2018).

Cuando un Estado ratifica o se adhiere a un pacto multilateral como el PIDESC, se compromete a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, adquiriendo la obligación de presentar informes al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el plazo de dos años a contar desde la entrada en vigor del Pacto, y de ahí

en adelante una vez cada cinco años indicando las medidas y progresos realizados (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2004).

La adopción de estos documentos reconoce derechos a las personas e impone obligaciones a los países firmantes, por ello, los Estados crean instituciones y programas que buscan salvaguardar la salud de los individuos. Se considera así que el derecho internacional encarga el cumplimiento de sus obligaciones a instituciones nacionales o locales.

Se puede decir que, cuando una nación firma o se adhiere a un tratado, lo hace porque existe de su parte la intención de adecuar consecuentemente su legislación interna, a esto generalmente se le llama armonización de las leyes; para luego implementar programas o políticas que vayan de acuerdo con lo que inicialmente aceptó. Entonces, los órganos estatales toman el rol principal en la implementación de normas internacionales de derechos humanos.

Un autor de apellido Dulitzky (2004), menciona que dicha característica de implementación interna del derecho internacional crea una relación dialéctica, debiendo el derecho interno aplicar los compromisos internacionales adquiridos por los estados a través de medidas legislativas, administrativas, judiciales o las que sean necesarias, para asegurar su cumplimiento.

México es signatario del PIDESC, atendiendo a ello, es que debe armonizar su legislación. También, para apoyar a los Estados en el cumplimiento de esas obligaciones asumidas mediante la firma de tratados, el 11 de agosto del año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emite la Observación General número 14, cuyo nombre formal es “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. El derecho al disfrute más alto nivel posible de salud” (CESCR, 2000).

La Observación General reitera que el artículo 12 del PIDESC es el que hace una descripción exhaustiva del derecho del ser humano a la salud, pero señala que no se limita al derecho a la atención médica. Se menciona que el historial de la elaboración y

la redacción del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano (CESCR, 2000).

Refiere la observación que el concepto del "más alto nivel posible de salud", del que se habla en el párrafo 1 del artículo 12, toma en consideración tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Dice entonces que, existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede proteger contra todas las causas de mala salud precisando que los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos pueden también ser determinantes en lo que respecta a la salud de la persona (CESCR, 2000).

Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud (CESCR, 2000).

Luego de las anteriores especificaciones, se detallan los elementos interrelacionados y esenciales que el Comité considera abarca el derecho a la salud dentro de su Observación General 14.

Disponibilidad. Que se entiende como el contar con un número suficiente de establecimientos, programas, servicios y bienes. Que, si bien mucho de esto dependerá de las posibilidades de cada estado, los servicios incluirán factores determinantes de la salud como agua potable limpia, condiciones sanitarias adecuadas, personal capacitado y pagado, así como medicamentos (CESCR, 2000).

Accesibilidad. Refiriéndose este elemento a que los establecimientos deben ser accesibles para todas las personas sin discriminación alguna. Este elemento contiene

cuatro dimensiones superpuestas. El primero es la no discriminación, en el sentido de que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar abiertos, tanto señalado en la normatividad como, de hecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquier motivo, es decir, sin hacer distinción de nacionalidad o situación migratoria, por ejemplo.

Otra dimensión es la accesibilidad física y por esto se comprende que deben estar a una distancia razonable entre el usuario y el lugar físico donde se preste la atención, haciendo hincapié en qué especialmente estos deben estar al alcance de grupos vulnerables como poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes o personas que vivan con VIH entre otros. Incluye lo anterior, el acceso a factores como agua limpia e incluso que las instalaciones sean accesibles para personas con alguna discapacidad.

Una tercera dimensión es que sean accesibles económicamente, es decir, asequibles para que todas las personas puedan costearlos. En este sentido podemos decir que la atención para personas que viven con VIH necesita ser gratuita o de bajo coste, por el alto precio que este tratamiento representa, además de que los medicamentos tienen también un valor muy alto, por ello se ha incluido la atención a VIH en el Seguro de Gastos Catastróficos del Seguro Popular, situación que se detalla en el capítulo 4 (CESCR, 2000).

La última dimensión se relaciona con la información, debiendo ser posible para los pacientes y personas solicitar, recibir y difundir información respecto a la salud, lo anterior sin menoscabo a la confidencialidad de los datos personales de los pacientes. En este sentido se puede decir que los pacientes de VIH deberán ser informados de su estado de salud, así como de las opciones de tratamiento que poseen (CESCR, 2000).

Aceptabilidad. Este implica que los trabajadores de los establecimientos sean respetuosos de la cultura de las personas, los pueblos y las comunidades, de las necesidades de género y el ciclo de vida de los pacientes atendidos. En este aspecto será importante que los trabajadores sean sensibles, queriendo decir que, antes que nada, deben poner en primer lugar la atención y cuidado sin juzgar o discriminar a los

receptores de la atención, sean migrantes o cualquier otro grupo de personas (CESCR, 2000).

Calidad. Dicho elemento se refiere a que se cuente con personal médico capacitado, medicamentos, equipo hospitalario científicamente aprobado, en buen estado y buenas condiciones sanitarias (CESCR, 2000).

La propia observación reconoce que los estados pueden imponer limitantes al ejercicio de los derechos, pero señala que estas no deben ser arbitrarias. En sí, establece que los estados no deben coartar el ejercicio del derecho a la salud, primero porque cuando se limita éste se pueden restringir otros derechos fundamentales. Por ejemplo, en el caso de una epidemia se puede impedir la circulación de personas o poner en cuarentena otras, es así como, en el ejemplo anterior, ante una restricción el estado tiene la obligación de justificar esas medidas graves que impiden el ejercicio de derechos (CESCR, 2000).

En el mismo sentido, se menciona que los estados deben tomar medidas e implementar programas o políticas hasta donde sus recursos alcancen - aunque estos puedan ser limitados -, para cumplir con su obligación de garantizar a los individuos el derecho a la salud. Para ello, se señala que existen en los estados las obligaciones de cumplir, proteger y respetar.

Respetar significa que los estados no interfieran con el disfrute del derecho a la salud. Se entiende proteger en el sentido de que los estados adopten medidas para que terceros no interfieran en el disfrute del derecho a la salud y cumplir implica que los estados realicen todo lo que sea posible para que se realice el derecho a la salud (CESCR, 2000).

De ellas se destaca el cumplir, que implica que los estados hagan todo lo posible para que se alcance el derecho a la salud (CESCR, 2000). La obligación estatal de cumplir también es conocida como obligación de garantizar, la cual se entiende en el sentido de que el derecho no solo se mantenga, sino que se extienda y sea restituido en caso de una violación, exigiendo entonces una conducta positiva de parte del estado (CESCR, 2000).

Resulta relevante haber apreciado a detalle algunos aspectos de la Observación General 14 que ayudan a los estados parte a entender y poner en marcha sus obligaciones. De igual forma, ayuda a una comprensión general de lo que el derecho a la salud debe observar para considerarse, dentro de las posibilidades estatales, con acceso efectivo. Por ejemplo, el principio de accesibilidad con su dimensión de no discriminación, del cual se puede desprender que la nacionalidad de una persona y o su condición de estancia migratoria en un país, no debe ser un impedimento para recibir atención médica.

Se considera importante el conocimiento de los elementos esenciales que el Comité considera abarca el derecho a la salud en términos de accesibilidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad, así como las obligaciones particulares de respetar, cumplir y proteger, categorías que serán utilizadas para analizar si el estado mexicano y en particular las autoridades médicas de la ciudad de Guadalajara, dispensan un tratamiento acorde a los migrantes que se encuentran de paso por la localidad. No es el cuerpo legal anterior el único que habla del derecho a la salud, a continuación, se recuperan artículos de algunos tratados que reiteran este derecho humano.

### **2. 3. El derecho a la salud en otros instrumentos internacionales.**

Se consideró importante revisar el derecho a la salud descrito en diferentes tratados internacionales como el Convenio sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención de los derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

Los anteriores instrumentos reafirman el derecho a la atención en salud, pero para obviar similitudes, se incluyeron en este trabajo solamente el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador porque reafirma el compromiso del estado mexicano a otorgar acceso a la salud ya no en un régimen de normas internacionales, el de Naciones Unidas, sino en dos, – el interamericano de Derechos Humanos.

El mismo instrumento, da acceso a esquemas de protección de derechos distintos y en el particular, enumera dos aspectos importantes que son la educación en materia de salud y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de alto riesgo, por lo que su protección parece ser aún más amplia.

Así mismo, se incluye la Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de los Trabajadores Migratorios (CIPDTM, 2006), porque especifica derechos de las personas en situación de movilidad, haciendo hincapié en que ellas pueden encontrarse en un estado de vulnerabilidad.

El Protocolo de San Salvador, realiza una amplia y detallada descripción en su artículo 10 de lo que entienden las naciones de la Organización de Estados Americanos respecto al derecho a la salud.

Comprendiendo este también como el más alto disfrute de bienestar físico, comprometiendo a las partes a reconocer este como un bien público y debiendo tomar acciones para que esto sea accesible a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del estado, así como a la prevención y tratamiento de enfermedades y la satisfacción de las necesidades de salud de grupos de alto riesgo (Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988).

Como se mencionó antes, en la descripción del derecho a la salud el Protocolo establece en la última parte del artículo 10 la satisfacción de las necesidades de salud de grupos de alto riesgo, por lo que se puede considerar que las personas en situación de movilidad podrían quedar incluidas. Siendo así, este instrumento sería más amplio en cobertura, por lo tanto, idóneo para que el Estado mexicano le observe.

Es importante mencionar que en el artículo 3 del protocolo se habla de la obligación de no discriminar bajo ningún motivo (Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988). Es necesario precisar entonces que los países signatarios del Protocolo deben reconocer, garantizar y cumplir el derecho a la salud, cuya definición es amplia, protectora, donde la no discriminación debe ser el toque, es decir no diferenciar y permitir el uso de los recursos disponibles

en materia de salud. En este caso particular, México es signatario del protocolo, por lo que su vigencia y aplicación es de carácter obligatorio.

Por otra parte, en su preámbulo, la Convención sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios considera que con frecuencia estos se encuentran en un estado de vulnerabilidad, debido entre otras cosas a su ausencia del estado de origen y las dificultades con las que tropiezan en su estado de empleo (CIPDTM, 2006).

Es destacable el artículo 1 donde se establece a quienes aplica la Convención englobando prácticamente a todas las personas que toman parte de todos los procesos migratorios: partida, tránsito, estancia, ejercicio de una actividad remunerada y regreso al de su origen o residencia habitual (CIPDTM, 2006).

Retoma en el artículo 7 la obligación de no discriminar por ningún motivo y en el 28 refiere “Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate” (CIPDTM, 2006).

Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo (CIPDTM, 2006). Es así, que a pesar de mencionar la urgencia en su artículo 28, es necesario acotar que el VIH sin atender puede conducir a un estado que puede llevar a la muerte, por lo que su atención necesita ser prioritaria y definitivamente urgente.

Cabe destacar el Pacto Mundial para la Migración Ordenada, Segura y Regular (PMMOSR), adoptado apenas en diciembre de 2018, el cual establece que la migración debe ser observada como una responsabilidad compartida, benéfica para los países emisores, de tránsito y receptores. Entendiendo la migración como un aspecto de movilidad presente en la humanidad desde siempre, misma que no debería ocurrir como un acto desesperado, sino como una oportunidad para que personas de otras latitudes se integren en distintas sociedades (PMMOSR, 2018).

Incluye objetivos y medidas de aplicación entre las que se destacan el velar porque todos los migrantes cuenten con pruebas de su identidad jurídica para poder contar con acceso a servicios básicos. Otro objetivo es el de reducir las vulnerabilidades mediante el establecimiento de políticas integrales con procedimientos accesibles y expeditos. Y finalmente se destacan los objetivos de proporcionar a los migrantes accesos a servicios básicos, así como el establecimiento de mecanismos para la portabilidad de la seguridad social (PMMOSR, 2018).

Se ve entonces que, tanto los tratados generales de derechos humanos como los que abordan específicamente la materia migratoria refieren y establecen el derecho a la salud de todos y consecuentemente de los migrantes internacionales. También, de forma muy sucinta, se observa hacia donde se dirigen las nuevas políticas migratorias internacionales reafirmando derechos. En el estudio particular, es necesario ahora revisar sí la normativa mexicana, cumple y se ajusta a dichos preceptos internacionales.

### **3. El derecho a la salud en las legislaciones de México: revisiones, comparativo acceso o no para los migrantes en tránsito.**

El presente capítulo se dedica a la legislación mexicana que describe el derecho a la salud. De ella, se plantea revisar las especificaciones relativas a la afiliación al régimen de atención en salud disponible para el público general en las leyes General de Salud (1984) y de Migración (2011), de carácter federal, así como las leyes sanitarias, la Ley Estatal de Salud (1986), la nueva Ley de Saludo del Estado de Jalisco (2018) y la de Protección y Atención a Migrantes de Jalisco (2016).

Son revisadas porque tratan los dos temas relativos a la población aquí estudiada, las personas en situación de movilidad y su acceso a atención en salud. También, porque establecen el marco normativo aplicable para hacer efectivo dicho derecho en el país y deben ser las que se encuentren en concordancia con los tratados antes estudiados.

De igual forma, se revisan las leyes del Estado de Jalisco porque podrían establecer derechos, reglas y procedimientos aplicables en la ZMG, además de intentar verificar que las mismas posean las características que solicitan instrumentos como el PIDESC o la Observación General 14. En el caso de las leyes de salud estatales, se incluyen ambas porque una se revisó y se encontraba vigente durante la primera parte de la elaboración del estudio y la segunda recientemente entró en vigor a finales de 2018.

Es necesario precisar que la revisión de las normas nacionales se limitó en mayor medida a la parte correspondiente a la afiliación de las personas, a efecto de corroborar que esta fuera accesible y disponible para la población en general y con ello, establecer que hubiese atención de la salud para personas en situación de movilidad que vivan con VIH.

Entonces, el sistema normativo mexicano dimana de una fuente principal, es necesario revisar la misma, esta es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (1917). Para precisar quienes deberán respetar ese derecho y cómo deberán hacerlo, por lo que en su primer artículo señala:

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán [...] favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. [...] Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos [...] el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En su artículo 4 la CPEUM (1917) reconoce en términos generales el derecho a la salud diciendo que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, (...).

Mientras el artículo 1 dice que las autoridades tienen el deber de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, y el primer enunciado del artículo 4 lo confirma, inmediatamente prosigue indicando que la ley definirá y establecerá bases y con ello pareciera estar limitando o separando cómo deberá ser ese acceso, porque desde ahí se está implicando que habrá diferentes bases y modalidades, cuando se puede pensar que al establecerlo para todos no debería ser la propia norma quien separase por modalidades de acceso a la atención médica.

### **3. 1. La Ley General de Salud. Sus limitantes.**

Promulgada en 1984, la Ley General de Salud es en términos amplios la que establece cómo y bajo qué distribución de competencias se prestarán los servicios de salud para la población en México. Su amplitud requeriría un estudio particular por lo que se realizó una rápida revisión procediéndose a analizar con detalle los apartados correspondientes a la afiliación, y en particular la que permitiría el registro a migrantes internacionales en tránsito irregular.

Dicho apartado es el Título Tercero Bis, llamado De la Protección Social en Salud (Ley General de Salud, 1984), el cual le fue adicionado en el año 2001. De él, se revisan los

artículos 77 BIS 1, 77 BIS 3 y 77 BIS 7 porque contienen disposiciones precisas respecto a quienes y cómo podrán acceder servicios médicos.

Antes de continuar se considera pertinente explicar que se han creado en México diversas instituciones que intentan garantizar la salud, estas se han organizado dependiendo del carácter que posean las personas, es decir, una atiende a los trabajadores en empresas, otra a aquellos al servicio del Estado y otra a quienes laboran en las fuerzas armadas. Sin embargo, estos esquemas no cubrían el 60% de la población en el año 2000 (Gutiérrez, García, Fajardo, & Hernández, 2014). Entonces, en 2001 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (en adelante SPSS o Seguro Popular) mediante una reforma de la propia Ley General de Salud. Éste busca atender las necesidades de toda la población sin interesar si estos sean registrados por algún tipo de empleador.

Entonces, de la lectura de los artículos de la Ley General de Salud se han podido apreciar cuatro limitantes para el acceso a la salud de la población: se señala que el SPSS (Seguro Popular) será solo para mexicanos, que la incorporación al sistema se hará en virtud del domicilio, debiendo ser quienes se afilien residentes en territorio nacional y contar con una CURP. A continuación, se analiza cada uno de estos aspectos.

El artículo 77 BIS 1, señala que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Continúa diciendo que la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación para el acceso a los servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

El artículo 77 BIS 3, dice que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio. Establece también que será ese domicilio, el que determine el centro de salud el cual atenderá a las personas.

El presente estudia a los migrantes en tránsito, a quienes en esencia resultaría imposible obtener un comprobante de domicilio nacional o de su lugar de origen, e incluso si fuese este último el caso, sería extraño pensar que las autoridades accediesen a realizar una afiliación o inscripción con la presentación de algún documento que acreditase un domicilio en el extranjero.

El más claro ejemplo de la Ley General de Salud en cuanto a limitantes pareciera ser el artículo 77 BIS 7, el cual establece que gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual posean las siguientes características: I. Ser residentes en el territorio nacional; II. No estén inscritos a algún otro régimen de seguridad social; III. Que cuenten con Clave Única de Registro de Población.

Éste último es un instrumento que sirve para identificar a las personas en México, se expide por la Secretaría de Gobernación a través del Registro Nacional de Población y en el caso de los extranjeros a través del Instituto Nacional de Migración (Informaciones CURP, s.f.).

Se sabe que las personas migrantes en tránsito por Guadalajara realizan su viaje de forma irregular en muchos casos, como se explicó en el primer capítulo de este trabajo. Es decir, no cuentan con la documentación para poder ingresar de manera regular a México. Esa irregularidad es una de las características de la antes mencionada precariedad de su camino y de la que les sitúa en una condición de vulnerabilidad.

Además, la Ley de Migración, la cual se analiza en el siguiente apartado, establece que la expedición de la CURP se hará únicamente a los residentes en territorio nacional. Entonces, aquí se encuentran limitantes legales, ya que las personas migrantes no están en situación regular y por lo tanto no son susceptibles de obtener una CURP, lo cual, es requisito para afiliarse y acceder a servicios de salud.

En conjunto, las antes analizadas normas de la Ley General de Salud parecen hacer un importante distingo entre sectores poblacionales a quienes sí y a quienes no permitir el uso goce y disfrute de los servicios de salud que ofrecen las instituciones mexicanas.

Particularmente, quedan reservados a los mexicanos y aquellos extranjeros que tengan una situación de estancia regular en territorio nacional. Al demandar para el otorgamiento de servicios de salud requisitos que los migrantes en tránsito irregular por Guadalajara – y por México – no pueden cumplir, se pueden suprimir o eliminar los derechos que los instrumentos internacionales indican. Parece importante recalcar que esta legislación, reformada en varias ocasiones no ha sido adecuada para que el texto se ajuste a los migrantes o tenga una perspectiva en derechos humanos. Se comenta porque en ningún lado del texto revisado se aprecian elementos que consideren afiliar a personas extranjeras en falta de documentos, en condiciones de tránsito o sin CURP.

Intentando precisar, se procede a comparar las anteriores normas de la Ley de Salud con los principios establecidos en la Observación General 14 los cuales son, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El primero refiere que existan programas específicos que atiendan a la población, y si bien la norma crea un sistema de protección social, lo hace limitándolo legalmente a los mexicanos<sup>4</sup>. El artículo 77 BIS 7 de la ley sanitaria es contrario también al mismo principio, porque limita la *disponibilidad* del programa a quienes sean residentes en México y quienes cuenten con una CURP.

El principio de *accesibilidad* indica que los establecimientos sanitarios deben atender a todas las personas sin ninguna clase de distingo. En este sentido, la norma no les permite acceder por su condición de extranjeros sin documentos. En segundo término, tampoco les es accesible porque se indica que su afiliación será en razón de su domicilio, el cual no se encuentra en territorio mexicano y, por último, requiriendo que, para su inclusión, sean residentes en México y cuenten con una CURP.

La Observación General 14 refiere tres obligaciones estatales: respetar, proteger y cumplir. En ese sentido, se ha descrito la obligación de *cumplir* como aquella que implica que los estados nacionales hagan todo lo posible para que se alcance al derecho a la salud por lo que se le conoce como la obligación de garantizar, en ese sentido, la

---

<sup>4</sup> En la práctica, se afilia también a extranjeros con estancia regular residentes en territorio nacional, pero estos tampoco se encuentran contemplados en la legislación de salud.

norma de la Ley General de Salud no se ajusta a la obligación de cumplir porque no garantiza el acceso a servicios médicos a una población que transita el territorio mexicano desde hace años, que si bien es un flujo con mayor visibilidad recientemente en la ZMG, la legislación federal parece simplemente olvidar su obligación de garantizar.

En ese sentido, se puede decir que existe un compromiso de México previo a la implementación de la norma de salud ya que fue adicionada en 2001 y que no ha sido propuesta o implementada una modificación en los últimos 18 años en este sentido.

La obligación de *respetar*, que significa que los estados no interfieran con el disfrute del derecho a la salud, no es atendida sino violentada por la propia norma porque en sentido limitativo excluye extranjeros, limitándose a proteger a los domiciliados, residentes en México y poseedores de una CURP.

Se aprecian entonces diferencias relevantes entre la Ley General de Salud y el estándar internacional en lo relativo a un efectivo goce del derecho a la salud de los migrantes internacionales en tránsito. Siendo el anterior el problema central del presente trabajo, ya que las discrepancias entre la legislación mexicana parecieran limitar los derechos que el estado se ha comprometido a hacer efectivos para todos los individuos que en él se encuentren.

Por su parte, la norma 12 del PIDESC refiere la atención médica materno infantil, que se busque reducir mortalidad de ésta última, la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas y de toda índole, así como la creación de condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad. Como se estableció, la parte de las normas a revisar sería la de afiliación, sin embargo, en una rápida revisión, se pudo apreciar que la Ley General de Salud sí contempla normas relativas a la atención médica materno infantil, normas de higiene, así como la prestación de servicios médicos en caso de enfermedad, por lo que de forma general se considera se ajusta a establecido en PIDESC. Sin embargo, se requeriría un estudio más detallado para afirmarlo más precisamente.

Por lo antes mencionado es claro entonces que existen grandes diferencias entre las fechas en que se han elaborado las leyes, motivo tal vez por el cual, parecieran no concordar en términos, ni en el abordaje de diversos temas. En el siguiente capítulo se revisa lo que sucede en la práctica con esta legislación relacionándolo con el dicho de los entrevistados.

### **3. 2. La Ley de Migración. Lo que necesitaría ser.**

La Ley de Migración aprobada en 2011 y puesta en vigor en el 2012, es la que se encarga de normar el ingreso, permanencia y salida de mexicanos y extranjeros a territorio nacional.

En términos generales es una ley que parecería favorecer a los migrantes; en su artículo 1 establece,

“Las disposiciones de esta Ley son de orden público y de observancia general en toda la República y tienen por objeto regular lo relativo al ingreso y salida de mexicanos y extranjeros al territorio de los Estados Unidos Mexicanos y el tránsito y la estancia de los extranjeros en el mismo, en un marco de respeto, protección y salvaguarda de los derechos humanos (Ley de Migración, 2011).

Se dice que buscó favorecer a los migrantes por lo que señala su artículo 6, el cual establece que el Estado mexicano garantizará el ejercicio de los derechos y libertades de los extranjeros reconocidos en la Constitución, en los tratados y convenios internacionales de los cuales sea parte México independientemente de su situación migratoria. Con lo anterior se reconoce que los migrantes internacionales en tránsito cuentan con el derecho humano al mantenimiento de su salud.

Así, la Ley de Migración se sumó al principio de convencionalidad que señala que en México los tratados internacionales tienen el carácter de norma suprema al nivel de la Constitución y que su observancia es obligatoria en todo el territorio nacional. Sin embargo, como se ha visto, establece ciertos atributos única y exclusivamente para los residentes, como el caso de la expedición de CURP. Por lo que, si bien inicialmente la

Ley de Migración pareciera buscar un respeto por los migrantes, más adelante no lo hace así.

El artículo 8 señala que los migrantes podrán acceder a servicios educativos y médicos, independientemente de su situación migratoria. El párrafo 2 del mismo artículo refiere que los migrantes tendrán el derecho a recibir dicha atención médica, pero establece que el acceso será de acuerdo con las disposiciones reglamentarias aplicables. El siguiente párrafo señala que se debe atender a los migrantes cuando peligre su vida y ahí cabe la atención médica a migrantes que vivan con VIH.

Sin embargo, el último párrafo reafirma que, en la prestación de servicios médicos ningún acto administrativo establecerá a los extranjeros, restricciones mayores a las establecidas de manera general a los mexicanos. Y es que, aunque pareciera que el artículo 8 cumple con lo que señalan los tratados en poner a disposición de los migrantes internacionales en tránsito el acceso a la salud, al requerir que se haga de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables, implícitamente establece que se deberá requerir de los extranjeros en tránsito, como mínimo, las mismas documentales que se pide a los mexicanos y que no sería posible a los migrantes proveer.

Se considera relevante efectuar la comparación entre las normas migratorias y los principios que enumera la Observación General 14 para el derecho a la salud. La norma afirma que los migrantes tendrán acceso a los servicios de salud, pero los sujetan a requisitos infranqueables. El principio de *disponibilidad* señala que se deben crear programas, servicios y bienes sin embargo el acceso a programas como el Seguro Popular se ve entorpecido en la norma cuando sujeta a los migrantes en tránsito a los mismos requisitos que debe cumplimentar un nacional domiciliado en la ZMG. Cabe recordar que el principio de igualdad significa que se creen las condiciones para que la gente con diferentes condiciones acceda a los mismos beneficios, y en este sentido la norma no lo hace.

El principio de *accesibilidad* señala que los establecimientos deberán estar abiertos para todos sin distingo o discriminación, dicho acceso debe ser prioritario a los sectores

más marginados o en condición de vulnerabilidad. En este caso se puede mencionar que la nacionalidad, origen o condición migratoria no deberían ser un motivo para negar acceso a servicios de salud, pero en el mismo sentido, sí se exige a los migrantes cumplan requisitos como entrega de CURP o acreditar domicilio tal como se hace con los nacionales, nos encontramos ante una norma que incumple con dicho principio. Este principio se refiere también a la accesibilidad física, a la facilidad para que personas como menores, indígenas o personas viviendo con VIH tengan acceso al mismo, sin embargo, esto ocurre en ciertos hospitales que difícilmente serían conocidos para una persona que se encuentra en tránsito y que, en caso de no ser una grave emergencia, estarían vedados al no contar con las documentales necesarias.

Otro principio, el de *aceptabilidad* indica que los establecimientos y sus trabajadores deben ser sensibles respecto a la cultura de las personas, en ese sentido, deben estar libres de prejuicios en razón de la nacionalidad, género, preferencia sexual o diferencias culturales. La norma migratoria es omisa al respecto.

En cuanto a las obligaciones de *proteger, cumplir y respetar*. Si esta última se refiere a que los estados no interfieran con el disfrute del derecho se puede aducir un incumplimiento puesto que la norma no reconoce la diferencia de los migrantes y los trae a un terreno en el que los equipara a los nacionales. No cumple porque no está poniendo su norma en concordancia con la amplitud de los principios del PIDESC.

En cuanto al artículo 12 del PIDESC. El apartado c habla de la prevención, tratamiento y la lucha contra enfermedades, determina se implementen programas para enfrentar enfermedades como VIH/SIDA. Ello comprende la instalación de un sistema de atención médica regular, así como estrategias y medidas de combate contra las enfermedades. En la práctica, el estado mexicano ha creado sistemas de salud, pero la norma migratoria se contrapone a sí misma al solicitar que los extranjeros sean sujetos de requisitos difíciles de cumplimentar.

El apartado d, establece que se deberán crear condiciones que aseguren a todos asistencia médica y sus servicios en caso de enfermedad, debiendo crearse establecimientos que procuren la obtención o recuperación de enfermedades físicas o

mentales, con un acceso oportuno. La oportunidad es clave en la atención médica, dado que una atención retardada para una persona que vive con VIH puede ser fatal. Los establecimientos hospitalarios existen, tal vez su calidad o aceptabilidad puedan ser discutibles, sin embargo, si existen se debe garantizar el acceso a los migrantes en tránsito por la ZMG también a ellos.

De la Ley de Migración se desprende un Reglamento, mismo que se encarga de explicar y detallar la intención de la norma, así como los criterios y requisitos específicos a efecto de hacer uso de ella al entregar trámites migratorios. Al hacer su revisión en lo concerniente al derecho a la salud se pudo constatar que este reglamento en sus artículos 185 y 186, establece que el Instituto Nacional de Migración instrumentará acciones que permitan identificar y brindar una atención adecuada a los migrantes que enfrentan situaciones de vulnerabilidad, pudiendo para ello establecer convenios con organizaciones de la sociedad especializadas en la atención de personas en dicha situación. Lo anterior con el objeto de mejorar la condición de los migrantes y para avanzar en el cumplimiento de tratados y convenios de los que es parte el estado mexicano. (Reglamento de la Ley de Migración. 2011).

De este cuerpo legal derivado de la Ley de Migración o de sus lineamientos de trámites o procedimientos publicados en el Diario Oficial de la Federación, no se desprenden más detalles relativos o hagan más referencia a los derechos o al derecho a la salud de los migrantes.

La Ley de Migración elabora su propio concepto de migrante - cuya revisión procede hacerse en el presente apartado debido a que es el relativo al análisis de la legislación - en su artículo tercero, lo define como un individuo que sale, transita o llega al territorio de un estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación. El anterior, resulta impreciso porque no cubre aspectos más detallados, como las situaciones de irregularidad por falta de documentos o plazos para los cuales puedan ser sujetos a otro tipo de protección. No era función del legislador abonar al debate académico de la migración en tránsito, sino incluir los derechos precisos en la ley.

Sin embargo, el concepto laxo pudiera contribuir en su condición de vulnerabilidad. Es interesante revisarlo porque si bien parece que el legislador y el ejecutivo al aprobar y proponer la norma respectivamente, contaron con elementos académicos para definir a las personas y sus situaciones, también se han quedado cortos en cuanto a los fenómenos y dinámicas con los términos que expresa la ley.

Es decir, actualmente, luego de revisar el trabajo de la Unidad de Política Migratoria de la SEGOB en términos de vulnerabilidad y las definiciones académicas del tránsito, existen las condiciones para que se proponga una reforma a la Ley de Migración que abarque también la precariedad del tránsito, y busque proteger a los migrantes de la misma. Que se alcance así un entendimiento más completo de las circunstancias y choques que se dan entre las propias estructuras sociales y jurídicas mexicanas y las realidades que experimentan los migrantes.

Así es que el análisis muestra discrepancias claras, falta de armonización entre la Ley General de Salud y la Ley de Migración con los estándares internacionales que marca la Observación General 14 y el artículo 12 del PIDESC para garantizar un efectivo goce del derecho a la salud de los migrantes internacionales en tránsito. Es claro, porque desde la legislación el estado mexicano limita los derechos que se ha comprometido a hacer efectivos para todos los individuos que en él se encuentren.

A continuación, se procede a revisar las partes de las leyes de Jalisco, se hace así porque son el escalón siguiente en la continuidad descendente del orden legal. El análisis resulta pertinente porque se refieren a la población migrante y su salud, pero aún antes de su revisión, se piensa que su contenido podría ser no muy distinto al de la norma federal ya estudiada.

### **3. 3. Las legislaciones en Jalisco, normativas de salud y migración.**

A continuación, se efectúa la revisión de tres leyes jaliscienses. Las dos primeras son las leyes en materia de salud, la primera fue estudiada en 2017 y 2018 durante la primera parte de elaboración de este trabajo. La segunda, aprobada justo a finales de 2018, se revisa por ser la vigente al momento de la conclusión del estudio, además de aportar nuevos elementos y consideraciones que parecieran pertinentes para el acceso a los servicios de salud. Posteriormente se realiza la revisión de la ley migratoria del estado y otra propuesta que existía en el mismo sentido.

La Ley Estatal de Salud de Jalisco aprobada en 1986, establece su competencia de acuerdo con el artículo 4 de la CPEUM, señala que regirá las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el estado y la obligatoriedad de cumplir dicha ley para todos los organismos públicos, privados y la población en general. Esta ley fue revisada de manera breve, pero en su totalidad, caso contrario de la ley federal que, por su amplitud, requeriría un estudio particular. Los artículos relativos al tema de la presente investigación, son los siguientes.

En su artículo 2 señala que entre sus finalidades se encuentra promover los principios de equidad y no discriminación en el acceso a los servicios de salud y en prestación de estos. Pero ciertamente, es la única vez en todo el texto legal que se mencionan dichos principios como tales, sin que en algún otro momento se definan, se desglosen o señalen cómo se garantizan estos aspectos de accesibilidad en su dimensión relativa a la no discriminación.

En su artículo 3 se habla de atención preferente para grupos vulnerables, pero entiende por grupos vulnerables a los adultos mayores, niñas y niños, las personas de escasos recursos, con algún tipo de discapacidad o aquellos que se encuentren en una situación de extrema dificultad para satisfacer sus necesidades básicas, sin mencionar migrantes no nacionales.

Otro de los objetivos de dicho artículo, es asignar la obligación de prevenir y controlar las enfermedades transmisibles. Crea un sistema estatal de salud, uno de cuyos

objetivos es, contribuir al bienestar social de la población mediante la prestación de servicios de atención médica para lograr el desarrollo físico, mental y social de grupos vulnerables.

Entonces, la Ley se refiere al derecho a la protección de la salud y enlista servicios básicos que prestará, siendo algunos de ellos la prevención y el control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, la atención médica y la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud (Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco, 1986).

En su artículo 59-A, relativo a la atención integral de las mujeres, se refiere que su atención sea de acuerdo con los principios de accesibilidad, calidad y disponibilidad. Este fue reformado en el año 2001, pero solo refiere la atención de las mujeres, no de todos los individuos del Estado, aparte de que no se establecen formas claras de llevar a cabo su realización.

En el artículo 86, se dice que son servicios públicos a la población en general, los que se proporcionen en establecimientos públicos de salud a los habitantes del estado, que se regirán por los criterios de universalidad y gratuidad.

La citada ley no habla de ningún tipo de migración, además, cuando refiere la palabra “humanos” está hablando de seres o recursos, pero no de derechos y aunque ha sido reformada en diversas ocasiones, las últimas precisamente en 2012, no se le ha agregado perspectiva alguna de derechos humanos y limita su acción para los habitantes del estado, aunque es rescatable encontrar los principios de gratuidad y universalidad en ella.

Mención especial merece el artículo 40, donde en su fracción IV determina la obligatoriedad de las autoridades sanitarias de informar de cualquier noticia que tengan respecto a que alguien vive con VIH. Pareciera ser inspirado por el temor causado por la infección por VIH en sus años iniciales y la atención prioritaria que debería dársele para evitar alguna epidemia local de mayores proporciones. Aunque, hoy en día ya no es una afección mortal, la disposición sigue vigente.

La Ley Estatal de Salud parece menos restrictiva que la propia Ley General de Salud ya que no limita en ningún momento el acceso a servicios de salud para personas extranjeras o migrantes porque es totalmente omisa en mencionarles. Pareciera no discriminar por lo que el principio de *accesibilidad*, ingreso, atención y no discriminación del que habla la Observación General 14 podría verse cubierto de alguna manera.

Existe un apartado en su artículo 92, el referente a los usuarios de los servicios de salud, el cual refiere que la ley establecerá las bases y modalidades de acceso a los servicios. Si dichas modalidades de acceso se refieren a los mismos requerimientos que exige la ley federal, entonces, en la práctica el acceso a sus establecimientos no estaría garantizado a los migrantes en tránsito.

En términos generales, la norma estatal incluye muchos aspectos respecto a la atención y prevención de enfermedades tanto físicas y mentales, la atención de la salud materno infantil y prevención de adicciones por lo que parece retomar aspectos importantes del artículo 12 del PIDESC.

No es claro si del texto de la ley se desprende una intención de obedecer las obligaciones estatales de *proteger, respetar y cumplir* dado que las mismas podrían verse afectadas mediante reglamentos o aspectos administrativos para la inclusión, registro y atención médica a pacientes extranjeros en situación de irregularidad que se encuentren en la ZMG. En el caso de esta Ley, no existen menciones a la afiliación en su texto ni se refiere a algún reglamento específico para ello.

La Ley de Salud del Estado de Jalisco de 2018 fue uno de los últimos actos del saliente gobernador Jorge Aristóteles Sandoval. Fue aprobada el 22 de noviembre de 2018 y acordado que entraría en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico El Estado de Jalisco. Fue publicada el día 05 de diciembre de 2018 en el periódico oficial estatal por lo que entró en vigor el pasado 06 de diciembre de 2018.

Al igual que la anterior ley, señala en su primer artículo que sentará las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el estado y con la

misma se confirma la competencia concurrente del Estado de Jalisco con la Federación en materia de salubridad general.

Esta nueva legislación sí establece en su artículo 2 que se regirá por principios de *accesibilidad* universal, *aceptabilidad* y *calidad*. Señalando que los bienes de salud y sus servicios deben estar al alcance de todas las personas en Jalisco. Que el personal médico deberá ser sensible y respetuoso de la cultura y necesidades de los pacientes y usuarios, así como, que los servicios deberán tender a la excelencia y a la mejora permanente. El siguiente artículo establece los fines que persigue la ley y que a saber son, la protección de la dignidad de las personas, así como su bienestar físico y mental en la prestación de los servicios de salud.

En su artículo 16, el cual refiere un sistema sanitario estatal, señala que sus objetivos serán brindar un trato digno a los usuarios, la prevención y preservación de la salud de todas las personas, así como el garantizar que la atención médica prestada en la entidad no afecte la estabilidad económica de los usuarios. Las atribuciones de este sistema se definen en el artículo 18 y entre ellas menciona el asegurar el acceso efectivo a los servicios médicos a todos los grupos en situación de vulnerabilidad mediante la ampliación constante de la cobertura atendiendo a las necesidades particulares de cada persona. Y a pesar de que durante todo el desarrollo del texto se menciona 8 ocasiones a estos grupos vulnerables, en ningún lugar de este se definen quienes son.

En su artículo 23 refiere que se considera usuario de los sistemas sanitarios a toda persona que así lo requiera, pero de acuerdo con las bases que para cada modalidad establezca esa ley y las demás disposiciones aplicables. El siguiente artículo hace a la Secretaría de Salud local responsable por el establecimiento de los procedimientos que regularán las modalidades de acceso de todas las personas a sus servicios. Precizando inmediatamente después que, esas modalidades de acceso a los servicios de salud privados o sociales se regirán por lo que establezcan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos que establezcan la propia ley y la Ley General.

Por su parte, el artículo 26 habla de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, entre ellos mencionan el recibir atención médica integral, ser sujetos de un

trato digno y respetuoso, recibir información suficiente y acceder a una atención integral. Mientras que el artículo 34 refiere que para efectos del derecho a la protección de la salud considera como servicios básicos, la prevención y control de enfermedades transmisibles, la atención preferencial a los grupos en situación de vulnerabilidad, el control de los padecimientos considerados catastróficos y la disponibilidad de medicamentos. En concordancia, el artículo 38 señala que son servicios públicos a la población en general los que proporciona establecimientos públicos de salud, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad fundados en los criterios de universalidad y gratuidad. En un apartado posterior señalan que el ejecutivo podrá efectuar convenios para la prestación de los servicios gratuitos para personas en situación de vulnerabilidad.

Es una ley sumamente reciente. Surge incluso la cuestión de cómo la estará implementando el sector salud estatal hasta el día de hoy. Es explícita en exponer los principios de *accesibilidad, calidad y aceptabilidad*. En cuanto a la *disponibilidad*, se refiere a la misma en diferentes momentos al hablar específicamente de la disponibilidad de insumos y medicamentos.

En la comparativa entre la nueva legislación y el artículo 12 del PIDESC se puede mencionar que la legislación es precisa en referir y buscar proteger a los infantes, a las mujeres, garantizar la atención materno – infantil, la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades sin importar si estas son epidémicas, endémicas o de cualquier otro tipo. En particular, se hacen precisiones respecto a padecimientos transmisibles y no transmisibles. Entre el primer tipo se menciona el VIH y se retoman las disposiciones de la anterior legislación en el sentido de tener que informar al personal médico en cuanto conozcan el padecimiento de afecciones como el VIH. También es precisa la legislación en cuanto a la creación de condiciones que busquen asegurar la asistencia médica y sus servicios. Por todo lo anterior se puede decir que los aspectos del artículo 12 del PIDESC se encuentran incluidos en la nueva legislación de salud.

Respecto a la Observación General 14, en cuanto al principio de *accesibilidad* refiere, al igual que la ley anterior, la dimensión de no discriminación en cuanto a la prestación de los servicios de salud, además de que, más de un artículo especifica que los servicios de salud en el estado serán para todas las personas.

El tema de la *accesibilidad* a los servicios de salud en cuanto al registro o afiliación de las personas migrantes, al igual que en la ley anterior no sería claro en virtud de que no se enumeran requisitos o procedimientos administrativos al respecto, sin embargo, de su artículo 24 se desprende que se seguirán las disposiciones pactadas, sin perjuicio de lo que establezcan la misma ley y la Ley General de Salud. Cabe recordar que esta última impone limitantes específicas respecto a la afiliación para personas extranjeras y para aquellas que carezcan de ciertos documentos. Por lo que sí, de forma general se solicitan los mismos requisitos que establece la Ley General de Salud, entonces sería excluyente y discriminatoria.

Un aspecto, válido para la ley anterior como para la actual, es que la accesibilidad física a los establecimientos es limitada, ya que como se explicará en el capítulo 4, estos solo se encuentran disponibles en algunos municipios de Jalisco. Respecto a los temas de disponibilidad, esta es clara y reafirma que busca que medicamentos e insumos estén al alcance de la población, y que los servicios sean gratuitos para los grupos vulnerables, a pesar de no definir a estos últimos grupos. Refiere una infraestructura de salud. Por todo lo anterior se puede decir que la legislación, de forma inicial, pareciera ajustada a los principios internacionales, sin embargo, en la parte focal del presente trabajo, la afiliación o acceso para los migrantes en situación irregular, si esta es acorde con la Ley General de Salud, entonces será limitante y discriminatoria.

En el tema migratorio se ha promulgado en el año 2016 una ley estatal llamada Ley de Protección y Atención de los Migrantes en el Estado de Jalisco. Esta ley en su primer artículo señala que sus disposiciones son de carácter público y de observancia general y señala tener por objeto reconocer, promover y respetar los derechos de los migrantes sin discriminación alguna.

Establece que los migrantes tienen derechos y que estos se respetarán de manera irrestricta, otorgándoles acceso a programas de desarrollo, proyectos y acciones estatales; a los servicios que presta la administración pública, a trato digno, respetuoso, oportuno y con calidad humana, así como al libre tránsito.

Pero, esta ley, requiere a los migrantes acreditar su identidad, situación que de por sí para las personas extranjeras en tránsito por México representa un reto porque en muchos de los casos la suya es una migración indocumentada o irregular. Lo anterior, como se mencionó en el capítulo 1, lo señala la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) al indicar que se estima que cada año 400 mil personas cruzan de manera irregular la frontera sur de México (ACNUR, 2016).

Refiere políticas en materia de migrantes, pero cuando intenta precisar circunstancias, no menciona a los migrantes internacionales y aquellos que se encuentren en tránsito por la entidad parecen no existir. En su exposición de motivos define a los migrantes en tránsito y señala que se procurará acceso a servicios básicos de salud para todos ellos, sin embargo, esto no se encuentra propiamente en el texto de la ley, por lo que no posee o posea la obligatoriedad de la norma.

En este sentido es necesario revisar si dicha norma, de reciente creación, se ajusta a lo que establecen los principios de la Observación General 14. Habla de la inclusión de migrantes en los servicios prestados por el estado, sin embargo, al imponer el requisito de identificación elimina dicha posibilidad para los migrantes sin documentos por lo que claramente es violentado el principio de *accesibilidad*.

Habla de respeto para los migrantes, pero es poco clara y de su estudio no se desprende que incluya los principios de *calidad* o *aceptabilidad* de los que habla la Observación General 14 del Comité de derechos económicos y sociales. Posee un apartado de asistencia al migrante, por lo que tiene un carácter de apoyo más no de un reconocimiento real de derechos (Ley de Protección y Atención de los Migrantes en el Estado de Jalisco, 2016). La ley migratoria de Jalisco no toca el tema de la salud de ninguna forma, por lo que no refiere ninguno de los aspectos que señala el artículo 12 del PIDESC.

Al antes referido requisito impuesto a los migrantes de acreditar su identidad ante autoridades, la ley añade el de proporcionar sus datos personales. Dichas disposiciones fueron impugnadas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos al considerar que violentaban el derecho al libre tránsito, la seguridad jurídica y la protección de datos personales.

En enero de 2019, al dictar resolución al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró dichas disposiciones inconstitucionales, llegando aún más lejos la Corte al determinar que es inconstitucional que el Congreso de Jalisco legisle sobre temas migratorios, facultad reservada al Congreso de la Unión (SCJN, 2019). Situación que aún no ha sido modificada en sus artículos o abogada en su totalidad por el Congreso Local.

Sin embargo, si en lugar de ser una legislación que exige requisitos violentando derechos, fuese una que los ampliara, de forma meditada y congruente, podría ser aplicable al aplicarse el principio legal pro persona, la cual indica que se debe usar aquella norma que mayor beneficio aporte al individuo.

A pesar de lo anterior, en el mes de marzo del presente año se propone una modificación a la Ley de Migrantes del Estado. Esta fue aprobada por el Congreso local y publicada en el diario oficial para que entrara en vigor en el mes de junio de éste mismo año. En ella, se hizo un añadido al artículo tercero y se agregó como un derecho más de los migrantes el de atención médica, precisando que ello debe suceder independientemente de su situación migratoria (Congreso de Jalisco, 2019).

El pasado 19 de junio de 2019 en el diario local El Informador se publicó un artículo titulado “Una reforma migrante al estilo Jalisco”. El texto periodístico, firmado por Jonathan Lomelí, crítica la reforma de la ley estatal de migración. Es puntual afirmando que en ocasiones los diputados presentan iniciativas que más que buscar aliviar una problemática real, abordan situaciones mediáticas o de moda. Recalca que adicionar una ley con veinticinco palabras no garantiza el ejercicio efectivo de un derecho. Por lo que se denota una falta de seriedad de parte del Congreso del Estado en la atención del tema (El Informador, 2019).

Antes de aprobarse la mencionada Ley migratoria jalisciense, existió otra propuesta de parte del diputado independiente Pedro Kumamoto, quien junto con FM4 Paso Libre, pretendieron se convirtiera en Ley.

Se tuvo la oportunidad de revisar la misma y planteaba reformas a la Constitución del Estado de Jalisco y ofrecía una salvaguarda y reconocimiento de derechos para los migrantes. Proponía la reforma de la Ley de Salud Estatal en su artículo tercero, donde se habla de la atención para grupos vulnerables, en un claro intento por reducir el margen de la discrecionalidad que se puede observar en la prestación de servicios médicos. También, intentando que, los migrantes internacionales fueran considerados un grupo vulnerable en dicho cuerpo legal, porque no es legal ni humanamente justificable la negativa del acceso a la salud.

Se tiene entonces, un cuerpo legal internacional que describe y precisa un derecho a un goce mínimo de Salud. México es signatario de esos tratados que le establecen, sin embargo, existen contradicciones en su legislación federal e inconsistencias y omisiones en las leyes locales. Así, se aprecian elementos precisos en el marco jurídico que imposibilitan un acceso al derecho a la salud efectiva para los migrantes internacionales en tránsito por Guadalajara.

El estudio de la Ley de Salud federal permitió apreciar que es restrictiva y limita el acceso a personas extranjeras en su texto, a pesar de saber que en la práctica se afilia a aquellos extranjeros que poseen estancia regular. En otro sentido, el texto legal y los requisitos administrativos de afiliación restringen y discriminan al solicitar documentos como la Clave Única de Registro de Población, una identificación y comprobantes de domicilio que se sabe muchas de las personas en tránsito no poseen. En cuanto a su contraste con los estándares de PIDESC y de su Observación General 14, se puede decir que posee aspectos del Pacto, sin embargo, los requisitos y la limitante por nacionalidad claramente discriminan por lo que se incumple el principio de accesibilidad.

La Ley de Migración no es tan diferente, parece ser amplia y protectora, sin embargo, en su redacción solicita los mismos requisitos que la Ley General de Salud para hacer validos los derechos. Por lo que termina limitando y restringiendo, por ello se considera que los principios de la Observación General 14 no se cumplen.

La ley migratoria estatal, ha sido formulada al vapor, incluyó a los migrantes de tránsito en sus exposiciones de motivos, pero los excluyó en el texto legal. La versión aprobada no refería nada al tema sanitario sin embargo ha sido probada como inconstitucional en algunas de sus partes. Ha sido adicionada y sin establecer cómo o de qué forma, ha agregado el derecho a la salud, lo hace sin una definición clara, sin hacer referencia a los estándares del PIDESC o de su Observación General 14 o sin una institución que ponga en marcha sus disposiciones.

La anterior Ley de Salud era imprecisa por antigua, no tenía la perspectiva de derechos humanos, sin embargo, son rescatables los principios de universalidad y gratuidad. En cuanto a la nueva ley de salud de Jalisco, expresa con claridad los principios de la Observación General 14 y cumple con lo que menciona el artículo 12 del PIDESC, incluso los describe. Habla de acceso para servicios de salud para todas, no distingue entre nacionales y extranjeros, no habla, al igual que la ley anterior de los requisitos para la incorporación. Pero, el hecho de que señala que se fijarán estos sin perjuicio de lo que establezca la legislación nacional, apunta a que se seguirán observando los mismos requisitos para la afiliación y por tanto para el acceso a servicios médicos en Jalisco. Sin embargo, es pronto para determinar si su aplicación será la adecuada, la necesaria y si dichos principios se observarán. De momento, los requisitos de afiliación que establece la legislación federal siguen siendo aplicados.

A lo anterior se debe agregar que se tiene a un grupo que por sus condiciones de migración puede ser de difícil identificación en alguna localidad, también que derivado de la situación que experimenta el país pueden ser objeto de abusos o delitos por parte de autoridades y particulares. También, la falta de documentos y el desconocimiento de las circunstancias locales y de las instituciones les coloca en una situación de vulnerabilidad que se ve agravada por la falta de armonía en las leyes y por una

autoridad que intenta hacer efectivos derechos mediante leyes arcaicas que no se ajustan a la realidad o que, sin ser bien pensadas, se promulgan y se adicionan sin proveer realmente herramientas legales que permitan un acceso a derechos para todas y todos.

De igual forma se puede apuntar que los servicios médicos nacionales se encuentran rebasados, por lo que más allá de simplemente abogar por el derecho de los migrantes, también habría que ser muy cuidadosos de hasta donde el Estado mexicano podrá extender dicho acceso.

A continuación, se procede a explicar las situaciones prácticas, se unen en un capítulo lo observado respecto a la legislación con las opiniones resultantes de las entrevistas. Ello brinda un panorama más preciso de lo que representa la aplicación de las anteriores normas en la ZMG, las complicaciones señaladas, el actuar de la autoridad y algunas soluciones propuestas desde sociedad civil.

#### **4. Actores, programas y afiliación de migrantes en tránsito que viven con VIH en la ZMG a servicios de salud. Obstáculos de afiliación.**

Se ha visto que algunas de las legislaciones locales relativas al derecho a la salud fueron elaboradas antes de que se redactaran leyes con abordajes y perspectiva de derechos humanos, a la fecha, en el rubro de acceso a la salud, algunas no han sido reformadas para ajustar sus preceptos.

La Ley General de Salud ha dibujado en su análisis una situación compleja respecto al acceso al derecho a la salud de los migrantes irregulares en tránsito, específicamente al requerir acreditar su identidad. Por su parte, la Ley de Migración, revisada en el capítulo anterior, describe y señala que la atención de los migrantes se hará desde una visión de respeto por los derechos humanos, pero se ha constatado que la obtención de documentos migratorios y la CURP, es legal y materialmente imposible para los migrantes irregulares en tránsito, a menos de que requieran de protección internacional por razones humanitarias.

Inspirado en la metodología de Bobes y Pardo (2016), quienes desarrollan su trabajo a través del estudio de los actores implicados en las migraciones. Las autoras determinan 3 tipos de actores, estatales, sociedad civil y los propios migrantes; en el presente, se abordan las visiones de actores estatales y de sociedad civil. Los actores migrantes son obviamente agentes de interés, sin embargo, como el trabajo es un análisis legal y sus implicaciones, se decidió retomar solo la parte institucional y de sociedad civil. Por lo anterior, se ha organizado el capítulo mencionando la implicación que tienen estos en la atención en salud a los migrantes internacionales en tránsito irregular por la ZMG.

Después, mediante la explicación del proceso de afiliación y sus complicaciones, se entrelazan y analizan los hallazgos de la revisión documental, las peticiones de acceso a la información, así como las entrevistas efectuadas a personas de instituciones como el Consejo Estatal para la Prevención del SIDA en Jalisco, donde la Lic. Ancira Dueñas Martínez del Subconsejo de Derechos Humanos amablemente contestó los

cuestionamientos. En el Instituto Nacional de Migración, se contó con el apoyo de la Lic. Alejandra Cortés Dueñas, responsable del área de regularización.

Desde la sociedad civil se recibieron las aportaciones de los licenciados en derecho Luis Enrique González Araiza, coordinador jurídico de Dignidad y Justicia en el Camino A.C. FM4 Paso Libre y una breve entrevista con el antes abogado del Albergue “Hermanos en el Camino” de Ixtepec, Oaxaca, Josué Gómez Guzmán, especialista en temas de refugio.

Los entrevistados son personas de instituciones que por su actividad se han visto relacionadas en el proceso de afiliación de personas migrantes que necesitan acceder a servicios médicos a su paso por la ZMG. Fueron seleccionados porque durante el desarrollo se aprendió que de una forma u otra han participado en el registro y tratamiento a personas que viven con VIH y ese es el paso inicial para el acceso al derecho a la salud.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con el apoyo de cuestionarios que se referían a las situaciones en que los actores han participado, se preguntó sobre las complicaciones, los aspectos legales y las formas que han encontrado para resolver la afiliación y acceso a tratamiento para migrantes en tránsito. Estas se llevaron a cabo durante el segundo semestre de 2018 y el primer semestre de 2019 en las instalaciones de dichas instituciones para los primeros tres y en el actual empleo del último.

La Lic. Ancira tuvo a bien aceptar ser entrevistada en dos ocasiones, los otros tres en una sola ocasión, pero manteniendo una constante comunicación. Al ser el tema la atención a migrantes que viven con VIH las instituciones naturales a cuestionar fueron el propio Instituto Nacional de Migración, así como el Consejo Estatal de atención al SIDA, para conocer si había recibido a personas en movilidad bajo estas circunstancias.

En el caso de sociedad civil, se eligió a FM4 Paso Libre por ser una asociación civil reconocida en la localidad, integrante de REDODEM y cuyo trabajo con población en situación de movilidad es público y notorio por lo que acercarse a conocer sus experiencias era un paso importante. La experiencia de otro abogado que ha colaborado

en otro albergue reconocido como Hermanos en el Camino permitía tener contacto con alguien empapado en la situación de personas en tránsito, así como el hecho de que actualmente se encuentra en la ciudad y ahora en contacto con el trabajo de INM de manera local.

Por otra parte, se realizaron diversas peticiones de acceso a la información para saber si el propio Instituto Nacional de Migración en Jalisco había recibido solicitudes para que personas adquirieran una condición de estancia regular por vivir con VIH. Para ello se realizaron diversos cuestionamientos a efecto de que la autoridad respondiera en la manera más precisa, intentando conocer la vía legal usada para ello. Fueron alrededor de ocho cuestionamientos fundados en la misma Ley de Migración.

Otro actor, que parecía relevante al principio, eran los Hospitales públicos de la ZMG, a ellos se dirigió una pregunta con algunas variantes intentando que la autoridad respondiera si habían atendido extranjeros viviendo con VIH. Se hicieron seis peticiones a través del sistema estatal de acceso a la información pública. Todas fueron respondidas de forma negativa indicando que el sistema de registro de pacientes con VIH no incluye la nacionalidad de las personas. Es por ello que se desistió en la intención de conseguir opiniones de los centros médicos. Sin embargo, conforme se avanzó en el trabajo, se observó que la mayor necesidad era la de afiliación a dichos centros, con la atención específica, por eso se desistió en buscar alguna entrevista.

Relevante es comentar, el Seguro Popular, otro actor fundamental, fue poco receptivo. Se entrevistó al Sr. Raúl Rondón, encargado del área de afiliación de dicha institución en el estado de Jalisco. A pesar de contar con las preguntas específicas que referían a los temas de afiliación y a una incorporación temporal que más adelante se refiere, las preguntas fueron contestadas con monosílabos y sin mayor aportación, de forma que las mismas no se incluyen.

A continuación, se explica cómo se instituye la facultad de las autoridades responsables de otorgar servicios en salud a personas viviendo con VIH en Jalisco para tener claro el fundamento que da competencia a los actores que más adelante se presentan. Al ser incluido el derecho a la salud en legislaciones y tratados, se apuntó a los estados

nacionales como las entidades responsables de garantizarlo. Las disposiciones que vierten instrumentos internacionales como el PIDESC y la Ley General de Salud de México, revisados con anterioridad, designan a los gobiernos como principales responsables de su otorgamiento y cumplimiento. Son entonces autoridades del gobierno de México, en sus distintos niveles, federal, estatal y municipal, las responsables de su implementación y por lo tanto los actores institucionales revisados en el presente apartado.

En el capítulo anterior se revisó el artículo 4 de la CPEUM, el cual indica que la ley determinará las bases y modalidades para acceder a servicios de salud, así como las competencias entre la federación y otras entidades gubernamentales para otorgarlos.

Consecuentemente, el artículo primero de la Ley General de Salud instituye a la Secretaría de Salud del gobierno federal como la reguladora de dichas bases y modalidades y señala que sus disposiciones son aplicables en toda la nación. Dicha ley dimana de los poderes ejecutivo y legislativo, y de acuerdo con el artículo 76 fracción 16 de la misma CPEUM el Congreso de la Unión está facultado para dictar leyes en materia de salubridad. Queda con todo lo anterior cimentada la autoridad y responsabilidad del gobierno federal mexicano para establecer y garantizar los servicios de salud para la población.

El artículo 7 de la Ley General de Salud establece que la entidad responsable de ejecutar la política pública en la materia es la secretaría del ramo. El artículo 9 del mismo ordenamiento señala la coadyuvancia que corresponde a las autoridades de las entidades federativas, determinándose que éstas planearán, desarrollarán y organizarán sus propios sistemas de salud. Lo anterior se materializa localmente en el primer artículo de la Ley Estatal de Salud de Jalisco que reitera que el propio Estado es el competente en la materia, por lo que instituye a la Secretaría de Salud Jalisco y los municipios como las autoridades en materia de sanidad en la entidad.

Es así como, autoridades federales y estatales son conjuntamente las responsables de garantizar el acceso a los servicios médicos para todas las personas y en el caso de este estudio, para aquellas migrantes que vivan con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es por ello por lo que a continuación, se detalla la forma en que cada actor interviene en el sistema que da acceso a servicios y tratamientos médicos a los pacientes de VIH.

#### **4. 1. Sistema de atención en salud para personas con VIH en Zona Metropolitana de Guadalajara, actores estatales clave.**

En México se puede recibir tratamiento médico en instituciones privadas y públicas, esas últimas son las que intentan garantizar el derecho a la salud. Como se mencionó en el apartado anterior, son responsabilidad del gobierno federal y estatal. A continuación, se detallan estas autoridades.

En la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara existen diversos centros públicos donde la afección por VIH es tratada. Se organizan dependiendo del trabajo que realizan las personas, por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es para los trabajadores en empresas, se cuenta también con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), pero no son analizados en el presente dado que los migrantes en tránsito no tendrían acceso a los mismos por ser para trabajadores, puesto que implicaría un registro formal ante esas instituciones, para lo que también son requeridas identificaciones, acreditación de relación obrero – patronal y según se comprende, CURP.

Entonces, el que se analiza es el otro esquema, el cual recibe a población en general, es el de los Servicios de Salud Jalisco, cuya afiliación se realiza a través del Seguro Popular. De este último se ha hablado antes y será retomado en los siguientes apartados por ser al que puede acceder la población que interesa a este trabajo dado que es el que se ha dispuesto para el registro y atención para la población abierta y sin depender de relaciones laborales.

El Gobierno Federal, como respuesta a los retos que el VIH presentaba, a través de su Secretaría de Salud estableció en 2001 un Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH Sida (CENSIDA). Para dicho trabajo sanitario se han creado unidades de atención especializadas, los primeros son los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), los segundos son los Servicios de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) (Auditoria Superior de la Federación, 2017). Estas unidades brindan los mismos servicios, solo que los primeros son ambulatorios y los segundos incluyen servicios de hospitalización.

Entonces, CAPASITS es una unidad que proporciona servicios para evitar la transmisión del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) y atender las necesidades médicas de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Estos servicios incluyen proporcionar Tratamiento Antirretroviral (TAR). Como lo establece su nombre, los SAIH prestan servicios integrales por lo que realizan las mismas funciones que los CAPASITS pero cuentan con espacios específicos para hospitalización.

En Jalisco, existe un CAPASITS en Puerto Vallarta, los otros centros de atención especializada de los servicios de Salud Jalisco son SAIH y son tres, mismos que se encuentran en la ZMG y se precisan a continuación (COESIDA, 2019).

Aparte de estos cuatro centros que atienden a la población que vive con VIH en Jalisco, existen los de IMSS o ISSSTE, pero son exclusivos para sus derechohabientes. Se considera necesario precisar que los municipios poseen la facultad legal de establecer consejos municipales para atención del SIDA, pero no todos ellos los han establecido, además, si crean un consejo municipal se hace primordialmente para la detección de VIH (COESIDA, 2018) por ello, si una persona radicada en algún municipio no conurbado a la capital del estado es diagnosticada con VIH, tendrá que trasladarse a la ZMG para ser atendida.

Se ha creado un Consejo Estatal para la Prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (COESIDA) en la entidad, este es el responsable de coordinar las actividades de las diferentes instituciones del sector salud tendientes a prevenir la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y por lo tanto de supervisar el correcto

funcionamiento de los antes mencionados centros especializados para la atención del paciente con VIH. (Periódico Oficial del Estado de Jalisco, 1988).

Los servicios de salud del Estado de Jalisco se otorgan a través de hospitales locales, dependientes directamente de la Secretaría de Salud Jalisco y en algunos casos de manera coordinada con la Universidad de Guadalajara, esto incluye a las personas que requieren tratamiento por vivir con VIH.

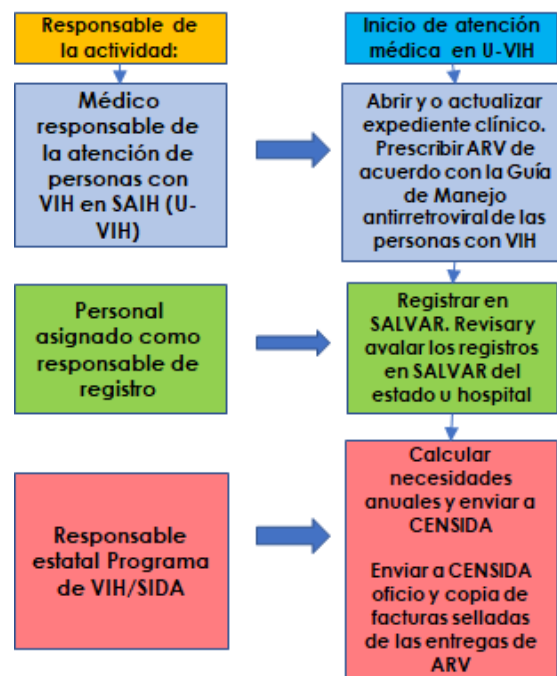
Dichos Hospitales son el General de Occidente conocido como “Hospital de Zoquipan” y el Hospital Civil de Guadalajara con sus dos unidades, Antiguo Hospital “Fray Antonio Alcalde” y Nuevo Hospital “Juan I. Menchaca”. Cada uno de estos centros es considerado SAIH por sus características (CENSIDA, 2018) y cuenta con un área de atención al VIH, llamadas comúnmente Unidad de VIH (U-VIH). Estos son los encargados de la atención directa a los pacientes, entrega de medicamento antirretroviral (ARV) y son proveídos de insumos con supervisión de CENSIDA y COESIDA (CENSIDA, 2013).

CENSIDA tiene entonces la responsabilidad de gestionar los recursos para la adquisición de ARV con la Secretaría de Salud Federal. La Maestra, Ancira Dueñas, refirió que el dinero con el que se cubren los gastos de los CAPASITS y SAIH en los que se atiende a las personas que viven con VIH provienen del Fondo de Gastos Catastróficos del Gobierno Federal (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019). Indicó específicamente que los recursos se canalizan desde la Secretaría de Salud y CENSIDA, quienes compran los insumos y medicamentos que luego hacen llegar a los estados a través de los Consejos Estatales para el SIDA. Ellos son los responsables de enviar material, equipo y medicamentos antirretrovirales a los CAPASITS y SAIH.

Es decir, CENSIDA determina la cantidad necesaria de ARV mediante el análisis de la estimación anual que hacen los responsables de los COESIDAS en cada entidad federativa. Luego de efectuar las compras, los laboratorios adjudicados entregan en los almacenes estatales. Los CAPASITS y SAIH solicitan la entrega de ARV mediante petición expresa (CENSIDA, 2013). Estos medicamentos son costosos, un tratamiento puede costar desde 222.35 pesos hasta 22,449.79 pesos (SNPSS, 2017).

En los SAIH y CAPASITS los médicos tratantes abren o actualizan expedientes clínicos y con base en ello prescriben los medicamentos ARV. El lugar donde se abre o actualiza el expediente clínico es el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR). Cabe destacar que México, conforme a acuerdos adquiridos internacionalmente, entrega de manera gratuita los medicamentos ARV a todas las personas (CENSIDA, 2013)<sup>1</sup>. La ruta de registro y anotación de necesidades antes descrita se ilustra en el siguiente esquema.

**Figura 1.** Flujograma del procedimiento para la asignación de recursos, inicio del tratamiento con fármacos ARV e integración del expediente clínico.



Fuente: CENSIDA, 2013. *Manual para operación del programa de acceso a los Antirretrovirales en Unidades de la Secretaría de Salud.* Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual\\_de\\_acceso\\_arv\\_2013.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual_de_acceso_arv_2013.pdf)

Entonces, para la atención al VIH en la ZMG participan diferentes niveles de gobierno, el Federal y el de Jalisco, donde se ven comprendidas dos Secretarías de Salud, un Centro Nacional para Prevención y un Consejo Estatal de VIH, hospitales del sistema de salud propio de la entidad con unidades especializadas en atención de VIH - SIDA y de forma más reciente un Sistema de Protección Social en Salud.

Por todo lo antes expuesto, se considera que las personas migrantes en situación irregular en México que transitan por Guadalajara y que no poseen la calidad de empleados formalmente, serían atendidos en alguno de los tres ya mencionados hospitales de la ZMG (Zoquipan o algún Hospital Civil).

Cabe señalar que, dichos centros hospitalarios cuentan con unidades de VIH desde hace ya varios decenios, pero en el año 2001 con la creación del Seguro Popular, se incluyó en su esquema la atención y tratamiento para personas con VIH por ser considerado un padecimiento de alto costo (SNPSS, 2017). Por lo tanto, para ser atendido, otorgados servicios y medicamentos en dichas unidades hoy, es necesario contar con afiliación al Seguro Popular.

Los antes mencionados son algunos de los actores estatales que se ven implicados en la atención a personas que viven con VIH. Existen otros, estatales y no estatales, de los que no se hablará con detenimiento, pero a continuación se analizan algunos con mayor profundidad por ser los vinculados con la afiliación, primer paso para el acceso a la atención en salud para migrantes internacionales en tránsito por Guadalajara. Se ha hecho así por haberse determinado que su actuar era fundamental en dicho proceso en el que se acompaña a los migrantes.

#### **4. 1. 1 El Consejo Estatal para la Prevención del SIDA en Jalisco - COESIDA.**

Se desea resaltar la relevancia que posee el Consejo Estatal para la Prevención del Sida en el Estado de Jalisco COESIDA, porque no es únicamente un organismo de respuesta a la epidemia que se crea en 1988, que solicita los medicamentos a ser enviados a la entidad y los distribuye. Se señala esto porque se reconoce también que realiza una importante labor informativa y provee de insumos como pruebas rápidas de detección de VIH, coordina los esfuerzos de sociedad civil y con otras instituciones para el control y detección de la pandemia.

Entre sus objetivos principales se encuentran el facilitar la integración interinstitucional e intersectorial para la prevención y control de VIH e ITS en Jalisco, buscando disminuir su incidencia a través de estrategias de prevención. También brinda servicios integrales a los usuarios mediante equipos de trabajo coordinados y especializados (Periódico Oficial del Estado de Jalisco, 1988).

Su labor también se centra en disminuir el impacto social y económico del VIH mediante la promoción de acciones intersectoriales que buscan la equidad y respeto de las Personas Viviendo con VIH (PVV). Entre otras, sus atribuciones son fortalecer los programas municipales de prevención y atención del VIH en los municipios en poblaciones rurales con características de migración y pobreza, así como impulsar proyectos de investigación que permitan actualizar y reorientar sus acciones, coordinando los programas de los servicios de Salud Jalisco (Periódico Oficial del Estado de Jalisco, 1988).

Ofrece pruebas de detección de VIH y sífilis gratuitas, orientación personal sobre sexualidad, VIH e ITS y especialmente vincula con los servicios de especialidad de atención a VIH.

El Consejo trabaja en Sub consejos, uno de ellos, el de derechos humanos, es al que se ha comisionado para atender a personas migrantes en situación irregular que requieren acceso a tratamiento ARV. También, ha sido llamado a ser un actor fundamental porque es quien determina el grado de vulnerabilidad de una persona

migrante que vive con VIH. De acuerdo con la normativa migratoria, un documento emitido por institución pública, indicando que la persona sufre una alteración grave de salud y que su traslado, deportación o retorno asistido implica riesgo para su vida, es necesario para una de las vías de atención e incorporación al sistema de salud para los migrantes.

Se ha apuntado que es quien evalúa la necesidad de medicamentos Antirretrovirales (ARV) en la entidad y lo comunica a CENSIDA. Con el arribo del nuevo gobierno federal a finales de 2018 eso está cambiando. Se ha recibido información de personas que trabajan en organizaciones de la sociedad civil en otros estados en el sentido de que Secretaría de Hacienda y Crédito Público pidió a CENSIDA reduzca el número de medicamentos que adquiriría, es decir, pasar de una gran lista a una más pequeña. Aunque también recomendó, comprar los más nuevos y de probada eficacia, sin escatimar costos, llamados “nuevo paradigma de ARV”.

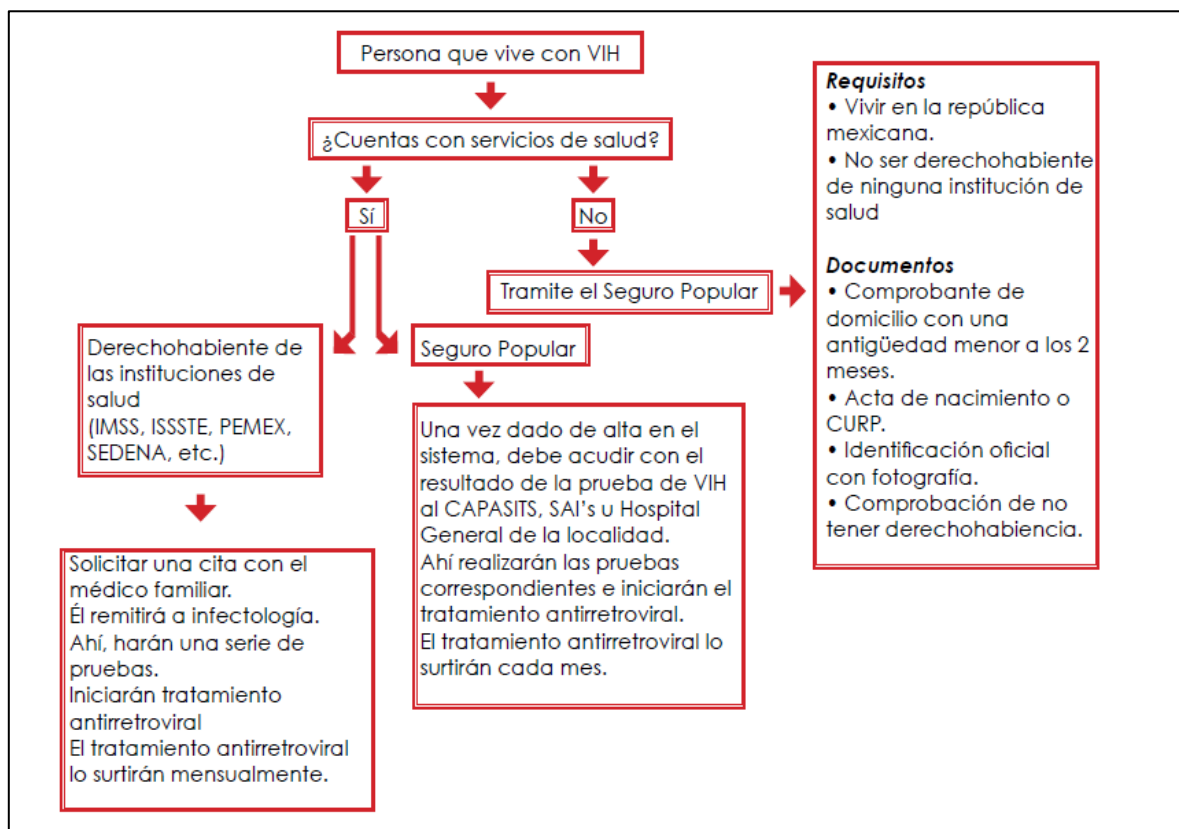
Como personal de CENSIDA y Secretaría de Salud Federal no estuvieron de acuerdo con el anterior requerimiento, se llevó a cabo una reunión entre médicos expertos infectólogos, los titulares de varios SAIH en Ciudad de México con la Secretaría de Hacienda y con la asesoría de varias organizaciones de la sociedad civil, en la que se determinó que se llevaría a cabo la compra de los mejores medicamentos. Entonces, la Secretaría de Hacienda hizo las compras directamente y a través de la clínica Condesa – mayor SIAH de la Ciudad de México – se elaboró la estrategia para derivarlos a cada uno de los estados.

Lo anterior se menciona para mostrar que reconfiguraciones se están sucediendo en el sistema de atención, a pesar de que ellas no se encuentren formalmente documentadas y delineadas. Otra de las modificaciones recientes que cabe apuntar se encuentra relacionada con el hecho de que, derivada de la sustitución de la Ley de Salud de Jalisco a finales de 2018, la base estructural de COESIDA hoy se encuentra incluida en los artículos 156 a 159 de la misma (Congreso de Jalisco, 2018).

#### 4. 1. 2. Seguro Popular, programa de salud para ¿todos?

El Sistema Nacional de Protección en Salud o Seguro Popular, mencionado en el anterior capítulo, es un programa cuya normativa establece es únicamente para mexicanos<sup>5</sup>. Mientras que sus reglas de afiliación señalan que ésta dependerá del domicilio del interesado, debiendo contar con una Clave Única de Registro de Población, así como presentar una identificación oficial vigente con fotografía (Afiliación a Seguro Popular, 2018). Para entender el acceso al programa resulta ilustrativa la ruta que emplea la Guía para personas recién diagnosticadas con VIH publicada por CENSIDA en el año 2016,

**Figura 2.** Esquema para recibir servicios médicos en caso de vivir con VIH en México.



Fuente: CENSIDA, 2016. *Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA\\_PVV\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA_PVV_2016.pdf)

<sup>5</sup> En la práctica, se afilia también a extranjeros con estancia regular residentes en territorio nacional, pero estos tampoco se encuentran contemplados en la legislación de salud.

Como puede verse en el esquema, en el recuadro de requisitos para afiliarse al Seguro Popular, existen impedimentos legales y administrativos para el acceso a los servicios de salud para los migrantes irregulares: la acreditación de la identidad, la obtención de una CURP, la prueba fehaciente del domicilio y el vivir en territorio nacional.

Al Seguro Popular no solo se le ha confiado la afiliación de los pacientes (Colqui, 2016) sino también la entrega de materiales e insumos a las unidades hospitalarias especializadas (Auditoría Superior de la Federación, 2017). Es decir, el Seguro Popular fue implementado para allegar servicios médicos a la población, pero asentado sobre una estructura estatal de salud que ya existía. Fue una nueva forma de administrar y proveer recursos buscando dar acceso a salud a los no derechohabientes de las instituciones de salud.

Debido a las antes mencionadas complicaciones de registro de los migrantes irregulares, hace casi cuatro años el gobierno federal anunció que los migrantes en tránsito tendrían derecho a inscribirse en el Sistema de Protección Social en Salud. Se hizo a través de un comunicado emitido el 28 de diciembre de 2014 en el sitio de internet de la Secretaría de Salud con difusión en diversos medios de comunicación (SSA, 2014).

Algunas autoridades en materia de salubridad entrevistadas durante el presente estudio y que prefieren mantenerse en el anonimato, indicaron que una medida así puede implicar desconocimiento por parte de los afiliadores, sea desestimado o se le dé marcha atrás en una administración subsecuente. Además de la reflexión anterior, es necesario mencionar otro detalle particularmente relevante, la autoridad señala un lapso considerando que los migrantes internacionales en tránsito estarán de paso en territorio nacional mexicano máximo por tres meses. Al respecto se elaboraron otras reflexiones y se recogieron comentarios de los entrevistados, ellos se analizan en la parte final de este capítulo.

#### **4. 1. 3. Instituto Nacional de Migración - INM.**

En el anterior capítulo se habló de la Ley de Migración, la aplicación de ella ha sido confiada al Instituto del mismo ramo. Creado en el año de 1993 y dependiente de la Secretaría de Gobernación se ha convertido en una institución federal relevante por la importancia adquirida por el tema del que se hace cargo.

De él depende el reconocimiento y expedición de documentos que acreditan la condición de estancia de los extranjeros en México, su entrada y salida al país, la renovación de esos permisos, así como el otorgamiento de registros para contratar a extranjeros en territorio nacional, entre otras funciones de regulación migratoria.

La Ley de Migración, en sus artículos 6 y 8 reconoce el derecho a la salud para los migrantes, pero los mismos preceptos también establecen que se requerirán a los extranjeros que quieran hacer uso de este, cuando menos los mismos requisitos que a los nacionales. Los requisitos de afiliación al sistema de salud para nacionales lista documentos que, migrantes quienes se internaron de forma irregular a territorio nacional mexicano, ven imposibles de reunir. Por ello se ha hablado de la existencia de una afiliación por tres meses al Seguro Popular, sin embargo esta, por su corta duración resulta insuficiente.

Otra opción que contempla la Ley de Migración y permite hacer efectivo el derecho a la salud es la condición de visitante por razones humanitarias de su artículo 52. Está diseñada como un proceso regularización, es decir, una forma que establece la legislación en la que los extranjeros que se encuentren de forma irregular en territorio nacional obtienen una condición de estancia que les permite de manera inicial estar, y con ella, conseguir o intentar acceder a otros derechos. Ha sido ideada como un medio legal para personas víctimas de un delito o quienes debido a una causa que pone en riesgo su vida, necesiten permanecer en el país.

Para lo anterior se requiere la exhibición de pasaporte, documento de identidad y viaje o documento oficial expedido por las autoridades de su país de origen que contenga

cuando menos nombre, fecha de nacimiento, nacionalidad y fotografía (Reglamento de la Ley de Migración, 2012).

En ese sentido, mediante el sistema de Transparencia llamado INFOMEX (2019), se ha solicitado información a la Delegación Federal del Instituto Nacional de Migración a efecto de conocer si se han otorgado en Jalisco documentos migratorios que acrediten a personas como Visitantes por Razones Humanitarias (ViRaHu) entre marzo de 2018 y marzo de 2019 por vivir con VIH.

La respuesta obtenida ha sido que, en el periodo señalado, se expidieron ocho documentos de ViRaHu derivados de procesos de regularización a personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (INM, 2019). Cabe destacar que las respuestas obtenidas venían signadas por la funcionaria entrevistada del INM, Lic. Alejandra Cortés.

Respecto a lo anterior, la Lic. Alejandra Cortés Dueñas, Subdirectora de Regulación Migratoria en la representación estatal del Instituto Nacional de Migración en Jalisco, explicó que, cuando han tratado a migrantes por VIH, lo han hecho de la mano de COESIDA y organizaciones civiles como FM4 (A. Cortés, comunicación personal, 07 de junio, 2019). Como se ha señalado antes, es la primera institución, la que debe emitir el documento en el que señale el estado de salud de los migrantes y su grado de vulnerabilidad debido al mismo padecimiento.

Lo anterior es fundamental porque con la explicación de dicho grado de vulnerabilidad se acredita la necesidad de su permanencia en territorio nacional para recibir atención médica, contando con una afiliación más duradera a los servicios médicos y garantizando la recepción de tratamiento ARV.

Así, la Federación ha reconocido a través de sus instituciones que vivir con VIH es un estado que requiere atención precisa y continuada, una visión humanitaria que amerita una regularización. Tema que, de ser ignorado, contribuiría a la situación de vulnerabilidad en la que se pueden encontrar los migrantes, el cual se ha tratado en el capítulo 1.

El Instituto participa de diversas formas en el acceso a la salud de los migrantes en tránsito, se aprecian aquí dos. Primero, al regularizar su situación de estancia en territorio nacional con la expedición de un documento de visitante por razones humanitarias al haber acreditado su situación de vulnerabilidad. Y después porque de acuerdo con los lineamientos para la expedición de CURP de 2018, la emisión de este documento de razones humanitarias ahora otorga una de estas claves, con lo que la incorporación al Seguro Popular puede ser llevada a cabo de una forma más duradera. Cabe mencionar que ambos procedimientos son gratuitos.

Es así como, mediante la afiliación, atención en centros médicos y la expedición de documentos migratorios que Seguro Popular, CAPASITS, SAIH e INM son los actores y programas estatales que atienden a las personas que viven con VIH. Parece una fórmula completa, sin embargo, presenta complejidades que se han ido apreciando poco a poco.

Inicialmente el hecho de que sean autoridades sanitarias y migratorias las que participan puede presentar conflicto dado que las normativas específicas pueden diferir o no concordar. Además, la coordinación puede existir o no, suscitándose hechos en donde la comunicación interinstitucional es un factor clave para atender situaciones como la salud de los migrantes.

#### **4. 2. Los actores no estatales, una visión distinta.**

La participación de la sociedad civil es relevante como catalizador de lo que sucede en el entorno, tal vez uno de sus roles más importante sea el acompañamiento y canalización de personas para que accedan a derechos (I., Martínez., comunicación personal, 26 de marzo de 2019).

En el tema migratorio, la sociedad civil ha sido incorporada a organismos del Instituto Nacional de Migración, uno es el Consejo Consultivo de Política Migratoria y otro es el llamado Consejo Ciudadano. Estos, ayudan al Instituto a “tomar el pulso de la perspectiva que se tiene de su actuar”. Al estar facultados para proponer acciones específicas y modificaciones al marco normativo entre otras, demuestra la importancia

de la sociedad civil en la participación de la vida pública mexicana en la actualidad (Bobes, 2016). Hasta hace poco, contar con organismos de la sociedad civil como consultores era inimaginable, actualmente es un hecho y más allá de las medidas que se tomen como consecuencia de su participación, significan un avance en la construcción institucional en el país.

En el caso de Guadalajara varias organizaciones atienden a la población de migrantes en tránsito, algunas de ellas son, El Refugio Casa del Migrante, los Misioneros de San Carlos Scalabrinianos, las Misioneras Vicentinas y Dignidad y Justicia en el Camino, conocida también como FM4 Paso Libre. Con más de diez años de experiencia en el tema y con trabajo documentado respecto a la atención a migrantes en tránsito esta última ha accedido a colaborar en el presente estudio en voz de su coordinador jurídico, el Lic. Enrique González Araiza.

Luis Enrique González Araiza señaló que existe un convenio entre COESIDA y FM4 con el cual cualquier persona que esté siendo acompañada por la asociación civil en su Centro de Atención a Migrantes (CAM), sea notificada de su estado como seropositiva o que lo conozca con antelación, le sea garantizada la entrega de su tratamiento antirretroviral (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018). Como parte de ese convenio, en FM4 se efectúan pruebas rápidas que sirven para determinar si una persona vive con VIH, en caso de suceder ello, derivar a la persona al Consejo directamente, a efectos de que se realicen las pruebas confirmatorias.

El CAM de FM4 está certificado como consultorio ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y posee un esquema de atención determinada para diversas situaciones que atraviesan los migrantes. Primero se les hace una entrevista, a la que llaman *entrevista de necesidad* para determinar cuáles son los requerimientos y reconocer aquellos que requieran atención inmediata.

Comenta que tienen una ruta crítica de atención que les ayuda a determinar acciones inmediatas a realizar. Manifiesta que la afección por VIH es un tema prioritario, para que alguien que viva con el virus, pueda tener acceso a medicamentos y no se vuelva resistente o se llegue a ver afectado por enfermedades oportunistas al disminuir las

defensas corporales. Señala lo anterior porque dice que en FM4 entienden la trascendencia de que las personas no abandonen el tratamiento para evitar reinfecciones o futuros contagios.

Como se ha mencionado, la sociedad civil ayuda a tomar el pulso de delicadas situaciones que vive la sociedad, en este sentido el trabajo de FM4 es fundamental porque ha ido construyendo un camino que permite atender necesidades específicas de esta población en tránsito, más aún, cuando se trata de temas tan delicados como el acceso a atención y tratamiento por VIH.

La labor de FM4 es importante, posiblemente un migrante solo, en situación irregular, perdería tiempo o dudaría en acercarse a las autoridades para comprobar o conocer su estado de salud. El contar con una organización de la sociedad civil con conocimiento de los derechos, del sistema legal y las instituciones que lo componen definitivamente ayuda en el tránsito cuando se vuelve necesario acceder a derechos en la ZMG.

#### **4. 3. Obstáculos: identidad, CURP, problemáticas de afiliación.**

Luego del detallado recuento de situaciones que atañen al presente estudio, se procede a desenredar con detenimiento las intrincadas situaciones encontradas para que los migrantes accedan a servicios médicos y tratamientos en la ZMG, agregando a ello las experiencias aportadas por las revisiones documentales, los actores entrevistados y las solicitudes de acceso a la información respondidas. Se hace de esta manera porque se considera necesario explicar con todos los elementos, lo observado, para desde allí partir a algunas posibles propuestas de mejor, se divide en cada una de las complicaciones encontradas.

##### **4. 3. 1 Acreditando la identidad de los migrantes en tránsito.**

En el caso de los extranjeros en tránsito, el identificarse es complicado pues el documento que usualmente acredita la identidad de una persona fuera del territorio de su país de origen suele ser el pasaporte. En ese sentido, Josué Gómez Guzmán, abogado antiguo colaborador del Albergue Hermanos en el Camino de Ixtepec, Oaxaca y ahora radicado en Guadalajara, indicó que la mayor parte de las ocasiones los migrantes en tránsito carecen de documento de identificación o de pasaporte (J. Gómez, comunicación personal, 04 de septiembre, 2019).

El informe *Procesos Migratorios en México, nuevos rostros, mismas dinámicas* de REDODEM con datos de 2018 y publicado en este año 2019, señala que 27,563 personas registradas en sus albergues, es decir un 76.2% del total de personas recibidas portaba algún tipo de identificación, tales como credencial del INE, pasaporte, Documento Único de Identidad (DUI), Documento Probatorio de Identidad (DPI), contraseña o partida de nacimiento. Lo que indica que 23.8% del total de personas atendidas carecía de algún documento de identidad (REDODEM, 2019).

Ahora bien, sí el ingreso a territorio nacional mexicano de un extranjero se realizó por alguno de los puntos de entrada autorizados para el cruce y se otorgó un documento migratorio, éste debe encontrarse vigente para que pueda ser reconocido como un documento de identificación.

Respecto a los documentos migratorios, la Ley de Migración establece que existen tres condiciones de estancia con las que puede acreditarse a los extranjeros en territorio nacional mexicano, estas se encuentran reguladas en el artículo 52 y son: Visitante, Residente Temporal y Residente Permanente. Por su parte la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria, acorde con instrumentos internacionales, establece y reconoce en territorio nacional las condiciones de: asilado político, refugiado o persona con protección complementaria.

Sin embargo, como los migrantes irregulares a los que se refiere el presente estudio, suelen internarse a territorio nacional mexicano por puntos no autorizados ni reconocidos para el cruce internacional de personas (Clot, 2015), suelen carecer de documento migratorio que les reconozca una de las condiciones de estancia antes mencionadas.

Debido a lo anterior, el requisito de identificación oficial con fotografía vigente al que refieren las directrices de afiliación al Seguro Popular se vuelve un tema sumamente complicado. Respecto a la identidad de los migrantes en tránsito irregular por Guadalajara el Mtro. Luis Enrique de FM4 refiere que generalmente cuando estas personas arriban a la ZMG ya fueron víctimas de un delito patrimonial, es decir, les robaron, los extorsionaron por decir lo menos, y llegan sin papeles por lo que carecen de identificación (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018). Generalmente, cualquier autoridad en cualquier lugar, lo primero que pide es que una persona acredite su personalidad mediante la exhibición de un documento de identidad oficial.

Si lo necesario es acreditar la identidad de una persona, cómo conseguir esto de alguien que viajó sin pasaporte o lo perdió durante el camino. En ese sentido, la Lic. Alejandra Cortés Dueñas (A. Cortés, comunicación personal, 07 de junio, 2019), señaló que migrantes atendidos en los últimos dos años han utilizado una constancia que expide un consulado o representación del país de origen en México.

Es decir, estos migrantes en situación irregular quienes optan por realizar el trámite de *regularización por razones humanitarias* para adquirir la condición de visitante porque

requieren atención al vivir con VIH, acreditan su identidad mediante esa constancia. Explicó, suelen ser nacionales del triángulo norte de Centroamérica quienes han hecho uso de esta, porque otros solicitantes de la condición de visitante por causas humanitarias son de nacionalidad venezolana y estos últimos casi siempre tienen un pasaporte puesto que suelen realizar su viaje en avión.

Apuntó el trabajo realizado por las organizaciones de la sociedad civil porque casi todos los solicitantes eran acompañados en su proceso por alguna de ellas, que los guiaba y asesoraba. En ese sentido, recalcó la dificultad que implicaría para un migrante solo obtener estas constancias ya que los países del triángulo norte de Centroamérica carecen de representación oficial en Guadalajara.

Es necesaria una precisión, los países instalan consulados donde habitan sus connacionales - tan solo México tiene 50 consulados en Estados Unidos (SRE, 2018). Los hay llamados de *carrera*, cuando el país que envía acredita representantes y realiza múltiples servicios en pro de sus nacionales. Otros son consulados *honorarios*, que cuentan con reconocimiento, pero no efectúan muchos servicios. Los países del triángulo norte de Centroamérica sí han tenido consulados en Guadalajara, han sido honorarios. Actualmente solo Guatemala posee un consulado honorario la ZMG (SRE, 2019).

Otra aportación hecha por la Lic. Cortés del INM refiere que los migrantes no solo obtienen acceso a tratamiento para VIH mediante la regularización a visitante por razones humanitarias. Ella se ha percatado que extranjeros solicitan la condición de refugiado, ya sea por salud o por otro motivo y al serles reconocida la misma, adquieren la condición de residente permanente que garantiza también expedición de CURP y por lo tanto las documentales precisas para el registro ante Seguro Popular.

En el tema de la identidad de los migrantes, el Lic. González de FM4, explicó que han usado ese tipo de constancias cuando necesitan acreditar identidad de las personas migrantes que precisan servicios de salud como los que implica el tratamiento por VIH o cuando existe necesidad de presentar denuncia ante la fiscalía. Por ello mantiene una estrecha relación con autoridades consulares establecidas en territorio nacional

mexicano. Precisó, que de cada diez personas que reciben en el CAM siete son extranjeras. De ese universo de extranjeros, siete de cada diez provienen de Honduras, una o dos de El Salvador y los restantes de Guatemala (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018).

Explicó, las atenciones especializadas requeridas por los nacionales de dichos países se reservan para los consulados generales o de carrera. Por ello, el Consulado General de El Salvador en San Luis Potosí ha otorgado un carácter especial a FM4, un reconocimiento como una “Ventanilla de Protección Comunitaria” que tramita este tipo de constancia especial. Existe una relación similar con el Consulado de Honduras.

La constancia se elabora a partir de una comparecencia donde se proporcionan generales de la persona migrante, se agrega una foto y es remitida vía correo electrónico al Consulado General, el cual regresa por la misma vía una constancia precisando nombre, nacionalidad, fecha de nacimiento e imagen digitalizada de la persona.

Con la referida constancia los migrantes obtienen un documento que les sirve para acreditar su identidad. Este documento es admitido en Jalisco por COESIDA, por INM y por otras dependencias. Actualmente, colaboradores de otras organizaciones manifiestan estar obteniendo dichas constancias y se ha indicado por ellos mismos que esta es una práctica común en los estados del sur de México.

Con lo anterior se encuentra desde la sociedad civil un medio de acreditar identidad y con ello salvar alguno de los obstáculos que se presentan al problema de la identificación.

#### **4. 3. 2. La Clave Única de Registro de Población como llave de derechos.**

Si se continúa en el mismo sentido y se revisa otro de los aspectos de afiliación al Seguro Popular, la Clave Única de Registro de Población, se vuelve necesario repasar los requisitos para su obtención, mismos que fueron dictados en 1996 y modificados en 2018.

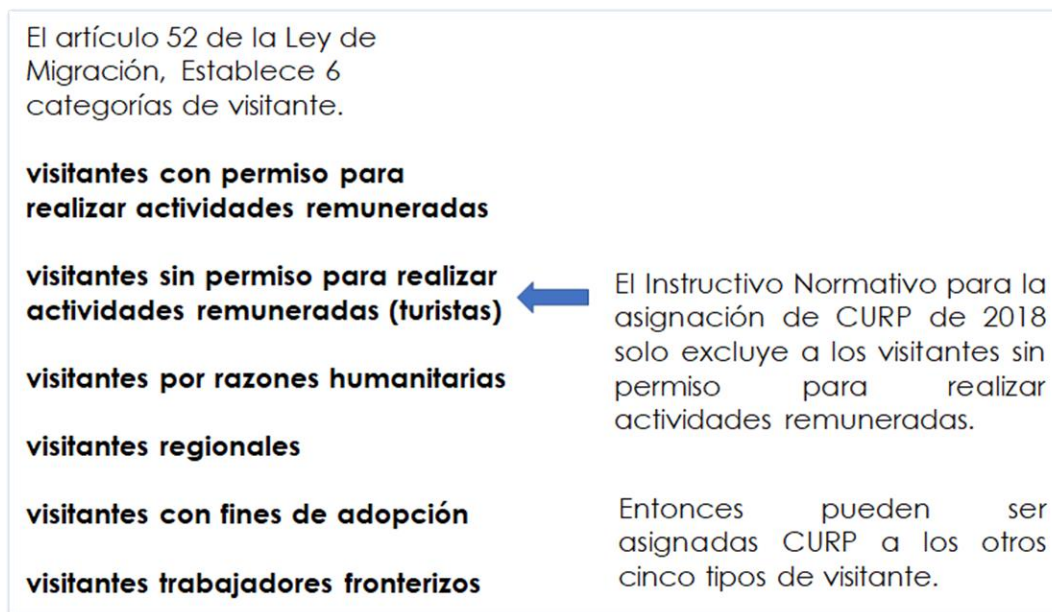
En el Acuerdo para la Adopción y Uso por la Administración Pública Federal de la Clave Única de Registro de Población de 1996 se establece que se otorgará a personas domiciliadas en territorio nacional y a los nacionales residentes en el extranjero. La Ley de Migración, revisada en el capítulo anterior, dispone en su artículo 59 otorgar CURP a los extranjeros que cuenten con las condiciones de Residentes Temporal o Permanente.

Se entiende que los extranjeros reconocidos por la Ley de Migración como visitantes no podrían obtenerla. El acuerdo define la composición de la clave y señala como responsable de su otorgamiento a la Dirección General del Registro de Población e Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación (DOF, 1996).

El Instructivo Normativo para la asignación de la Clave Única de Registro de Población publicado en el Diario Oficial de la Federación, estableció la expedición de CURP temporales (DOF, 2018). Así, extranjeros solicitantes de las condiciones de refugiado, asilo político o protección complementaria pueden obtener una CURP temporal, válida hasta por seis meses y algunos visitantes pueden recibir una válida hasta por trescientos sesenta y cinco días.

El artículo 52 de la Ley de Migración establece seis categorías de visitante. El Instructivo Normativo de expedición de CURP de 2018 excluye una de ellas, aquellos que solo se encuentren en territorio nacional para realizar actividades de turismo. Entonces, pueden ser asignadas CURP a los demás visitantes,

**Figura 3.** Categorías de Visitantes que enumera la Ley de Migración y, aquellas a las que se puede expedir CURP.



Fuente: Elaboración propia, 2019. Ley de Migración e Instructivo Normativo para la asignación de CURP.

Al revisar el Instructivo se pensó que este podría contemplar los migrantes en tránsito, suponiendo que pudieran obtener una CURP en su trayecto por territorio nacional. Sin embargo, al analizar con detenimiento la disposición, se pudo apreciar que continúa excluyendo a los migrantes irregulares en tránsito siendo dejados fuera de la cobertura para la expedición de la clave.

La Lic. Alejandra Cortés explicó que CURP temporales se han estado expidiendo recientemente, se les entregan a los visitantes por razones humanitarias con una vigencia determinada, reafirmando lo que señala el Instructivo de 2018 (A. Cortés, comunicación personal, 07 de junio, 2019).

Respecto al mismo tema, el Lic. Josué Gómez abogado experto en solicitudes de refugio quien actualmente trabaja en Jalisco, al ser cuestionado si a los solicitantes de reconocimiento de la condición de refugio sí se les expide CURP comentó que, el proceso

de refugio inicia con una constancia que acredita a la persona como solicitante de dicha condición y esas constancias las emite la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR). Precisando que estas últimas tardan entre tres y seis meses en ser entregadas debido a que esta institución se encuentra ubicada en otras entidades. Pero que, en Chiapas y Ciudad de México, donde existen oficinas de COMAR, a las personas solicitantes de refugio se les entrega su constancia de solicitante inmediatamente, junto con su CURP (J. Gómez, comunicación personal, 04 de septiembre, 2019).

Mencionó también que esas constancias que reconocen a las personas como solicitantes de la condición de refugio, son aceptadas por Instituto Nacional de Migración para tramitar una regularización como visitante por razones humanitarias y que cuando ese proceso es autorizado, se expide CURP temporal a los migrantes. Lo anterior, hace que un solicitante de refugio tarde en Guadalajara meses en obtener una CURP y por lo tanto acceso a registro a servicios de salud. El más reciente informe de REDODEM así lo confirma, mencionando que a inicios de 2019, el 79% del total de solicitudes de refugio presentadas en 2018, seguían en espera de una resolución (REDODEM, 2019).

Respecto a la obtención de la Clave Única de Registro de Población el Mtro. Luis Enrique hizo comentarios en el sentido de que se está ligando la expedición de esta con el ejercicio de derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018). Así, se está supeditando el ejercicio de los derechos a contar o no con un número que expide el Registro Nacional de Población.

Mencionó, si hoy no se posee un CURP no se puede dar de alta una persona ante el SAT para tener un Registro Federal de Contribuyentes (RFC), y si no se tiene este no se existe fiscalmente. Si no se cuenta con una CURP no se puede tener una relación obrero patronal porque no puede afiliarse al Instituto Mexicano del Seguro Social. Si no se cuenta con una CURP, no se puede acceder al “Sistema Universal de Salud” porque la requiere el Seguro Popular.

Respecto a los CURP temporales, reafirmó que esto no soluciona la situación porque el CURP se sujeta a la vigencia de su documento migratorio. El sistema de expedición de CURP castiga la pobreza. Ejemplificó con las personas que vienen a México a disfrutar

de su retiro - jubilados extranjeros - quienes con sus pensiones adquieren el estatus de residentes y con él se les entrega una CURP, que con ésta tienen acceso a todos los derechos, mientras que a los migrantes del Triángulo Norte de Centroamérica se les criminaliza, se les excluye.

En ese sentido, es importante notar que los comentarios de los Licenciados Luis Enrique y Josué, quienes apuntan a la insuficiencia de la medida de expedir CURP temporales hecha por el primero (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018), y a la que el segundo manifestó no se expiden ni siquiera de manera inmediata por lo que se deja de cierta forma vulnerables a los migrantes que ya se encuentran en la ZMG a pesar de ser solicitantes de refugio (J. Gómez, comunicación personal, 04 de septiembre, 2019). A partir del análisis, en las conclusiones de este capítulo se realizan algunas reflexiones y propuestas en este rubro.

#### **4. 3. 3. Tres meses de afiliación sin documentos para personas en situación de movilidad ¿solución?**

Se dedica la última parte del capítulo a presentar algunas reflexiones respecto a la afiliación por tres meses para migrantes en tránsito que carezcan de documentos. Inicialmente se puede mencionar que el comunicado emitido en 2014, establece que con la finalidad de brindar atención integral y servicios de salud a la población migrante que cruza el territorio nacional hacia los Estados Unidos, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), a cargo entonces de Gabriel O’Shea Cuevas, facilita a los indocumentados su incorporación temporal al Sistema de Protección Social en Salud como una medida de solidaridad con los pueblos hermanos de México y de respeto a los derechos humanos de todo ciudadano del mundo.

Se reconoce que los migrantes ingresan de manera irregular y no están en condiciones de cumplir con los requisitos (documentos) solicitados para su incorporación al SPSS. Por ello se faculta a los módulos para registrar a este grupo de personas de manera provisional, hasta por un periodo de noventa días. De esa forma los extranjeros afiliados

al Seguro Popular tienen la posibilidad de recibir los beneficios que ofrece el Sistema, sin necesidad de aportar documento alguno. Sin embargo, el mismo comunicado recuerda que la afiliación es temporal (Secretaría de Salud, 2014).

A continuación, se enumeran diversos razonamientos por los que se considera que dicha medida es poco apropiada. Inicialmente, porque la temporalidad otorgada por tres meses resulta insuficiente para el esclarecimiento de un resultado contradictorio en caso de pruebas no concluyentes respecto a si se vive con VIH, de esto se habló en el primer capítulo de este trabajo.

En segundo lugar, porque la atención para personas que recién recibieron un diagnóstico respecto a que viven con VIH, conlleva una serie de estudios médicos que pueden tomar hasta tres meses o más para determinar su estado global de salud e inicio de administración de tratamiento antirretroviral (CENSIDA, 2018).

Después, porque una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento deberá seguirse de por vida (CENSIDA, 2016) y deben realizarse estudios para vigilar el estado de salud de la persona cuando menos cada seis meses (CENSIDA, 2018). Otros argumentos en contra de dicha disposición son que es ilegal y mal fundamentada, dado que la misma no fue publicada en el Diario Oficial de la Federación como una adición o modificación a los lineamientos operativos o de afiliación del Seguro Popular.

El Mtro. Luis Enrique González Araiza de FM4 Paso Libre, respecto a este tema refirió la ilegalidad de la disposición. Señaló que actualmente, para tener acceso al sistema universal de salud, si no se es parte del IMSS o del ISSSTE, las personas se deben registrar en el Seguro Popular. Sin embargo, la Constitución, la Ley de Migración y la Ley General de Salud establecen que no se deben obstaculizar los derechos, entonces que se agregue la variable de los tres meses con fundamento incierto es una incongruencia (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018). Y es que en ninguna parte del comunicado se señalan las evidencias que llevan a la autoridad a creer que el recorrido de los migrantes tendrá en promedio una duración de tres meses

Dicha disposición tampoco se encuentra incluida en la Ley General de Salud o en la Ley de Salud del Estado de Jalisco, la que ni siquiera considera a los migrantes extranjeros irregulares en tránsito como un grupo vulnerable.

Otro señalamiento contra esta disposición sería que, de una forma u otra, el estado mexicano ha conseguido la universalización del tratamiento antirretroviral (CENSIDA, 2018) para las personas que viven con VIH (PVV) y en el caso de personas provenientes de países como Guatemala, El Salvador, Honduras y Venezuela el no atenderles, implica un grave riesgo para su salud. El no garantizar su acceso a atención, medicamentos o devolverles a sus países de origen, implica negar el derecho al goce de la salud e incluso el riesgo de perder la vida dado que el acceso al tratamiento antirretroviral no está garantizado en dichas naciones actualmente (Leyva-Flores et al., 2014).

El Lic. Enrique comentó que el INM no debe deportar o retornar a personas que viven con VIH, cuyo país de origen no tiene un acceso asegurado para sus medicamentos por esto sería condenarlos a una baja de sus defensas, sufrir de infecciones oportunistas y en un momento dado sería estarlos enviando de regreso a morir. Su conclusión es que, sea que el Seguro Popular continúe durante la presente administración o sea cancelado, se debería derogar ese lineamiento de los tres meses (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018).

Finalmente, el último señalamiento contra esta disposición estriba en que la misma es provisional, es decir, que solo está contemplada por noventa días y no permite una reincorporación o re-afiliación luego de la conclusión de los tres meses (SSA, 2014). Así lo confirmó la Mtra. Dueñas, quien señaló que en más de alguna ocasión han recibido en COESIDA a personas que fueron sujetas de afiliación al Seguro Popular en otra entidad federativa y que al llegar con ellos, sin medicamento, se encuentran con la dificultad de que el sistema no permite una re-afiliación por haber estado inscritos anteriormente (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019).

En el mismo sentido, la Mtra. Ancira apuntó a que la afiliación por tres meses pareciera no ser conocida por personas del propio Seguro Popular. Indicando esto porque, las afiliaciones que hacen desde el Subconsejo de Derechos Humanos de COESIDA, las

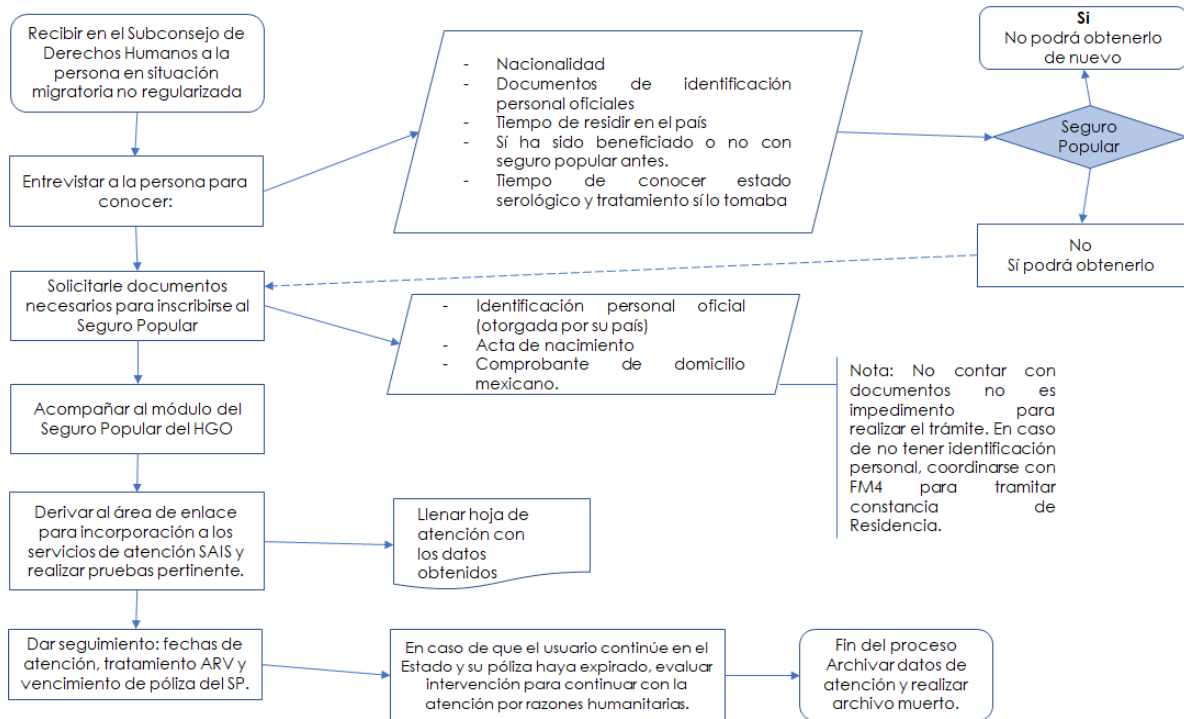
deben realizar llamando telefónicamente, apelando a la buena voluntad de los empleados de los módulos de afiliación del Seguro Popular (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019).

Sostiene que lo anterior es un problema porque está sujeto en buena medida a criterios personales o discrecionales. Señala un momento de comunicación directa entre los titulares de Seguro Popular y COESIDA que facilitó la atención de estos casos, sobre todo para atender personas a quienes remiten de una dependencia a otra sin obtener respuestas claras o su afiliación. Señala que se han suscitado actos en los que empleados de los módulos de afiliación han vertido comentarios tales como, “Migrante no pareces” o “No parece que necesites el seguro”.

La misma funcionaria señaló, que al no haber una política pública clara que resuelva la situación, solo los afilian tres meses y a los que se quedan les limitan el acceso, esto se hace con el argumento de que están en tránsito, dando por hecho que todos se irán. En ese sentido es importante pensar que quizá la anterior medida fue un primer ensayo de parte de la autoridad sanitaria para buscar otorgar atención y cumplir con su obligación de garantizar acceso a toda persona.

Sin embargo, con el paso de los años este cambiante tema ha mostrado una serie de complejidades y realidades que apuntan a la insuficiencia actual de los tres meses porque cuando menos en el tema de VIH se ha apuntado que en algunos casos no sería suficiente ni para un diagnóstico certero, tampoco, para la continuada atención que la afección requiere o para la entrega recurrente de medicamentos. Debido a lo anterior, la propia Lic. Dueñas se ha visto en la necesidad de plantearse una ruta de atención, misma que tuvo a bien compartir y la cual se encuentra a continuación.

**Figura 4.** Proceso de atención a usuarios en situación migratoria no regularizada para incorporarse al Seguro Popular (SP).



Fuente: Lic. Ancira Dueñas, Subconsejo de Derechos Humanos. COESIDA Jalisco, 2017.

Es relevante el trabajo que muestra la tabla porque establece algunos pasos necesarios y precisos como, conocer el estado serológico de la persona, saber si ha sido sujeto a afiliación al Seguro Popular previamente y determinar si es necesario el apoyo de organizaciones como FM4 para obtener una constancia de identificación. También, porque incluye el acompañar al interesado al módulo de registro y verificar su derivación al servicio de atención, previendo situaciones relacionadas con los prestadores de servicio.

En ella, se pueden apreciar puntos específicos para el acceso a los servicios de salud, lo cual puede servir como base para establecer un protocolo de atención general que compartiesen instituciones y organizaciones de la sociedad. Los temas para agregar tal vez serían el documento de vulnerabilidad y el procedimiento ante INM, lo que

permitiría un registro más duradero al Seguro Popular y una situación regular en territorio nacional, así como la asignación de una CURP.

Por su parte, el Mtro. Luis Enrique mencionó que antes no existía el Seguro Popular y sin embargo se tenía acceso a servicios médicos, porque se podía acudir a centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel. Se hacía un estudio socioeconómico y se determinaba la cuota que se debía pagar y se brindaba el servicio. El Seguro Popular es al fin y al cabo un esquema “superpuesto”, no existe un solo hospital perteneciente al Seguro Popular dijo, porque es una forma de destinar recursos, de asignar presupuesto a hospitales que ya existían (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018).

En el mismo sentido señaló que el Seguro Popular ha creado un descontrol, porque también existe un Organismo Público Descentralizado (OPD) de la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, entendiéndose que tal vez exista una duplicidad de facultades o atribuciones. Finalmente, atendiendo a la cascada de facultades explicada al inicio del presente capítulo, apuntó que por encima del Seguro Popular en Jalisco se encuentran el Secretario de Salud del estado y el jefe de éste, el Gobernador, quienes deben asegurarse de que haya un acceso cotidiano a tratamiento para las personas que viven con el virus.

Respecto a estos temas de afiliación al Seguro Popular la Maestra Dueñas refirió les han sido remitidas personas de origen extranjero con situación de estancia irregular que viven con VIH. Estas últimas tuvieron problemas para su afiliación al Seguro Popular y fueron enviadas desde las dos unidades del Hospital Civil de Guadalajara, el Hospital General de Occidente e incluso el CAPASITS de Puerto Vallarta. Manifestó que en COESIDA atienden a los migrantes irregulares porque estos llegan temerosos de acercarse a otras autoridades como Migración (INM), así que COESIDA y Organismos de la Sociedad Civil intentan atenderles cuando viven con VIH (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019).

#### **4. 4. Reflexiones finales al capítulo.**

El presente capítulo intentó mostrar lo complicado que puede ser obtener el registro para que una persona extranjera en situación de movilidad por la Zona Metropolitana de Guadalajara pueda acceder a servicios de salud.

Se separaron los actores entre estatales y no estatales y se sumaron las opiniones vertidas durante las entrevistas. Incluso se mencionó que hubo actores fundamentales como el Seguro Popular que se han negado a explicar su actuar, además de repasar que este requiere, para afiliarse a una persona una CURP y una identificación.

Mediante un rápido recuento se explicó la forma en que debe una persona afiliarse al sistema de Seguro Popular para ser atendido de una afección como el VIH indicando la existencia de centros como los CAPASITS, SAIH y las unidades de VIH de los Hospitales locales, así como un CENSIDA y un COESIDA, cuyas atribuciones son amplias y basadas en la atención del padecimiento. Todo ello resultaba necesario para entender la atención de la afección, los recursos que se les asignan, el modelo existente de atención y como este puede complicarse para una persona que no reúna todos los requisitos de afiliación.

En cuanto a los tres meses de afiliación que se implementaron en 2014, se vio como resultan insuficientes para las personas en tránsito con VIH, porque es una medida informal que no se encuentra en la norma, que no conocen o pretenden desconocer los afiliadores pero que sobre todo no permite una reincorporación posterior para afecciones de atención prolongada como es la estudiada aquí.

Otro actor fundamental es el Instituto Nacional de Migración, el cual, mediante la expedición de CURP o tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias puede resolver la situación de acceso a afiliación y tratamiento para una afección como el VIH. Sin embargo, estos documentos solo siguen estando disponibles para quienes cuenten con identificaciones, cartas de vulnerabilidad o el reconocimiento como solicitante de la

condición de refugiado. Además de que se pudo aprender que esto no es automático, sino que implica también una espera burocrática que retrasa el acceso a derechos.

Se vislumbra desde allí una respuesta, pero sigue siendo basada en la presentación de identificaciones. La sociedad civil ha sido parte de la respuesta a esto, ya que ha encontrado la forma de proporcionar estas mediante la constancia consular, además atiende en centros de atención a migrantes, proporciona pruebas rápidas y se encuentra en constante contacto con la autoridad a efecto de asegurar la prestación de los servicios de salud.

La otra gran complicación es la CURP, la cual legalmente solo es para mexicanos, residentes o solicitantes de las condiciones de refugio, asilo o algunos visitantes. Esta es una limitante grave, una restricción de derechos a la que se buscará hacer algunas propuestas en el siguiente apartado.

Definitivamente, el camino es complejo, los estándares internacionales revisados previamente son amplios en cuanto a la protección en salud que ofrecen, sin embargo, las limitaciones que se apreciaron en la legislación migratoria y de salud federales se ven traducidas en la atención y afiliación, convirtiendo el acceso a servicios de salud en un tema complicado cuando no imposible, uno que para personas en tránsito sería casi imposible de comprender. Porque no se encuentran en casa, porque no conocen el sistema, porque los términos y los plazos parecieran ser largos e incomprensibles. A continuación, seguimos con las reflexiones finales y con algunas propuestas.

## 5. Conclusiones

Durante la elaboración del presente trabajo el ámbito migratorio no ha cesado de cambiar. Los movimientos generalizados de personas desde Centroamérica durante el segundo semestre de 2018 – llamados caravanas – y el endurecimiento de la política de asilo en los Estados Unidos, se ha visto traducido en familias separadas y personas varadas en la frontera norte de México.

A pesar del cambiante entorno, es necesario dar un cierre al estudio y revisar si ha cumplido con su objetivo de elaborar un trabajo crítico sobre el derecho y el acceso a la salud de migrantes extranjeros en tránsito irregular por la Zona Metropolitana de Guadalajara, particularmente aquellos que viven con VIH. La intención era conocer las circunstancias que le rodean y las problemáticas específicas, legales administrativas y de afiliación que pueden presentarse, determinando sus causas.

Por ello, se planteó una interrogante general respecto a si tienen las personas migrantes extranjeras en tránsito irregular viviendo con VIH derecho y acceso a la salud en las instituciones públicas de atención a la salud de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Proporcionar una respuesta no fue fácil, para hacerlo se necesitaba encontrar un marco de referencia, un piso común que sirviera como base para la comprensión del problema y las situaciones que le rodean, ese fue el intento del primer capítulo.

Entonces, el primer capítulo se dedicó a definir la migración en tránsito resumiendo que puede ser vista como el paso por un país en el camino hacia el de destino, así como la precariedad en ese periodo comprendido entre la emigración y el asentamiento. Confirmando durante el estudio que dicho proceso se ve afectado por las estructuras sociales y políticas locales, el cual es difícil de medir y por lo tanto desarrollar políticas de atención efectivas.

Se tomó un concepto de migración irregular entendiéndola como la realizada por personas que se desplazan al margen de las normas de los estados. Es decir, aquella que efectúan personas que entran sin el permiso o quienes permanecen más de lo autorizado y que esta condición, se ve complicada cuando intentan acceder a derechos o servicios.

Se revisó lo que se considera es encontrarse en una condición o situación de vulnerabilidad entendiéndola como la capacidad disminuida de una persona o grupo de personas para hacer frente a los efectos de un peligro o riesgo. Identificando así personas en situación de vulnerabilidad, no personas vulnerables. De igual forma se pudo apreciar existen factores como la infección por VIH, por los que la vulnerabilidad situacional o individual en el tránsito se puede ver agravada.

Es así que, las definiciones apuntan como complicadas las situaciones que deben enfrentar los migrantes al encontrarse con barreras estructurales, legales y administrativas a su paso por México, y en particular en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Dichas definiciones enunciaron situaciones que se pudieron constatar mediante la revisión a la normativa y con las entrevistas sobre este tema en la localidad.

Se consideró pertinente también proporcionar información relativa al VIH, su definición, transmisión, diagnóstico y tratamiento. Básicamente para establecer lo que es hoy en día, una afección crónica sin cura, pero tratable, de atención continua y recurrente. Aprendiendo particularmente que, en caso de un diagnóstico no confirmado o cuando los estudios laboratoriales muestran resultados contradictorios, la norma recomienda la repetición de los estudios en un lapso de tres meses. Este es un periodo importante en el estudio, porque como se explicó, es la misma temporalidad que se ha otorgado para un registro temporal a migrantes.

Para presentar la migración en tránsito por la Zona Metropolitana de Guadalajara se revisaron distintos informes, constatándose que la migración en tránsito se ha vuelto más visible en la ciudad en los últimos años. Lo anterior ha logrado que actores de diversa índole sumen esfuerzos desde los ámbitos académico, de la sociedad civil y del estado para tratar de entender, explicar y atender dicha situación.

## **5. 1. Resultados del análisis jurídico. Una armonización pendiente, urgente.**

Una de las preguntas específicas de investigación derivadas del cuestionamiento central se refiere a si son observados los estándares internacionales del derecho a la salud en materia de atención y afiliación para migrantes en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Así, el segundo capítulo se orientó a explicar lo que acuerdos internacionales, de los que México es signatario, han establecido como el derecho al grado más alto de salud.

Por ello se tomó como base el PIDESC, el cual en su artículo 12 define el derecho a la salud. Con el fin de ser utilizados como herramienta de análisis, se describieron los cuatro principios de la Observación General 14 del ECOSOC. También se recuperaron otros tratados que establecen el derecho a la salud como el Protocolo de San Salvador y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias. Los primeros porque implican una protección más amplia al abordar algunos aspectos más precisos del derecho a la salud, y el segundo porque establece una cobertura precisa para el grupo migratorio estudiado.

Lo anterior implicó realizar una revisión conceptual detallada de los elementos constitutivos del derecho a la salud contenidos en la normativa internacional, para después, poderse adentrar en las leyes mexicanas que establecen el mismo derecho, llevando a cabo un ejercicio de contraste, para saber si son armónicas.

El tercer capítulo entonces se dedicó al estudio de la legislación mexicana que comprende el derecho a la salud, así, se apreciaron la amplitud de protección de derechos que reconoce el artículo 1 de la CPEUM y se revisó el 4 de la misma como el garante del derecho a la salud en la normativa nacional. Se explicó que la Ley General de Salud fue adicionada en 2001 para crear el Seguro Popular, con el que el estado ha intentado asegurar acceso, oportuno, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

A pesar de dicha redacción, es un sistema que, desde la norma, sí discrimina por motivos de nacionalidad, de condición o situación migratoria y que no fue creado ni ha

sido reformado pensando en la población migrante irregular que atraviesa el territorio nacional, porque todas estas disposiciones que resultan discriminatorias siguen hasta el día de hoy vigentes. Cabe mencionar que en los últimos días de octubre de 2019 la Cámara de Diputados ha aprobado una reforma a dicha Ley, creándose un nuevo instituto de salud cuyas normas de afiliación aún no se conocen (Aristegui Noticias, 2019).

Aunque no era la intención del presente estudio, de una breve revisión de la Ley General de Salud contrastada con artículo 12 del PIDESC, se pudo verificar que aspectos como el sano desarrollo de los menores, servicios de salud sexual y planificación familiar sí se encuentran señalados en la norma nacional. También, la prevención y tratamiento de enfermedades de carácter epidémico, endémico o de cualquier tipo. Sin embargo, la parte final del artículo refiere a la creación de condiciones que aseguren a todos el acceso a la asistencia médica, lo que lleva a los principios que establece la Observación General 14.

Del contraste con los estándares internacionales de la Observación General 14 se apreció que existen establecimientos donde se atiende a personas que viven con VIH – los cuales se describieron en el capítulo 4 –, cumpliendo con ello de forma básica el principio de *disponibilidad*. Se dice que lo hace de forma básica porque esto implica contar con establecimientos, pero el principio señala que estos deben ser suficientes, con personal capacitado, con acceso a diversos servicios. Esos últimos aspectos no fueron verificados en el presente, por ello no se puede asegurar que se observe el cumplimiento de dicho principio en su totalidad.

Sin embargo, hay un claro aspecto, tres hospitales y un CAPASITS en todo el estado de Jalisco y tres de ellos en Guadalajara, no indica que sean suficientes. El que personas se tengan que transportar de comunidades alejadas como el norte del Estado o la Costa Sur, definitivamente será una complicación mayor. Por lo anterior el principio de disponibilidad estaría medianamente cumplido al tener los establecimientos, pero sin conceder que estos cuatro sean suficientes para la población que requiere los servicios de atención por VIH.

El principio de *accesibilidad* sí es ampliamente incumplido por la normativa de salud. Se entiende que este principio comprende varias dimensiones superpuestas, una de ellas es la no discriminación en la atención médica. Esto se relaciona directamente con el proceso de afiliación al esquema de seguridad social, comprendiendo que es este el primer paso para obtener atención en salud.

Se considera no cumplido el estándar de *accesibilidad* porque la norma discrimina desde su texto al señalar que los servicios son para mexicanos, estableciendo después requisitos de afiliación como CURP o la presentación de una identificación oficial, que muchas veces los migrantes no son capaces de mostrar porque simplemente no la traen o les fue robada.

En el mismo principio de *accesibilidad* se incluye el proporcionar medicinas y servicios asequibles, los cuales están disponibles de manera gratuita en México bajo ciertos esquemas, como el del tratamiento por VIH, pero no estarían disponibles para migrantes irregulares en tránsito si antes no fueran objeto de un proceso de afiliación y registro ante el Seguro Popular.

Es importante destacar que, al describir el principio de *accesibilidad*, la Observación General 14 hablaba de atender específicamente a los sectores más marginados o en situación de vulnerabilidad, situación que retoma la Convención para los Trabajadores Migrantes. Pero, la normativa federal mexicana en salud ha olvidado incluir a todos los grupos poblacionales a los que debe dirigirse y proteger.

La Ley de Migración es similar ya que, también establece condiciones o restricciones para el acceso al derecho a la salud cuando del detallado análisis de su articulado se aprendió que los migrantes no deberán ser sujetos a mayores requerimientos que los que exhiben o entregan los nacionales. De esa forma nos refiere a los mismos requisitos de la Ley General de Salud.

La ley migratoria mexicana dice que reconoce y respeta derechos a todas las personas, sin distingo por condición, calidad o estatus migratorio y de acuerdo con la Constitución, sin embargo, de su análisis se desprende que no expide CURP más que a

los residentes y de forma temporal a los solicitantes de refugio, asilo o algunas clases de visitante entre los que se encuentran aquellos por razones humanitarias.

Se puede decir que no cumple con las obligaciones estatales de *proteger, cumplir y respetar* de la Observación General 14 porque no reconoce la diferencia en la situación de los migrantes y requiere acreditar identidad y una estancia regular para ciertas cuestiones como la expedición de CURP.

Se analizó que la norma plantea su propio concepto de migrante y se decía que este es laxo, porque solo refiere a alguien que sale, atraviesa o llega a un lugar diferente al de su domicilio por cualquier motivo. Al respecto se opinaba que resulta impreciso porque no refiere aspectos como las situaciones de irregularidad por falta de documentos o plazos para los cuales puedan ser sujetos a otro tipo de protección. Pudiendo lo anterior abonar a su condición de vulnerabilidad, porque a pesar de haber contado con terminologías académicas o desde sociedad civil al respecto, no se incluyeron en la definición. Se dice que un concepto amplio como este es aconsejable porque uno más preciso podría estigmatizar o criminalizar, sin embargo, también puede excluir o impedir el acceso a derechos. Se piensa que esta definición debería incluir que serán sujetos de una protección más amplia, diferenciada en términos de brindar mayores oportunidades a quienes más las necesiten.

Como se apuntó en el mismo apartado, al revisar los términos de vulnerabilidad y las definiciones académicas de tránsito en el trabajo de la Unidad de Política Migratoria de la SEGOB, se puede decir que existen las condiciones para que se proponga una reforma a la Ley de Migración en la que la definición de migrante abarque también la precariedad que estos viven en el trayecto. Buscando proteger a esta población, con un alcance más amplio y reconociendo las circunstancias y choques que se dan entre las propias estructuras sociales y jurídicas mexicanas y las realidades que experimentan.

Así es que el análisis muestra discrepancias claras, falta de armonización entre la Ley General de Salud y la Ley de Migración con los estándares internacionales que marca la Observación General 14 y el artículo 12 del PIDESC, puesto que desde la legislación el estado mexicano limita los derechos que se ha comprometido a hacer efectivos para todos los individuos que en él se encuentren.

Se revisaron también las legislaciones estatales de salud y una en materia de personas migrantes. Lo que se observó fue que la norma de salud era antigua, y que a pesar de ello contiene importantes principios como el de universalidad y acceso a tratamientos y medicinas. Que fue reformada por última ocasión en 2012, pero no fueron incluidos temas o perspectivas en derechos humanos. Es interesante porque sí habla de grupos vulnerables, pero no establece que los migrantes lo sean y al hablar de humanos solo se refiere a los recursos humanos. Pareciera inclusiva, pero por antigua, no por estar pensada de esa forma.

No se aprecian restricciones legales para el acceso a los servicios de salud para personas extranjeras o no se menciona que los que se encuentran disponibles sean única y exclusivamente para mexicanos como en la Ley Federal. Pareciera que los principios de *disponibilidad* y *accesibilidad* se observan de alguna forma, pero se considera es una cuestión de antigüedad, no por una intención de ahí incluirlos.

Es notorio el trabajo efectuado en la nueva legislación de salud de Jalisco por los conceptos que incluye, sin embargo, a tan solo unos días de que cumpla su primer año de vigencia no pareciera existir un cambio en la política o atención en cuanto a la afiliación de personas en el ámbito local derivado de ella.

Es destacable decir que se realizó un trabajo de entendimiento e inclusión de los preceptos que engloba PIDESC, puesto que se encuentran en ella establecidos la atención materno infantil, la prevención y tratamiento de enfermedades, el contar con insumos y materiales. Pretende ser inclusiva, garantizar acceso a todos, entrega de medicamentos, con personal capacitado, sensible y respetuoso, por lo que se puede anotar que los principios de la Observación General 14 se encuentran en ella.

Lo anterior viene a desplomarse cuando refiere que para la afiliación, independientemente de las bases o modalidades sin perjuicio de lo que señala la norma federal, y es que eso implica, como sucede en la analizada Ley de Migración, que se sujeta a lo que establece la Ley General de Salud, por ello, nos hace regresar a los conceptos generales de afiliación al Seguro Popular, origen y razón de las dificultades de afiliación que enfrentan las personas extranjeras en situación de movilidad que viven con VIH.

Otra historia es la ley de migrantes de Jalisco, reciente, hecha a la sazón de la relevancia del tema y por su actualidad. Es ambigua porque en su exposición de motivos definía migrante en tránsito y señalaba que se procuraría el acceso a servicios básicos para migrantes en el estado, entre ellos el acceso a salud. Sin embargo, todo eso no se convirtió en parte del texto legal. Éste último no hablaba precisamente de extranjeros o su condición migratoria sino hasta que fue adicionada en 2017, un año después de su publicación.

Le fue efectuada otra reforma este año 2019, adicionándosele una frase que concede el derecho a la salud. Se hace necesario recordar que, para establecer un derecho no basta agregarlo en la ley, hay que tener los recursos materiales y humanos para llevarlo a cabo, y en su caso, reformar la ley de salud del estado para garantizar su inclusión en los servicios hospitalarios. También, se debe analizar si se vuelve necesario expedir un reglamento al efecto o crear una institución que ejecute lo que plantea, es decir, una visión integral derivada de la reforma, no solo la adición No como una ocurrencia o un gesto de simpatía, sino como una obligación adquirida por el estado mexicano.

A más de cuatro meses de su aprobación no hay un nuevo centro estatal de atención a migrantes, baste recordar que el Instituto Jalisciense del Migrante ha dado paso a una Dirección de Atención a Migrantes y de una rápida revisión de sus redes sociales, no se aprecian recientes proyectos o programas en este respecto.

Es importante tener presente que parte de su texto ha sido ya impugnado mediante controversia constitucional, en la que la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que la obligación que impone de acreditar identidad es inconstitucional porque viola el libre tránsito de las personas.

La armonización, el proceso en el que las normas se ajustan, complementan y se ponen en marcha los compromisos adquiridos mediante la firma de tratados internacionales, es una asignatura pendiente para los legisladores mexicanos y jaliscienses a efecto de garantizar una afiliación eficaz, segura y alcanzable para los migrantes en tránsito que requieran hacer uso de las instalaciones médicas en México y en la ZMG.

Se señala así porque actualmente la norma federal discrimina, limita y restringe y por ello se considera que el estado incumple sus obligaciones de proteger y respetar que implican no interferir en el goce de un derecho, sino cuidarlo, asegurarlo e incluso ampliarlo. No se aprecia una seria intención de que el estado mexicano haga todo lo que le sea posible para que se ejerza la afiliación de migrantes al Seguro Popular.

Analizados que fueron estándares internacionales y las normas mexicanas del derecho a la salud, se retoma en su totalidad el cuestionamiento específico uno, que preguntaba ¿son observados los estándares internacionales y preceptos nacionales que rigen el derecho a la salud en el caso de la atención a los migrantes extranjeros en tránsito irregular a su paso por Guadalajara en sus instituciones de salud pública?

Se reflexionó que más allá de preguntarse si se cumplen los estándares internacionales en las instituciones de salud, primero se debe clarificar que no puede considerarse atendido o respetado el acceso a la salud si no se tiene una normativa clara o si la que se tiene en México, entra en conflicto con los estándares internacionales desde el primer momento, que es el de la afiliación a los servicios médicos.

Entonces, se responde la pregunta de forma muy precisa, en lo tocante al estándar internacional de accesibilidad que marcan el artículo 12 del PIDESC y la Observación General 14 del ECOSOC la norma mexicana en salud dice que la afiliación es solo para mexicanos, requiere CURP e identificación. La norma migratoria, dice respetar

derechos independientemente de la situación migratoria, pero refiere que para obtener el registro a servicios de salud se deben cubrir los mismos requisitos que entregan los mexicanos por lo que afecta a los migrantes en tránsito irregular porque no están en las mismas condiciones. Por su parte la norma jalisciense de salud es antigua y por ello parece inclusiva, mientras que la de migración no parece estar diseñada para migrantes extranjeros en tránsito, sino hecha al vapor, con remiendos que parecen sinsentidos.

Por todo ello es muy difícil decir que la normativa y por lo tanto el acceso a la salud para los migrantes en tránsito irregular por la ZMG que viven con VIH se considere como aplicado y cumplido. Un trabajo de armonización, entre las normas federales y estatales con los estándares es urgente, así lo afirma también el Comité de Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios en sus observaciones finales sobre el tercer informe periódico de México (Comité protección trabajadores migratorios, 2017).

Haciendo que correspondan de manera clara con los compromisos de los tratados y se decida actuar en consecuencia, que sea el principio mediante el cual se puedan exigir el acceso a derechos como el de la salud cuando se niegue. Impulsando así una política pública consecuente. Para poder afiliarse y con ello respetar el acceso a la salud de los migrantes. Los preceptos nacionales no se encuentran ajustados al estándar, sin embargo, son los que la autoridad sigue y ello complica el acceso a servicios de salud.

## **5. 2. Los obstáculos, las rutas ya trazadas y las propuestas para su reforzamiento.**

El capítulo cuatro hizo un recuento de los actores implicados en la atención de los migrantes, así como de algunas posibles rutas de atención para el caso de aquellas personas en situación de movilidad que, viviendo con VIH, recorran la ZMG y se vean en la necesidad de solicitar acceso a los servicios públicos en salud.

En segundo lugar, se dio cuenta de los obstáculos materiales o administrativos que implica solicitar afiliación al Seguro Popular, esto a través de la incorporación de los resultados del trabajo de campo que incluyó el análisis documental de leyes, tratados,

manuales, guías, informes, folletos y libros, así como los comentarios obtenidos vía entrevistas semiestructuradas y las respuestas entregadas a través de los sistemas de transparencia y acceso a la información.

Se encontraron obstáculos de afiliación al Seguro Popular, tres específicamente, la acreditación de la identidad mediante la presentación de una identificación oficial, la entrega de la CURP y el problema que para su expedición existe, así como la imposibilidad de acreditar un domicilio mediante la entrega de un comprobante.

Se analizó y reflexionó respecto a un programa de afiliación por tres meses al Seguro Popular implementado desde el gobierno federal, a este último no se lo considera como una limitante, sino más bien como una política mal diseñada y que luego de cinco años de implementada, continúa siendo desconocida por los afiliadores y los migrantes y ya rebasada por las condiciones de movilidad imperantes en 2018 y 2019.

Todo lo anterior con la intención de responder al segundo cuestionamiento específico del trabajo, ¿existen políticas o rutas de atención específicas trazadas desde la administración pública y las organizaciones de la sociedad civil en Guadalajara para atender el acceso al derecho a la salud de los migrantes extranjeros en tránsito por la zona metropolitana de Guadalajara que viven con VIH?

La respuesta es sí, si existen, tanto desde la administración pública, así como desde la sociedad civil. La situación estriba en que no son sencillos y a pesar de que son realizables, son complicados de alcanzar, quedan detalles sin resolver y, sobre todo, se considera que sin el apoyo de algunos miembros de la sociedad civil o de algunas instituciones, sería muy difícil o prácticamente imposible de materializar. Se explica con mayor detenimiento a continuación.

Se explicaron los roles de los actores como CENSIDA y COESIDA, se describieron los CAPASITS y SAIH, y se entendió que la pregunta de investigación respecto a si estos últimos atenderían a migrantes en tránsito no era la más apropiada, dado que estos centros se encuentran aparentemente abiertos a todos, sí, a todos aquellos que cuenten con una afiliación al Seguro Popular Entonces, no era el cuestionamiento si los centros

de atención médica recibían a migrantes internacionales en tránsito irregular por ZMG la pregunta apropiada, sino ¿qué necesitan las personas en situación de movilidad internacional indocumentadas saber y hacer para conseguir un registro ante el Seguro Popular? La respuesta es, una identificación, un comprobante de domicilio y una CURP.

Ahí es donde surgen las complejidades que se han venido analizando, porque derivado del estudio de la Ley de Migración, se determinó que un migrante irregular no puede, en ninguna circunstancia obtener una CURP.

Se vio que el INM es sumamente relevante porque es la autoridad facultada para expedir CURP a las personas extranjeras, así como de tramitar regularización para obtener una condición de estancia documentada en el país. A pesar de que el Instituto es consciente de la cantidad de beneficios y derechos que se obtienen a través de la CURP, especialmente sabiendo que permite el registro ante el Seguro Popular, aplica casi al pie de la letra la legislación, dado que solo se entregan CURP a los residentes y algunos visitantes.

Se dice casi porque de la entrevista con el abogado Josué Gómez se aprendió que cuando menos en Jalisco, a las personas solicitantes de la condición de refugiado no se les entrega CURP como lo indica el Instructivo 2018, sino hasta meses después (J. Gómez, comunicación personal, 04 de septiembre, 2019). Y, al recibir su constancia de reconocimiento de solicitante de dicha condición, deben hacer otro trámite. Esto significa dejar a los migrantes meses sin CURP y, por lo tanto, sin una posible afiliación al Seguro Popular.

El anterior trámite, llamado regularización a visitantes por razones humanitarias consiste en pedir al INM, que se otorgue una condición de estancia, es decir, permiso para radicar en México por ser solicitante de refugio. Si el extranjero carece de identificación, FM4 u otras organizaciones civiles pueden ayudar a conseguir una constancia consular con lo que se acredita su identidad.

Gracias a las entrevistas con Luis Enrique de FM4 y Josué Gómez, se pudo comprobar que esta es una alternativa viable de identificación que consiste en una constancia

expedida por consulados. Esto fue confirmado por Alejandra Cortés responsable de regularización de INM Jalisco (A. Cortés, comunicación personal, 07 de junio, 2019), sin embargo, es necesario recalcar que son los migrantes que se ven necesitados de apoyo para temas como salud o aquellos víctima de un delito quienes hacen uso de dicho recurso. Es decir, los que se vieron en la necesidad o se convencieron de acercarse a una instancia de la sociedad civil o a una institución. Un migrante que no se acerca, no conoce, quien no tiene el acompañamiento de activistas u organizaciones, difícilmente podrá librar el obstáculo que representan el requisito de la identificación y de la CURP.

Además, lo anterior aplica para países que tengan consulado en México, como los del Triángulo Norte de Centroamérica, no sabemos cuál sería la situación si el extranjero fuese de Guinea Bissau o Lesoto, países que tal vez no cuenten con representación diplomática o consular en México.

Otra opción, aparte de la solicitud de la condición de refugio, es la que poseen las personas que viven con VIH, porque con la constancia de identificación consular y con otra constancia de vulnerabilidad por vivir con VIH, la cual expide COESIDA, INM puede regularizar a una persona y otorgar una tarjeta de visitante por razones humanitarias también. Con ella, se puede expedir ya una CURP, temporal también, hasta por 365 días como marca el Instructivo.

Sin embargo, la tarjeta tiene vigencia de un año, esta se debe renovar cada año y no genera derechos de residencia en territorio nacional, por lo que la estancia del extranjero estaría sujeta a obtener cada año una constancia de COESIDA, para poder renovar su estancia en México y consecuentemente su CURP. Y con todo lo anterior, su afiliación y renovación al Seguro Popular.

Así, queda demostrado que la normativa y consecuentemente la autoridad, en una cadena de situaciones, reconocen y otorgan acceso a derechos como el de la salud. Pero no es un proceso sencillo de entender y menos de llevar a cabo.

Sin identificación y sin CURP y sin comprobante de domicilio no hay afiliación al Seguro Popular y consiguientemente no hay atención médica. En el caso del comprobante de

domicilio es simplemente imposible que un extranjero sin un documento de identidad pueda acceder a un recibo de teléfono o de luz en territorio nacional, pero nos ha sido dicho por los entrevistados que en algunas ocasiones las organizaciones de la sociedad civil han asumido este rol permitiendo, la utilización de su domicilio o entregando a la autoridad los comprobantes de estas, con lo que se puede resolver esa situación.

En la narrativa, los integrantes de la sociedad civil puntualizaron los conflictos y obstáculos legales y administrativos que enfrentan o han enfrentado para poder obtener el acceso a identificaciones, CURP y con ello derechos para los migrantes.

Por su parte, INM señaló que sí hay acceso a derechos, pero esto se debe a que han atendido extranjeros en condición irregular que, acompañados por las ONG, acuden ya con una constancia de identificación consular. Con ella pueden solicitar una regularización por causas humanitarias lo que eventualmente llevará a la obtención de una CURP.

En cuanto al registro temporal sin documentos ante el Seguro Popular instaurado hace más de cuatro años para migrantes irregulares, al analizarlo se ha comprendido primero que resulta insuficiente para tratar una afección como el VIH, porque en caso de resultados contradictorios la NOM 010 especifica una repetición de análisis luego de tres meses, coincidiendo con el periodo mismo de afiliación.

Después, porque se considera que con él la autoridad asume, o asumió en su momento, que el trayecto entre una frontera y otra o entre una localidad y el destino no tomaría a las personas más de noventa días. Los entrevistados se manifestaron en desacuerdo con esta afiliación por tres meses al Seguro Popular. Luis Enrique de FM4 aseguró que es violatoria de derechos porque al emitirla, no se precisó cuál es el fundamento para solo otorgar derechos por tres meses (E. González, comunicación personal, 10 de octubre, 2018), por lo que concede el acceso a derechos solo por un tiempo limitado.

Por su parte, la Lic. Ancira Dueñas de COESIDA detalló que, al serle derivados migrantes necesitados de afiliación a servicios médicos por vivir con VIH, ha debido enfrentarse a personas de afiliación del Seguro Popular quienes desconocen la medida y porque no

existen prorrogas o extensiones a dicha inscripción temporal cuando los migrantes ya hicieron uso de ella en otra entidad (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019). Aparte, en el caso del VIH, el tratamiento que se requiere no es por tres meses sino de por vida.

La disposición de afiliación por tres meses puede ser desestimada por los afiliadores o revertida por el siguiente titular de la institución. Al respecto cabe destacar lo que señaló la Lic. Dueñas, que deben pedir favores para afiliar personas, atendiendo a buena voluntad, cuando no se está hablando de caridad sino de un tema de acceso a derechos (A. Dueñas, comunicación personal, 04 de junio, 2019).

Entonces, se puede concluir que sí existe una ruta que se ha ido trazando desde la administración pública, la que nos hizo el favor de compartírnos la Lic. Ancira Dueñas. También existe desde la sociedad la sociedad civil, estos últimos han resuelto de una forma practica el requerimiento de identificación mediante las constancias consulares, que con el acompañamiento y conocimiento que tienen de las leyes y estructuras locales, también han conseguido el acceso a derechos para los migrantes mediante trámites de regularización con la consecuente expedición de la CURP y la afiliación al Seguro Popular.

Sin embargo, se puede concluir que existen rutas, pero son aún riesgosas, fáciles de eliminar o difíciles de acceder para los migrantes. Además, si cambia radicalmente el gobierno, si las organizaciones dejan de atender migrantes o los funcionarios son removidos, todo este trayecto podría desdibujarse y simplemente los migrantes quedarían abandonados a su suerte.

Se reitera que un migrante solo, como refirió Luis Enrique, quien llega a esta ciudad habiendo sido objeto de un robo o extorsión, difícilmente atinará a acercarse al INM o a saber que existe un COESIDA. Que, en caso de acercarse y conseguir el acompañamiento de una organización de la sociedad civil, aún deberá recorrer un largo camino. Esto implica acceder a una constancia de identidad, luego a una estancia regular, después a una CURP y finalmente a una afiliación más segura que la de tres meses.

Lo anterior nos hace volver a la pregunta general ¿Tienen las personas migrantes extranjeras en tránsito acceso al derecho a la salud en las instituciones públicas de atención a la salud de la Zona Metropolitana de Guadalajara?

No se tiene una respuesta positiva y menos sencilla. Una modificación a la disposición del Seguro Popular parece apropiada, una que conceda el derecho a la salud a todos con una mayor temporalidad. También, un acceso al derecho a la salud para los migrantes irregulares en tránsito que viven con VIH por la ZMG, no está garantizado de una forma fácil y estable. Porque para hacerlo sin documentos se limita a tres meses y para hacerlo de manera prolongada, se requiere que el extranjero cuente con una situación de estancia regular en territorio nacional.

Por ello, los estándares internacionales en materia de derecho a la salud no se cumplen en la ZMG, porque aquello de que sin importar la condición de estancia de las personas deben acceder a derechos que narra la Ley de Migración es aún un tema pendiente.

El derecho a la salud implica una obligación de hacer por parte del estado, el proporcionar establecimientos, medicamentos y personal capacitado representa una erogación bastante considerable. En ese sentido, el sistema SALVAR podría ser adecuado para registrar a personas en situación de movilidad con VIH, no por tres meses, sino por el tiempo que sea necesario.

Con medidas propias de identificación como una fotografía, con media filiación, con la creación de una CURP “genérica” por el mismo sistema SALVAR, ya que finalmente la CURP no es sino una agregación de las siglas del nombre, apellidos, fechas y lugar de nacimiento de una persona. Un sistema que permita saber cuál ha sido el tránsito de una persona registrada en Tapachula, que llega luego a Tepic y arriba finalmente a Nuevo Laredo, aportando en sí mismo nuevos datos respecto a esa gran población que con documentos o sin ellos vive también en México.

Siendo una buena oportunidad de documentar quiénes, cuántos y en dónde transitan por México. Se tiene la plena consciencia que la anterior no es la obligación de los responsables en salud, sin embargo, en una reciente conferencia se tuvo oportunidad

de escuchar a personal del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, (CDC por sus siglas en inglés), quienes explicaron que sí bien ellos no pueden preguntar a las personas su condición migratoria, datos más precisos, desagregados por origen, género y nacionalidad les han ayudado a identificar padecimientos específicos de poblaciones precisas.

Además, esta puede ser una propuesta para empezar a identificar a una población que se sabe recorre el país, por lo que puede ser inicialmente, una propuesta de colecta de datos que, en un momento, ayudaría a la creación y establecimiento de política pública.

De igual forma, ese proyecto SALVAR puede funcionar como un plan piloto de un sistema de registro de salud virtual o electrónico, como el que refiere el Pacto Mundial para las Migraciones, adoptado el año pasado y que es uno de sus objetivos específicos.

También, es trascendente recordar la comunicación. Por lo que se invita a que exista una coordinación interinstitucional precisa, sustentada y tal vez mediante la firma de un convenio entre los que faltan y tal vez un protocolo de actuación conjunta entre sociedad civil y organismos públicos, estableciendo personas de contacto, titulares, responsables de programa y personal de base que conozcan del tema y sepan a quiénes comunicar y plantear situaciones en este respecto.

Otra posibilidad que se ha pensado es la elaboración de un folleto que se pueda distribuir en lugares de tránsito para los migrantes, uno que señale a donde acudir, llamar o buscar en caso de padecer alguna afección como VIH. Los teléfonos de COESIDA, FM4 e incluso INM para poder plantear la situación específica.

Un ejemplo apreciado en una organización de la sociedad civil estadounidense era del tamaño de una tarjeta, que se desdoblaba y proporcionaba información respecto a los derechos de las personas, así como los datos de contacto. Una propuesta similar que estuviera al alcance de los migrantes podría informar sin intimidar, dar a conocer sin el temor a acercarse a esas estructuras sociales y así guiar a las personas a estas organizaciones de la sociedad civil que conocen las situaciones y las rutas de acceso a los derechos tal y como se encuentran diseñadas y operando actualmente.

El trabajo se realizó en un momento de cambio de gobierno, de cambios en las instituciones y en la forma en la que las personas migran y más estudios al respecto lo dejarán más claro. Las limitantes de tiempo para la realización del estudio y las personales para acercarse a otros actores limitó los resultados. En un momento determinado se pensó en incluir experiencias y posibles soluciones planteadas en otras entidades federativas, pensamientos que quedaron en el tintero para una posible nueva investigación.

Mediante la revisión jurídica, la entrevista y las peticiones se ha podido llegar a una conclusión, se cumplen derechos con muchos obstáculos o de plano no se cumplen. Otra interrogante muy pertinente ahora es ¿el tránsito se ve interrumpido o definitivamente concluido con las regularizaciones por VIH? Son temas de otro estudio ya.

## Fuentes de Información

### Textos, libros, informes y publicaciones no electrónicos.

Auditoría Superior de la Federación (2017). Informe individual del resultado de la Fiscalización Superior de la cuenta pública 2016.

Barros, M., & Escobar, A., (2017). *Migración: nuevos actores, procesos y retos. Vol. II. Migración interna y migrantes en tránsito en México*. Ciudad de México: CIESAS. P. xxv.

Becerra, A. (2019) Ley de Migración e Instructivo Normativo para la asignación de CURP. Figura 3. Categorías de Visitantes que enumera la Ley de Migración y, aquellas a las que se puede expedir CURP.

Bredeloup, S., (2012). Sahara transit: Times, spaces, people. En *Population, Space and Place*. 18.

Bobes, V., & Pardo, A. (2016). Política Migratoria en México. Legislación, imaginarios y actores. México: FLACSO. Cap. 5 págs.

Diario Oficial de la Federación (23 de octubre de 1996). Acuerdo para la adopción y uso por la Administración Pública Federal de la Clave Única de Registro de Población.

Diario Oficial de la Federación (18 de junio de 2018). Instructivo Normativo para la asignación de la Clave Única de Registro de Población.

Dignidad y Justicia en el Camino A.C. FM4 Paso Libre. (2017). *Sin lugar en el mundo. Desplazamiento forzado de mujeres por Guadalajara*.

Dignidad y Justicia en el Camino A.C. FM4 Paso Libre. (2019) *Respuesta a petición de información*. Proporcionada por Alejandra Buitrón Cabello, Encargada de Investigación.

Dulitzky , A., (2004). Alcance de las obligaciones internacionales de los derechos humanos. En Martin, C., Rodríguez, D., & Guevara, J. *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Fontamara.

Düvell, F., (2008). *Transit Migration in Europe: a politicized and blurred concept*. Centre on migration Policy (COMPAS). University of Oxford. Tripoli.

Dueñas. A., (2017). Subconsejo de Derechos Humanos. COESIDA Jalisco. Figura 4. Proceso de atención a usuarios en situación migratoria no regularizada para incorporarse al Seguro Popular.

Fernández, C., (2017). “Entre tránsito y asentamiento. El caso de (in)migrantes de origen hondureño en dos ciudades de la frontera sur mexicana”. En Barros., M. & Escobar., A. *Migración: nuevos actores, procesos y retos. Vol. II Migración interna y migrantes en tránsito en México*. Ciudad de México: CIESAS.

Ferrajoli, L., (2006), *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Fajardo-Dolci, G., & Hernández-Ávila, M. (2014). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*, 14(1).

Instituto Nacional de Migración (2019) Solicitud de acceso a la información pública presentada vía sistema INFOMEX. *Respuesta obtenida vía correo electrónico en archivo PDF del oficio DFJALISCO/DAJ/0837/2019*.

- Leyva, R., & Caballero, M., (2009). *Las que se quedan: Contextos de vulnerabilidad a its y vih/sida en mujeres compañeras de migrantes*. Colección Perspectivas. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Nicoletti, J., (2008), Derecho Humano A La Salud: Fundamento y Construcción. *Revista de Ciencias Sociales (04825276)*, 120(2).
- Nostra, T., Obregón. Á., Madero, G., Contreras, M., Hidalgo, M., Alta, M. & Juárez, B. (2014). La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. *Mundo de Hoy S.A. de C.V.*
- Papadopoulou, A., (2008). Transit Migration. The Missing Link between Emigration and Settlement. Palgrave - MacMillan.
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2016). REDODEM Informe *Migración en tránsito por México: rostro de una crisis humanitaria internacional*.
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (2017). REDODEM. Informe *Migrantes en México: recorriendo un camino de violencia*.
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes. (2018). REDODEM. Informe *El estado indolente: recuento de la violencia en las rutas migratorias y perfiles de movilidad en México*.
- Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes - REDODEM. (2019). Informe *Procesos Migratorios en México nuevos rostros, mismas dinámicas informe 2018*.

### Sitios web

Aristegui Noticias (2019). Crean Instituto de Salud para el Bienestar; busca alcanzar acceso universal y gratuito en salud. Redacción Aristegui Noticias. Recuperado del sitio: <https://aristeguinoticias.com/2110/mexico/crean-instituto-de-salud-para-el-bienestar-busca-alcanzar-acceso-universal-y-gratuito-a-la-salud/>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1917) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada DOF 15-09-2017. Última fecha de consulta del sitio electrónico 09 de septiembre de 2018. [https://www.dof.gob.mx/constitucion/CPEUM\\_Octubre2017.pdf](https://www.dof.gob.mx/constitucion/CPEUM_Octubre2017.pdf)

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2011). *Ley de Migración*.

Recuperado de:

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra\\_030719.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LMigra_030719.pdf)

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). *Ley General de Salud*.

Recuperado de:

[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

CENSIDA. (2006) Manual de organización específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16841/man\\_org\\_capasits.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/16841/man_org_capasits.pdf)

CENSIDA, (2013) Manual para operación del programa de acceso a los

Antirretrovirales en Unidades de la Secretaría de Salud. Figura 1. Flujograma del procedimiento para la asignación de recursos, inicio del tratamiento con fármacos ARV e integración del expediente clínico. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual de acceso arv 2013.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/311015/manual_de_acceso_arv_2013.pdf) Última revisión Octubre 2019.

CENSIDA. (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH*. Recuperado de:

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia\\_ARV\\_2014V8.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Guia_ARV_2014V8.pdf)

CENSIDA, (2015) Centros de atención SAIH y CAPASITS. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/centros-de-atencion-sais-y-capasits> Última revisión 10 de octubre de 2019

CENSIDA. (2016). *Guía integral para personas recién diagnosticadas con VIH*. Figura 2.

Esquema para recibir servicios médicos en caso de vivir con VIH en México.

Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA\\_PVV\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108406/GUIA_PVV_2016.pdf)

Centro de Información de la ONU – CINU México. (2018). El Consejo Económico y

Social. Recuperado de: <http://www.onunoticias.mx/la-organizacion/organos-principales/consejo-economico-y-social-ecosoc/>

COESIDA (2019) Directorio de Capasits y Servicios de Atención Integral – SAI JALISCO.

Recuperado de:

[https://coesida.jalisco.gob.mx/sites/coesida.jalisco.gob.mx/files/directorio\\_capasits\\_y\\_sais\\_jalisco.pdf](https://coesida.jalisco.gob.mx/sites/coesida.jalisco.gob.mx/files/directorio_capasits_y_sais_jalisco.pdf)

COESIDA (2018) Centros de detección de VIH. Recuperado de:

<https://coesida.jalisco.gob.mx/vih-e-its/deteccion-del-vih/centros-de-deteccion-de-vih>

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal - CDHDF (2011), *Fundamentos*

*teóricos de los derechos humanos*. Colaboradores: Medellín, X., et al. Recuperado de:

[http://cdhdf.org.mx/wpcontent/uploads/2014/08/guia\\_induccion\\_curso4.pdf](http://cdhdf.org.mx/wpcontent/uploads/2014/08/guia_induccion_curso4.pdf)

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2013). *Derechos humanos de los*

*migrantes y otras personas en el contexto de la movilidad humana en México*.

Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/informe-migrantes-mexico-2013.pdf>

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados. (2018). *Boletín estadístico de solicitantes*

*de refugio en México*. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/427549/COMAR2018.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *Acceso para las y los migrantes a*

*los programas de información, prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA*. Recuperado de:

[http://condesadf.mx/pdf/vih\\_migrantes.pdf](http://condesadf.mx/pdf/vih_migrantes.pdf)

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2006). Recuperado de:

[http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform\\_adicional/InfoGralSP.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/InfoGralSP.pdf)

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000) Citado como CESCR. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Recuperado de:  
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1> Última consulta 11 de octubre de 2019.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2019). Vigilancia de los derechos económicos, sociales y culturales. Recuperado de:  
<https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CESCR/Pages/CESCRIntro.aspx>

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. (13 de septiembre de 2017). Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de México. Recuperado de:  
[http://www.hchr.org.mx/images/doc\\_pub/CMW\\_C\\_MEX\\_CO\\_3\\_25926\\_S.pdf](http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/CMW_C_MEX_CO_3_25926_S.pdf)

Congreso de Jalisco. (1986). Ley Estatal de Salud del Estado de Jalisco. Recuperada de:  
<https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20de%20Salud%20del%20Estado%20de%20Jalisco.pdf>

Congreso de Jalisco. (2018). Ley de Salud del Estado de Jalisco. Recuperada de:  
<https://congresoweb.congreso.jalisco.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Li-stado.cfm#Leyes>

Congreso de Jalisco. (2016). Ley de Protección y Atención de los Migrantes en el Estado de Jalisco. Recuperada de:  
<https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20de%20Protecci%C3%B3n%20y%20Atenci%C3%B3n%20de%20los%20Migrantes%20en%20el%20Estado%20de%20Jalisco%20%2815%29.pdf>. Última consulta 03 de octubre de 2019.

Congreso de Jalisco (2019) Reforma a la Ley de Protección y Atención a Migrantes del

Estado de Jalisco. Recuperada de:

<https://drive.google.com/file/d/1wAfuv2w4Fr3dDehJoohzHdDGt8YgQkDI/view>

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. (2018). Sitio web de la institución.

Citado como CESNU Recuperado de: <https://www.un.org/ecosoc/es/>

Gascón, J., et al. (2008). Enfermedades infecciosas microbiología clínica. 26 Supl. 5:2-5.

*Epidemiología del VIH/SIDA en el mundo y el fenómeno migratorio actual.*

Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X0876498X>

Informaciones CURP (s.f.). Recuperado de:

<https://www.consultas.curp.gob.mx/CurpSP/html/informacionecurpPS.html>

Leyva-Flores, R., Aracena-Genao, B., & Serván-Mori, E.d., (2014). Movilidad

poblacional y VIH/sida en Centroamérica y México. Rev. Panam. Salud Pública. 36(3). Recuperado de:

[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v36n3/01.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v36n3/01.pdf)

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la

infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana

<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/NOM-010-SSA2-2010.pdf>

Lomelí, J., Diario El Informador (19 de junio de 2019). Una reforma migrante al estilo

Jalisco. Recuperada de <https://www.informador.mx/ideas/Una-reforma-migrante-al-estilo-Jalisco-20190619-0053.html>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2004). Compilación de Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe 1989 – 2004. Recuperado de:[https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CESCR/CESCRCompilacionGC\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CESCR/CESCRCompilacionGC_sp.pdf)

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*. Recuperado de:  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreatiessp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Convención sobre la eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*.  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreatiessp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Convención sobre los derechos del Niño. *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*.  
<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreatiessp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006). Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares. *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*:<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/CoreTreatiessp.pdf>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2016). Ficha

de datos del ACNUR México. Recuperado de:

[https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Mexico/Mexico\\_hoja\\_informativa\\_Julio\\_2016\\_ESP.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Mexico/Mexico_hoja_informativa_Julio_2016_ESP.pdf)

Organización de Estados Americanos. Departamento de Derecho Internacional,

Tratados Multilaterales. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. En vigor en 1999.

<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos*

*Humanos*. Recuperado de:

[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos*

*Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de:

<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Organización Internacional de las Migraciones. (2006). *Glosario sobre Migración*.

Recuperado de: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf)

Organización Internacional de las Migraciones. (2018). *Reporte de Flujos Migratorios*

*en Centroamérica, Norteamérica y el Caribe*. (No. 6). Recuperado de:

<http://rosanjose.iom.int/site/es/reports>

Pacto Mundial para la Migración Ordenada, Segura y Regular. (2018). Recuperado de:

<https://www.refworld.org/es/pdfid/5c0eac944.pdf>

Periódico Oficial El Estado de Jalisco (4 de febrero de 1988). Acuerdo mediante el cual

se crea el Consejo Estatal para la Prevención del Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida COESIDA. Recuperado de:

[https://info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/leyes/Acuerdo Comite para la Prevenccion del SIDA.pdf](https://info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/leyes/Acuerdo_Comite_para_la_Prevenccion_del_SIDA.pdf)

Presidencia de la República. 2012. *Reglamento de la Ley de Migración*. Recuperado de:

[http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg LMigra.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LMigra.pdf)

Secretaría de Salud. 2014. *Otorgan seguro popular a migrantes. La Comisión Nacional*

*de Protección Social en Salud (CNPSS), facilita a los indocumentados su incorporación temporal al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)*

<https://www.gob.mx/salud/prensa/otorgan-seguro-popular-a-migrantes-7519>

Unidad de Política Migratoria. (2018). *Prontuario sobre Poblaciones Migrantes en*

*Condiciones de Vulnerables*. Recuperado de :

[http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Investigacion/Prontuario vul.pdf](http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Investigacion/Prontuario_vul.pdf)

Secretaría de Relaciones Exteriores (2018). *Consulados de México en el Exterior*.

Recuperado del sitio web:

<https://directorio.sre.gob.mx/index.php/consulados-de-mexico-en-el-exterior>

Secretaría de Relaciones Exteriores (2019). *Misiones extranjeras acreditadas en*

*México*. Recuperado del sitio web <https://acreditadas.sre.gob.mx/>

Sistema Nacional de Protección Social en Salud, (2017). Precio de los medicamentos

ARV. Medicamentos disponibles para el Programa de Acceso Universal y Gratuito al tratamiento ARV ara personas con VIH sin seguridad social, adquiridos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/243931/MEDICAMENTO S ANTIRRETROVIRALES 2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/243931/MEDICAMENTO_S_ANTIRRETROVIRALES_2017.pdf)

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2019). Crónicas del Pleno y de las Salas.

Sinopsis de Asuntos Destacados del Tribunal en Pleno. Ley de Protección y Atención de los Migrantes en el Estado de Jalisco. *Es inconstitucional que el Congreso Local Legisle sobre cuestiones migratorias*. Recuperado de:

[https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/sinopsis\\_asuntos\\_destacados/documento/2019-01/TP-150119-JMPR-01qu'el](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/sinopsis_asuntos_destacados/documento/2019-01/TP-150119-JMPR-01qu'el)