

Evaluación de brechas de información en datos de salud sobre población migrante en México (Tapachula, Chiapas): Barreras, actores clave, desafíos y oportunidades





ÍNDICE

Siglas y abreviaturas	3
Introducción	5
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Ejes de trabajo	6
Metodología	7
Levantamiento de información	7
Proceso de validación de información	7
Sistematización y análisis de información	9
Informe de resultados	10
Limitaciones del estudio	10
Marco conceptual	11
Vigilancia de salud, manejo y monitoreo de información	11
Contexto migratorio	12
Políticas y servicios de salud para la población migrante en México	13
Resultados	18
Marco operacional de salud y migración en México	18
Plan Integral para la Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM)	18
Plan Operativo de atención a la población migrante ante COVID-19	22
Sistema de Información en Salud (SIS) de México	23
Limitaciones en el acceso de datos en salud en México	25
Comunidad prioritaria de evaluación: Tapachula, Chiapas	29
Sistema de Salud Público en Tapachula	31
Entrevistas con actores a nivel local	33
Análisis de información	38
Conclusiones	46
Recomendaciones	48
Referencias bibliográficas	50
Anexos	52



Siglas y abreviaturas

- **CAUSES:** Catálogo Único de Servicios de Salud.
- **CENAPRECE:** Consejo de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- **CLUES:** Claves Únicas de Establecimientos de Salud.
- **COMAR:** Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados.
- **CONAPO:** Consejo Nacional de Población.
- **CONAHCYT:** Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías.
- **CONEVAL:** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- **CNDH:** Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- **CS:** Centro de Salud.
- **DENUE:** Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas.
- **DGE:** Dirección General de Epidemiología.
- **ENADID:** Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.
- **ENIGH:** Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares.
- **FONSABI:** Fondo de Salud para el Bienestar
- **HGT:** Hospital General de Tapachula.
- **HRAE-Ciudad Salud:** Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”.
- **IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- **INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- **INM:** Instituto Nacional de Migración.
- **INSABI:** Instituto de Salud para el Bienestar.
- **INSP:** Instituto Nacional de Salud Pública.
- **ISECH:** Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- **JS:** Jurisdicción Sanitaria.
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- **OIM:** Organización Internacional para las Migraciones.



- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **PIASM:** Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante.
- **RSI:** Reglamento Sanitario Internacional.
- **SAEH:** Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios.
- **SESA:** Servicios Estatales de Salud.
- **SICUENTAS:** Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal.
- **SIESA:** Sistema de Información para Emergencias en Salud.
- **SINAC:** Subsistema de Información sobre Nacimientos.
- **SIS:** Sistemas de Información en Salud.
- **SINBA:** Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.
- **SINERHIAS:** Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención en Salud.
- **SISVER:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias.
- **SS:** Secretaría de Salud.
- **SSR:** Salud sexual y reproductiva.
- **SPPS:** Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS).
- **UNACH:** Universidad Nacional Autónoma del estado de Chiapas.
- **UNEME:** Unidades de Especialidades Médicas.
- **UNEME CAPA:** Unidades de Especialidades Médicas para intervención Contra las Adicciones.
- **UNEME CAPASITS:** Unidades de Especialidades Médicas para la promoción, prevención y tratamiento de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual.
- **UNTFHS:** Fondo Fiduciario de la ONU para Seguridad Humana.



I. Introducción

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se encuentra consagrada al principio de que la migración en forma ordenada, regular y con respeto a los derechos humanos, beneficia a las personas migrantes y a las sociedades involucradas, directa o indirectamente, en el fenómeno migratorio. El trabajo de la OIM relacionado al binomio salud-migración busca aportar una perspectiva más completa de la dinámica de la movilidad, facilitando la aplicación de enfoques específicos para la preparación, la respuesta y la regulación de enfermedades transmisibles, dentro y fuera de las fronteras, concordantes con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), y por supuesto, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El presente informe de evaluación, forma parte del trabajo que la OIM realiza al apoyar a los Estados Miembros para gestionar la migración y responder de manera oportuna a las emergencias de salud pública relacionadas con la movilidad.

En las Américas, una diversidad de problemas estructurales (tanto económicos, políticos y sociales) afectan a los Sistemas de Información en Salud (SIS) y a la gestión de datos en salud. El acceso limitado a los servicios de atención médica de la población general, recursos insuficientes y las inequidades sociales impactan a los sistemas de salud de la región. Aunado a ello, la sectorización de la salud (sector público, privado y de seguridad social), la falta de acuerdos regionales y la multiplicidad de actores clave generan un entramado complejo que obstaculiza la gestión, sistematización y transferencia de la información¹. Esta situación se torna aún más compleja al aterrizarlo a un grupo poblacional en movilidad, con acceso limitado a servicios básicos de seguridad social y de garantía de derechos, como es el caso de las personas migrantes. Por tal motivo, los esfuerzos enfocados en la recolección de datos migratorios en salud pueden traducirse en la construcción de herramientas necesarias para la gestión de intervenciones en situaciones de emergencia, que brinden apoyo a las estructuras sanitarias estatales con el subsecuente establecimiento de acciones enfocadas a la protección de los derechos de las personas migrantes que transitan por la región; así como, de la construcción de políticas públicas sanitarias equitativas que permitan la mitigación de barreras en el acceso a servicios.

Por lo anterior, con apoyo del Fondo Fiduciario de la ONU para Seguridad Humana (UNTFHS), la OIM busca mejorar el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud de manera integral, de calidad, con equidad y sin discriminación, en El Salvador, Guatemala, Honduras y México, promoviendo y fortaleciendo capacidades a nivel nacional y local, con un enfoque de seguridad humanitaria. En este sentido, para fines del presente informe de evaluación, nos centraremos en el caso de México, donde por medio de la presente consultoría se tiene como objetivo fortalecer los sistemas de información de salud mediante el desarrollo de capacidades para generar e integrar datos de salud sobre las personas en condición de movilidad, que permitan a su vez, respaldar políticas y planes basados en evidencia, siendo inclusivos para con las personas migrantes.

¹ Rosa, J. M., Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. *Revista Médica Clínica Las Condes, Chile*. 33(6), 591-597.



Objetivo general

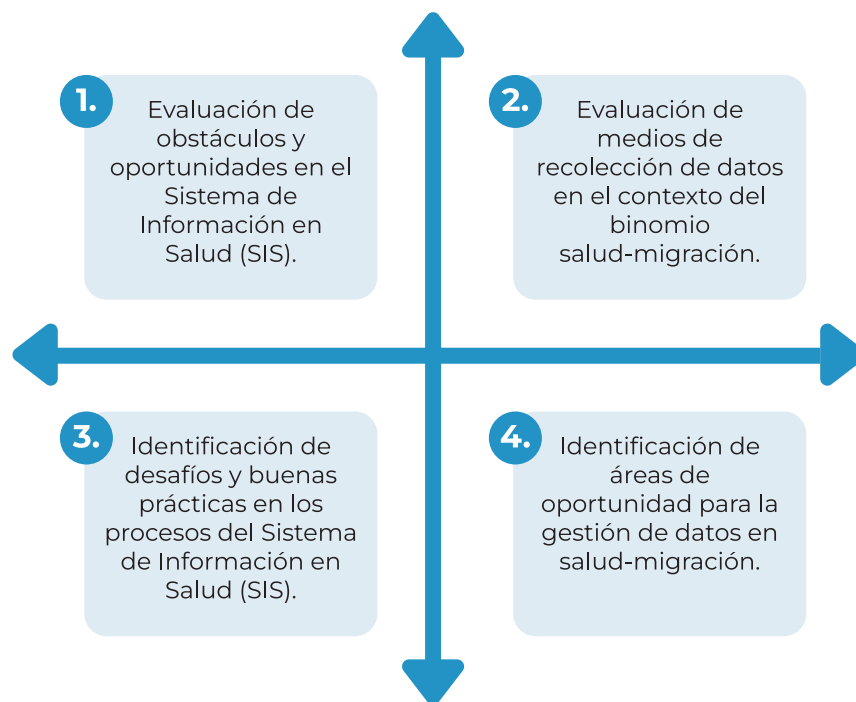
Desarrollar una evaluación de los desafíos y oportunidades actuales en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información elaborada a partir de los datos relacionados con la salud de la población migrante, a nivel nacional y en comunidades priorizadas en México (Tapachula, Chiapas).

Objetivos específicos

1. Identificar obstáculos y oportunidades en los sistemas de información de salud.
2. Identificar medios de recolección de información existentes sobre la salud de la población en contextos de movilidad humana.
3. Identificar los desafíos y buenas prácticas desarrolladas por el personal de los servicios de salud públicos en cuanto a los sistemas de información disponibles correspondientes a la salud de las personas migrantes.
4. Identificar posibles variables que permitan recopilar información que contribuya a la toma de decisiones para mejorar el acceso a salud de la población migrante.

Ejes de trabajo

Figura 1. Proceso metodológico para la evaluación de datos en salud-migración México.



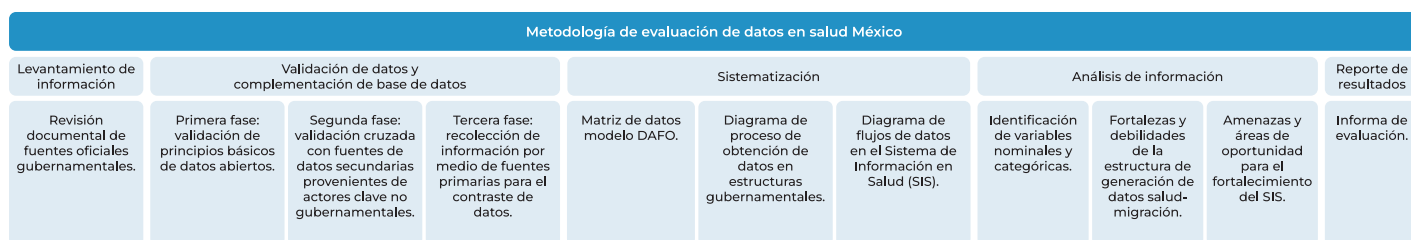
Fuente: elaboración propia.



Metodología

Para el desarrollo de la evaluación se utilizó una metodología de carácter documental y observacional, primordialmente cualitativa, como se muestra a continuación:

Figura 2. Proceso metodológico para la evaluación de datos en salud-migración México.



Fuente: elaboración propia.

Levantamiento de información

La evaluación de los desafíos y oportunidades actuales en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información elaborada a partir de los datos relacionados con la salud de la población migrante se realizó a partir de una revisión detallada de fuentes secundarias: informes y documentos oficiales gubernamentales (en sus tres niveles de atención: federal, estatal y local); así como, la revisión de las bases de datos disponibles y actualizadas del Sistema de Información en Salud (SIS) mexicano (**ver Anexo 1**).

Proceso de validación de información

Fase 1: Validación de principios básicos de datos públicos en salud.

Dentro de la región, una de las fuentes de datos más confiable y transversal a cada zona geográfica son los datos gubernamentales abiertos. Estos datos son producidos por las estructuras de gobierno y son puestos a disposición de las personas no solo con fines informativos, de transparencia y de lectura, sino también para ser reutilizados en nuevos proyectos, intervenciones, sitios y aplicaciones². Los datos abiertos que proveen los gobiernos deben cumplir con ocho principios básicos, debiendo ser: completos, primarios, actualizados, accesibles, procesables, no discriminatorios, sin propietarios y libres de licencia (**Figura 3**)³.

² Rosa, J. M., Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. Revista Médica Clínica Las Condes, Chile. 33(6), 591-597.

³ OGD (2022). The 8 Principles of Open Government Data (OpenGovData.org) [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://opengovdata.org/>



Una vez recabada la información de la presente evaluación, se procedió a realizar una primera fase de validación de datos por medio de la corroboración de estos principios básicos en cada una de las fuentes consultadas.

Figura 3. Principios básicos de datos públicos en salud.

Sistemas de Información en Salud (SIS)

Los datos abiertos que proveen los gobiernos deben cumplir con ocho principios básicos, debiendo ser:

- Completos
- Primarios
- Actualizados
- Accesibles
- Procesables
- No discriminatorios
- Sin propietarios
- Libres de licencia

Fuente: [The 8 Principles of Open Government Data \(OpenGovData.org\)](https://open.govdata.org/).

Fase 2: Validación cruzada de información con fuentes de datos secundarias.

Esta fase se desarrolló por medio de un proceso de validación de datos cruzado, entre los datos obtenidos por fuentes oficiales gubernamentales y los datos obtenidos por medio de una revisión documental de los diagnósticos e intervenciones realizados por otros actores clave en la atención y protección de la salud de las personas en condición de movilidad (agencias de Naciones Unidas, organismos internacionales y de la sociedad civil; así como instituciones académicas). Las fuentes consultadas pueden revisarse en el **Anexo 2** a mayor detalle. El proceso de validación cruzada del contenido de los datos se llevó a cabo de manera cualitativa, abarcando todas las dimensiones del binomio salud-migración, contemplando los aspectos relacionados al proceso migratorio, estableciendo los conceptos fundamentales, las variables nominales y categóricas, y las dimensiones de los ejes de investigación.

Fase 3: Validación comparativa con recolección de información de fuentes primarias locales.

Finalmente, se implementó una recolección de información por medio de fuentes de datos primarias, particularmente actores clave presentes en el municipio de Tapachula por medio de entrevistas semiestructuradas, para identificar las acciones y programas que se implementan en beneficio de las personas en condición de movilidad, así como los datos disponibles referentes al binomio salud-migración y la cadena de recolección de datos en salud que se genera de manera ascendente del nivel local hasta el nivel federal del Sistema de Salud mexicano (ver formato de instrumento de recolección de información, en la **Anexo 3**).



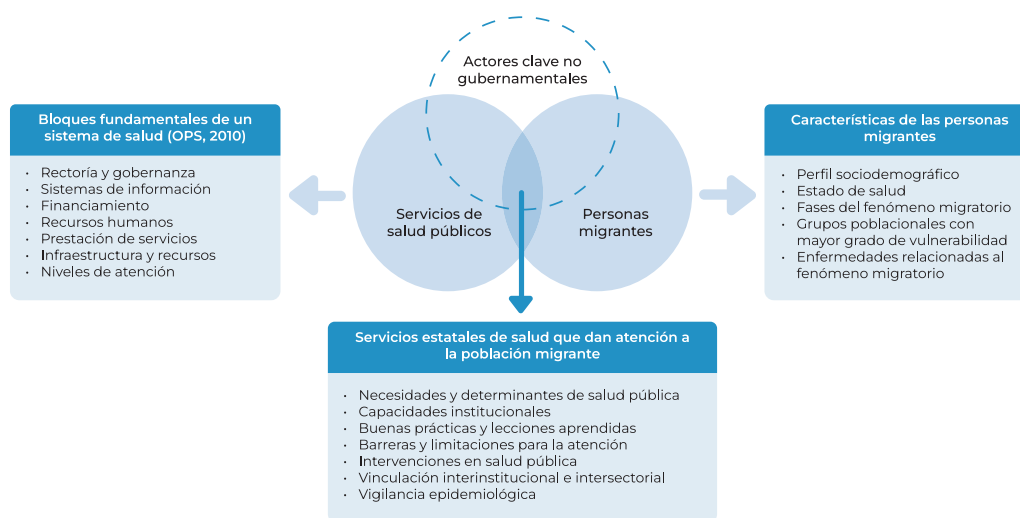
Esta última fase de levantamiento de información fue de gran utilidad en el análisis de información, ya que nos permitió conocer la sincronía, buenas prácticas, limitaciones, barreras y brechas que se presentan entre los diferentes niveles de atención para la recolección y sistematización de datos en salud-migración de las entidades gubernamentales que forman parte del Sistema de Información en Salud (SIS).

Sistematización y análisis de información

Una vez recabados los datos, se procedió a realizar una sistematización de la información para la identificación de desafíos y oportunidades actuales en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información elaborada a partir de los datos relacionados con la salud de las personas migrantes en México. Dicha sistematización de datos se llevó a cabo por medio de una matriz DAFO que nos permitió identificar las debilidades y amenazas del Sistema de Información en Salud (SIS), así como sus fortalezas y oportunidades.

El análisis de datos se llevará a cabo por medio de un proceso comparativo de la información disponible con los datos que se deberían de obtener en una gestión adecuada de información. Para ello se tomó como base el modelo conceptual ampliado del binomio salud-migración, que incluye: los bloques fundamentales de los sistemas de salud, propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴ y los factores determinantes de la salud pública asociados al fenómeno migratorio. Este análisis comparativo nos permitió identificar los sesgos y brechas informativas existentes en el Sistema de Información en Salud (SIS) mexicano, en los diferentes niveles de actuación enfatizando en la localidad priorizada (Tapachula, Chiapas)⁵. Por medio de este tipo de análisis comparativo se procedió a la identificación de variables nominales y categóricas, fundamentales para la evaluación.

Figura 4. Modelo conceptual ampliado del binomio salud-migración para el análisis de la información.



Fuente: elaboración propia.

⁴ Varkevisser, C., Pathmanathan, I., & Brownlee, A. (1995). Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. OPS.

⁵ Meñaca, A. (2004). Salud y migraciones. Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas, 53-65.



Finalmente, se elaboró un diagrama de proceso y un diagrama de flujos de datos, que sigue la gestión de la información sobre la atención de las personas migrantes en México, analizando desde el punto donde se brinda la atención en los servicios sanitarios y las herramientas con las que se recaba la información, hasta las matrices generadoras de la producción de datos finales en los cubos dinámicos e informes que se obtienen por medio del Sistema de Información en Salud (SIS).

Informe de resultados

Una vez concluido el análisis de información, con sus correspondientes diagramas de proceso y flujos de datos, se procedió a la generación del informe de la evaluación. En este informe se han destacado los desafíos y oportunidades actuales en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información en salud-migración. Con esto y la información generada en los informes que se han realizado en otros países (Guatemala, Honduras y el Salvador) fue posible hacer un análisis comparativo que será agregado como un anexo a la evaluación, para que con ello sea posible identificar los desafíos y áreas de oportunidad en común para la región. Además, se elaboraron una serie de recomendaciones para la contribución por parte de los equipos de la OIM, para el fortalecimiento en la producción, recolección, sistematización y análisis de datos en salud, ya que este tipo de evaluaciones proporcionan herramientas necesarias para la generación de políticas públicas e intervenciones en salud, con evidencias suficientes para su desarrollo.

Limitaciones del estudio

En el marco teórico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación de los logros de los sistemas de salud, se establece que los tres objetivos intrínsecos de todo sistema de salud deben ser: 1) la mejoría del estado de salud de la población, 2) la equidad financiera y 3) la satisfacción de las expectativas no médicas de los usuarios⁶. Al tomar como fundamento este marco teórico, la presente evaluación de datos en salud-migración debería contener la medición de variables nominales y categóricas para los tres objetivos intrínsecos. Sin embargo, por limitaciones en el tiempo de desarrollo de la investigación, nos centramos en las variables relacionadas con el estado de salud de la población migrante y algunas sobre equidad financiera asociadas con el acceso a los servicios sanitarios.

Realizar una medición de variables enfocadas en el tercer objetivo intrínseco de la OMS, el de la satisfacción de las expectativas de las personas usuarias, en este caso de las personas migrantes que acuden a las estructuras sanitarias requeriría un mayor tiempo para el diseño, elaboración y aplicación de instrumentos de investigación de salud pública, lo cual implicaría un mayor margen temporal y recursos para el levantamiento de datos directamente en el municipio de Tapachula, Chiapas (recursos humanos y materiales).

⁶ OMS (2003). Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health systems. Ginebra, Suiza. pp. 115-123.



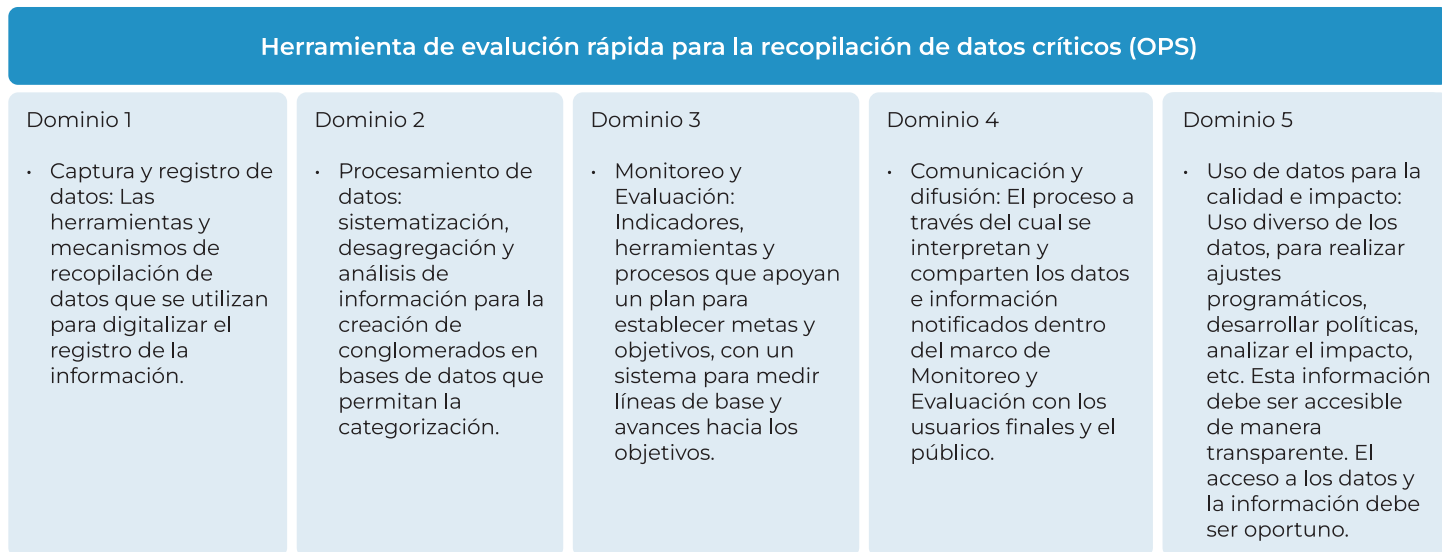
Marco conceptual

Vigilancia de salud, manejo y monitoreo de información

La Organización Mundial de Salud (OMS) a través del “Guidance Document on Migration and Health”⁷ recomienda como línea estratégica el fortalecimiento de la vigilancia de salud, el manejo y el monitoreo de información, con su consecuente aplicación y difusión por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la región. En este sentido, el manejo de datos de salud debe ser contemplado desde un enfoque estandarizado, de consulta abierta con información desagregada, que permita la orientación en la toma de decisiones en los diferentes niveles de gobierno de las naciones que conforman la región de las Américas.

Entre las intervenciones fundamentales que se pueden identificar, se mencionan el fortalecimiento de los sistemas de alerta temprana para la identificación de riesgos de la salud, la orientación de prevención y promoción de la salud. Así mismo, este instrumento hace especial énfasis en la vigilancia de salud descentralizada, en todos sus niveles de atención, para un adecuado intercambio de datos regional. En el año 2021 la OPS desarrolló la herramienta de evaluación rápida para la recopilación de datos críticos, siendo un instrumento elaborado en el contexto de la pandemia COVID-19 para realizar evaluaciones rápidas de instituciones que brindan servicios de salud, con dominios que describen la capacidad para recopilar datos críticos y de alta calidad, el compromiso institucional con la diligencia y calidad de los datos recopilados para la toma de decisiones a todos los niveles (**ver figura 5**).

Figura 5. Herramienta de evaluación rápida para la recopilación de datos críticos en el marco del COVID-19



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2020). Servicios sanitarios de calidad.

⁷ OMS (2020). Servicios sanitarios de calidad. Recuperado de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services



Contexto migratorio

La movilidad humana es un fenómeno milenario que ha estado presente, casi sin excepción, en todas las sociedades del mundo. Según las cifras más recientes de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), agencia especializada perteneciente al sistema de Naciones Unidas, se calcula que en el año 2020, la cifra de personas migrantes internacionales ascendía a 281 millones de personas, lo cual equivale al 3.6% de la población mundial⁸. Además, se estima que del total de personas migrantes internacionales, 135 millones corresponden al sexo femenino, cifra que se ha incrementado considerablemente en relación a la estimación que la OIM había realizado en el informe de 2019, donde se estimaba que el número de mujeres migrantes internacionales ascendía a 130 millones⁹.

La migración hacia América del Norte es un rasgo fundamental de la región de América Latina y el Caribe. En 2020 residían en América del Norte más de 25 millones de migrantes de esta región.

¹⁰Centroamérica ha experimentado flujos sostenidos de personas migrantes en décadas recientes, esto como consecuencia de diversos factores políticos y sociales que enfrentan países como Honduras, El Salvador y Guatemala. En este sentido, Estados Unidos se ha convertido en el principal país de destino de las personas en condición de movilidad en los últimos 30 años¹¹. La falta persistente de oportunidades económicas y laborales, la inseguridad alimentaria, la pobreza y desigualdad, los altos niveles de informalidad, la debilidad de las estructuras del Estado, son algunos de los elementos contextuales que asociados a la violencia persistente (individual, familiar y comunitaria) juegan un rol determinante en la decisión de migrar¹².

Aunado a lo anterior, las dificultades en el acceso a vías regulares de migración con destino a Estados Unidos, han provocado que muchas personas se vean obligadas a viajar miles de kilómetros por tierra desde su origen en Centroamérica y el Caribe, a través de México en búsqueda de mejores oportunidades de vida. México es uno de los principales corredores migratorios sur-norte del mundo, al ser país de destino, tránsito y retorno de migrantes procedentes principalmente de países de Centroamérica (El Salvador, Honduras, y Guatemala), y del Caribe (Cuba y Haití)¹³. Las estimaciones de la Secretaría de Gobernación señalan que en el periodo de 2001-2020 se registraron en promedio 135,879 eventos cada año de personas que ingresan y transitan por el país¹⁴.

Si bien, en México se pueden observar tendencias en el proceso migratorio, se han identificado transformaciones en la composición de las poblaciones que migran: en las últimas dos décadas, se

⁸ International Organization for Migration. Report on the migrations in the world 2022. ISSN 1020-9026.

⁹ *Ibidem*

¹⁰ International Organization for Migration. Report on the migrations in the world 2022. ISSN 1020-9026.

¹¹ Sánchez-Montijano y Zedillo Ortega (2022), "La complejidad del fenómeno migratorio en México y sus desafíos, PNUD, LAC PDS N.º 30.

¹² International Organization for Migration. Report on the migrations in the world 2022. ISSN 1020-9026.

¹³ Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marín, T., Muñoz, G., Basurto, E. (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3

¹⁴ Secretaría de Gobernación (2021). Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas. México. Recuperado de www.portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos



observa una feminización de la migración, representada por un aumento en la proporción de mujeres, adolescentes y niñas que ingresan y transitan de manera irregular al país, principalmente con el objetivo de establecerse en México o para recorrer el país hacia los Estados Unidos. Estos viajes suelen representar un alto costo monetario para las personas, pero también presentan múltiples riesgos, ya que usualmente, son dependientes de redes intermediarias locales o traficantes, que suelen vincularse con el crimen organizado. Por lo tanto, los peligros que enfrentan las personas migrantes incluyen una amplia gama de tipos de violencia, entre los que se pueden destacar la violencia sexual, la trata de personas, riesgos de salud y seguridad¹⁵.

Resulta importante señalar que los cambios en el fenómeno migratorio en México no son únicamente demográficos, sino que incluso se ha observado una transformación en la forma de ingresar y recorrer el territorio del país, a una manera organizada desde el país de origen a través de lo que se ha denominado migración masiva en grupos. Desde el año 2018, se han identificado la movilización de grupos de familias y connacionales de países de Centroamérica y El Caribe (principalmente, aunque no de manera exclusiva), lo que ha originado un incremento en la proporción de niñas, niños y adolescentes de personas en condición de movilidad que ingresan por el sur de México. Esta situación repercute de manera inminente en las mujeres migrantes, quienes desempeñan en su mayoría actividades de cuidado y protección de las infancias por cuestiones de género¹⁶.

Aunado a lo anterior, las políticas restrictivas a la migración iniciadas en el 2017 en Estados Unidos y su endurecimiento asociado a las medidas sanitarias implementadas como respuesta a la pandemia por COVID-19 han propiciado cambios en México, ya que ha dejado de ser un país mayoritariamente de tránsito a una nación de destino¹⁷. Finalmente, estas transformaciones no menores en la composición del flujo migratorio en México evidencian la necesidad de explorar temáticas de acceso a derechos y servicios en ciudades fronterizas del país, donde la población en condición de movilidad antes transitaba rumbo al norte para llegar a Estados Unidos o Canadá, y que ahora se han convertido en comunidades de acogida temporal o permanente de personas migrantes, como es el caso de Tapachula, Chiapas¹⁸.

Políticas y servicios de salud para la población migrante en México

A nivel internacional, México se destaca por ser un país signatario de diversos tratados internacionales donde reconoce el derecho a la salud para todas las personas que se encuentren en su territorio (**ver Anexo 4**). El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El marco legal existente en materia de migración, refugio y protección internacional,

¹⁵ Secretaría de Gobernación (2021). Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas. México. Recuperado de www.portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos

¹⁶ International Organization for Migration. Report on the migrations in the world 2022. ISSN 1020-9026.

¹⁷ Leyva-Flores, R., Infante, C., Cutiérrer, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Zaldívar, M. J., Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. PLoS ONE, 14(8), 2009-2015. Consultado en: www.doi.org/10.1371/journal.pone.0220775

¹⁸ Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marín, T., Muñoz, G., Basurto, E, (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3



así como los instrumentos jurídicos asociados al derecho a la salud, reconocen la independencia de la situación migratoria o de su estatus, para la garantía de acceso a servicios sanitarios de manera oportuna y de calidad, tomando en consideración particularmente los grupos poblacionales de mayor grado de vulnerabilidad (**ver Anexo 5**). De acuerdo con el artículo 8 de la Ley de Migración las personas migrantes en México tendrán el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por las instituciones de salud pública y privadas, independientemente de su estatus migratorio.

a) Reforma a la Ley General de Salud 2019

En noviembre de 2019, se realizó una reforma a la Ley General de Salud, para establecer la gratuidad de servicios, medicamentos e insumos para la población sin seguridad social en los servicios de salud públicos. De esta forma, se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este último la dependencia gubernamental que asumiría el encargo de organizar, operar, y supervisar la prestación de servicios para personas sin seguridad social usuarias de los servicios sanitarios públicos y desaparecería el Seguro Popular, un modelo de afiliación previo (implementado en el periodo comprendido entre el año 2004 y 2019) que desempeñaba dicha función, para la cobertura universal de salud.

Antes de la reforma de 2019 las personas debían afiliarse al Seguro Popular para tener acceso gratuito al plan explícito de beneficios en salud subsidiado por el gobierno. Las enfermedades, medicamentos e insumos cubiertos por el Seguro Popular estaban especificados en el Catálogo Único de Servicios de Salud (conocido como CAUSES, por sus siglas). Con este tipo de afiliación sanitaria, las personas usuarias (incluyendo a las personas en condición de movilidad) podían afiliarse de manera inmediata al Seguro Popular, teniendo un periodo de tiempo de 3 meses para comprobar su residencia formal en el país, lo cual permitía que las personas migrantes en tránsito pudieran recibir atención médica en los servicios públicos de manera indiscriminada, independientemente a su estatus migratorio, en el territorio nacional con una limitada temporalidad.

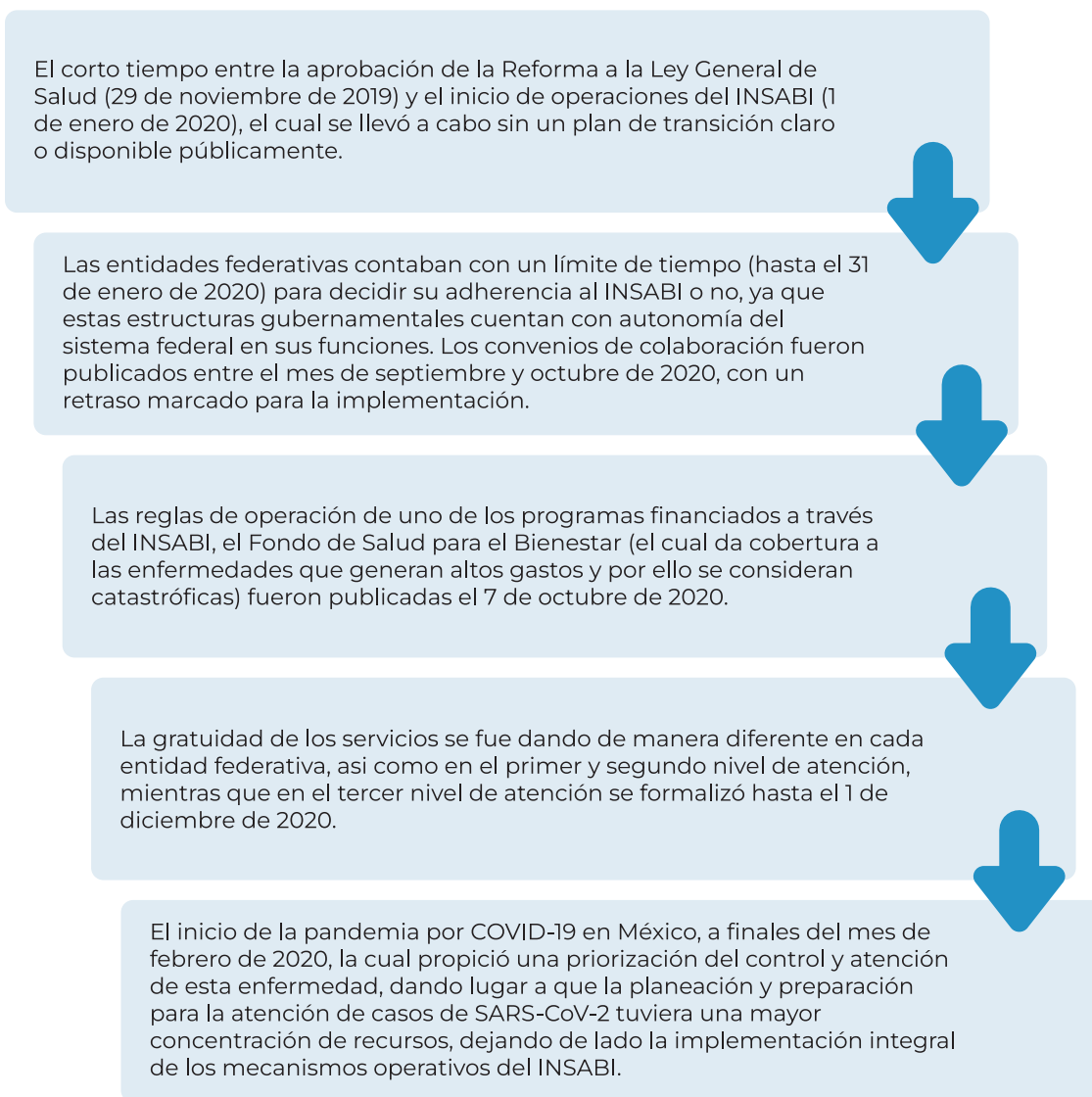
Antes de la reforma de 2019 las personas debían afiliarse al Seguro Popular para tener acceso gratuito al plan explícito de beneficios en salud subsidiado por el gobierno. Las enfermedades, medicamentos e insumos cubiertos por el Seguro Popular estaban especificados en el Catálogo Único de Servicios de Salud (conocido como CAUSES, por sus siglas). Con este tipo de afiliación sanitaria, las personas usuarias (incluyendo a las personas en condición de movilidad) podían afiliarse de manera inmediata al Seguro Popular, teniendo un periodo de tiempo de 3 meses para comprobar su residencia formal en el país, lo cual permitía que las personas migrantes en tránsito pudieran recibir atención médica en los servicios públicos de manera indiscriminada, independientemente a su estatus migratorio, en el territorio nacional con una limitada temporalidad¹⁹.

¹⁹ Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marin, T., Muñoz, G., Basurto, E., (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3



Ahora bien, con la reforma a la Ley General de Salud del 2019 y el surgimiento del INSABI, el acceso a los servicios de salud para las personas migrantes cambia ya que no requieren de un proceso de afiliación, se otorga de manera gratuita y no tiene un límite de tiempo. Esta reforma sanitaria significó un avance significativo en la cobertura universal de salud en México, ya que las intervenciones, insumos y medicamentos debían ser proporcionados por los servicios públicos pertenecientes al INSABI o a las Secretarías o Institutos de Salud Estatales. Sin embargo, una serie de factores han afectado la transición del modelo de afiliación del Seguro Popular al modelo de atención planteado por el actual gobierno mexicano por medio del El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y la creación del INSABI (figura 6).

Figura 6. Cambios en el Sistema de Salud Mexicano a partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2019.



Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.



Tabla 1. Cambios en financiamiento y cobertura después de la Reforma a la Ley General de Salud 2021.

Antes de la Reforma a la Ley General de Salud en 2019	Tras la Reforma a la Ley General de Salud en 2019	Financiamiento en el programa presupuestario 2020	
Financiamiento mediante esquema público de aseguramiento público a niños y niñas menores de 5 años. Cobertura: 151 intervenciones (Reglas de operación 2019).	Financiamiento mediante cobertura universal sin necesidad de afiliación. Cobertura: 151 intervenciones (Reglas de operación para 2020).	Programa: "Seguro Médico Siglo XXI".	
Seguro Popular: Transferencias a estados de acuerdo con la población afiliada. Cobertura: 294 intervenciones especificadas en el CAUSES.	Transferencias de la Federación a los estados para la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. De acuerdo con lo establecido en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.	Programa: "Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral."	<p>Vertiente 1: "Prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social."</p> <p>Vertiente 2: "Fortalecimiento de redes de servicios de salud (dirigido a establecimientos de salud fijos y móviles de las 32 entidades federativas)."</p>
Fondo de Protección contra gastos catastróficos. Transfería recursos a las entidades para la atención de enfermedades catastróficas. Cobertura: 66 intervenciones	El programa adquiere y entrega en especie a prestadores de servicios medicamentos e insumos que se requieren para la atención de enfermedades que se consideran catastróficas. Cobertura: 66 intervenciones, con la intención de ampliar progresivamente la cobertura a 95 intervenciones.	Fondo de Salud para el Bienestar (FONSABI).	

Fuentes: Comité Técnico del Fondo de Salud para el Bienestar (2020). Consejo de Salubridad General, 2020; DOF (2019). Secretaría de Salud/INSABI (2021).

b) Incorporación de las funciones del INSABI al IMSS-Bienestar

En el mes de abril del 2023, el pleno del Senado mexicano aprobó un proyecto de decreto presidencial con el objetivo de que las funciones del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) se integren al IMSS-BIENESTAR, esto con el objetivo de contar con un solo órgano descentralizado que provea los servicios de atención médica a toda la población que se encuentra en el territorio nacional. El objetivo de esta propuesta es establecer una colaboración entre ambas instituciones gubernamentales, para regular el nuevo modelo de atención de salud implementado por el Gobierno de México, un Sistema de Salud para el Bienestar.



Dicho modelo de atención ha buscado mantener la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para aquellas personas sin seguridad social, lo cual incluye a las personas en condición de movilidad²⁰. Además, las entidades que celebren convenios de coordinación deberán transferir los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, junto con los rendimientos financieros que se hayan generado, al Fideicomiso Público Federal sin estructura orgánica denominado Fondo de Salud para el Bienestar²¹.

El IMSS-BIENESTAR participará en los procedimientos de contratación consolidada previstos en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, que tengan por objeto la adquisición y distribución de los medicamentos y demás insumos asociados para la salud, con la finalidad de garantizar el abasto de los mismos. Los cambios operacionales que se deberán desarrollar por parte del IMSS-BIENESTAR acordes con la suma de sus funciones no son claros hasta el mes de abril de 2024, por cuestiones políticas pueden verse retrasados ya que en este mismo año se llevarán a cabo elecciones presidenciales en México, lo cual puede afectar de manera definitiva la transición de funciones, planeación de programas e intervenciones por parte de la entidad gubernamental²².

La intención de universalizar el acceso a servicios de salud también se enfrenta a retos históricos del Sistema Nacional de Salud mexicano que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud de quienes se encuentran en el país. México se ha caracterizado por una baja inversión pública en salud²³, una insuficiente coordinación entre las distintas instituciones de salud (y sistemas de información en salud); y poca regulación del sector privado, lo cual ha generado constantes deficiencias en la prestación equitativa de servicios de calidad²⁴. Esto ha dado pie a que el gasto de bolsillo (también conocido como gasto en salud de los hogares) sea de poco más del 40% -41.3% según cifras de 2016²⁵; mientras que, en 2020, este fue del 42%, según estimaciones comparativas obtenidas a partir de la base en los datos del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) en 2019²⁶.

²⁰ Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marin, T., Muñoz, G., Basurto, E., (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3

²¹ Sánchez-Montijano y Zedillo Ortega (2022), "La complejidad del fenómeno migratorio en México y sus desafíos, PNUD, LAC PDS N°. 30.

²² Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marin, T., Muñoz, G., Basurto, E., (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3

²³ Organisation for Economic Co-operation and Development/The World Bank. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

²⁴ González-Block, M. Á., Reyes Morales, H., Cahuana Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Health system review. In World Health Organization (Vol. 22, Issue 2). México. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334334/HIT-22-2-2020-eng.pdf>

²⁵ *Ibidem*

²⁶ Secretaría de Salud (2019). Cierre Estadístico del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2019. México. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/sicuentas/Cierre_2019_base2013.pdf



Resultados

Marco operacional de salud y migración en México

El actual Gobierno de México, ha señalado sus estrategias de acción en El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Aquí se establece dentro de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, el objetivo encaminado a garantizar empleo, educación, salud y bienestar mediante la creación de puestos de trabajo, el cumplimiento del derecho de todas las y los jóvenes del país a la educación superior, la inversión en infraestructura y servicios de salud, por medio de programas como el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) y más recientemente, por medio de su fusión con el IMSS-BIENESTAR. La meta del gobierno federal para final de su mandato (en el año 2024) es que “todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos”²⁷. Dicho objetivo se planteaba que pudiera ser alcanzado a través de la creación de la colaboración del INSABI e IMSS-BIENESTAR, dependencias que darán servicio en todo el país. En el 2019, se planteaba el cambio en el modelo de atención sanitaria conforme los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

Plan Integral para la Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM)

En el contexto de los movimientos migratorios, el Gobierno de México considera que el tema de salud cobra mayor relevancia, dado que la migración implica un incremento en los riesgos para las personas migrantes, principalmente por la condición de movilidad y las determinantes sanitarias que se encuentran presentes en este sector poblacional. Por esta razón, ha creado el Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM), la cual es una estrategia diseñada con la finalidad de abordar las necesidades de salud que esta población puede tener en su ingreso, tránsito o asentamiento en el territorio mexicano. Este plan considera los perfiles epidemiológicos de los lugares de procedencia, los factores relacionados al estilo de vida, elementos culturales y sociales, propensión genética a ciertas patologías, así como otros elementos psicosociales. También incluye consideraciones relacionadas a la atención de personas migrantes víctimas de trata o de violencia sexual²⁸.

La finalidad de esta estrategia es fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de información y el monitoreo; además, garantizar el acceso a los servicios de salud para la población migrante en territorio mexicano. Los principales objetivos del PIASM se centran en mitigar los efectos de la desigualdad facilitando el acceso a los servicios de salud; limitar la discriminación y estigmatización de las personas migrantes; eliminar los potenciales obstáculos que impidan el acceso a medidas de prevención y promoción de la salud, así como de diagnósticos oportunos y tratamientos curativos; y finalmente, minimizar las consecuencias

²⁷ Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Consultado en: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

²⁸ Secretaría de Salud. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México. Consultado en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf



negativas del proceso migratorio en materia sanitaria²⁹. Además, en este plan de atención se definen las actividades de cada programa y niveles de participantes, liderado por la Secretaría de Salud. Se trata de una estrategia de atención integral para intervenir en los factores sanitarios y favorecer a las personas migrantes durante su tránsito y permanencia en México; facilitando su atención en los servicios de salud bajo un contexto de igualdad y no discriminación. Esta es la manera en la que el país responde a su compromiso con la equidad y el respeto a los derechos humanos³⁰.

De manera general, el PIASM contempla acciones administrativas y operativas a nivel federal, estatal y de distrito (jurisdiccional), para brindar atención primaria, de urgencias, hospitalización, rehabilitación, o cuidados paliativos, sin importar la condición migratoria³¹. Es aplicable para todas las instancias del sector salud, con adición de las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado que participan en la atención de la salud de las personas en condición de movilidad³². La coordinación ejecutiva se divide a nivel federal y estatal, con el objetivo de mejorar la implementación (**ver figura 7**).

Figura 7. Coordinación ejecutiva del Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante en México.

Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM)

- A nivel federal
 - Corresponde a la persona titular de la Secretaría de Salud (SS), proponer, definir y favorecer la implementación de las estrategias y acciones de atención de salud de los migrantes, en los tres niveles de gobierno, con la participación de los organismos e instituciones involucradas.
- A nivel estatal
 - Corresponde a los titulares de los servicios de salud, organizar, coordinar e implementar este plan, por lo que se realizará sesiones extraordinarias del Comité Estatal para la Seguridad en Salud, en donde se establecerán las responsabilidades de los participantes y sesiones de seguimiento.

Fuente: Secretaría de Salud (2020).

²⁹ Poblaciones de inmigrantes y emigrantes por país de origen y destino (2019). Disponible en: www.migrationpolicy.org/programs/datahub/charts/immigrant-and-emigrant-populations-country-origin-anddestination

³⁰ Secretaría de Salud (2019). Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México. Consultado en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf

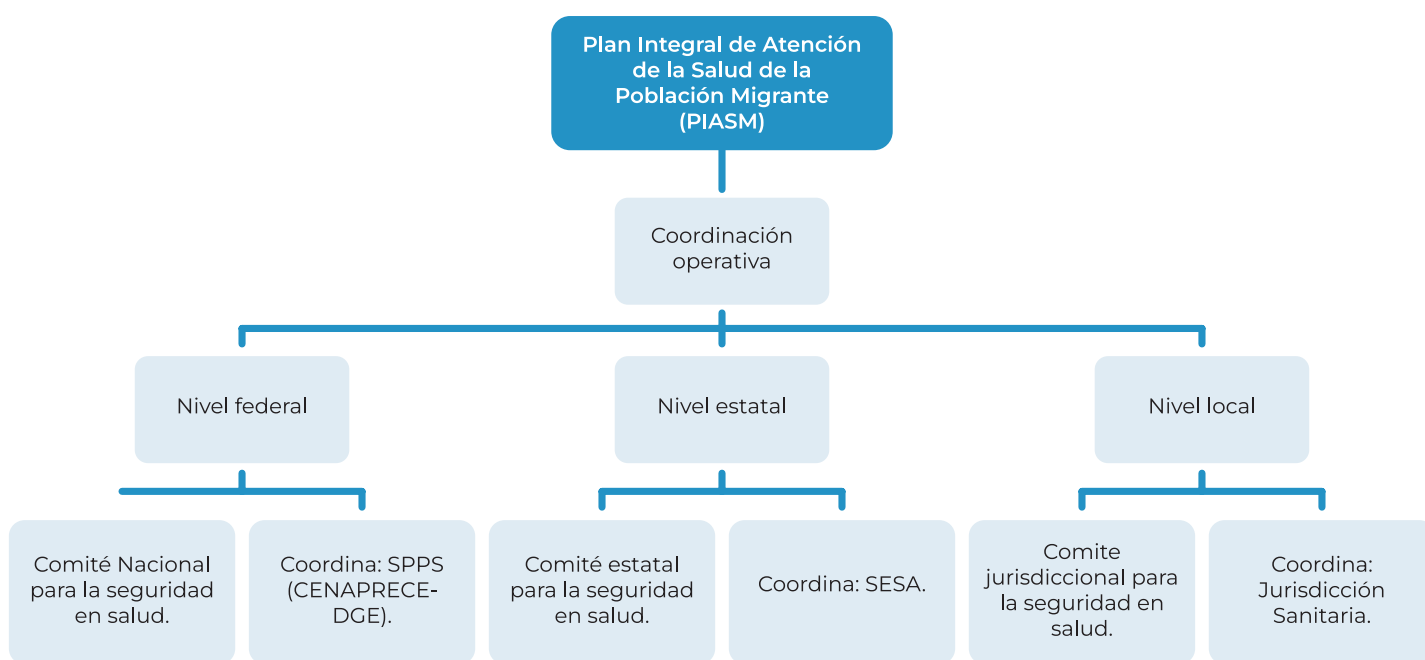
³¹ Secretaría de Salud (2020). Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, última actualización. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. México. Consultado en: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/517770/Plan_integral_de_atenci_n_a_la_salud_de_poblaci_n_migrante.pdf

³² *Ibidem*



En lo correspondiente a la coordinación operativa del PIASM, la distribución de responsabilidades e implementación de acciones se divide en el ámbito federal, estatal y local (jurisdiccional). Donde se han otorgado nombramientos para que por medio de sesiones de Comités nacionales, estatales y locales de Seguridad Sanitaria, coordinados de la siguiente manera: 1) a nivel federal por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), el Consejo de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y la Dirección General de Epidemiología (DGE); 2) a nivel estatal por los Servicios Estatales de Salud (SESA); y finalmente, a nivel local por las Jurisdicciones Sanitarias (JS).

Figura 8. Coordinación operativa del Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante en México.



Fuente: Secretaría de Salud (2020).

Este plan enfoca esfuerzos a la salud mental, y a la atención en salud sexual y reproductiva (SSR), particularmente sobre embarazo, anticoncepción, y atención a la violencia sexual. A lo largo de 2020, el PIASM fue modificado y actualizado. **La tabla 2**, recoge algunas acciones planteadas en el PIASM publicado en noviembre del 2020.



Tabla 2. Responsabilidades y acciones estipuladas en el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante

Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM)	
Institución o personal responsable	Acciones estipuladas
Personal médico operativo de los servicios de salud incluidos hospitales que forman parte del convenio general de colaboración de atención de emergencia obstétrica.	Atención oportuna de urgencias médicas buscando la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico cuando sea posible y maximizando el beneficio para la vida y la función, su canalización inmediata a establecimientos identificados con mayor capacidad resolutive para su atención integral y oportuna.
	Atención de la mujer embarazada y la persona recién nacida, resolviendo padecimientos relacionados con el estado de gravidez, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia. Favorecer la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y complementaria hasta los dos años.
Nivel local Distrito Sanitario (Jurisdicción Sanitaria). *Componente de salud pública.	Censo de mujeres en edad fértil (distinguiendo de las adolescentes) en los refugios, para proporcionar métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.
	Llevar a cabo talleres y asesorías de promoción de la salud, educación en salud y prevención.
	Proponer en su caso el paquete básico de intervenciones del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA) que se pueden llevar a cabo en las instalaciones, albergues y referir a las unidades de salud y/o servicios amigables.
	Ofertar pruebas rápidas de VIH, incluidas mujeres embarazadas, otorgamiento de métodos anticonceptivos, incluidos los de emergencia.
	Vigilancia epidemiológica: enfermedades infecto contagiosas de notificación inmediata, infecciones de transmisión sexual y enfermedades transmitidas por vectores (ETV).
	Identificación de mujeres embarazadas y en riesgo, incluida la violencia sexual.
	Capacitación a mujeres embarazadas y/o púerperas en los sitios establecidos en el ámbito de aplicación, así como llevar un censo de mujeres lactando.
	Realizar consejería y educación a mujeres migrantes sobre salud materna y violencia de género.
Difundir información sobre embarazo, parto, puerperio y signos de alarma, lactancia materna, planificación familiar, violencia sexual, prevención del embarazo, prevención de infecciones de transmisión sexual, servicios de interrupción voluntaria del embarazo por violación y otras dependiendo la entidad federativa.	

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.

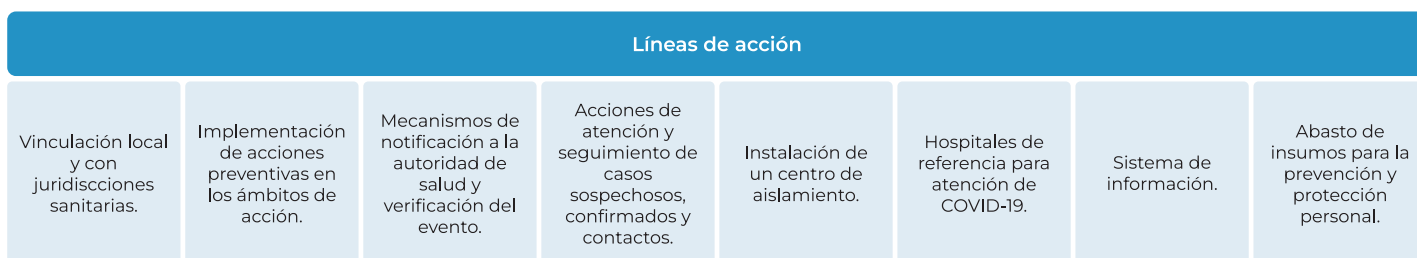


Plan Operativo de atención a la población migrante ante COVID-19

Esta estrategia surgió como parte de las necesidades identificadas en diversas localidades de los estados fronterizos mexicanos, en los cuales se observó un incremento en el número de personas migrantes provenientes de Centroamérica, particularmente de aquellos que se habían quedado varados en la frontera norte de México, a raíz de los fenómenos de migración en grupos (conocidos popularmente como “caravanas migrantes”), que por diversas situaciones no habían podido pasar la frontera con Estados Unidos de América (EUA) o que se encontraban en la espera de la resolución de sus asilos en ese país; así como de aquellas personas en condición de movilidad que se hubiesen identificado una continua repatriación de migrantes mexicanos de EUA (deportados) y expulsiones bajo el Título 42. Situaciones, todas ellas causantes de un incrementó de la población flotante en albergues, casas de migrantes y refugios en las ciudades fronterizas del país, que en el contexto de la pandemia originada por SARS-CoV-2 genero una situación de alto riesgo y preocupación por la población migrante, debido al impacto que el COVID-19 podía ocasionar en esta población³³.

Por lo anterior, surgió la necesidad de generar un Plan operativo que permitiera a los Servicios de Salud de los estados con movilidad de población migrante, contar con lineamientos para la atención de esta emergencia en salud, que incluyera la implementación de acciones preventivas y facilitara el acceso a la atención integral y de calidad. La atención de las personas en condición de movilidad, quedaría entonces bajo la coordinación de los Servicios de Salud Estatales (SESA) y de las Jurisdicciones Sanitarias de las zonas fronterizas y a lo largo de la ruta migratoria; en vinculación con las diferentes instancias del sector salud, del Instituto Nacional de Migración (INM), Organizaciones no gubernamentales (ONG) y gobiernos estatales y municipales. Dicha atención quedó estipulada que debería de ser integral, contemplando la atención médica (pre hospitalaria, primer y segundo nivel de atención); salud mental; vigilancia epidemiológica y laboratorio; promoción de la salud; salud reproductiva y protección contra riesgos sanitarios; además de cualquier otro servicio que fuera necesario³⁴. Las líneas estratégicas del Plan operativo contemplaron los diferentes ámbitos de acción y niveles de atención (**ver, figura 9**).

Figura 9. Líneas de acción del Plan Operativo de Atención de atención a la población migrante ante COVID-19.



Fuente: Secretaría de Salud (2020).

³³ Secretaría de Salud (2020). Plan Operativo de la atención a la población migrante ante COVID-19. Gobierno de México. Consultado en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Plan_Operativo_Atencion_Poblacion_Migrante_COVID-19.pdf

³⁴ Secretaría de Salud (2020). Plan Operativo de la atención a la población migrante ante COVID-19. Gobierno de México. Consultado en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Plan_Operativo_Atencion_Poblacion_Migrante_COVID-19.pdf



Con respecto a la vigilancia epidemiológica del COVID-19 en todas las unidades médicas, se elaboró e implementó el uso de un formato de estudio epidemiológico de caso, estudio de contactos y el formato de estudio de brote (SUIVE-3). Para el registro del monitoreo de casos sospechosos de COVID-19 se utilizó la plataforma del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (SISVER). De acuerdo con este plan operativo, todos los equipos de respuesta de salud, deberían contar con todos los elementos para realizar los estudios de caso, obtención de muestras y nominales para el seguimiento de casos y contactos. En cuanto al registro de las acciones realizadas en las casas, albergues, refugios, y en su caso, Centro de Aislamiento, se le solicitó al personal de salud utilizar los formatos específicos por componente de acción en salud establecidos para el Sistema de Información para Emergencias en Salud (SIESA).

El Plan Operativo de atención a la población migrante ante COVID-19 implementado a partir del año 2020, estableció que cada entidad federativa sería encargada y responsable de diseñar, implementar y evaluar las intervenciones en el marco de la atención de la contingencia sanitaria, siempre y cuando se respetarán las líneas de acción y se conformaran grupos de coordinación para la atención y seguimiento de la COVID-19 en la población migrante. Además, se estableció un mecanismo de vinculación entre todas las instancias participantes con el fin de garantizar el establecimiento de las acciones referidas en este plan. Finalmente, a nivel federal se reafirmó el compromiso de verificar que las instancias participantes en la implementación y operación del Plan, contaran con los recursos financieros, humanos y materiales para realizar las acciones establecidas³⁵.

Sistema de Información en Salud (SIS) de México

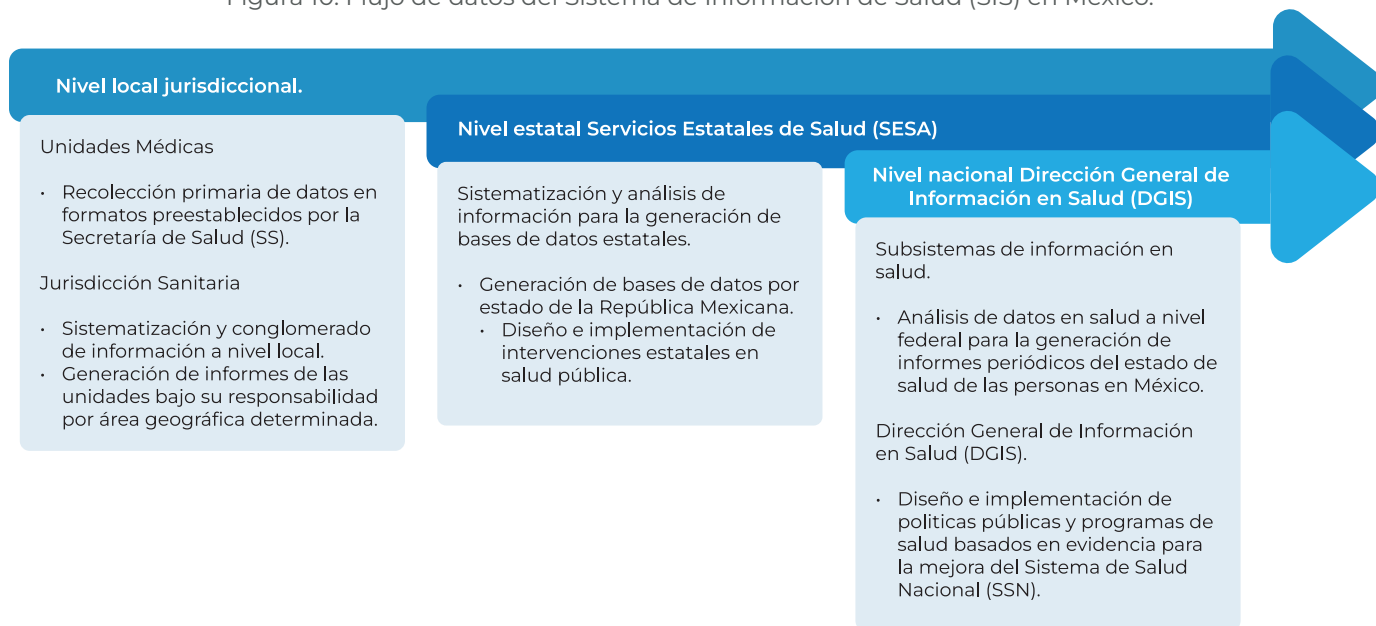
El Sistema de Información en Salud (SIS) podría describirse como el conjunto de subsistemas, dentro y fuera del sector salud que producen datos relevantes para la construcción de indicadores en los dominios de la información en salud: determinantes de la salud, estado de salud de la población y el desempeño del sistema de salud³⁶. Los datos que se obtienen a partir del SIS son producto de la recolección, sistematización, análisis y reporte de variables que desde las Unidades Médicas (UM) se recaban para el desarrollo de bases de datos a nivel local, estatal y nacional que permitan una adecuada gestión del Sistema de Salud Nacional (SSN), en donde cada una de los niveles antes mencionados desarrollan funciones elementales para la conformación de los datos en salud de la población usuaria de los servicios de salud (ver figura 10).

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Flores-Hernández S, et al. Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016. *salud publica mex.* 2019;61 (2):184-192.



Figura 10. Flujo de datos del Sistema de Información de Salud (SIS) en México.



Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2024.

La recolección de datos en salud en México se lleva a cabo de manera progresiva por medio de formatos previamente establecidos, que toman como fundamento las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), así como las Guías de Práctica Clínica (GPC). Estos formatos, son distribuidos por la Secretaría de Salud Federal a todas las unidades de sanitarias públicas y privadas que conforman el Sistema de Salud Nacional (SSN). Y son precisamente, cada Unidad Médica (UM) la encargada de recabar la información de manera directa de las personas usuarias de los servicios de salud en cada uno de sus programas. Una vez recolectados los datos en las UM, estas envían los formularios completados a la Jurisdicción Sanitaria (JS) correspondiente, acorde con su área geográfica de responsabilidad, para que inicie el proceso de sistematización de información³⁷. Las JS, son las entidades sanitarias encargadas de supervisar la implementación de los programas a nivel local en las diferentes estructuras de salud (de los tres niveles de atención) y de agrupar los datos resultantes para su consiguiente reporte a los Servicios Estatales de Salud (SESA).

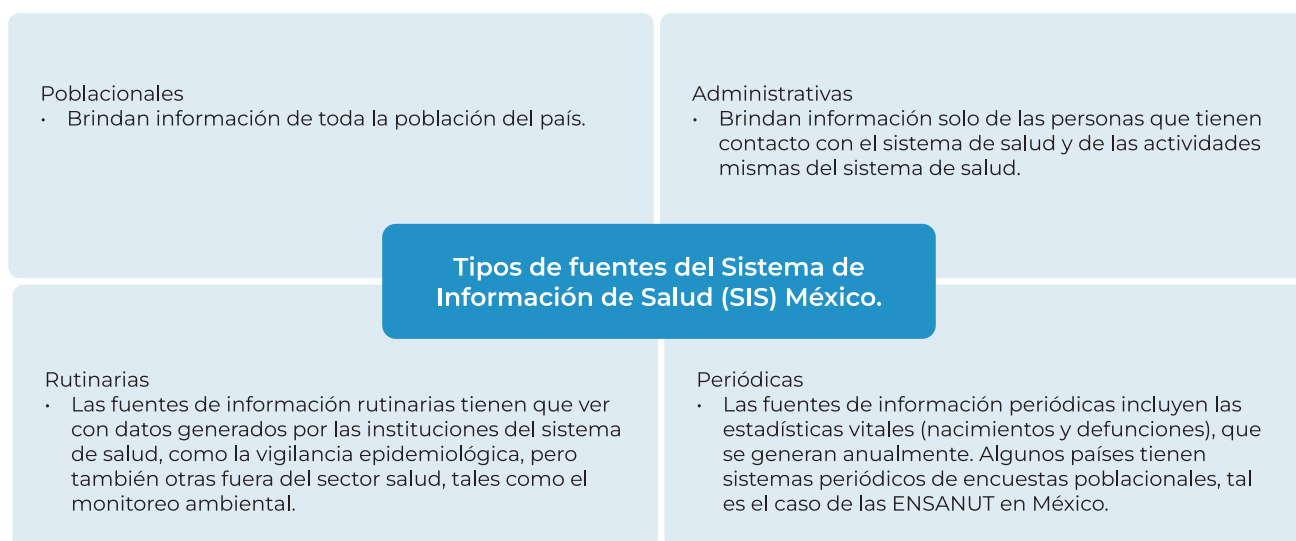
A nivel estatal se generan bases de datos para el análisis de información de las determinantes de salud de los estados, acorde con sus características y necesidades; esto con el objetivo de diseñar e implementar intervenciones de salud pública acordes con la población de su territorio. Además, los SESA también tienen la responsabilidad de notificar e informar a las subdirecciones de información en salud federales de sus principales hallazgos, con el objetivo de desarrollar programas nacionales que contemplen la diversidad y autonomía estatales.

³⁷ DGIS, (2024). Sistemas de Información en Salud. Gobierno de México. Consultado en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>



Finalmente, se encuentra la labor de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) quien tiene como mandato, establecido en la Ley General de Salud: el acopio, integración y difusión de la información en salud necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud (SNS), para conocer el estado y evolución de la salud pública. Para desarrollar sus funciones, esta dependencia se nutre de la información proporcionada por las subdirecciones de información (ver figura 11). La DGIS es la entidad encargada de poner a disposición pública la información por medio de informes, reportes, cubos dinámicos y portales de acceso a datos abiertos³⁸.

Figura 11. Clasificación de fuentes del Sistema de Información de Salud (SIS) en México.



Fuente: Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Flores-Hernández S, et al. Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016.

Limitaciones en el acceso de datos en salud en México

En América Latina, el acceso limitado a los servicios de atención médica de la población general, recursos insuficientes y las inequidades sociales impactan a los sistemas de salud de la región. Aunado a ello, la sectorización de la salud (sector público, privado y de seguridad social), la falta de acuerdos regionales y la multiplicidad de actores clave generan un entramado complejo que obstaculiza la gestión de la información³⁹. Esta situación se torna aún más compleja al aterrizarlo a un grupo poblacional en movilidad, con acceso limitado a servicios básicos de seguridad social, como es el caso de las personas migrantes.

El Sistema de Salud de México es una entidad compleja, diversa y fragmentada. En primer lugar, en el país la atención en salud se encuentra dividida en primer, segundo y tercer nivel, dependiendo de la complejidad de la atención y especialización de servicios requeridos. Aunado a ello, se encuentra el sector

³⁸ *Ibíd*em

³⁹ Rosa, J. M., Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. *Revista Médica Clínica Las Condes, Chile*. 33(6), 591-597.



público y privado, quienes ofertan servicios de salud dependiendo de la condición socioeconómica de la población, su nivel de ingresos, su sistema de afiliación o seguridad social, entre otros elementos. Ambos sectores se encuentran obligados a compartir la información de sus actividades e intervenciones, para una gestión correcta de los programas, para el desarrollo de una regularización normativa acorde al marco jurídico nacional a cargo de la Secretaría de Salud (SS) federal; así como para la generación de bases de datos en salud que la caracterización de necesidades en salud pública.

Figura 12. Estructura general del Sistema de Salud en México

Órgano rector	Secretaría de Salud						
Sector	Sector público						Sector privado
	Población sin seguridad social (53.35%*)			Población con seguridad social (47.94%)			Población con capacidad de pago
Usuaría/os	Personas trabajadoras del sector informal, migrantes, desempleados		Pob. Rural o en áreas de alta marginación	Personas empleadas asalariadas en el sector público o privado, sus familias y personas jubiladas.			
Instituciones o establecimientos que gestionan y proveen servicios de salud	INSABI en estados adheridos	Servicios/ Institutos Estatales de Salud en estados sin adhesión al INSABI	IMSS Bienestar	ISSSTE	IMSS	SEDENA MARINA PEMEX	Otras instituciones
% de la población usuaria de cada institución	52.59%		0.76%	6.5%	37.4%	0.95%	0.91%

Fuente: Secretaría de Salud/INSABI, 2021.

En México, como en la mayoría de los países, su Sistema de Información en Salud (SIS) se encuentra conformado por subsistemas, los cuales han sido desarrollados en forma paralela e independiente dificultando, en la actualidad, la capacidad para integrarse en un sistema de información que permita maximizar la calidad y el uso de la información para la toma de decisiones y la rendición de cuentas⁴⁰. Cada uno de estos subsistemas cuenta con una serie de limitaciones para la producción de datos en salud oportunos y de calidad, como lo son: la falta de homologación de procesos para el acopio y captación de datos en las diferentes Unidades Médicas (UM) y en los tres niveles de sistematización (local, estatal y federal); la homologación de tiempos para el reporte de datos; el subregistro en circunstancias específicas donde la atención que se brinda no se hace directamente en una estructura sanitaria (por ejemplo, en albergues o casas de migrantes); la necesidad de desagregación y optimización de las variables para una sistematización adecuada que permita la identificación de grupos con mayor grado de vulnerabilidad, como es el caso de las personas en condición de movilidad en México (ver tabla 3). Esta diversidad de problemas estructurales (tanto económicos, como sociales) afecta a su Sistemas de Información en Salud (SIS) y a la gestión de datos en salud.

⁴⁰ Instituto Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Situación de las Estadísticas Vitales, de Morbilidad y de Recursos y Servicios en Salud de los Países de las Américas: México. Cuernavaca, México: INSP, 2007.



Tabla 3. Características de los Subsistemas de recolección de datos que conforman el Sistema de Información en Salud en México.

Sistema de datos en salud _ Gobierno de México Dirección General de Información en Salud			
Subsistema de información	Objetivo	Información captada	Limitante / principal área de mejora
Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia	Integrar información respecto al equipo médico, recursos humanos, físicos y materiales funcionales con los que cuentan las unidades médicas en operación.	De la unidad hospitalaria, del paciente y del agresor en casos de violencia.	Homologar plazos de acopio e información captada con las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).
		Intencionalidad del evento, sitio de ocurrencia, área anatómica de mayor gravedad, consecuencia resultante de mayor gravedad, afecciones tratadas.	
Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios- SAEH	Generar la información de la atención brindada durante la estancia del paciente en el área de Hospitalización, que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención hospitalaria, para la administración y planeación de los servicios de salud.	De la unidad hospitalaria, del paciente y/o recién nacido.	Homologar plazos de acopio Información captada con las instituciones del SNS.
		Datos de la estancia (tipo de alta, afecciones tratadas, procedimientos médicos realizados, causa de la defunción, información de atención obstétrica, datos de la lesión).	
Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)	Integrar información de mortalidad del país con la oportunidad y calidad que el sector salud requiere, a fin de constituir un marco para la vigilancia epidemiológica y evaluación de los servicios, así como apoyar en la consolidación de la estadística oficial.	Del Fallecido y de la Defunción/MF - del Producto, de la Madre, del Embarazo y del Suceso.	Subregistro importante para muertes fetales.
		De la Información sobre muertes accidentales y violentas (sólo para Defunciones).	
		Datos del Informante y del Certificante. Datos del Registro Civil (sólo para Defunciones).	
Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).	Integrar información de los nacidos vivos ocurridos en el país y de las condiciones de su nacimiento, a fin de apoyar la protección de los derechos de los niños y la planeación, asignación de recursos y evaluación de los programas dirigidos a la población materno-infantil.	De la Madre - Sociodemográficos, antecedentes obstétricos y prenatales, sobrevivencia, etc.	Captación de nacidos vivos con nacimiento ocurrido fuera de la unidad médica.
		Del Nacido Vivo y del Nacimiento - condiciones generales al nacimiento, ocurrencia y atención, etc.	
		Del Certificante - datos de identificación y localización de la persona que da fe del evento.	



Subsistema de Prestación de Servicios (SIS)	Generar la información de los servicios otorgados en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, que proporcione los insumos para la administración y planeación de los servicios de salud.	Actividades realizadas en unidades médicas y fuera de ellas, así como en establecimientos de apoyo, relacionadas con los Programas de Salud del nivel Federal (Vacunación, Salud Bucal, Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, Planificación Familiar, etc.)	Homologar plazos de acopio e información captada con las instituciones del SNS. Optimizar las variables y el acopio de la información.
Urgencias Médicas	Generar información de la atención brindada durante la estancia del paciente en el área de Urgencias, que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención en admisión continua, para la administración y planeación de los servicios de salud.	De la unidad hospitalaria y del paciente.	Homologar plazos de acopio. Información captada con las instituciones del SNS.
		Datos de la estancia (tipo de urgencia, afecciones tratadas, procedimientos médicos realizados, medicamentos administrados).	

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2024.

Aunado a las anteriores barreras de medición y desafíos estructurales propios del Sistema de Información en Salud (SIS) en México, resulta importante resaltar que se encuentra el desafío para la desagregación de datos prioritarios de perfiles con mayor grado de vulnerabilidad, donde podemos encontrar a personas en condición de movilidad. Es decir, la atención de la salud de todas las personas que se encuentran en territorio mexicano tiene sus propias limitaciones en el acceso a servicios, de manera general las personas usuarias (incluyendo a personas migrantes) se les brinda la atención en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS), con una política de “cero rechazos” (las estructuras de salud no pueden negar la atención a ninguna persona que la solicite).

Sin embargo, todas las atenciones que son brindadas se registran de la misma manera en el Sistema de Información de Salud (SIS), sin hacer una desagregación de datos adecuada que permita identificar las necesidades y determinantes de la salud de grupos poblacionales específicos, como es el caso de las personas en condición de movilidad. Toda la población que acude a los servicios de salud forma parte de los registros y formatos generales donde se reportan las características generales de la atención, pero al momento de hacer el consolidado de datos, las atenciones se traducen en número estadísticos de los programas y no de las personas usuarias de los servicios (variables administrativas y operacionales, con fines de transparencia y rendición de cuentas principalmente).

A lo anterior, se suma el hecho de la fragmentación propia del Sistema de Salud mexicano, ya que la presencia de múltiples dependencias y sectores sanitarios dificulta el conglomerado de datos para la adecuada sistematización y generación de bases de datos en tiempo y forma para la implementación de análisis de información completos. Además, esta fragmentación de servicios también propicia el subregistro de datos que ocurre en diferentes Unidades Médicas (UM) donde no se contabilizan datos de personas usuarias porque los formatos para su registro son limitados o poco específicos. Y en el caso grupos poblacionales con barreras en el acceso a los servicios de salud (comunidades originarias de pueblos autóctonos, personas desplazadas, personas migrantes, entre otros) que en ocasiones son atendidos fuera de las estructuras sanitarias, por ejemplo en albergues o refugios, la recolección de datos sobre los servicios recibidos se realiza en condiciones similares a aquellos que acuden a las UM, a pesar de que sus condiciones de atención sean diferenciadas lo cual genera sesgos y brechas informativas.



Comunidad prioritaria de evaluación: Tapachula, Chiapas

El estado de Chiapas comparte 573 km de frontera con Guatemala, y es la entrada principal de personas migrantes irregulares a México (ver mapa 1). En 2019, el 30% de los eventos de presentación a autoridades migratorias sucedieron en este estado⁴¹. Chiapas concentra la mayor cantidad de personas que solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas en México; en 2019 y 2020, el 60 y 61% de los casos de solicitud, respectivamente se realizaron en Chiapas⁴². En esta entidad viven 5,543, 828 personas, lo que representa el 4.4% de la población de México; casi un tercio de la población habla un idioma indígena (28.17%)⁴³.

Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2018, el 76.4% de la población de Chiapas vivía en situación de pobreza, es decir, 4,174,600 personas aproximadamente⁴⁴. Para el mismo año, fue la entidad federativa con mayor porcentaje de mujeres en pobreza, que equivale a aproximadamente 2,124,600 mujeres en esta situación; y el porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud en el estado fue 1.4 puntos porcentuales mayor que el porcentaje nacional, que se estimó en 17.6%⁴⁵. Los municipios con mayor número de personas en pobreza extrema en 2015 fueron Chilón, Ocosingo, Chamula, Tila y Tapachula. Estos municipios concentran el 20.5% de la población de la entidad⁴⁶.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el municipio de Tapachula cuenta con una población total de 353,706 habitantes (51.4% del total son mujeres)⁴⁷. El 5.6% de la población de 5 años o más es migrante nacional o internacional; de la cual 38% llega a Tapachula por trabajo; 30.4% por razones familiares; 20.6% por inseguridad; 4.5% a estudiar; y 6.8% por otras causas⁴⁸. Esta ciudad es una de las principales urbes de entrada, tránsito y acogida de personas en condición de movilidad, con necesidades gubernamentales y sociales particulares para la garantía de los derechos humanos de todas las personas.

⁴¹ Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de www.dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-paramonitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad

⁴² Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, COMAR (2017). Estadísticas de solicitantes de la condición de refugiado en México. Estadística General, 1. México. Recuperado de www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/538384/CIERRE_DE_FEBRERO_2020_01-mar-2020_.pdf

⁴³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020. México. Recuperado de <https://censo2020.mx/>

⁴⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2020). Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Chiapas. México.

⁴⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2020). Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Chiapas. México.

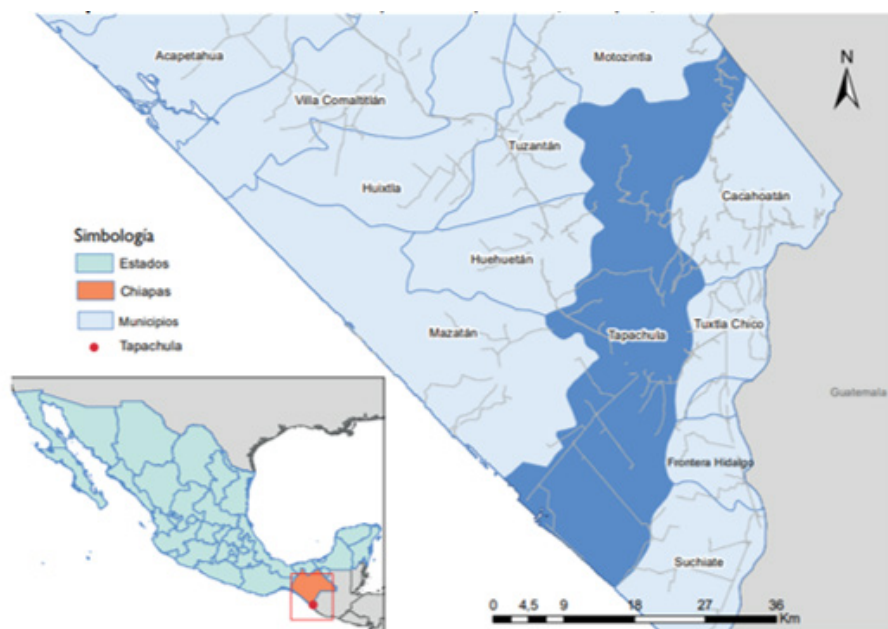
⁴⁶ *Ibidem*

⁴⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020. México. Recuperado de <https://censo2020.mx/>

⁴⁸ *Ibidem*



Mapa. Localización del Municipio de Tapachula, Chiapas, México



Fuente: Organización internacional para las Migraciones (OIM, 2019)

Tapachula de Córdova y Ordoñez es una ciudad fronteriza con larga historia en el intercambio cultural, económico, familiar, y de personas trabajadoras transfronterizas. Actualmente, es la ciudad chiapaneca más importante en cuanto al flujo migratorio sur-norte, reportando de enero a julio de 2019 un total de 35,308 eventos de personas extranjeras presentadas ante las autoridades migratorias, lo que representa el 40% del total de eventos en Chiapas en ese periodo ($n=79,838$). Cuenta con ocho puntos de cruce oficial, además de los 56 puntos informales de cruce identificados por autoridades mexicanas⁴⁹.

En Tapachula, las principales nacionalidades de personas migrantes alojadas en albergues corresponden a los países de Honduras, Guatemala, El Salvador, Haití y Cuba. Desde 2019, también se ha observado la llegada de personas de otros países extracontinentales, como los países africanos, lo cual ha significado un choque cultural y racial para algunos sectores de la población local. Se ha identificado una proporción equitativa entre hombres y mujeres de origen centroamericano y de países como Cuba, Haití, Camerún, y República Democrática del Congo en los albergues de la ciudad⁵⁰, lo que evidencia la feminización de la migración y con ello la diversificación de las necesidades de atención a la salud.

⁴⁹ Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnóstico-paramonitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>

⁵⁰ Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnóstico-paramonitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>



A partir de 2019, Tapachula se ha convertido en una zona de detención y retención de personas migrantes indocumentadas tras la implementación de políticas públicas nacionales para detener el flujo migratorio hacia el norte⁵¹. A esto contribuye el hecho de que, por normativa, quienes solicitan el reconocimiento de la condición de refugiadas deben permanecer en el mismo lugar en donde hicieron la solicitud hasta por 90 días hábiles (período en que las autoridades deben de emitir su resolución)⁵². La pandemia por COVID-19 ha recrudecido esta situación pues, aunado a la restricción de movimiento por razones sanitarias, la suspensión de plazos y procesos en oficinas de la COMAR y del INM, ha postergado la resolución de casos y emisión de documentos que permiten la movilidad, entre ellos, la Tarjeta de Visitante Regional -TVR- o Tarjeta de Visitante por Razones Humanitarias -TVRH-7. La población migrante indocumentada en Tapachula se encuentra en la Estación Migratoria Siglo XXI (mayoritariamente); en albergues; en asentamientos informales, y en situación de calle durmiendo en el Parque Central Hidalgo y sus alrededores⁵³.

Este contexto complejiza las dinámicas de un municipio con muchos retos sociales. Más de la mitad de la población de este municipio (55%) no tiene escolaridad o completó solamente la educación básica. En 2010 y 2015, se estimó para Tapachula un 65% y 54% de la población en situación de pobreza, respectivamente, y fue de los municipios de Chiapas con mayor número de personas en esta condición en ambos años⁵⁴. Asimismo, 56.5% de la población son derechohabientes de alguna institución de seguridad social, mientras que un tercio de la población (32.5%) no tiene derechohabencia⁵⁵. Este último porcentaje (aproximadamente 114,954 personas) es la población objetivo de los servicios de salud estatales del INSABI y de IMSS-Bienestar.

Sistema de Salud Público en Tapachula

El catálogo de las Claves Únicas de Establecimientos de Salud (CLUES) lista un total de 39 unidades de salud en Tapachula que son parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH). En el municipio existen 37 unidades de primer nivel de atención: 7 centros de salud (CS) rurales, 13 casas de salud, 3 unidades móviles, 9 CS urbanos, y 4 unidades de especialidades médicas (UNEME) que prestan atenciones que no requieren hospitalización: 1 de diagnóstico y tratamiento de hipertensión, riesgo cardiovascular, diabetes mellitus y sobrepeso (UNEME SORID -enfermedades crónicas); 2 para intervención contra las adicciones (UNEME CAPA I y CAPA II); y 1 para la promoción, prevención y tratamiento de VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (UNEME CAPASITS)-. De acuerdo con los resultados del presente estudio, son 4 CS urbanos los que proporcionan atención a una mayor proporción de mujeres migrantes en Tapachula.⁵⁶

⁵¹ *Ibíd*em

⁵² Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (s.f.). ¿Cómo solicitar ser refugiado en México? México. Consultado en: www.help.unhcr.org/mexico/como-solicitar-la-condicion-de-refugiado-enmexico/

⁵³ Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1–28. Recuperado de <https://dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-paramonitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad>

⁵⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2020). Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Chiapas. México.

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020. México. Recuperado de <https://censo2020.mx/>

⁵⁶ Catálogo CLUES. Actualización Catálogo 2020 (DGIS, 2020).



Tabla 4. Cambios en financiamiento y cobertura después de la Reforma a la Ley General de Salud 2021.

Capacidad instalada de los Centros de Salud que proporcionaron atención a una mayor proporción de mujeres migrantes en Tapachula, Chiapas. 2019-2020					
Características:	Nombre de la estructura sanitaria pública:				
	Hospital General de Tapachula (HGT).	Tapachula Ideco Cebadilla.	Tapachula de Córdoba y Ordóñez (5 de febrero).	Raymundo Enríquez.	Nuevo Milenio.
Personal médico total	154	10	15	3	4
Personal médico en formación	35	2	3	2	3
Personal médico con especialidad en Ginecoobstetricia.	15	0	0	0	0
Personal de enfermería	464	16	34	13	11
Personal de psicología	5	1	1	1	1
Laboratorio de análisis clínico	1	0	1	0	0
Equipo de ultrasonido.	1	0	0	0	0
Consultorio para la atención en medicina preventiva.	1	1	1	1	0
Consultorio para la atención de medicina general y/o familiar.	0	3	6	3	2
Consultorio para planificación familiar.	0	0	0	0	0

Fuente: Catálogo CLUES. Actualización Catálogo 2020 (DGIS, 2020).

El Hospital General de Tapachula (HGT) es la unidad de salud de segundo nivel de la Secretaría de Salud que se encuentra en el municipio de Tapachula. El Hospital se ubica a las afueras de la ciudad de Tapachula de Córdoba y Ordoñez (sobre la carretera Tapachula – Puerto San Benito), y a una distancia aproximada de 9.5 km con el Parque Central Miguel Hidalgo. Los servicios de consulta externa de estas especialidades se encuentran disponibles de lunes a domingo en un horario de 08:00 a 20:00 horas. El HGT también cuenta con servicio de urgencias abierto los 7 días de la semana las 24 horas al día. Alrededor de 5.6 km más delante del HGT, sobre la misma carretera, se encuentra El Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” (HRAE-Ciudad Salud). Esta es la unidad de salud de tercer nivel de la Secretaría de Salud que se encuentra disponible en el municipio de Tapachula. El Distrito Sanitario número VII (DSVII), antes Jurisdicción Sanitaria VII, implementa el PIASM en este municipio. La Coordinación de Atención a Personas Migrantes y Desastres Naturales del DSVII (CAMDN-DSVII), es el área encargada de coordinar todas las acciones destinadas a atender la salud de la población en movilidad (**ver Tabla 4**).

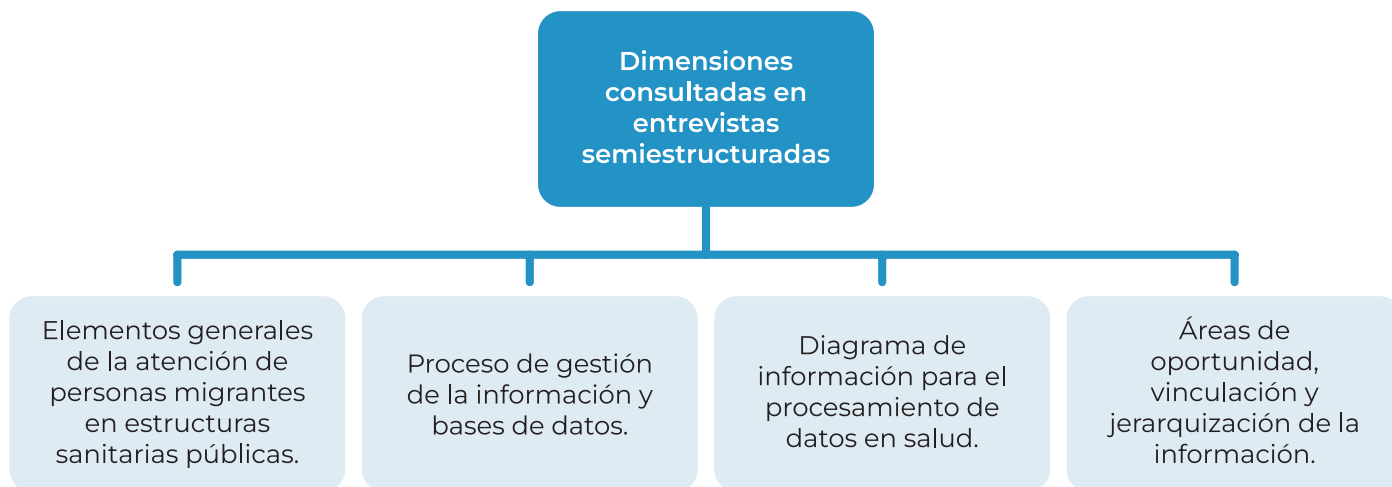


Entrevistas con actores a nivel local

Técnica cualitativa desarrollada con personas clave de la Secretaría de Salud a nivel local, que están directamente relacionadas con la generación, procesamiento, control de calidad, análisis, y utilización de la información relacionada con la salud de la población migrante. La información obtenida contribuyó a añadir valor y complementar los datos que recopilamos en la revisión documental previa, para generar una mirada más amplia de las brechas, desafíos, oportunidades de mejora de la calidad de la información en salud de la población migrante que atiende la Secretaría de Salud a nivel local. Se desarrolló una muestra no probabilística a conveniencia, de un total de 13 personas entrevistadas en el periodo de tiempo comprendido entre el 20 de marzo al 10 de abril de 2024. Todas ellas en modalidad virtual para facilitar las limitaciones de tiempo que las personas entrevistadas pudieran tener para su realización.

Para la recolección, sistematización y análisis de resultados las entrevistas fueron desarrolladas en cuatro dimensiones, como se observa a continuación en la **figura 13**:

Figura 13. Estructura general de entrevistas para actores locales en Tapachula, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se esbozan los principales hallazgos por dimensión (para consultar el instrumento de recolección a detalle, ver **Anexo 3**):



1. Elementos generales de la atención de personas migrantes en estructuras sanitarias públicas.

Preguntas	Principales hallazgos encontrados:
1. ¿Cuáles son las estructuras sanitarias públicas a las que con mayor frecuencia acuden personas migrantes en Tapachula?	Todas las personas entrevistadas que pertenecen a diferentes estructuras sanitarias locales conocen las unidades de salud a las que las personas migrantes acuden con mayor frecuencia, que son principalmente aquellas que se encuentran en zonas geográficas cercanas a albergues y/o refugios, e incluyen el primer nivel de atención (centros de salud) y segundo nivel de atención (Hospital General de Tapachula).
2. ¿Cuáles son las principales causas por las que acuden a los servicios de salud públicos?	De acuerdo con las entrevistas, se refiere que la atención de enfermedades infecto-contagiosas, atención en ginecobstetricia (que incluye atención prenatal y posnatal), así como el manejo de lesiones músculo-esqueléticas son los principales motivos para la solicitud de servicios sanitarios. A ello se suma la atención en programas preventivos y de promoción de la salud (planificación familiar y vacunación, principalmente).
3. ¿Cuáles son los programas que están destinados a la atención de las personas migrantes a nivel local desde las estructuras de salud pública?	La referencia de las personas entrevistadas en este caso fue similar, ya que refirieron de manera general que todos los servicios de manera independiente al programa que pertenezcan son proporcionados a las personas migrantes, esto debido a su política de “cero rechazo” que se tiene en las estructuras de salud públicas. Además, se refirió que de manera general el Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM) se trabaja de manera transversal en todos los programas implementados por los Servicios de Salud públicos.
3.1. ¿Qué servicios incluye?	Atención oportuna de urgencias médicas (en todos los niveles de atención) para la resolución e necesidades de salud, vigilancia epidemiológica, atención ginecológica y obstétrica, programas de prevención y promoción de la salud, atención de personas víctimas de violencia y referencia a unidades de salud estatales-federales.
4. ¿Cuáles han sido los retos para la atención de las personas migrantes en las estructuras de salud pública?	Barreras en el acceso a los servicios de salud (aceptabilidad de los servicios, desinformación sobre procesos de atención de las estructuras sanitarias, limitaciones de recursos humanos-materiales como es el caso de traductores, desabasto de medicamentos y pruebas de gabinete con la población en general que afecta de manera distinta a poblaciones en condición de movilidad o con mayor grado de vulnerabilidad y necesidades de formación en el binomio salud-migración del personas de los servicios sanitarios para garantizar una atención oportuna, acorde con las determinantes de la salud propias de las personas migrantes).
5. ¿Cuáles son los protocolos de atención que manejan las estructuras de salud pública para la atención de personas en condición de movilidad?	El Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM), es el principal protocolo de coordinación, vinculación y la base para el desarrollo de intervenciones enfocadas en personas migrantes, este plan se trabaja de manera transversal en todos los programas implementados por los Servicios de Salud públicos.

Fuente: Matriz de entrevistas con actores locales, 2024.



2. Proceso de gestión de la información y bases de datos

Preguntas	Principales hallazgos encontrados:
<p>6. ¿Cuáles son las herramientas disponibles para la recopilación de datos de salud de las personas migrantes en las estructuras de salud pública?</p>	<p>Formatos y bases de datos de los subsistemas de información en salud pertenecientes a la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Bases de datos por programa de atención y grupos de edad poblacional, principalmente utilizados para la elaboración estadística de atención brindada y rendición de cuentas. Base de datos de vigilancia epidemiológica. Censos poblacionales, particularmente de atenciones a grupos poblacionales de interés en salud pública.</p>
<p>6.1. ¿Cuáles son los indicadores con los cuales se hace la identificación de necesidades de salud de las personas migrantes en el Sistema de Información en Salud (SIS) que se notifica a nivel nacional?</p>	<p>En las bases de datos de atención por programas se incluyen variables de nacionalidad y grupos etarios para la identificación de atención a personas en condición de movilidad, sin embargo, en las bases de datos de los subsistemas de información del SIS no se encuentran ítems específicos para hacer la desagregación de este grupo poblacional. El PIASM no cuenta con una base de datos específica donde se pueda reportar las atenciones brindadas en el marco de este plan de atención, por lo que se incluyen de manera general en todos los programas sin desagregar la información por grupo poblacional específico.</p>
<p>6.2. ¿Cómo se sistematizan estos indicadores?</p>	<p>La principal forma de sistematización que se presenta en las bases de datos del SIS es por grupos etarios, género y atención de problemas de salud públicos de interés al Sistema Nacional de Salud (atención a mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, personas con enfermedades crónico-degenerativas, prevención de enfermedades infecto-contagiosas de notificación inmediata para la vigilancia epidemiológica, control y prevención de brotes epidemiológicos).</p>
<p>7. ¿Qué tipo de informes o reportes se encuentran disponibles para acceder a la información de datos en salud de las personas migrantes en Tapachula?</p>	<p>Se puede acceder a las bases de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), donde se incluyen todos sus subsistemas de información.</p> <p>A nivel estatal, la Secretaría de Salud del estado de Chiapas genera informes sobre los principales problemas de salud pública e intervenciones que se han desarrollado. A nivel jurisdiccional, se pueden solicitar reportes periódicos de atenciones que se han brindado a personas migrantes en estructuras sanitarias y albergues, se tratan de informes locales que no se desarrollan en el marco del PIASM.</p>
<p>8. ¿Cómo se puede tener acceso a los datos en salud generados por las estructuras de salud pública a nivel local?</p>	<p>Se puede acceder a las bases de datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y reportes de los servicios de salud estatales.</p>

Fuente: Matriz de entrevistas con actores locales, 2024.



3. Diagrama de información para el procesamiento de datos en salud

Preguntas	Principales hallazgos encontrados:
9. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas de recabar los datos en salud de las personas migrantes?	Los supervisores de programas y la persona encargada de la vigilancia epidemiológica en cada Unidad Médica (UM).
10. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas de sistematizar y procesar los datos de salud de las personas migrantes para su notificación?	Los supervisores de programas y la persona encargada de la vigilancia epidemiológica en cada Unidad Médica (UM).
11. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas del análisis de datos de salud de las personas migrantes?	Los coordinadores de programas y la coordinación de vigilancia epidemiológica en Jurisdicción Sanitaria y a nivel estatal.
12. ¿Cómo es el proceso de supervisión y verificación de datos de salud de manera interna que tienen las estructuras de salud públicas?	Las jefaturas de las Unidades Médicas son las encargadas de la supervisión de la información que reporta cada una de las áreas y programas que forman parte de sus UM.
12.1 ¿Cuáles son los retos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	Los tiempos en los que cada UM realiza la recolección de datos y completa los formatos, la limitación de recursos principalmente humanos para el proceso de recolección, sistematización y análisis de datos en cada unidad de salud. La gran cantidad de formatos y trabajo administrativo que desarrolla el personal sanitario además de la atención de sus responsabilidades diarias.

Fuente: Matriz de entrevistas con actores locales, 2024.



4. Áreas de oportunidad, vinculación y jerarquización de la información.

Preguntas	Principales hallazgos encontrados:
13. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que han identificado a nivel local para mejorar la generación, procesamiento, control de calidad, análisis y utilización de datos en salud relacionados con las personas migrantes?	Entre las personas entrevistadas se coincidió que es importante tener mayor claridad en los ítems de los formatos que ya se completan todos los días en las Unidades Médicas, donde se agregue la desagregación de información correspondiente a las personas migrantes, para que al momento de reportar los datos, se encuentren estos diferenciados acorde con los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad que se presentan en las estructuras de salud y no sea únicamente de manera administrativa o por programas.
13.1. ¿Cuáles son los retos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	Eficientar de los formatos disponibles para el reporte de variables poblacionales y administrativas, para acortar tiempos de reporte. Más personal de salud capacitado para la recolección de datos en las Unidades de Salud, que tengan a su cargo la recolección de la información de todos los programas e intervenciones.
13.2 ¿Cuáles son los principales sesgos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	La recolección por programas es sectorizada, enfocada en el número de casos de atención para reportes estatales y federales, no se encuentran ítems específicos para la información de las atenciones de personas migrantes de manera diferenciada, ya que se reportan de manera general junto con toda la población correspondiente del área geográfica. Datos generalizados, no desagregados.
14. ¿Cuál es el enlace a nivel estatal y federal para la validación de datos en salud y la generación de informes?	Cada programa e intervención en salud tiene un área de supervisión a nivel estatal a quien se le reportan los datos obtenidos en las Jurisdicciones Sanitarias. A su vez, a nivel federal también hay coordinadores de programas que sistematizan y reportan la información. En el caso de las variables poblacionales, la información se remite directamente en las plataformas de los Subsistemas de Información en Salud, con escasa retroalimentación del proceso. No se implementan procesos de validación de información, únicamente de recolección en cada uno de los instrumentos (formatos) prediseñados para las plataformas.
15. ¿La dependencia que usted representa tiene algún tipo de convenio o acuerdo de colaboración con otros actores clave para la obtención de datos en salud de las personas migrantes?	La Jurisdicción Sanitaria tiene realiza un trabajo vinculado con diferentes actores a nivel local (ONG, OSC, entre otros). Sin embargo, no hay un acuerdo o convenio para la obtención de datos en salud de las personas migrantes. Cada dependencia gubernamental lleva sus registros de manera independiente, los cuales suben a las plataformas del Sistema de Información de Salud (SIS). Los organismos internacionales generan información para uso interno, pero no se tienen acuerdos para recolección de datos con dependencias públicas. Lo mismo ocurre con las Organizaciones de la Sociedad Civil, como los albergues, donde se recaban datos por parte de las estructuras sanitarias cuando su personal acude directamente, sin embargo, no hay convenios para la atención de las personas migrantes en los albergues, lo cual reduce la recaudación de información a los programas de prevención y promoción de la salud, no de atenciones directas.
15.1. ¿Cuáles son los vacíos de información que podrían resolverse de forma simple?	No se conoce de manera clara la cantidad de personas migrantes que se atienden por estructura sanitaria en sus diferentes programas e intervenciones locales, por la desagregación interna que hay en cada estructura. Además, al recaudar la información en Jurisdicción Sanitaria, se hace únicamente a partir de los ítems administrativos y poblacionales que se han determinado por el Sistema de Información en Salud (SIS) y para rendición de cuentas, pero no se logra la unificación para un análisis completo ya que cada área o programa tiene sus propias variables, las cuales pocas veces se comparten entre áreas, por lo que incluso se cree que la duplicación de funciones puede ser elevada.

Fuente: Matriz de entrevistas con actores locales, 2024.



Análisis de la información

Por medio de la sistematización de los datos obtenidos a partir del proceso de investigación (revisión documental y validación de datos) se procedió a la realización de la matriz DAFO para la identificación de las debilidades y amenazas del Sistema de Información en Salud (SIS), así como sus fortalezas y oportunidades (**figura 14**), como se muestra a continuación:

Figura 14. Matriz DAFO de Sistema de Información en Salud (SIS) México.

Fortalezas

- Estructura definida para la recolección de datos a nivel estatal y federal.
- Flujograma de gestión de datos coordinado por la DGIS.
- Instrumentos de recolección de datos acordes a cada subsistema de información de la DGIS para las variables poblacionales generales.
- Implementación de un Plan de Acción para la atención de población migrante en México que involucra la actuación de las estructuras sanitarias en todos sus niveles de atención (federal, estatal y jurisdiccional).

Debilidades

- Procesos de recolección de datos diversos en las Unidades Médicas pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria.
- Elevada carga laboral administrativa para el reporte de datos de salud a nivel jurisdiccional y en las unidades médicas locales.
- Fragmentación de Sistema de Salud Mexicano.
- Recolección de datos de salud por programas con fines administrativos y grupos etarios, no por grupos poblacionales con mayor grado de vulnerabilidad.

Oportunidades

- Fortalecimiento de capacidades para la recolección de datos a nivel local y jurisdiccional.
- Fortalecimiento de capacidades para la formación de personal encargado en la gestión de datos a nivel local.
- Elaboración de instrumentos que permitan la recolección, sistematización y análisis de datos obtenidos de las atenciones brindadas en las unidades de salud que corresponden al Plan de Acción para la Atención de Población Migrante en México.
- Fortalecimiento de capacidades en las unidades de salud para la mejora de sus procesos en gestión de datos de manera transversal, desagregada.

Amenazas

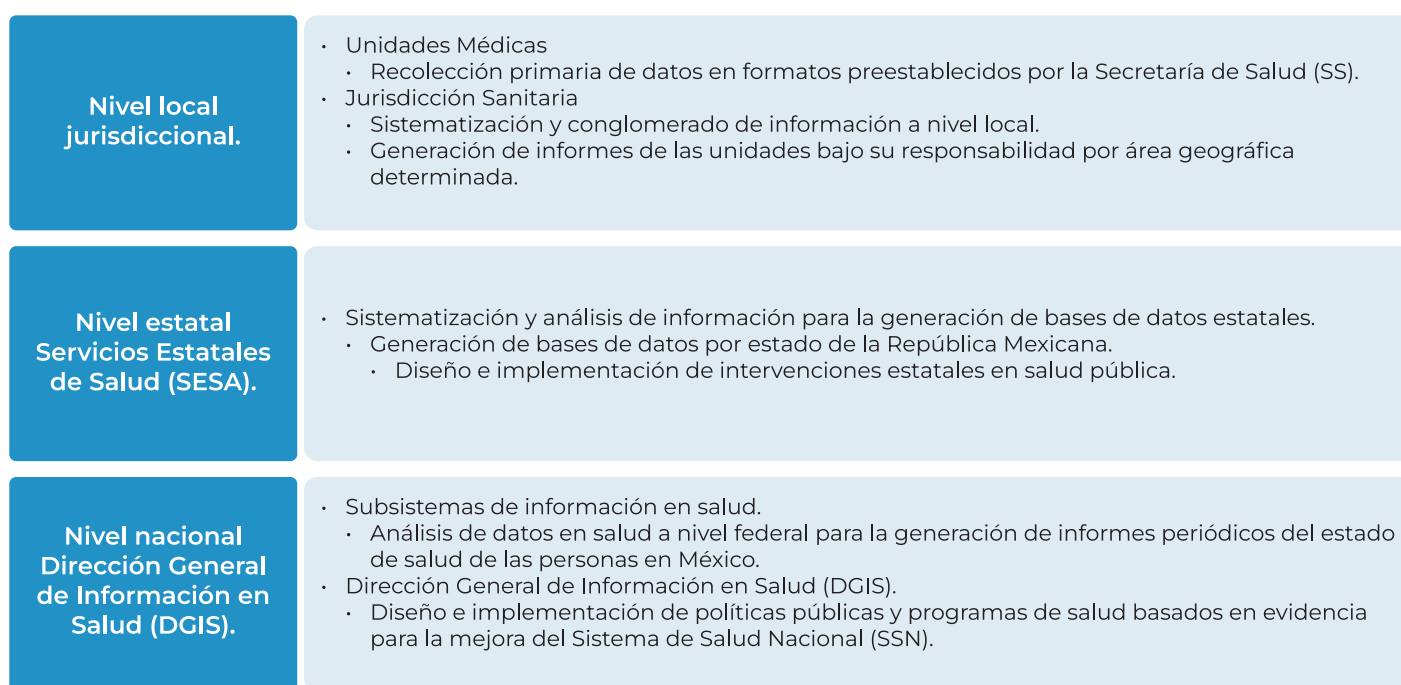
- Reestructuración del modelo de atención en el Sistema de Salud Mexicano por cambios políticos.
- Recursos y presupuestos limitados por parte de las entidades gubernamentales dependientes del contexto sanitario público nacional.
- Variación en determinantes de salud de la población en general (incluyendo a las personas en condición de movilidad).
- Contingencias y emergencias sanitarias.

Fuente: elaboración propia.



Finalmente, se elaboró un diagrama de proceso y un diagrama de flujos de datos (figura 15), que sigue la gestión de la información sobre la atención de las personas migrantes en México, analizando desde el punto donde se brinda la atención en los servicios sanitarios y las herramientas con las que se recaba la información, hasta las matrices generadoras de la producción de datos finales en los cubos dinámicos e informes que se obtienen por medio del Sistema de Información en Salud (SIS).

Figura 15. Diagrama de proceso y flujo de datos del Sistema de Información en Salud (SIS) México



Fuente: elaboración propia.



Tabla 5. Matriz de la estructura de Sistema de Información en Salud (México).

Sistema de datos en salud _ Gobierno de México Dirección General de Información en Salud		
Subsistema de información	Características	
Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS)	Objetivo	Integrar información respecto al equipo médico, recursos humanos, físicos y materiales funcionales con los que cuentan las unidades médicas en operación.
	Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Nacional Secretaría de Salud Servicios de Salud Estatales (SESA)
	Tipo	Mixta
	Fuente	Unidades Médicas
	Disponibilidad	Información parcial semestral en septiembre del año en curso y anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> Escolaridad, tipo de plaza, fecha de nacimiento, tipo de contrato y horario laboral del personal. Nombre y número del equipo médico funcional, fuera de operación y nueva necesidad por área. Tipo de servicios con los que cuenta la unidad.
	Principal área de mejora/ Limitante	La estructura informática de la herramienta, la cual está integrada por más de 15 mil tablas y no cuenta con validadores de registro, dificultando su actualización y manejo de Base de Datos.
Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud-CLUES	Objetivo	Integrar la información de los establecimientos destinados al Sector Salud a nivel nacional que permita conocer su ubicación, Sector e Instituciones de pertenencia, así como tipo de establecimiento.
	Cobertura	Nacional y Sectorial.
	Tipo	Nominal
	Fuente	Responsable CLUES Estatal/Institucional.
	Disponibilidad	Diaria y cortes mensuales (al siguiente día hábil del mes inmediato posterior).
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> Entidad, Municipio, Localidad y domicilio de ubicación del establecimiento. Tipo, tipología y nombre del establecimiento. Institución a la que pertenece el establecimiento. Datos de contacto del responsable del establecimiento.
	Principal área de mejora/ Limitante	Garantizar la actualización de los datos asociados a los establecimientos ya registrados, al depender del solicitante.



Subsistema de Lesiones y Causas de Violencia	Objetivo	Generar información de la atención por lesiones y violencia, brindada por las unidades médicas, que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención por causas externas, para la administración y planeación de los servicios de salud.
	Cobertura	Secretaría de Salud a nivel nacional.
	Tipo	Nominal
	Fuente	SIS-SS-17-P "Hoja de Registro de Atención por violencia y/o Lesión".
	Disponibilidad	Información preliminar con cortes mensuales. Cierre definitivo anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> De la unidad hospitalaria, del paciente y del agresor en casos de violencia. Intencionalidad del evento, sitio de ocurrencia, área anatómica de mayor gravedad, consecuencia resultante de mayor gravedad, afecciones tratadas.
	Principal área de mejora/ Limitante	Homologar plazos de acopio e información captada con las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS).
Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios-SAEH	Objetivo	Generar la información de la atención brindada durante la estancia del paciente en el área de Hospitalización, que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención hospitalaria, para la administración y planeación de los servicios de salud.
	Cobertura	Secretaría de Salud a nivel nacional.
	Tipo	Nominal
	Fuente	SIS-SS-14P "Hoja de Hospitalización".
	Disponibilidad	Información preliminar con cortes mensuales. Cierre definitivo anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> De la unidad hospitalaria, del paciente y/o recién nacido. Datos de la estancia (tipo de alta, afecciones tratadas, procedimientos médicos realizados, causa de la defunción, información de atención obstétrica, datos de la lesión).
	Principal área de mejora/ Limitante	<ul style="list-style-type: none"> Homologar plazos de acopio. Información captada con las instituciones del SNS.



Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED)	Objetivo	Integrar información de mortalidad del país con la oportunidad y calidad que el sector salud requiere, a fin de constituir un marco para la vigilancia epidemiológica y evaluación de los servicios, así como apoyar en la consolidación de la estadística oficial.
	Cobertura	Nacional, Sectorial y de ocurrencia fuera de una unidad médica.
	Tipo	Nominal
	Fuente	Certificados de Defunción y Muerte Fetal.
	Disponibilidad	Información parcial del año no consolidado con cortes mensuales. Cierre anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> • Del Fallecido y de la Defunción/MF - del Producto, de la Madre, del Embarazo y del Suceso. • De la Información sobre muertes accidentales y violentas (sólo para Defunciones). • Datos del Informante y del Certificante. Datos del Registro Civil (sólo para Defunciones).
	Principal área de mejora/ Limitante	Subregistro importante para muertes fetales.
Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)	Objetivo	Integrar la información de los recursos financieros, públicos y privados, que se invierten y consumen en la producción de salud. Genera información sobre los flujos financieros y crea la información necesaria para el análisis del gasto en salud, contribuyendo con insumos para la evaluación del desempeño del sistema de salud y la rendición de cuentas.
	Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> • Nacional (ISSFAM, SEDENA, SEMAR, INEGI) • Entidad federativa (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SESAS, IMSS-P, ISSES) • Unidad (Secretaría de Salud)
	Tipo	Mixto
	Fuente	Fuentes públicas y privadas de financiamiento.
	Disponibilidad	Cierre anual en junio del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto público en salud ejercido por fuente de financiamiento de acuerdo al clasificador por objeto del gasto y actividad institucional. • Gasto privado en salud de los hogares: gasto hospitalario, gasto ambulatorio, gasto en medicamentos y cuotas de recuperación. • Gasto Público y Privado en Salud por fuente de financiamiento y de acuerdo a los clasificadores de gasto de la OMS-OCDE: funciones (HC), Proveedores de Atención (HP), Fuentes de Financiamiento (HF), Esquemas de los Ingresos (FS) y Factores de Provisión (FP).
	Principal área de mejora/ Limitante	Integración de información en formato Excel, lo que amplía los tiempos de recepción, validación e integración de la información.



Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC).	Objetivo	Integrar información de los nacidos vivos ocurridos en el país y de las condiciones de su nacimiento, a fin de apoyar la protección de los derechos de los niños y la planeación, asignación de recursos y evaluación de los programas dirigidos a la población materno-infantil.
	Cobertura	Nacional, Sectorial y de ocurrencia fuera de una unidad médica.
	Tipo	Nominal
	Fuente	Certificado de Nacimiento.
	Disponibilidad	Información parcial del año no consolidado con cortes mensuales. Cierre anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> • De la Madre - Sociodemográficos, antecedentes obstétricos y prenatales, sobrevivencia, etc. • Del Nacido Vivo y del Nacimiento - condiciones generales al nacimiento, ocurrencia y atención, etc. • Del Certificante - datos de identificación y localización de la persona que da fe del evento.
	Principal área de mejora/ Limitante	Captación de nacidos vivos con nacimiento ocurrido fuera de la unidad médica.
Subsistema de Prestación de Servicios (SIS)	Objetivo	Generar la información de los servicios otorgados en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, que proporcione los insumos para la administración y planeación de los servicios de salud.
	Cobertura	Nacional, Secretaría de Salud.
	Tipo	No Nominal
	Fuente	Formatos primarios e informes mensuales.
	Disponibilidad	Información preliminar con cortes mensuales. Cierre definitivo anual en abril del siguiente año.
	Información captada	Actividades realizadas en unidades médicas y fuera de ellas, así como en establecimientos de apoyo, relacionadas con los Programas de Salud del nivel Federal (Vacunación, Salud Bucal, Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, Planificación Familiar, etc.)
	Principal área de mejora/ Limitante	Homologar plazos de acopio e información captada con las instituciones del SNS. Optimizar las variables y el acopio de la información.



Urgencias Médicas	Objetivo	Generar información de la atención brindada durante la estancia del paciente en el área de Urgencias, que permita evaluar la situación de la salud y la demanda de atención en admisión continua, para la administración y planeación de los servicios de salud.
	Cobertura	Secretaría de Salud a nivel nacional.
	Tipo	Nominal
	Fuente	SIS-SS-16P "Hoja de urgencias médicas".
	Disponibilidad	Información preliminar con cortes mensuales. Cierre definitivo anual en abril del siguiente año.
	Información captada	<ul style="list-style-type: none"> • De la unidad hospitalaria y del paciente. • Datos de la estancia (tipo de urgencia, afecciones tratadas, procedimientos médicos realizados, medicamentos administrados).
	Principal área de mejora/ Limitante	Homologar plazos de acopio. Información captada con las instituciones del SNS.

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), 2024.



Tabla 6. Matriz de la estructura de Sistema de Información en Salud (SIS) México).

Brechas de información en el Sistema de Información en Salud (SIS) México.	
Obstáculos para la gestión de datos	Brechas informativas
a. Recolección de información por programas.	Se obtiene la información general de todas las personas que han sido atendidas en los servicios de salud, pero no desagregada por grupos poblacionales. En las unidades médicas para fines administrativos y de reporte de resultados.
b. Limitaciones de recursos y personal para la gestión de datos en salud.	Cada programa cuenta con formatos y personas encargadas de la gestión de datos, sin embargo, no todos los programas cuentan con la misma cantidad de presupuesto para contar con el personal debidamente capacitado para desarrollar sus funciones. Esto también repercute en los tiempos de reporte de datos entre las diferentes estructuras sanitarias, ya que por la limitación de personal encargado de la gestión de datos, supervisores y otros funcionarios deben realizar el reporte correspondiente lo cual trae consigo una sobrecarga laboral y de sus funciones.
c. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud.	La información que se recolecta en los subsistemas de información es proporcionada por las diferentes dependencias gubernamentales (públicas), privadas y de seguridad social, quienes desarrollan sus procesos de gestión de información de manera independiente. Esta fragmentación también se visualiza entre los diferentes niveles de atención, de recolección de información y entre los diferentes estados de la República Mexicana.
d. Instrumentos de recolección de información generales para toda la población.	En los formatos y plataformas de los subsistemas de información los ítems son poco diferenciados para la atención de grupos con mayor grado de vulnerabilidad, por lo que las estadísticas nacionales les incluyen pero no cuentan con los elementos suficientes para la desagregación de determinantes de salud particulares de estos grupos poblacionales.
e. Limitación en la validación de la información.	No se pudieron identificar procesos claros en la validación de datos de salud-migración, ya que estos dependen de manera exclusiva de las unidades de salud que los colectan y de los formatos e instrumentos que tienen a su disposición, dejando sesgos informativos importantes dependientes de su recolección y subjetivos a cada estructura sanitaria.

Fuente: Elaboración propia.



Conclusiones

El Sistema de Salud en México, como en otras naciones de la región, presenta una diversidad de problemas estructurales (económicos, políticos y sociales) que afectan a sus Sistemas de Información en Salud (SIS) y a la gestión de datos. El acceso limitado a los servicios de atención médica de la población general, recursos insuficientes y las inequidades sociales impactan a las estructuras sanitarias públicas de todo el territorio nacional. Aunado a ello, la sectorización de los servicios de salud (sector público, privado y de seguridad social), la multiplicidad de actores sanitarios y la diversidad política de los estados de la República Mexicana generan un entramado complejo que obstaculiza la gestión, sistematización y transferencia de la información⁵⁷.

Esta situación, de precarización, limitación de recursos por baja inversión en el sector salud, desabasto de medicamentos, mayor gasto de bolsillo y barreras en el acceso a los servicios de salud de manera oportuna y con atención de calidad, es ya complicada para la población general del país:⁵⁸ Sin embargo, se torna aún más compleja al aterrizarlo a un grupo poblacional en movilidad, con acceso limitado a servicios básicos de seguridad social y de garantía de derechos, como es el caso de las personas migrantes. Por tal motivo, los esfuerzos enfocados en la recolección de datos migratorios en salud pueden traducirse en la construcción de herramientas necesarias para la gestión de intervenciones en situaciones de emergencia, que brinden apoyo a las estructuras sanitarias estatales con el subsecuente establecimiento de acciones enfocadas a la protección de los derechos de las personas migrantes que transitan por México; así como, del diseño e implementación de políticas públicas sanitarias equitativas que permitan la cobertura universal de la salud en el país, donde se incluyan de manera indiscriminada a todas las personas sin importar su nacionalidad, condición socioeconómica o su estatus migratorio.

La presente evaluación tuvo como principal objetivo desarrollar una evaluación de los desafíos y oportunidades actuales en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información elaborada a partir de los datos relacionados con la salud de la población migrante, a nivel nacional y en comunidades priorizadas en México (específicamente del municipio de Tapachula, Chiapas). Esta evaluación se desarrolló en cuatro fases metodológicas: revisión documental, proceso de validación de datos, sistematización y análisis de información. Para su desarrollo se contó con la participación de funcionarios y funcionarias públicos locales, del municipio de Tapachula (Chiapas) quienes colaboraron de manera activa en la validación de los datos obtenidos a partir de la revisión documental de fuentes oficiales, principalmente de los subsistema de información dependientes de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y de sus recientes informes sanitarios, que se encuentran disponibles para consulta pública.

⁵⁷ Rosa, J. M., Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. *Revista Médica Clínica Las Condes, Chile*. 33(6), 591-597.

⁵⁸ González-Block, M. Á., Reyes Morales, H., Cahuana Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Health system review. In *World Health Organization* (Vol. 22, Issue 2). México. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334334/HIT-22-2-2020-eng.pdf>



La entidad gubernamental encargada por normativa de la gestión de datos en salud del país, es la Dirección General de Información en Salud (DGIS), quien por medio de sus subsistemas informativos colecta la información por medio de variables poblacionales y administrativas de todo el Sistema de Salud Mexicano. A su vez, las Secretarías de Salud estatales y las Jurisdicciones Sanitarias distribuidas en todo el territorio, nutren el Sistema de Información en Salud (SIS) al recabar los datos provenientes de las Unidades Sanitarias, quienes brindan la atención directa a la población general (que incluye a las personas en condición de movilidad).

En conclusión, por medio de esta evaluación se han podido identificar diversos obstáculos para la gestión de información, principalmente relacionadas con la limitación de recursos en las unidades de salud (humanos y materiales); sesgos informativos al generalizar los reportes de datos de toda la población sin la desagregación de grupos de atención específicos; limitaciones de estructura en los formatos e instrumentos de recolección de información y disparidad en los procesos de gestión de datos entre las diferentes estructuras encargadas de su registro y reporte periódico.

Se identificaron también los medios de recolección de la información para la población general, que es usuaria de los servicios de salud pública en México; sin embargo, estos medios de recolección carecen de elementos específicos para la desagregación de determinantes de salud de grupos poblacionales específicos como lo son las personas en condición de movilidad, esto se traduce en un desconocimiento generalizado de las principales líneas de atención, recursos requeridos y unidades que tienen una mayor afluencia de estos grupos poblacionales. Lo que repercute en la acción del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus capacidades para la atención de personas migrantes, ya que no se poseen datos desagregados concretos que permitan especializar o adaptar sus programas e intervenciones acorde con sus necesidades particulares, en otras palabras, se brinda una atención generalizada la que difícilmente se adapta al contexto migratorio.

Por lo anterior, los principales desafíos en la generación, procesamiento, análisis y utilización de la información elaborada a partir de los datos relacionados con la salud de la población migrante, se encuentran relacionados en primer lugar con los instrumentos para la recolección que permita una adecuada desagregación y puedan visibilizar las atenciones que se brindan en los servicios sanitarios a las personas en condición de movilidad. Esto requiere de un análisis detallado de los instrumentos, su adaptación con variables acordes al perfil sociodemográficos de este grupo poblacional que puedan ser de fácil aplicación y sistematización en las unidades de salud para su reporte permanente, en todos los niveles de atención sanitaria. Las estructuras de salud pública brindan una atención oportuna en sus estructuras, pero no reportan las atenciones brindadas de manera que pueda resaltar la labor que desempeñan a nivel local, lo que dificulta la presupuestación de sus recursos y la adaptación de los servicios acorde con sus necesidades y características.



Un buena práctica desarrollada por el Gobierno de México a destacarse es la implementación del Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM), ya que representa el esfuerzo conjunto de todas sus las estructuras sanitarias para la atención oportuna de las personas en condición de movilidad. Sin embargo, su principal área de oportunidad es la generación de instrumentos que permitan la medición de sus acciones en cada una de las unidades médicas, con el objetivo de poder evaluar sus resultados y el impacto que tiene en la atención de este grupo poblacional. La creación de dichos instrumentos, con una clara formación y capacitación del personal para la recolección de información podría proporcionar a nivel nacional la información clara de las principales problemáticas de salud pública de las personas migrantes, de manera desagregada a la población general. La generación de un sistema de gestión de datos específica y propia para este plan de acción, permitiría al Sistema Nacional de Salud un análisis más completo de las determinantes sanitarias en el marco del binomio salud-migración para el diseño de políticas y programas adaptados que resuelvan las barreras en el acceso a los servicios de salud.

Recomendaciones

Como se ha podido observar previamente el Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM), se trata de una buena práctica, como estrategia diseñada con la finalidad de abordar las necesidades de salud que esta población puede tener en su ingreso, tránsito o asentamiento en el territorio mexicano. Ya que este plan considera los perfiles epidemiológicos de los lugares de procedencia, los factores relacionados al estilo de vida, elementos culturales y sociales, propensión genética a ciertas patologías, así como otros elementos psicosociales. También incluye consideraciones relacionadas a la atención de personas migrantes víctimas de trata o de violencia sexual⁵⁹.

El fortalecimiento de este plan, permitiría mejorar los procesos de vigilancia sanitaria, la gestión de información y el monitoreo; además, garantizar el acceso a los servicios de salud para la población migrante en territorio mexicano. Desde el punto de vista de la gestión de datos en salud y migración, el dotar a este plan estratégico de un sistema de recolección, sistematización, procesamiento y análisis de información podría significar un parte aguas en la identificación de determinantes de la salud de las personas en condición de movilidad en México. Lo cual permitiría la adaptación de programas sanitarios en las unidades de salud que concentrarían sus esfuerzos en la mitigación de los efectos de la desigualdad facilitando el acceso a los servicios de salud; limitando la discriminación y estigmatización de las personas migrantes; eliminando los potenciales obstáculos que impidan el acceso a medidas de prevención y promoción de la salud, así como el desarrollo de diagnósticos oportunos y tratamientos curativos; y finalmente, minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en materia sanitaria⁶⁰.

El diseño de formatos e instrumentos de recolección de datos propios del PIASM, puede desarrollarse en primera instancia en un proyecto piloto desde lo local, comenzando su implementación en el municipio de Tapachula, Chiapas; con el objetivo de sentar el precedente y que pueda retomarse como una propuesta a nivel estatal y posteriormente nacional. Las etapas para el desarrollo del proyecto piloto que se proponen desde la presente consultoría son las siguientes:

⁵⁹ Secretaría de Salud. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México. Consultado en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf



Proyecto Piloto para la implementación de un sistema de gestión de datos del Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM).			
Etapas	Descripción	Actividades	Resultados esperados
Fase 1	Análisis conjunto de programas e instrumentos de recolección de datos en salud-migración a nivel local con la Jurisdicción Sanitaria (JS) de Tapachula, Chiapas.	Desarrollo de mesas de trabajo con la JS, con presencia del personal de gestión de datos de todos los programas.	Matriz de variables poblacionales y administrativas de cada programa que se implementa a nivel local.
Fase 2	Elaboración de propuestas de formatos e instrumentos para la recolección de datos en salud-migración que incorporen a todos los programas y jefaturas de áreas.	Diseño de estrategia para la gestión de datos del Plan Integral de Atención de la Salud de la Población Migrante (PIASM) en Tapachula, que incluya los ejes de acción propuestos a nivel federal de manera transversal.	Plan operacional para la implementación de sistema de gestión de datos del PIASM a nivel local.
Fase 3	Capacitación a personal encargado de la gestión de datos en salud-migración en plan operacional para la recolección de datos del PIASM.	Desarrollo de formaciones al personal de salud a nivel local (unidades médicas) para la implementación del sistema de información del PIASM.	Fortalecimiento de capacidades de las estructuras sanitarias en gestión de datos en salud-migración.
Fase 4	Monitoreo en la aplicación de instrumentos de recolección de datos del sistema de información del PIASM.	Análisis del proceso e información obtenida a partir de los instrumentos de recolección de información para la identificación de buenas prácticas y áreas de oportunidad de mejora en sus procesos.	Informes periódicos de implementación de sistema de información del PIASM, con los principales hallazgos y recomendaciones.
Fase 5	Difusión de resultados obtenidos con estructuras sanitarias estatales y federales para su continuidad.	Reuniones con representantes de las Secretarías de Salud a nivel estatal y federal para compartir los resultados obtenidos en el pilotaje y desarrollar una propuesta para su implementación en otros niveles de atención sanitaria.	Propuesta de replicación de proyecto piloto Comité Estatal de Seguridad en Salud de Chiapas, para su presentación ante el Comité de Seguridad en Salud Federal.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo anterior, la OIM tiene la posibilidad de incrementar su participación en el ámbito de salud-migración en México, fortaleciendo las capacidades de respuesta de las entidades gubernamentales, lo que se traduce en la implementación de intervenciones que permitan mejorar el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud de manera integral, de calidad, con equidad y sin discriminación, promoviendo y fortaleciendo capacidades a nivel nacional y local, con un enfoque de seguridad humanitaria.

⁶⁰ Poblaciones de inmigrantes y emigrantes por país de origen y destino (2019). Disponible en: www.migrationpolicy.org/programs/datahub/charts/immigrant-and-emigrant-populations-country-origin-anddestination



Referencias bibliográficas

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (s.f.). ¿Cómo solicitar ser refugiado en México? México. Consultado en: www.help.unhcr.org/mexico/como-solicitar-la-condicion-de-refugiado-enmexico/
- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, COMAR (2017). Estadísticas de solicitantes de la condición de refugiado en México. Estadística General, 1. México. Recuperado de www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/538384/CIERRE_DE_FEBRERO_2020_01-mar-2020_.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2020). Informe de Pobreza y Evaluación 2020. Chiapas. México.
- DGIS, (2024). Sistemas de Información en Salud. Gobierno de México. Consultado en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>
- Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Consultado en: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
- González-Block, M. Á., Reyes Morales, H., Cahuana Hurtado, L., Balandrán, A., & Méndez, E. (2020). Health system review. In World Health Organization (Vol. 22, Issue 2). México. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334334/HIT-22-2-2020-eng.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2020). Censo Nacional de Población y Vivienda, 2020. México. Recuperado de <https://censo2020.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Situación de las Estadísticas Vitales, de Morbilidad y de Recursos y Servicios en Salud de los Países de las Américas: México. Cuernavaca, México: INSP, 2007.
- International Organization for Migration. Report on the migrations in the world 2022. ISSN 1020-9026.
- Organización Internacional para las Migraciones, OIM (2019). Diagnóstico para monitoreo de flujos y seguimiento a la movilidad. Tapachula, Chiapas, México. 1-28. Recuperado de www.dtm.iom.int/reports/mexico-diagnostico-paramonitoreo-de-flujos-y-seguimiento-la-movilidad
- Leyva-Flores, R., Infante, C., Gutiérrez, J. P., Quintino-Perez, F., Gómez-Zaldívar, M. J., Torres-Robles, C. (2019). Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. PLoS ONE, 14(8), 2009-2015. Consultado en: www.doi.org/10.1371/journal.pone.0220775
- Meñaca, A. (2004). Salud y migraciones. Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas, 53-65.
- Organisation for Economic Co-operation and Development/The World Bank. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- OGD (2022). The 8 Principles of Open Government Data (OpenGovData.org) [Internet]. [cited 2022 Jul 22]. Available from: <https://opengovdata.org/>
- OMS (2003). Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health systems. Ginebra, Suiza. pp. 115-123.
- OMS (2020). Servicios sanitarios de calidad. Recuperado de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services



- Poblaciones de inmigrantes y emigrantes por país de origen y destino (2019). Disponible en: www.migrationpolicy.org/programs/datahub/charts/immigrant-and-emigrant-populations-country-origin-anddestination
- Rosa, J. M., Frutos, E. L. (2022). Ciencia de datos en salud: desafíos y oportunidades en América Latina. Revista Médica Clínica Las Condes, Chile. 33(6), 591-597.
- Sánchez-Montijano y Zedillo Ortega (2022), "La complejidad del fenómeno migratorio en México y sus desafíos, PNUD, LAC PDS N°. 30.
- Saturno-Hernández PJ, Martínez-Nicolás I, Flores-Hernández S, et al. Calidad del sistema de información en salud: análisis comparativo de indicadores reportados, México OCDE 2010-2016. salud publica mex. 2019;61 (2):184-192.
- Secretaría de Gobernación (2021). Boletines Estadísticos. Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de las Personas. México. Recuperado de www.portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Boletines_Estadisticos
- Secretaría de Salud (2019). Cierre Estadístico del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2019. México. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/sicuentas/Cierre_2019_base2013.pdf
- Secretaría de Salud. Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante. México Consultado en: www.epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf
- Secretaría de Salud (2020). Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante, última actualización. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. México. Consultado en: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/517770/Plan_integral_de_atenci_n_a_la_salud_de_poblaci_n_migrante.pdf
- Secretaría de Salud (2020). Plan Operativo de la atención a la población migrante ante COVID-19. Gobierno de México. Consultado en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Plan_Operativo_Atencion_Poblacion_Migrante_COVID-19.pdf
- Varkevisser, C., Pathmanathan, I., & Brownlee, A. (1995). Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. OPS.
- Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marín, T., Muñoz, G., Basurto, E, (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3



Anexos

Anexo 1. Fuentes de información consultadas para la evaluación de datos en salud-migración.

Fuentes de información oficial		
Sistemas de información de salud que la Secretaría de Salud (SS) y otras dependencias gubernamentales disponibles para consulta pública:		
Bases de datos	Subsistema de Información en Prestación de Servicios (SIS)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/subsistema1.html
	Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_clues.html
	Subsistema de Información de Equipamiento (dependiente SS Federal)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sinerhias.html
	Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención en Salud (SINERHIAS)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/subsistema_sinerhias.html
	Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html
	Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC)	www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sinac.html
	Censos INEGI 2000, 2010 y 2020. Sección: población migrante.	www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/
	CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, (serie 2016-2050)	www.datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050
	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH 2020)	www.inegi.org.mx/programas/enigh/hc/2020/
	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2018)	www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/
	Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE 2020)	www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx
	Cubos dinámicos del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)	www.sinba.salud.gob.mx/CubosDinamicos



Programas y reportes gubernamentales de salud enfocados en personas migrantes	Plan integral de atención en Salud a Población Migrante	www.epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/PlanIntegralAttnSaludPobMigrante.pdf
	Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California en Berkeley, y la Secretaría de Gobernación de México a través del Consejo Nacional de Población.	www.gob.mx/conapo/documentos/migracion-y-salud-migration-and-health
	Informes Unidad de Política Migratoria (Secretaría de Gobernación).	www.portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Publicaciones
	Reportes y artículos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).	www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14836
	Investigaciones del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT).	www.conahcyt.mx/pronaces/pronaces-seguridad-humana/derecho-y-acceso-a-la-salud-de-los-migrantes/
	Informes del Observatorio de Migración Internacional.	www.omi.gob.mx/es/OMI/Migracion_y_Salud
	Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).	www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/Informe-Especial-Desafios-migracion.pdf
	Instituto Nacional de Migración (INM).	www.inm.gob.mx/static/pdf/DH_PERSONAS_MIGRANTES_TRANSITAN_MEXICO.pdf
	Secretaría de Salud del estado de Chiapas.	www.saludchiapas.gob.mx/

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 2. Fuentes de información consultadas para validación cruzada de datos.

FUENTES PARA VALIDACIÓN CRUZADA DE INFORMACIÓN		
Investigaciones:		
Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México (2021).	Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.	www.ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2021/03/CASBSS-2021-El-acceso-a-la-salud-de-la-migracion-irregular-en-Mexico_.pdf
Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas.	Sin Fronteras (ONG).	www.sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf
El derecho a la salud de las personas migrantes en México: una revisión de la accesibilidad.	El Colegio de San Luis Potosí (COLSAN).	www.biblio.colsan.edu.mx/arch/especi/An_sam_007.pdf
Características sociodemográficas y de salud de los mexicanos y los migrantes con enfermedad por coronavirus (COVID-19) en México (2021).	CEPAL	www.repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/89e6cfbc-c5a7-483e-a0d6-4c2ad48e709c/content
El derecho a la salud de las personas migrantes en México.	El Colegio de la Frontera Norte.	www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2019/09/TESIS-Barba-Gonz%C3%A1lez-Paulina-MEMI2016.pdf
Atención de salud reproductiva para personas migrantes en Tapachula, Chiapas.	GIRE	www.saludreproductiva.gire.org.mx/wp-content/uploads/2023/02/PERSONAS_MIGRANTES.pdf
Impactos de la Política Migratoria de México en la Frontera Sur. Hallazgos de la Misión de Observación de Derechos Humanos en Tapachula, Chiapas	Universidad Iberoamericana.	www.prami.iberomx/informes-y-investigaciones/impactos-de-la-politica-migratoria-de-mexico-en-la-frontera-sur-hallazgos-de-la-mision-de-observacion-de-derechos-humanos-en-tapachula-chiapas/



THE "WALL" BEFORE THE WALL	WOLA	www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/Mexicos-Southern-Border-2019-FULL-Report.pdf
Flujos migratorios en el sur de Chiapas: una narrativa local del impacto de las caravanas migrantes y los grupos africanos.	Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).	www.core.ac.uk/reader/567891160
Salud reproductiva en el estado de Chiapas.	IPAS	www.ipasmexico.org/pdf/IpasMx2021-Chiapas.pdf
Páginas oficiales:		
OIM México	www.mexico.iom.int/es	
ACNUR México	www.acnur.org/mx/pais/mexico	
Médicos Sin Fronteras México	www.msf.mx/msf-en-mexico	
ONU Mujeres	www.mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones	
Universidad del estado de Chiapas (UNACH).	www.espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/37/1041	

Fuente: Elaboración propia.



Anexo 3. Instrumentos de recolección de información con actores locales: formato de entrevista semiestructurada.

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS		
Perfil de entrevistados:		
Técnica cualitativa desarrollada con personas clave de la Secretaría de Salud a nivel local, que están directamente relacionadas con la generación, procesamiento, control de calidad, análisis, y utilización de la información relacionada con la salud de la población migrante.		
Objetivo:		
La información obtenida contribuirá a añadir valor y complementar los datos que recopilamos en la revisión documental previa, para generar una mirada más amplia de las brechas, desafíos, oportunidades de mejora de la calidad de la información en salud de la población migrante que atiende la Secretaría de Salud a nivel local.		
Dimensión:	Preguntas:	Resultados esperados:
1. Elementos generales de la atención de personas migrantes en estructuras sanitarias públicas.	1. ¿Cuáles son las estructuras sanitarias públicas a las que con mayor frecuencia acuden personas migrantes en Tapachula?	Se busca validar los datos obtenidos con la revisión documental.
	2. ¿Cuáles son las principales causas por las que acuden a los servicios de salud públicos?	
	3. ¿Cuáles son los programas que están destinados a la atención de las personas migrantes a nivel local desde las estructuras de salud pública?	
	3.1. ¿Qué servicios incluye?	
	4. ¿Cuáles han sido los retos para la atención de las personas migrantes en las estructuras de salud pública?	
2. Proceso de gestión de la información y bases de datos.	5. ¿Cuáles son los protocolos de atención que manejan las estructuras de salud pública para la atención de personas en condición de movilidad?	Se busca validar el proceso de gestión de datos en salud y las bases de datos disponibles.
	6. ¿Cuáles son las herramientas disponibles para la recopilación de datos de salud de las personas migrantes en las estructuras de salud pública?	
	6.1. ¿Cuáles son los indicadores con los cuales se hace la identificación de necesidades de salud de las personas migrantes en el Sistema de Información en Salud (SIS) que se notifica a nivel nacional?	
	6.2. ¿Cómo se sistematizan estos indicadores? Por ejemplo, grupos etarios, género, estatus socioeconómico, necesidades de salud específica (atención prenatal, enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades epidemiológicas de notificación inmediata, patologías prevenibles por inmunización, entre otros)	
	7. ¿Qué tipo de informes o reportes se encuentran disponibles para acceder a la información de datos en salud de las personas migrantes en Tapachula?	
8. ¿Cómo se puede tener acceso a los datos en salud generados por las estructuras de salud pública a nivel local?		



3. Diagrama de información para el procesamiento de datos en salud.	9. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas de recabar los datos en salud de las personas migrantes?	Se busca corroborar los elementos para la construcción del diagrama de proceso y de flujo de información de datos en salud.
	10. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas de sistematizar y procesar los datos de salud de las personas migrantes para su notificación?	
	11. ¿Cuáles son las instancias, funcionarios o dependencias encargadas del análisis de datos de salud de las personas migrantes?	
	12. ¿Cómo es el proceso de supervisión y verificación de datos de salud de manera interna que tienen las estructuras de salud públicas?	
	12.1 ¿Cuáles son los retos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	
4. Áreas de oportunidad, vinculación y jerarquización de la información.	13. ¿Cuáles son las áreas de oportunidad que han identificado a nivel local para mejorar la generación, procesamiento, control de calidad, análisis y utilización de datos en salud relacionados con las personas migrantes?	Se busca identificar las áreas de oportunidad, las limitaciones de recursos, la vinculación y la claridad de los proceso en la gestión de la información.
	13.1. ¿Cuáles son los retos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	
	13.2 ¿Cuáles son los principales sesgos para la recolección efectiva de datos en salud de este grupo poblacional?	
	14. ¿Cuál es el enlace a nivel estatal y federal para la validación de datos en salud y la generación de informes?	
	15. ¿La dependencia que usted representa tiene algún tipo de convenio o acuerdo de colaboración con otros actores clave para la obtención de datos en salud de las personas migrantes?	
	15.1. ¿Cuáles son los vacíos de información que podrían resolverse de forma simple?	

Fuente: elaboración propia.



Anexo 4. Marco normativo y recomendaciones sobre el acceso a la salud de las personas migrantes (estatus migratorio regular e irregular) a nivel internacional.

Marco normativo internacional para personas migrantes aplicable para México ⁶¹	
Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948).	CArt. 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia y la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales."
	Art 2o. inciso 2: "Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social."
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU. Asamblea General, 1966).	Art. 12. "1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."
Convención Internacional para la Erradicación de la Discriminación Racial.	En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...) iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (CTTMF) (1990).	Art. 28: "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. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo."

⁶¹Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marín, T., Muñoz, G., Basurto, E., (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3



<p>Observación General No. 15, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, La situación de los extranjeros con arreglo al Pacto, 27º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 159 (1986).</p>	<p>“1. En los informes de los Estados Partes con frecuencia no se ha tenido en cuenta que todos los Estados Partes deben velar por que se garanticen los derechos reconocidos en el Pacto "a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción" (párrafo 1 del artículo 2). En general, los derechos reconocidos en el Pacto son aplicables a todas las personas, independientemente de la reciprocidad, e independientemente de su nacionalidad o de que sean apátridas.</p> <p>2. Así pues, la norma general es que se garanticen todos y cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto, sin discriminación entre nacionales y extranjeros. Los extranjeros se benefician del requisito general de no discriminación respecto de los derechos garantizados, conforme al artículo 2 del Pacto. Esta garantía debe aplicarse por igual a extranjeros y nacionales. Excepcionalmente, algunos de los derechos reconocidos en el Pacto son expresamente aplicables sólo a los ciudadanos (art. 25), en tanto que el artículo 13 es aplicable sólo a los extranjeros. No obstante, la experiencia del Comité en el examen de los informes demuestra que en algunos países se niegan a los extranjeros otros derechos de los cuales deberían disfrutar, o que dichos derechos son objeto de limitaciones especiales que no siempre pueden justificarse con arreglo al Pacto.”</p>
<p>Organización Mundial de la Salud (OMS) Resolución WHA61.17 “Salud de los migrantes”</p>	<p>“La 61ª Asamblea Mundial de la Salud (...) EXHORTA a los Estados Miembros: 2) a que fomenten un acceso equitativo de los migrantes a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la atención sanitaria, de conformidad con la legislación y las prácticas nacionales, y creen mecanismos para mejorar su salud, sin discriminación por motivos de género, religión, nacionalidad o raza” (ejemplo de un listado de nueve puntos).</p>
<p>55.o Consejo Directivo 68a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (26 al 30 de septiembre del 2016).</p>	<p>“[El 55.º CONSEJO DIRECTIVO (...) RESUELVE (...) 2. Instar a los Estados Miembros, de acuerdo con su contexto, prioridades y marcos institucionales y jurídicos, a que (...) c) avancen hacia proveer a los migrantes accesos al mismo nivel de protección financiera y de servicios de salud integrales, de calidad y ampliados progresivamente del que gozan otras personas que viven en el mismo territorio, independientemente de su condición migratoria, de acuerdo con el contexto, las prioridades y los marcos institucionales y jurídicos nacionales.”</p>

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.



Anexo 5. Marco normativo y recomendaciones sobre el acceso a la salud de las personas migrantes (estatus migratorio regular e irregular) a nivel nacional (México).

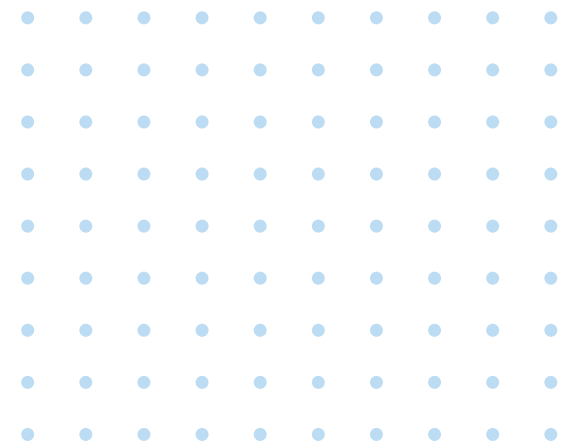
Leyes en México sobre el Acceso a la Salud entre Personas Migrantes y/o Refugiadas. ⁶²	
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	<p>Artículo 1o. "En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.(Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011).</p>
	<p>Artículo 1o. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011).</p>
	<p>Art. 4o: "Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud (...) La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social". (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2020).</p>
Ley General de Salud	<p>Art 2o: "- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: " I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;[...] V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población. Tratándose de personas que carezcan de seguridad social, la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentosos y demás insumos asociados" Fracción reformada DOF 29-11-2019.</p>
Ley de Migración	<p>Art 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".</p>
	<p>Art. 14. "Cuando el migrante, independientemente de su situación migratoria, no hable o no entienda el idioma español, se le nombrará de oficio un traductor o intérprete que tenga conocimiento de su lengua, para facilitar la comunicación".</p>
	<p>Art. 27: "Corresponde a la Secretaría de Salud: I. Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables".</p>



<p>Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político.</p>	<p>Art. 44: “En virtud de las condiciones que presentan los refugiados al salir de su país de origen respecto de los demás extranjeros, deberán recibir las mayores facilidades posibles para el acceso a los derechos y garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos de derechos humanos debidamente firmados y ratificados por el Estado Mexicano, de conformidad con las disposiciones aplicables, entre ellos: [...] II. Recibir servicios de salud”.</p>
<p>Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.</p>	<p>Art. 4: “Los principios rectores para el acceso de todas las mujeres a una vida libre de violencia que deberán ser observados en la elaboración y ejecución de las políticas públicas federales y locales son: I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre; II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres; III. La no discriminación, y IV. La libertad de las mujeres.”</p>
	<p>Art. 18: “Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”</p>

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.

⁶² Vázquez, L., Larrea-Schiavon, S., Marin, T., Muñoz, G., Basurto, E, (2021). Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020. Informe de la Investigación. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council. Consultado en: www.ipasmexico.org/pdf/IpasCAM2022-MujeresMigrantesTapachula-Investigacion.pdf#page=3



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



United Nations Trust Fund
for Human Security



OIM
ONU MIGRACIÓN

