



**CONTRIBUCIONES DE SIN FRONTERAS IAP AL INFORME DE LA
RELATORA ESPECIAL SOBRE EL DERECHO DE TODA PERSONA
AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Tipo de actor (por favor seleccione uno)	Otro (por favor especifique): organización de la sociedad civil
Nombre del Estado/persona encuestada	Sin Fronteras IAP
Correo electrónico	sinfronteras@sinfronteras.org.mx
¿Podemos atribuir públicamente estas respuestas a su Institución*? (En la web de la OACDH, en la sección de la Relatoría)	Sí

1

1. ¿Cuáles son las principales manifestaciones actuales de racismo y las formas conexas de discriminación creadas por el racismo que puedan prevalecer en su país en el ámbito del derecho a la salud, incluyendo en general en los factores determinantes básicos de la salud, resultados de salud y el acceso a la atención de la salud?

México sigue siendo un país altamente desigual, donde el acceso a bienes, servicios y derechos humanos es muy marcado según la pertenencia de las personas a una clase social, origen racial y nivel económico.

Desde el siglo XVI, “el privilegio está vinculado a la procedencia”, es decir, que desde el régimen colonial las mejores posiciones sociales fueron asignadas a las personas de origen europeo, como lo expresa el historiador, mexicano Federico Navarrete¹ (2020).

En el siglo XXI, la situación no ha cambiado del todo. Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación² (ENADIS, 2017), el racismo, la desigualdad y la poca posibilidad de acceder a derechos económicos, sociales, culturales está muy acentuada por el origen étnico, el color de piel, la lengua y los ingresos. De los grupos sociales con mayores dificultades para el acceso a sus derechos, se encuentra la población indígena que expresa un alto porcentaje de negación de

¹ Navarrete F. UNAM global, “México racista”, 2020. Recuperado de <https://unamglobal.unam.mx/mexico-un-pais-racista/>

² Encuesta aplicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).



atención médica o entrega de medicamentos (51.2 %)³, acceso a programas sociales, así como empleo.

Este escenario nacional nos da cuenta que para las personas migrantes y sujetas de protección internacional que viven o transitan por México el acceso y disfrute de sus derechos fundamentales como educación, salud, empleo no es tan asequible según su nacionalidad, su origen étnico, racial y su situación migratoria. Incluyendo la interseccionalidad de su género, edad, discapacidad, identidad de género, pobreza, condición de salud, entre otros.

Dentro de las dificultades que hemos observado en la atención a personas migrantes que requieren acceso a servicios de salud física: encontramos prácticas discriminatorias como la exigencia de un documento que “demuestre” qué es ciudadano mexicano (credencial para votar o carta de naturalización), les asignan en los hospitales “las cuotas más altas para pago de servicios médicos y/o tratamiento”, se impide el acceso a medicamentos gratuitos o tratamiento especializado. Se reportan más casos de personas haitianas y africanas, que les niegan la atención médica por “no hablar español” y no contar con intérpretes en su idioma. Las personas centroamericanas son más discriminadas por su nacionalidad, género, color de piel, por su origen étnico (mujeres mayas o mujeres afrodescendientes), y por su condición de pobreza, además por no contar con documento que demuestre su situación regular en el país (tarjeta de residente permanente, tarjeta de visitante por razones humanitarias, tarjeta de residente temporal, constancia de solicitud del reconocimiento de la condición de refugiado y la de reconocimiento de la condición de refugiado).

2. ¿Quiénes son las personas más afectadas y por qué? Por favor, describa las disparidades existentes en la prestación y el acceso a los servicios de salud que afectan a las personas de diferente origen racial y étnico, ascendencia, así como a otros grupos, como los inmigrantes. También puede reflejarse la falta de datos, análisis o indicadores de salud al respecto.

En los procesos de atención y acompañamiento por parte de Sin Fronteras, se ha observado que las personas pertenecientes a la comunidad LGTBTTI, mujeres indígenas, mujeres negras que sólo hablan creole o su lengua nativa (mujeres africanas), cuando acuden para ser atendidas en los centros de salud u hospitales (no se gestiona la búsqueda de intérpretes en su lengua).

Los adultos mayores son especialmente discriminados, porque se pretende invertir más en la salud de las personas jóvenes, es decir, se privilegia el gasto médico, la asignación de camas y

³ Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/DISCRIMINAC_NAL.pdf



atención médica a la población juvenil que a las personas ancianas y/o con enfermedades crónico degenerativas (en estado avanzado).

Por cuestión de clases social y raza, se privilegia la atención a las personas con mayor poder adquisitivo o personas blancas, de origen europeo o personas del norte de América.

Discriminación por nacionalidad, aquí se presenta mayor discriminación por pertenecer a un país de Centroamérica (El salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Belice), se potencializa si es una mujer, persona garífuna, afrodescendiente, de contextos rurales, pobres, y de bajo nivel educativo.

Incluyendo el componente de género, es importante mencionar la vulnerabilidad de las mujeres migrantes y refugiadas sobrevivientes de violencia sexual y de género, que en diversas ocasiones su situación es invisibilizada o se determina como consecuencia directa de su proceso migratorio. Los funcionarios públicos en el sector de salud, están poco sensibilizados sobre las afectaciones mentales que puede tener el proceso migratorio, los peligros en el tránsito y la situación de desplazamiento forzado por la cual salen las mujeres, así como los riesgos del desarrollo de enfermedades mentales en un nivel crónico al no ser atendidas a tiempo, además de que sus prácticas incurren en procesos de revictimización, vulnerando más la situación de las personas.

3. En virtud del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación especial de abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas las persona, incluyendo miembros de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes, incluidos los inmigrantes indocumentados, a los servicios de salud que proporcionan cuidados preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de aplicar prácticas discriminatorias en las políticas de Estado, así como de garantizar el acceso igualitario a los cuidados y servicios sanitarios suministrados por terceros. Por favor, explique cómo se aplica el punto anterior en su país, qué funciona bien y qué no tanto, y, si es posible, ilústrelo con datos desglosados.

Por cuestiones estructurales y de implementación de nuevas políticas públicas (2018 a la fecha) hay un rezago importante en el acceso a la salud de las personas mexicanas, situación que afecta directamente a las personas migrantes, refugiadas, solicitantes de asilo, beneficiarias de protección complementaria y apátridas.

La nueva política social a nivel federal, en temas de atención a la salud, ha disminuido su efectividad debido a la eliminación del Seguro Popular, un programa de gobierno que daba cobertura a nivel nacional para la atención, tratamiento médico, hospitalización de personas en



situación de vulnerabilidad y que no contaban con la afiliación a un servicio de seguridad social con prestaciones de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, seguro privado u otros).

El Estado mexicano a través de sus instituciones públicas de salud (centros de salud, hospitales generales, hospitales de alta especialidad y algunos institutos) aún no ha logrado que el derecho a la salud sea accesible e igualitario para todas las personas migrantes y sujetas de protección internacional, esto debido a las prácticas discriminatorias que diversos funcionarios siguen realizando en su atención a personas no mexicanas. Estas acciones obstaculizan o hacen desistir a las personas en su acceso a la salud, vulnera más su situación (ya precarizada en muchos de los casos) y coloca en mayor riesgo a las personas que padecen enfermedades crónico degenerativas, enfermedades graves o de alto costo, aquellas que requieren alguna intervención quirúrgica o las que han enfrentado algún tipo de accidente.

Además, en el país hay pocos espacios públicos donde se da atención a la salud mental, desde el nivel psicológico hasta el nivel especializado (psiquiátrico). Según la Red Voz Pro Salud Mental,⁴ el 85% de las personas que tienen un trastorno de salud mental no son atendidas, y quienes la reciben tardarán entre 7 a 30 años en obtener un tratamiento, esto revela que el tema de acceso a la salud mental no es considerado como importante por el sistema de salud.

De manera general se puede expresar, que el Estado mexicano no garantiza el acceso a las personas migrantes a los distintos niveles de intervención que tiene el sector salud (preventivo), sólo se accede –en algunas ocasiones– a los niveles paliativos o de tratamiento, esto sucede cuando las personas identifican que su situación de salud no puede esperar más a ser atendida o ya se encuentran en una situación grave.

4. Por favor, comparta ejemplos de marcos legales y políticos adecuados que aborden el racismo pasado o actual y las formas de discriminación racial y conexas, específicamente en relación con el acceso a los factores determinantes básicos de la salud, así como el acceso a la atención de salud y los, bienes, servicios e instalaciones de salud de calidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

De manera general, el derecho de acceso a la salud se protege en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cuyo ejercicio debe ser garantizado sin discriminación conforme al artículo 1 constitucional.

No existe una ley específica que aborde directamente el racismo, no obstante, existe la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, marco normativo que alude en algunas de

⁴ Recuperado de <http://www.cua.uam.mx/news/miscelanea/en-mexico-solo-el-2-del-presupuesto-federal-destinado-a-salud-se-empieza-para-la-atencion-a-pacientes-con-trastornos-mentales>



sus disposiciones al acceso a servicios de salud como son: la promoción de salud sexual y reproductiva a mujeres (artículo 10, fracción II) y la impartición de educación sobre preservación de la salud a niñas, niños y adolescentes (artículo 11, fracción II).⁵

Específicamente, las personas migrantes tienen garantizado el derecho de acceso a la salud sin discriminación conforme lo establece la Ley de Migración en su artículo 8:

Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida.

En la prestación de servicios educativos y médicos, ningún acto administrativo establecerá restricciones al extranjero, mayores a las establecidas de manera general para los mexicanos

Por otro lado, la Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político prevé en su artículo 44 que las personas refugiadas tienen derecho a recibir las mayores facilidades posibles para el acceso a los derechos y garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y demás normas internacionales aplicables, en particular recibir servicios de salud.⁶

No obstante, estas disposiciones legales son violadas de manera constante porque la materia de salud en México es regulada de manera diferente por cada entidad federativa, por ende, sus disposiciones suelen no ser acordes con la Ley de Migración o la Ley sobre Refugiados, incluso con la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación -todas de aplicación federal- y sobre todo son las reglas técnicas de operación para el acceso a servicios de salud los instrumentos que suelen tener requisitos discriminatorios como ya fue explicado en las respuestas previas.

⁵ Recuperada de

<https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/ley%20Federal%20para%20Prevenir%20la%20Discriminaci%F3n%281%29.pdf>

⁶ Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211049/08_Ley_sobre_Refugiados_Proteccion_Complementaria_y_Asilo_Politico.pdf



Finalmente es posible mencionar las Reglas de operación del programa de fortalecimiento a la atención médica (2021) cuyo objetivo es transferir recursos financieros de la Federación a las Entidades Federativas para que estas proporcionen la prestación de atención primaria en salud en aquellas localidades con menos de 2,500 personas y que se encuentren sin acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población. Un objetivo específico del programa es Brindar atención médica accesible, adecuada y libre de discriminación a población en condición de vulnerabilidad y discriminación social y es transversal para aplicar otras políticas públicas como la implementación de caravanas de la salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que viven en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante.⁷

5. Por favor, comparta buenas prácticas y ejemplos de intervenciones en salud pública que faciliten un acceso adecuado (dentro y fuera del sector de la salud), apoyen la producción de conocimientos o la implementación de programas que aborden con éxito las desigualdades, en particular el impacto del racismo y la discriminación racial conexas, así como otros factores como la pobreza, o la discriminación basada en el sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad y estatus migratorio.

Podemos afirmar que una buena práctica del gobierno local de la Ciudad de México, fue implementar el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos: “Gratuidad” en 2001. Este programa contribuyó a que las personas residentes de la Ciudad de México y que no estuvieran aseguradas en un sistema de salud público o privado, accedieran a consulta médica, consultas de seguimiento, tratamiento médico, medicamentos (vigente hasta 2018), hospitalización, cirugías y atención de alta especialidad gratuitas. Este programa también se extendió a las personas residentes de la misma entidad (16 alcaldías) consideradas como poblaciones vulnerables “personas migrantes, en condición de calle, entre otros” (Programa actualmente vigente).⁸

Una buena práctica del sector civil, es facilitar que poblaciones en situación de vulnerabilidad como personas en situación de calle, migrantes, jóvenes y niños, niñas y adolescentes, puedan tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, además de algunos servicios en salud

⁷ Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639631&fecha=29/12/2021#gsc.tab=0

⁸ Conforme a la Ley de Salud de la Ciudad de México, en particular el Capítulo XV del Título Segundo.

Recuperada de:

https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_SALUD_DE_LA_CIUADAD_DE_MEXICO_1.pdf



física y mental. Adicionalmente, las organizaciones de la sociedad civil brindamos acampamiento integral a las personas para su acceso a distintos niveles de salud. Como lo realiza Sin Fronteras IAP en la canalización a centros de salud y hospitales públicos. Esto permite que de una manera rápida las personas inicien su atención médica, seguimiento, acceso a tratamiento y hospitalización en caso de ser necesario.

