



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

2022



Reporte de Servicio Social

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS, UAM
XOCHIMILCO.

CASA DEL CAMINANTE FEBRERO 2021 – ENERO 2022

ASESOR INTERNO DR. JOEL HEREDIA CUEVAS

ASESORA EXTERNA DRA. LUZ MARIANA ECHEVERRIA ALMARAZ

MPSS JAVIER NIETO MARTÍNEZ 2133077177

1 INTRODUCCIÓN

En este reporte de Servicio Social, el cual fue realizado en Casa del Caminante “J’tatic Samuel Ruíz García” un albergue de paso para migrantes, se expone la experiencia y reflexión del trabajo realizado a lo largo de un año. Un servicio a la sociedad es uno de los procesos más importantes en la formación profesional de cualquier individuo, el poder hacerlo para retribuir a los que más lo necesitan y con esto traer un alivio a su vida, es lo más gratificante que un profesional de la salud puede experimentar. Es cierto que la catarsis que uno vive en los primeros momentos de adaptación, a una plaza en un estado desconocido y con una gran brecha cultural, son realmente un reto, en el caso de la plaza a tratar en este reporte también tener que adaptarse a las reglas y usanzas de una comunidad religiosa como son Las Hermanas de la Caridad, sin embargo, la experiencia de atender población del norte de Centroamérica es algo invaluable ya que es empaparse de historias y costumbres que, si bien, no son tan distantes a lo que se vive día a día en México, son enriquecedoras para un pasante de servicio social de la carrera de medicina. El derecho a la salud en la población migrante que cruza el corredor México – Estados Unidos es un tema con poca fuerza en el ámbito de salud pública, aún siendo el derecho a la salud un derecho universal, la responsabilidad de responder a esta población en esta necesidad humana recae en el gobierno, no siendo así la ejecución de éste, la mayor respuesta a este conflicto se da por el ojo vigilante del mundo y la organización de la población y diversas organizaciones no gubernamentales. El estado de Chiapas siendo la primera frontera que se debe cruzar para llegar a Estados Unidos a pie desde Centroamérica es un estado rico en producción agroalimentaria, aún así teniendo uno de los índices de pobreza más altos del país, es el estado en el que se encuentra una gran cantidad de hermanos migrantes detenidos para poder llegar a su destino, cualquiera que este sea, en este mismo se encuentran varias casas de migrantes que ofrecen descanso, atención a la salud, orientación legal y migratoria. La mayor parte de la población que encontramos en esta situación es originaria de tres países: la República de Honduras, la República de Guatemala y la República de Haití, tres países que desde los años 80’s han sufrido el desplazamiento de su población por situaciones de

seguridad, economía, salud, desastres naturales, entre otras. En la consulta médica brindada en este año de servicio social se observó que hay condiciones médicas que se repiten en la población ya mencionada, en su mayoría causadas por las condiciones en las que se movilizan, que en su mayoría es a pie por más de 5 días, encontrando que la fatiga muscular (28%) y las flictenas (15%) son las patologías más encontradas en el camino, no excluyendo a las infecciones respiratorias, la cefalea y la tiña de pies, que son las que siguen en el listado.

2 PROCESO DE ADAPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

2.1 PERSONAL

Después de un año de internado, en el que todo había sido marcado por la COVID-19, me encontraba en la entrega de plazas para Servicio Social de nuestra universidad, ahí entre muchas plazas apareció la que coordina el Dr. Joel Heredia Cuevas, un conjunto de plazas en el estado de Chiapas, a mí me interesó la plaza de Casa del Caminante, un albergue en el municipio de Palenque que se encarga de dar alojamiento y servicios varios a las personas que migran desde el Norte de Centroamérica. No me puse en contacto inmediato con el doctor por cuestiones familiares, la distancia era



1: Comedor SADEC

mucha, y sería el segundo año que estaría fuera de casa, después de una ardua labor de convencimiento, todo se acomodó para que hiciera este viaje, me contacté con el coordinador, y después de una entrevista y un ensayo quedé seleccionado para esa plaza.

El llegar al estado de Chiapas representó una aventura para mí, llegar sin conocer a nadie, no sabiendo qué podría encontrar en las calles de este municipio, pero todo se apaciguó cuando recibí un mensaje del doctor para que nos viéramos en las oficinas de SADEC, una ONG que trabaja con la universidad en conjunto para que la pasantía se pueda llevar a cabo en ese estado. Al llegar a las oficinas encontré un terreno grande con edificios de dos plantas, todo rodeado por selva, se podía sentir la humedad y el calor, un clima al que no estaba acostumbrado, y que me hizo sudar como nunca lo había hecho. Dentro de las oficinas, además del doctor Heredia, estaban los pasantes que terminaban ese fin de semana las actividades de su año estaban presentando sus proyectos



2: Modulo de refugio Casa del Caminante

para la liberación, posterior a las ponencias pasamos a un comedor grande para almorzar, todos en una mesa platicando las experiencias acumuladas de ese periodo, también me dieron consejos para sobrellevar el clima, los pacientes, y lugares para visitar.

2.2 INSTITUCIONAL

Al llegar al espacio en el que estaría prestando mi servicio como médico me encontré con un edificio de color amarillo con un portón grande y muchas personas que por las características de la plaza supuse que eran migrantes de Centroamérica y Suramérica, el lugar se llama «Casa del Caminante: J'tatic Samuel Ruíz García», por fuera no podía saber todo lo que me iba a esperar dentro de sus paredes, al momento de entrar me encontré con el personal de recepción los cuales fueron muy amables, el doctor Heredia y la doctora Echeverria me acompañaron ese día para presentarme con las hermanas de la caridad, las cuales pertenecen a la orden de San Vicente de Paul, que están al frente del albergue. Las presentaciones y el recorrido por las instalaciones fueron rápidas, todo estaba bien definido, un espacio para población de paso y otro para casos especiales, familias y solicitantes de

refugio, un comedor muy grande con mucha ventilación e iluminación natural, una cocina con estufas de tipo industrial, una bodega tan grande que sirviera para poder alimentar a las cientos de personas que llegan a descansar y tener una comida después de días de caminata sin descanso, por último el consultorio que es un espacio pequeño pero agradable y funcional, con una mesa de exploración de madera, un escritorio y una gaveta para medicamentos, todo lo que se necesita para dar una consulta de primera vez a estas personas que llegan buscando un alivio para las dolencias que el camino les causa. Ese primer día de consulta la pasante anterior me orientó sobre cómo se hacían las cosas en ese lugar, me indicó las rutas de referencia de pacientes, las cantidades acostumbradas de medicamentos, y recomendaciones en general, también estaba en ese día la licenciada en enfermería Mirella Arcos, quien se convirtió en una gran amiga y un apoyo muy grande en la atención a la salud de la población.

El Hospital General de Palenque es el lugar al que se refieren las urgencias y pacientes obstétricas, al principio fue complicado hacer que nos recibieran a todos, pero con el tiempo y conociendo a más personal del hospital que compartían la visión y misión de SADEC, fue siendo todo más llevadero, cada semana más rápida la atención, mejorando para que mis pacientes aliviaran sus males y dudas. Poco a poco fui haciendo compañeros de trabajo a los que en mi primera visita al hospital me eran ajenos, y con ello se logró que la gran mayoría de mis pacientes salieran adelante. No así logré un servicio sin números rojos, parte del proceso de aprendizaje es fallar, el problema es que aquí un error puede costar vidas, y es lo que me ocurrió aquí en Palenque, tras un óbito y el deceso de una persona mayor por causas de la pandemia por Covid 19 aprendía que siempre se puede dar más por las personas que atendemos.

2.3 COMUNITARIO

Con respecto a la población migrante que pasa por el consultorio yo me llevé una gran sorpresa por todas las historias que he llegado a escuchar, todo lo que pasan en el camino, ya sea que vengan de Guatemala o que lleguen desde otro continente, he escuchado cosas que si no hubiera estado en este lugar en este momento no hubiera creído jamás. La población migrante en su mayoría son gente joven y sana, muy agradecida con lo que reciben de nuestra parte, gente que viene con un sinfín de problemas y que sólo buscan el alivio de sus cuerpos azotados por kilómetros recorridos a pie, muchas veces sin zapatos, otras más con ellos, pero con ampollas que para mí eran impensables, siempre deshidratados, pero también siempre con una voluntad inquebrantable y una mirada que te dice más que las historias que ellos cuentan. Los primeros meses en la consulta fueron difíciles, mucho llanto, mucho estrés, mucha información, pero también mucho aprendizaje. El proceso de atención de mis pacientes siempre ha sido fluido, casi sin imprevistos, unos tantos tragos amargos que han sido motores para mejorar como médico.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 DERECHO A LA SALUD

“La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entró en vigor el 7 de abril de 1948. En su explicación, se puede encontrar que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de



3: Población migrante en recepción Casa del Caminante

afecciones o enfermedades». Al tomar como base esta definición, la OMS ha considerado el derecho a la salud como «el goce del grado máximo de salud que se puede lograr» y debe ser entendido como «uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social». Tal facultad no debería ser interpretada como la exigencia del

pueblo hacia el gobierno de estar siempre «sano», lo cual sería inalcanzable, nunca habría de olvidarse que el ser humano es perecedero. Por tanto, en la situación actual de pandemia, no se podría exigir que tras la enfermedad COVID-19 los individuos no tengan secuelas. Lo que sí se puede exigir es la garantía de recibir una vacuna y a ser atendido respetando la dignidad y sin discriminación alguna.” (Conamed 2021)

Por lo anterior, cada gobierno debe establecer acciones encaminadas a permitir que sus ciudadanos cuenten con acceso al sistema de salud. Lo hacen a través de la positivización de esta garantía. El derecho humano a la salud es universal e internacional; cuando cada país lo incluye en su propio ordenamiento jurídico lo nacionaliza y lo convierte en derecho positivo de su estado. A nivel internacional, esa facultad se encuentra protegida por diversos instrumentos, por ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 25. Mientras que en América Latina lo está por la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros textos. En particular, en México se encuentra resguardado por el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo que «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud», sin embargo, es la Ley General de Salud la que establece las bases y modalidades de este acercamiento.

Lo anterior muestra que, en materia del derecho humano a la salud, existe una fortaleza legislativa que positiviza la prerrogativa y la protege, aunque en la práctica se identifiquen deficiencias en el cumplimiento. Tras percatarse de esta situación, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales decidió emitir su Observación No 143 donde señala que la mencionada garantía incluye: los derechos a un sistema de protección de la salud, a la prevención, a recibir diagnóstico y tratamiento, el ingreso a la educación que permita formar a los profesionales y también poder educar a la población a modo de que disponga de conocimientos básicos para saber los derechos que les asisten.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general N.º 14, interpretó el contenido del derecho a la salud. En consecuencia, para

cumplir con los derechos y libertades mencionadas anteriormente, los Estados deben asegurarse de que cuentan con establecimientos, bienes y servicios de salud, y son accesibles, aceptables, de buena calidad y aplicables a todos los sectores de la población, incluidos los migrantes.

3.1.1 Disponibilidad

Los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, que funcionen y presten sus servicios oportunamente. El componente de disponibilidad del derecho a la salud obliga a los Estados a garantizar los suministros generales, así como evitar la escasez de existencias. Por ejemplo, determinados medicamentos esenciales y vacunas deben adquirirse en cantidades suficientes para cubrir las necesidades de toda la población, incluidos los migrantes y sus familiares. Además, el principio requiere que los Estados soliciten y se abastezcan de medicamentos y bienes específicos que resulten particularmente de interés para las poblaciones migrantes.

3.1.2 Accesibilidad

El concepto de accesibilidad comprende varios aspectos que están relacionados con el principio de no discriminación, de la siguiente manera:

- La no discriminación garantiza la accesibilidad de hecho y de derecho a los establecimientos, bienes y servicios de salud a todos los sectores de la población, incluidos los grupos más vulnerables y marginados, sin discriminación de ningún tipo. Muchos países definen sus obligaciones en el sector de la salud hacia los no ciudadanos como «atención esencial» o «atención sanitaria de emergencia» únicamente. En consecuencia, los migrantes suelen estar inadecuadamente cubiertos por el sistema de salud del país de acogida y, por tanto, a menudo no pueden sufragarse un seguro médico, tratamiento o medicamento esencial.
- Las políticas de salud no integradoras contravienen el principio de la no discriminación consagrado en los instrumentos universales de derechos humanos. Los gobiernos deben ser conscientes de que, al negar a los migrantes el acceso al primer nivel de salud, los Estados se exponen a

mayores costos financieros y riesgos de salud pública, debido a que las enfermedades podrían volverse crónicas y más complejas de tratar si no interviene en los primeros momentos. Tal como señaló el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, “no se justifica un mero compromiso de brindar una atención de urgencia, no sólo desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde el punto de vista de la salud pública, puesto que no recibir ningún tipo de atención preventiva y primaria puede generar riesgos sanitarios tanto para los migrantes como para la comunidad de acogida” (Jorge Bustamante 2011). Por consiguiente, es importante subrayar que el derecho al más alto nivel de salud física y mental posible también se aplica a los migrantes en situación irregular.

- La accesibilidad física se refiere al acceso seguro de todos los sectores de la población, niños, mujeres, ancianos, personas con discapacidad, adolescentes, migrantes y cualquier otra persona o grupo, sin discriminación. Los migrantes suelen vivir y trabajar en zonas donde los servicios tienden a no estar físicamente disponibles, como es el caso de quienes realizan el trabajo doméstico en hogares privados. Además, los trabajadores migrantes pueden, por diversas razones, tener menos posibilidades de acceder a una licencia de trabajo para acudir a los servicios de atención médica durante el día. La ubicación y el horario de apertura de los establecimientos de salud pueden constituir, por tanto, un problema para los migrantes.
- El acceso a la información supone el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con la salud en un formato accesible, como campañas a medida y mensajes en lenguaje claro que se dirijan a diferentes grupos de la sociedad. Los migrantes a menudo tienen dificultades para acceder a información en materia de salud y servicios disponibles, en particular si el Estado no proporciona adecuadamente dicha información.
- La asequibilidad (accesibilidad económica) garantiza que todas las personas, independientemente de su nacionalidad o condición jurídica, tengan acceso a los bienes y servicios de salud, a pesar de las limitaciones económicas. A fin de que los bienes y servicios de salud sean financieramente accesibles,

los Estados deben adoptar medidas especiales para las personas con dificultades económicas o que necesiten ayuda especial. Entre estas medidas se encuentran la asequibilidad de los medicamentos esenciales y los seguros médicos. (Jorge Bustamante, 2011)

3.1.3 Aceptabilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser aceptables, es decir, tener en cuenta las cuestiones de género, adecuados desde el punto de vista cultural y respetuosos de la ética médica. Un servicio de salud que responda a las necesidades de los migrantes puede contemplar servicios de interpretación, traducción de material escrito y la «mediación cultural» en los hospitales y centros de salud. Introducir estos servicios puede ayudar a franquear las barreras lingüísticas y culturales, que pueden tener un efecto negativo en los servicios de atención y prevención, los planes de tratamiento y el seguimiento correspondiente, así como evitar malentendidos (por ejemplo, cuando un paciente refiere sus síntomas) o errores de traducción, que pueden dar lugar a retrasos en la atención sanitaria, errores médicos clínicamente significativos o, en el peor de los casos, la muerte.

3.1.4 Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad. Debe haber, entre otras cosas, profesionales de la salud capacitados en todos los niveles, medicamentos científicamente aprobados, laboratorios funcionales, equipos hospitalarios adecuados, un saneamiento adecuado y agua potable. (Jorge Bustamante, 2011)

3.2 DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año)

y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)». Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad. Un claro ejemplo fue el del Consejo. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana, aunque, como señala Hiram Félix Rosas, «en términos generales, entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo eran un listado de buenas intenciones. Su desempeño intermitente estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la relativa desorganización del país. A la luz de las acciones emprendidas, es posible afirmar que la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en 1880». (Hiram Felix Rosas, 2010)

Benito Juárez decretó el 2 de febrero de 1861, a los pocos días de haber salido de Veracruz (donde expidió las Leyes de Reforma), la Ley de Secularización de Hospitales y Establecimientos de Beneficencia. Un mes más tarde, el 2 de marzo de 1861, expidió el reglamento para los hospitales y centros de beneficencia o asistenciales, con la Dirección General que, dependiente de la Secretaría de Gobernación, administraría e impulsaría la tarea de proteger a los desheredados. Esta Dirección General subsistió hasta el año 1917, cuando se convirtió en un departamento dependiente directo del Ejecutivo.

Desde los primeros planes del gobierno se plantearon opciones prioritarias en salud pública. En sus inicios los principales programas sanitarios recayeron en el Departamento de Salubridad y en 1934 se creó un sistema de coordinación de actividades de salud pública entre el gobierno federal y los estados y territorios.

Posteriormente, en 1937, fue creada la Secretaría de Asistencia que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad, para unir orgánicamente las acciones de prevención y protección a la salud con las de asistencia médica y social.

Ese mismo año se promulgó la Ley del IMSS y en 1959 la del ISSSTE, que ofrecen tanto servicios de salud como los de seguridad social propiamente dicha en forma de prestaciones sociales y económicas.

La estructura del sector salud fue ampliada a través de esquemas abiertos del Departamento del Distrito Federal, de los gobiernos de los estados y de numerosas dependencias del gobierno federal y entidades paraestatales.

El 23 de octubre de 1972, a iniciativa del presidente de la República se convocó a participar en la I Convención Nacional de Salud para la República Mexicana, en la que se formuló el documento que contenía los principios doctrinarios, la presentación sumaria y las metas del Plan Nacional de Salud 1974-1976, y que empezó a instaurarse en todo el país.

En el sexenio siguiente se integró el grupo interinstitucional para el establecimiento del programa quinquenal del sector salud y seguridad social para 1978-1982 y la creación del gabinete del sector salud.

Pero fue hasta el 3 de febrero de 1983, después de 66 años, que se añadió al artículo 4° de la Constitución en el párrafo tercero el derecho a la protección de la salud, señalando que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

De esta manera el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional, convirtiéndose en una garantía de igualdad otorgada por la Constitución. Esto es, lo que se elevó a rango constitucional fue la “protección de la salud” y no el “derecho a la salud”, como lo señalan algunos de los instrumentos internacionales, de esta manera el Estado estaba obligado a proteger la posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad, a los servicios de salud.

El 7 de febrero de 1984 se decretó la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, que estableció las bases y modalidades para el

acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La reforma del sector salud 1995-2000 fue publicada en el DOF el 11 de marzo de 1996, y a partir de esa fecha se han desconcentrado sus servicios, quedando a cargo exclusivamente de la Secretaría de Salud de cada estado de la federación.

Posteriormente el 10 de junio de 2011 la reforma constitucional que modificó la denominación del Capítulo I del Título Primero y reformó los artículos de la 1°, 3°, 11°, 15°, 18°, 29°, 33°, 89°, 97°, 102° y 105° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, armonizó los derechos previstos en la Constitución con los derechos humanos que se encuentran en los instrumentos internacionales.

Aún y cuando no fue objeto de reforma el artículo 4 Constitucional, relativo al derecho a la protección de la salud, éste dejó de ser una garantía de igualdad otorgada por la Constitución, para convertirse en un derecho humano de todas las personas reconocido por la Constitución, de conformidad con el artículo 1°, que a partir del 11 de junio de 2011 señala lo siguiente:

En el Artículo 1° se establece que 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.

Actualmente, en México se reconoce la salud como un derecho humano, fundamental y social. El artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dice así «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud». El artículo fue creado de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la DUDH. Es importante subrayar que dicha declaración no es vinculante para los estados, porque es una resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas y los derechos humanos se encuentran limitados a que los países los incluyan en sus derechos vigentes.

En México, para hacer efectivo el artículo 4o de la Constitución fue necesario desarrollarlo a través de la Ley General de Salud, la cual creó el Sistema Nacional de Salud, que se encuentra fragmentado atendiendo a la condición laboral y así atribuir unas prestaciones u otras. En 2019 se presentó una reforma al contenido de la Ley General de Salud, la cual consistía en proponer la disponibilidad universal en el sistema sanitario público mexicano, así se incluiría a todos aquellos que no estuvieran inscritos en la seguridad social y se crearía el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); así, fue a inicios de 2020 cuando se produjeron los cambios en el Sistema Nacional de Salud. El INSABI es descrito como una institución que brindará atención médica «sin restricciones» al contemplar el acceso universal, mas no es lo mismo acceso que cobertura.

La universalidad de los servicios de salud es un reto al que se ha estado enfrentando el gobierno, si bien, se encuentra cubierto tanto primer como segundo nivel de atención, se cuenta con cuotas bajas para la atención de la salud en tercer nivel de atención. Respecto a la accesibilidad, tampoco se podría afirmar que el INSABI haya supuesto un cambio significativo, porque la accesibilidad implica igualmente vencer las dificultades geográficas que la población enfrenta intentando desplazarse desde su hogar hasta los hospitales y continúa existiendo escasez de ambulancias. De igual modo, las barreras para disponer de información son un impedimento a la accesibilidad, aún se necesita trabajar en crear folletos y documentación, por ejemplo, en Braille o en lenguas indígenas. Todo lo mencionado son ejemplos de motivos por los cuales debe considerarse que no es cierto que el INSABI cumpla con ser un mecanismo que brinda la universalidad en la disponibilidad a los servicios de sanidad, aunque se ostente como tal, pese a que ha supuesto una ampliación de la población que logra tenerlo.

3.3 LOS MIGRANTES Y EL DERECHO A LA SALUD

La migración como la salud son derechos universales según la DUDH, la era de la globalización nos ha traído, a través de distintos desarrollos científicos y tecnológicos, la posibilidad de poder transitar por todo el planeta en un tiempo

relativamente corto, sobre todo si lo comparamos con el que se empleaba para el mismo efecto hace algunas décadas, o incluso años.

Como ha sucedido desde hace siglos, el derecho tiene en la migración uno de sus grandes desafíos: ¿qué tipo de respuestas jurídicas se deben dar al fenómeno migratorio?, ¿qué alcance tienen las regulaciones en materia de derechos fundamentales, laborales, culturales, etcétera, frente a las personas extranjeras? En respuesta a esos dilemas hemos visto surgir en las décadas recientes una literatura de ciencias sociales de extraordinario nivel, en la que se plantean los distintos escenarios en los que debe moverse nuestra comprensión de las migraciones contemporáneas. Decenas de autores han explorado temas como el concepto y alcance de la globalización, el uso y papel de las fronteras, el derecho a migrar como derecho fundamental, la regulación administrativa de la adquisición del “derecho de residencia” o de la obtención de la nacionalidad de un país que no es el propio, la integración multicultural de los extranjeros, etcétera.

Aunque son temas que interesan a un número muy importante de personas y países, puesto que la migración es uno de los rasgos que definen al mundo del siglo XXI, lo cierto es que son especialmente importantes para un país como México, protagonista de fenómenos migratorios desde distintos ángulos. Para empezar, México es un protagonista de las migraciones contemporáneas en su calidad de país “exportador” de migrantes. Se calcula que unos 20 millones de mexicanos residen en Estados Unidos. En territorio mexicano se encuentra la frontera terrestre con mayor tránsito del mundo: la que divide Tijuana de San Diego. La economía, la cultura, la idiosincrasia, incluso el derecho, en buena parte del norte del país han quedado marcados por nuestra vecindad con los Estados Unidos.

Para poder hacer accesibles estas garantías en el país hay; según INEGI en 2015, 76 albergues en los que se brinda atención a población migrante que atraviesa nuestro país, pero en una actualización elaborada por BBVA Research en 2020 se menciona que existen 96 casas del migrante desde la frontera sur con Guatemala



Ilustración 1: Mapa Casas del Migrante en México, BBVA Research

hasta la frontera con nuestro vecino EE. UU.

Los grupos sociales vulnerables y marginados suelen tener menos probabilidades de disfrutar del derecho a la salud. Tres de las enfermedades transmisibles más mortíferas (paludismo, VIH/SIDA y tuberculosis) afectan desproporcionadamente a las poblaciones más pobres del mundo e imponen una carga tremenda a las economías de los países en desarrollo. Por otra parte, la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, que con frecuencia se piensa que afectan a países de altos ingresos, está aumentando desproporcionadamente en los países y las poblaciones de bajos ingresos.

En los países de bajos ingresos como Honduras, Guatemala, Haití, El Salvador y Venezuela. Algunos grupos de población, por ejemplo, la población en tránsito, están expuestos a mayores tasas de enfermedad y afrontan dificultades importantes para acceder a una atención sanitaria de calidad y asequible. Estos grupos registran tasas de mortalidad y morbilidad sustancialmente más altas que la población en general, a consecuencia de enfermedades no transmisibles tales como el cáncer, las cardiopatías y las enfermedades respiratorias crónicas. Las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes, los hombres homosexuales y los consumidores de drogas inyectables, suelen pertenecer a grupos desfavorecidos y discriminados social y económicamente. Esos grupos vulnerables pueden ser víctimas de leyes y políticas que agravan la marginación y dificultan más aún el acceso a servicios de prevención y atención.

Los derechos humanos son universales y se consideran un derecho innato de todo ser humano. Creados con la finalidad de salvaguardar la dignidad inherente y la igual valía de todas las personas, son inalienables, interdependientes y se relacionan entre sí. Los derechos humanos se articulan en forma de derechos individuales y derechos colectivos, y de este modo crean obligaciones con respecto a lo que puede y no puede hacerse, en particular en lo que corresponde a los Estados. Hay diferentes clases de derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

Los derechos humanos se expresan y garantizan a través del derecho establecido por los instrumentos internacionales, así como por las constituciones y los ordenamientos nacionales. Los Estados asumen en virtud del derecho internacional la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. La obligación de respetar esos derechos significa que los Estados deben abstenerse de interferir o limitar su disfrute. La obligación de protegerlos exige a los Estados proteger a los individuos y grupos contra una injerencia indebida en el disfrute de los derechos humanos por parte de otras personas y entidades. Por último, la obligación de cumplirlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para garantizar el disfrute de los derechos humanos.

Es importante tener en cuenta que la migración internacional, es decir, la entrada y la salida de un territorio soberano, guarda una estrecha relación con los conceptos jurídicos y sociológicos de nacionalidad y de soberanía. Sin embargo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), órgano de las Naciones Unidas que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR), ha señalado que la nacionalidad no debe utilizarse como motivo de discriminación con relación a la atención sanitaria y otros derechos amparados en el Pacto.



5: Geografía y Escudo del estado de Chiapas. Fuente: INEGI

4 CONTEXTO LOCAL E INTERNACIONAL

4.1 INTRODUCCIÓN

En este apartado se encuentran datos estadísticos, demográficos y geográficos de tres países (Honduras, Guatemala y Haití) seleccionados por su relevancia en la consulta médica de este año de servicio social, esto para lograr hacer una comparación objetiva de éstos con el estado de Chiapas, el primer estado el cual tienen que atravesar para poder conseguir el “sueño americano” o el primer paso para conseguir la calidad de refugio en nuestro país.

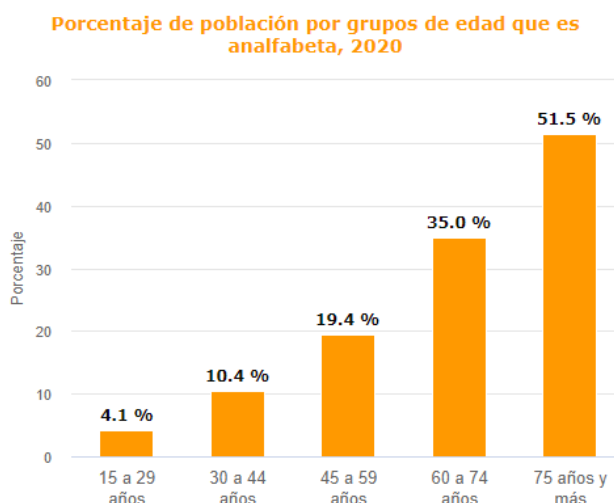
4.2 CHIAPAS

El estado de Chiapas cuenta con una superficie de 73,311 km². Se localiza en el extremo suroeste del país. El clima predominante es cálido húmedo, con una temperatura media anual de entre 18° C (Altos de Chiapas), a 28° C (Llanura Costeña), con una precipitación total anual que varía entre 1,200 y 4,000mm. Cabe destacar que es el estado que ocupa el 8° lugar en territorio.

Colindancias al norte con Tabasco, al Este con Guatemala, al Sur con el Océano Pacífico y al Oeste con Oaxaca y Veracruz.

Conformado por 124 municipios, cuenta con 3,139 ejidos y 90 comunidades agrarias, siendo su capital la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

Respecto a la población, en la última encuesta realizada por INEGI (2020) en Chiapas había una población de 5 millones 543 mil 828 personas, lo cual representa el 4.4% de la población nacional, con una relación hombre mujer de 48.9 a 51.1% respectivamente (como se muestra en la pirámide poblacional), con una edad media de 23 años, y habiendo 63.8 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva. (INEGI 2020)



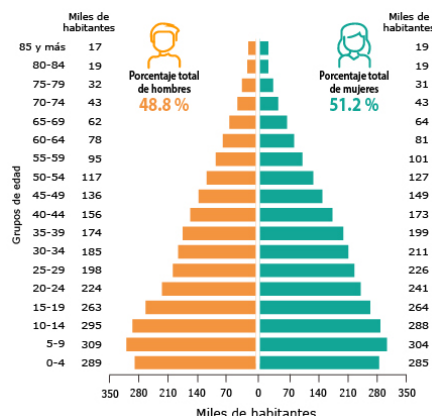
La población del estado se encuentra distribuida en zonas 49 % urbana y 51 % rural; mientras que, a nivel nacional, la población de 15 años y más tiene 9.7 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más de la secundaria concluida.

De cada 100 personas de 15 años y más:

- 13 no tienen ningún grado de escolaridad.
- 55 tienen la educación básica terminada.
- 18 finalizaron la educación media superior.
- 13 concluyeron la educación superior.

En Chiapas, 14 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir. A nivel nacional son 5 de cada 100 habitantes. (INEGI 2020)

El mayor porcentaje de población analfabeta en Chiapas se encuentra entre las personas de 75 años y más con 51.5 %. (INEGI 2020)



En 2020, en Chiapas el 89 % de los niños de 6 a 14 años asisten a la escuela, a nivel nacional la asistencia es de 94 %. (INEGI 2020)



En cuanto a movilidad poblacional, ya sea interna o internacional, entre 2015 y 2020, salieron de Chiapas 160,125 personas para radicar en otra entidad. En ese mismo periodo, llegaron a vivir 56,588 personas a Chiapas, procedentes del resto de

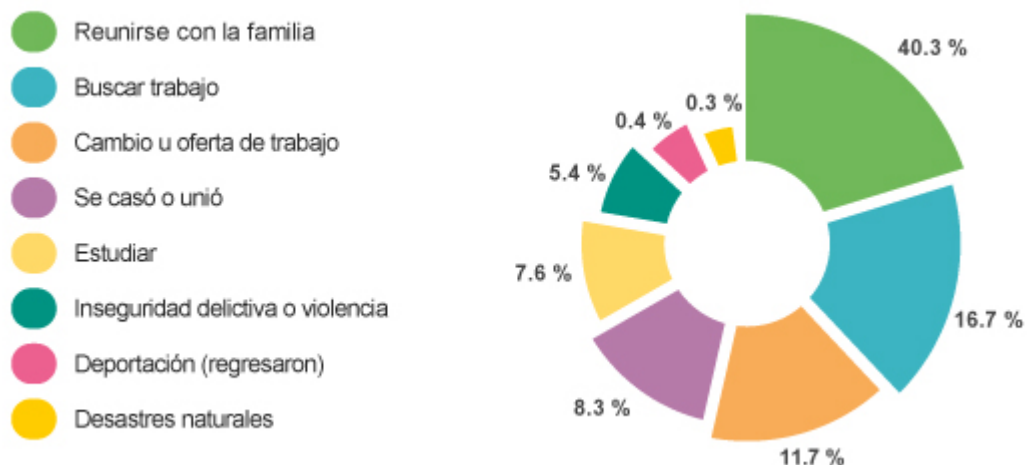
las entidades del país. Del estado en ese quinquenio salieron 17,014 personas para vivir en otro país, 83 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América. A nivel nacional se registraron

6: Porcentaje de población analfabeta Chiapas. Fuente: INEGI 2020

802,807, de ellos 77 de cada 100 se fueron a Estados Unidos de América. (INEGI 2020)

4.3 REPUBLICA DE HONDURAS

Nombre oficial República de Honduras, con una superficie de 112.492 km2.



7: Motivos de emigración en Chiapas. Fuente INEGI 2020

Con una población total de 9.304.380 (2020) obteniendo así una densidad de población de 85,68 habitantes por km². Su pirámide poblacional se encuentra con población menor de 18 años 3.692.036 (39,6%) y población mayor de 65 años 537.997 (5,9%). (INE Honduras, 2020)

La esperanza de vida al nacer es de 76,4 años, se reportó una tasa de natalidad de 21,56 / 1.000 habitantes mientras que su tasa de fertilidad se encuentra como 2,44 hijos / mujer. (INE Honduras, 2020)

Situada en el centro del istmo centroamericano, limita al oeste con Guatemala (340 km) y El Salvador (356,5 km), al norte con el Mar Caribe (650 km), al este con Nicaragua (575 km) y al sur con el Océano Pacífico (65 km).

Su capital es la ciudad de Tegucigalpa la cual es su ciudad

8: Geografía y bandera de República de Honduras. Fuente: Oficina de información Diplomática

más poblada con 1.293.611 habitantes. Junto a la antigua ciudad de Comayagüela, conforma el Distrito Central. Está ubicada en el centro del país, y es la segunda ciudad más poblada del istmo centroamericano después de Ciudad de Guatemala.

Se divide en departamentos, los cuales son un total de 18, los conforman Atlántida, Choluteca, Colón, Comayagua, Copán, Cortés, El Paraíso, Francisco Morazán, Gracias a Dios, Intibucá, Isla de la Bahía, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Olancho, Santa Bárbara, Valle, y Yoro.

Su lengua oficial es el español. En las Islas de la Bahía está muy extendido el uso del inglés por razones históricas.

Tradicionalmente ha existido una mayoría de población católica, que actualmente supone aproximadamente un 45%; en los últimos años ha experimentado un fuerte crecimiento la fe evangélica, que profesa actualmente cerca del 45% de la población. Alrededor del 8% de la población manifiesta no tener afiliación religiosa, mientras que el 2% restante está compuesto por minorías religiosas.

El tipo de cambio a 27 de enero de 2021 es un dólar estadounidense a 24,084 lempiras. Aunque el lempira es la moneda de uso corriente, se puede operar en dólares en lugares de mayor afluencia turística y para compras importantes.

En febrero de 2020, el Gobierno de Honduras presentó, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), una nueva metodología para la clasificación de ingresos de la población, identificando que, en el año 2018, un 48,3% de la población vivía por debajo del umbral de la pobreza y el 22,9% en condiciones de pobreza extrema. Los datos señalan que la pobreza es más grave en el área rural, donde el porcentaje de la población bajo el umbral de la pobreza alcanza a más de la mitad de los hogares (38,4% urbano y 60,1% rural).

Los principales indicadores socioeconómicos de los grupos étnicos y afrodescendientes se encuentran por debajo de la media nacional. En el caso particular de la desigualdad entre hombres y mujeres, ésta se refleja a través del índice de desigualdad de género (0,423), que sitúa a Honduras en el lugar 132 de 189 países. Aunque se ha reducido en los últimos años, la inseguridad ciudadana continúa siendo un grave problema en Honduras. Las tasas de violencia alcanzaron su punto más alto en el 2011, registrando 7.104 muertes violentas y elevando el índice de homicidios a una tasa de 86,5 homicidios por cada cien mil habitantes, lo que colocó a Honduras como el país más violento del mundo ese año. A partir de 2012 la tasa de homicidios comenzó a reducirse, hasta alcanzar los 41,2 por cada 100.000 habitantes en 2019, con una proyección de tasa de homicidios entre 37 y 40 por cada 100.000 habitantes para 2020. Esta cifra es ocho veces mayor de la que la OMS utiliza para determinar si existe una situación de violencia endémica en un país (5 homicidios por cada 100.000 habitantes). La violencia en el país responde, entre otras causas, a los elevados niveles de impunidad (59,69%, según el Índice Global de Impunidad en 2020), el fácil acceso a armas, la presencia de maras y pandillas, la falta de oportunidades de crecimiento económico y la creciente presión del narcotráfico. Los jóvenes entre 15 y 44 años, especialmente los hombres, son el grupo poblacional que padece con mayor rigor los efectos de esta violencia. Según el informe de Percepción Ciudadana sobre Inseguridad y Victimización en Honduras en 2019 del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), la inseguridad ocupa el segundo lugar en los problemas de mayor importancia para

los hondureños (35,7%), solo por detrás de los problemas económicos (36,8%) y por delante de la corrupción (24,5%).

4.4 GUATEMALA

Su nombre oficial es República de Guatemala, su capital es la Ciudad de Guatemala. República presidencialista, democrática y representativa.

Cuenta con una superficie de 108.899 Km². Tiene fronteras terrestres con México, Belice, Honduras y El Salvador, asimismo linda con el Océano Pacífico al sur y el Mar Caribe al noreste. Con esta superficie obtenemos una densidad de población de 161,8 habitantes por Km².

Su territorio se divide en 22 departamentos entre los cuales se encuentran: Quetzaltenango, Mixco, Vilanueva, Retalhuleu, Escuintla, Antigua Guatemala, Sololá.

Con una población la cual se estima en 17,621.429 de habitantes. Los resultados del censo oficial llevado a cabo en 2018 no se han publicado aún. (CEPAL, 2020)

La esperanza de vida al nacer en este país es de 73.9 años, se reportó una tasa de natalidad de 24,6 nacimientos anuales por cada 1.000 habitantes, la tasa de fertilidad reportó que hay 2,87 infantes por mujer. (CEPAL, 2020)

Su idioma oficial es el español y 22 idiomas mayas, el garífuna y el xinca.

Su moneda oficial es el quetzal (8,78 quetzales por 1 euro, febrero 2019).

La religión católica sigue siendo mayoritaria pero las iglesias evangélicas han experimentado un importante crecimiento en los últimos años.

Pese a una leve mejora a lo largo de los últimos años en las cifras de algunos delitos, el crimen y la violencia se han incrementado en el período posterior al conflicto armado. La tasa de homicidios se ha duplicado durante los últimos años y está



9: Geografía y bandera de República de Guatemala. Fuente: Oficina de Información Diplomática.

todavía por encima del promedio centroamericano que en sí es la tasa más alta de todas las subregiones del mundo- y muy por encima del promedio mundial de 6,9 por cada 100.000 habitantes. Con un promedio anual de 4.410 homicidios por año (pero que en los últimos años ha venido rondando la cifra de 6.000 muertes violentas oficialmente demostradas), Guatemala presenta la séptima tasa más alta de homicidios en el mundo. El aumento de las tasas de crimen y violencia en el país imponen un alto costo de desarrollo tanto a nivel individual como nacional y, como resultado, se han convertido en un problema crítico para el proceso de desarrollo que afronta el país. Esta criminalidad no tiene una respuesta efectiva del sistema de justicia penal, alcanzándose niveles de impunidad superiores al 95% en algunos tipos de delitos. Estas tasas de violencia e impunidad se reflejan especialmente en la violencia contra las mujeres. Guatemala ocupa el tercer lugar del mundo en violencia contra las mujeres con 9,7 muertes violentas de mujeres por cada 100.000 habitantes. La aprobación de la Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer en el año 2008 tipificó el femicidio como delito y su aplicación, junto a la creación de juzgados específicos, ha permitido incrementar el número de denuncias penales. (Oficina de Información Diplomática)

Los flujos migratorios entre Guatemala y México han registrado históricamente una dinámica intensa, sobre todo por la participación de trabajadores guatemaltecos que cruzan la frontera terrestre para participar en mercados laborales chiapanecos. A este proceso se sumó la presencia de los refugiados guatemaltecos que se ubicaron en el estado de Chiapas a principios de los años ochenta. Asimismo, desde mediados del decenio de los ochenta, se observó una corriente de personas en tránsito (transmigrantes) procedentes de diversos países de América Latina – incluyendo a Guatemala– y de otros continentes, quienes desde esa época utilizan los territorios guatemalteco y mexicano para dirigirse a Estados Unidos de manera no autorizada.

A partir de los años noventa también se ha registrado un flujo muy intenso de transmigrantes autorizados que transportan vehículos usados y otro tipo de mercancías (muebles, electrodomésticos, etc.) para su venta en las naciones

centroamericanas. De esta cuenta, tanto Guatemala como México, se han constituido en países de tránsito de personas que se dirigen a/o proceden de Estados Unidos. Esta dinámica plantea la necesidad de que ambos países asuman y administren esa realidad, pero a la vez gestionen sus políticas migratorias incluyendo de manera corresponsable al país de destino final.

Durante los últimos años, los dos gobiernos han realizado modificaciones a las leyes y procedimientos para regular los movimientos migratorios en sus respectivos territorios. En particular, Guatemala; que adoptó una nueva Ley de Migración y México introdujo reformas a la Ley General de Población y su Reglamento. Pero el rasgo más preocupante es la prevalencia de una lógica de seguridad en ausencia de consideraciones acerca de la relación entre la migración y el desarrollo. De ahí que el hecho más notable haya sido la orientación hacia medidas cada vez más restrictivas y la adopción de otras para la deportación (el aseguramiento detención y la devolución) de extranjeros no autorizados. En todo caso, se puede afirmar que los cuerpos jurídicos han sido ampliamente rebasados por las dinámicas migratorias, de las cuales sus territorios son escenarios cotidianos.



10: Geografía y bandera de República de Haití. Fuente: Oficina de Información Diplomática.

4.5 HAITÍ

Su nombre oficial es República de Haití. Su capital es Puerto Príncipe la cual reporta 2,87 millones de habitantes. (Oficina de Información Diplomática)

Cuenta con una superficie de 27.750 km².

Se estima que cuenta con una población de 11.123176 habitantes ya que desde hace más de 10 años no se realiza un censo. (Oficina de Información Diplomática)

De norte a sur pueden citarse las siguientes ciudades: Cabo Haitiano (180.000 habitantes), Gonaïves (85.000), St. Marc (70.000), Les Cayes (60.000) y Jacmel (35.000). (Informe IDH 2019)

La Constitución señala como idiomas oficiales el creole y el francés.

En temas de religión encontramos una población mayoritariamente católica; creciente número de protestantes; el vudú es practicado por gran parte de la población, compatibilizándolo con otras religiones. Ambas religiones, católica y vudú, son consideradas religiones oficiales del Estado. Como otros países de la zona, Haití está experimentando unos considerables aumentos de las religiones protestantes, especialmente evangélicas, bautistas y adventistas.

La moneda oficial es el Gourde, aunque la economía está dolarizada.

La tasa de desempleo se encuentra en 70%, esto nos lleva a que el porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de la pobreza sea 74,6% y también a otro dato preocupante ya que el porcentaje de la población que vive en la pobreza extrema llega a 54%. (Informe IDH 2019)

Hay además una tasa de alfabetización de 48,7%. (Informe IDH 2019)

Haití tiene la renta per cápita más baja de todo el hemisferio occidental después de Venezuela y es el país más pobre de toda América después de este mismo. Los indicadores sociales y económicos colocan a Haití en puestos descendentes detrás de otros países en vías en desarrollo de bajos ingresos (particularmente en el hemisferio) desde los años 80. Haití está en la posición 145 de 177 países en el Índice de Desarrollo Humano de la ONU, siendo el único en todo el continente con un IDH bajo. Aproximadamente un 80 % de la población vive en la pobreza. (Informe IDH 2019)

Cerca del 70 % de los haitianos depende de la agricultura, que consiste principalmente de agricultura de subsistencia a pequeña escala y emplea cerca de las dos terceras partes de la población económicamente activa. El país ha tenido muy pocos puestos nuevos de trabajo, aunque la economía informal está en crecimiento. El fracaso en el intento de lograr acuerdos con patrocinadores

internacionales ha impedido que Haití obtenga asistencia para un presupuesto y programas de desarrollo. (Informe IDH 2019)

La pobreza resulta extrema en gran parte de la población, tanto que sus ingresos no les alcanza para adquirir un poco de arroz u otros alimentos básicos, debiendo alimentarse para subsistir con una especie de galletas hechas de lodo (barro), manteca vegetal y sal, que es vendida a bajo precio, lo que acarrea secuelas de desnutrición y otros males físicos. La FAO estima que la mitad de la población se encuentra en situación de extrema pobreza, con menos de un dólar al día.

Con base en estadísticas del 2012, la cobertura de las vacunas en la población es la siguiente: BCG 75 %, DPT 81 %, DPT3 60 %, Polio3 60 %y MCV 58 % (UNICEF, 2012) Aproximadamente un 1,4 % de la población de Haití es portadora del VIH, de la cual el 55 % tiene acceso a terapia antirretroviral. (UNAIDS, 2020)

El país sólo tiene una cama de hospital por cada 1.502 habitantes, un médico por cada 3.353 habitantes y 124 camas de cuidados intensivos en todo el país. Las instituciones sanitarias -en su mayoría privadas- carecen de todo: equipos, material de protección, medicamentos, acceso al agua y a la electricidad, etc.

Haití ha soportado más de dos siglos de complejos conflictos políticos, golpes de estado sucesivos, Gobiernos autoritarios e intervenciones internacionales que le han legado instituciones débiles, en gran medida incapaces de responder a las necesidades de la población. La mayoría de los haitianos han aprendido a depender de sí mismos y a desarrollar sus propias redes de apoyo, no sólo en las zonas rurales y urbanas del país sino también más allá de las fronteras internacionales, como modo de eludir las vulnerabilidades fruto del proceder de un Estado frágil.

Cuando el terremoto sacudió el país en enero de 2010 las infraestructuras de la capital Puerto Príncipe prácticamente se derrumbaron y la comunidad internacional respondió con importantes esfuerzos para prestarles ayuda y grandes donaciones destinadas a reconstruir el país. Sin embargo, los miles de personas que huyeron del país en busca de seguridad y supervivencia en aquella época por lo general no se encontraron con la misma solidaridad y respuesta humanitaria en los potenciales

países de refugio. Por poner dos ejemplos, Francia y Estados Unidos –dos de los mayores países donantes que están profundamente conectados con el pasado y el presente de Haití– optaron por no aceptar en sus fronteras a estos migrantes forzados alegando que no



11: Jovenel Moïse, expresidente Haití. Fuente: BBC.

cumplían los requisitos legales para ser refugiados que establece la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951. Ambos países tomaron precauciones para evitar la posibilidad de que se produjera una migración masiva de haitianos a sus territorios. Estados Unidos impuso un bloqueo naval alrededor de sus costas y Francia cerró las fronteras de la Guayana francesa, uno de sus departamentos de ultramar.

Jovenel Moïse tomó posesión de su puesto el 7 de febrero de 2017. Sus primeros meses de mandato fueron de una relativa calma y estabilidad política, que casi coincidieron con la salida de la Misión de Naciones Unidas para la Estabilidad en Haití en octubre de 2017. En julio de 2018 se produjo un estallido social de violencia. A partir de ese momento, el país entró en una fase de creciente inestabilidad, con violentas manifestaciones y varios periodos de bloqueo del país (“pays-lock”), con paralización de todas las actividades comerciales, administrativas y educativas.

Desde finales de agosto hasta mediados de noviembre de 2019 el país vivió un nuevo periodo de paralización, agitación y violencia extrema (“pays-lock”). Agitados por la carestía de combustible y por las extremas condiciones de vida en el país, las manifestaciones violentas pidiendo la salida del presidente Moïse se sucedieron durante todo el periodo. El curso escolar 2019-20 no pudo comenzar hasta el primer fin de semana de diciembre. Los ingresos del Estado se desplomaron. Los haitianos en situación de malnutrición severa aumentaron hasta los 4,1 millones de personas, alrededor de un 40% de la población.

La no celebración de elecciones legislativas en octubre de 2019 conllevó la disolución de las Cámaras, cuyo mandato expiró el 13 de enero de 2020, al no haber

sido renovados la totalidad de los diputados y dos terceras partes de los senadores. De este modo, el presidente Moïse ha quedado casi como la única autoridad electa en el país y sin que haya contrapesos del Poder Legislativo a la acción de gobierno.

Según los partidos de la Oposición, el mandato presidencial de 5 años termina inexorablemente el 7 de febrero de 2021, sin tener en cuenta que su mandato comenzó un año más tarde de lo previsto al haberse anulado las primeras elecciones y tener que repetirse. El presidente ha anunciado que dejará el poder el 7 de febrero de 2022. No existe una autoridad que pueda dirimir esta diferencia de interpretación, ya que el Tribunal Constitucional previsto en la Constitución nunca ha llegado a formarse

El terremoto de Haití de 2021 ocurrió el 14 de agosto y tuvo una magnitud de 7.2 MW. Tenía un hipocentro de 10 kilómetros de profundidad cerca de Petit-Trou-de-Nippes, aproximadamente a 150 kilómetros (93 millas) al oeste de la capital, Puerto Príncipe. Se emitieron breves



Ilustración 2 Terremoto Haití, Fuente UNICEF

alertas de tsunami para la costa haitiana. Al menos 136 800 edificios resultaron dañados o destruidos y las muertes se estimaron en 2207 al 22 de agosto de 2021. A inicios de septiembre de 2021 se estableció un número de 2248 muertos, 329 desaparecidos y 12 763 heridos. Al menos 136.800 edificios resultaron dañados o destruidos. Fue el terremoto más mortífero y el desastre natural más mortífero de 2021, es el peor desastre que ha azotado Haití desde el terremoto de 2010. La UNICEF calcula que más de medio millón de niños se vieron afectados. La Dirección General de Protección Civil de Haití (DGPC) advirtió sobre una posible gran crisis humanitaria resultante del terremoto. (UNICEF)

La USAID proporcionó US \$32 millones de dólares en ayuda exterior a Haití para los esfuerzos de reconstrucción luego del devastador terremoto. Este terremoto tuvo la mayor cantidad de víctimas de cualquier desastre desde el Terremoto de Célebes de 2018, que mató a entre 4.340 y 5.007 personas, en su mayoría por un tsunami.

4.6 CONCLUSIONES

El derecho a la salud es un concepto si bien antiguo, no se llevaba, ni se lleva, con la mayor eficacia, por distintas circunstancias que merman en los determinantes de la salud tanto directa como indirectamente. La situación actual del sistema de salud mexicano atraviesa uno de los retos más grandes que se le ha presentado, y es cumplir con lo estipulado en su Ley General de salud, y esto a raíz de la pandemia que nos aqueja actualmente, si bien se ha dado una respuesta a la vacunación que ha sido más que eficaz, ha habido luces que apuntan a la desatención e infradiagnostico de otras patologías relevantes para la población mexicana, además de limitar el acceso a múltiples estudios tanto de laboratorio como de imagen, la falta de medicamentos en centros de salud de todo el país y además a una pandemia que ha rebasado en múltiples ocasiones la capacidad máxima de los hospitales a nivel nacional.

Pero no todo es un trago amargo ya que se ha hecho una buena labor de cobertura de salud para la pandemia una vez que se ha iniciado la vacunación en el país, llegando incluso a las comunidades remotas en el extremo sur de nuestro país, también mencionando que se contempló a la población de paso para este programa, esto el mes de septiembre del 2021, incluso sin tener una CURP o CUR se les aplicaba la inmunización. Aun así, queda mucho trabajo por hacer en el país con respecto a la salud pública, y más aún a las reformas para garantizar el derecho a una atención de la salud de calidad para este grupo vulnerable.

Pasando a la comparación sociodemográfica de los países antes mencionados, encontramos a un país pequeño ya que el estado de Chiapas representa en territorio 2/3 de Honduras, en población la relación es muy similar con 5 millones y 9 millones de habitantes respectivamente.

En cuanto a esperanza de vida son muy similares con 73 años en el estado mexicano y 75 años en el país centroamericano, siendo ambos muy superiores a lo que se reporta en Haití con 64 años de esperanza de vida, esto podemos pensar que se debe a los múltiples desastres naturales que han azotado a la isla caribeña.

La población asegurada en México según INEGI en 2020 es un 73.5% de la población nacional, mientras que en Honduras es sólo del 72% según el Instituto Hondureño de Seguridad Social en 2019, esto está ligado al mismo problema que padece nuestro sistema de salud, un sistema fragmentado que asegura a la población con un empleador, y que no tiene cobertura en su sector público de salud, dejando así a 9 de cada 10 hondureños sin acceso a servicios especializados de salud.

Así es como podemos concluir que la situación de nuestro estado en materia de salud pública no tiene un punto sólido de comparación con el de nuestros hermanos centroamericanos, que si bien, hay deficiencias en ambos sistemas de salud, el manejo de los problemas sanitarios ha tenido mayor impacto en la República Mexicana que en todos los países del Norte de Centroamérica.



13: Mapa referencial en comedor Casa del Caminante.

5 PERFIL DE MORBILIDAD

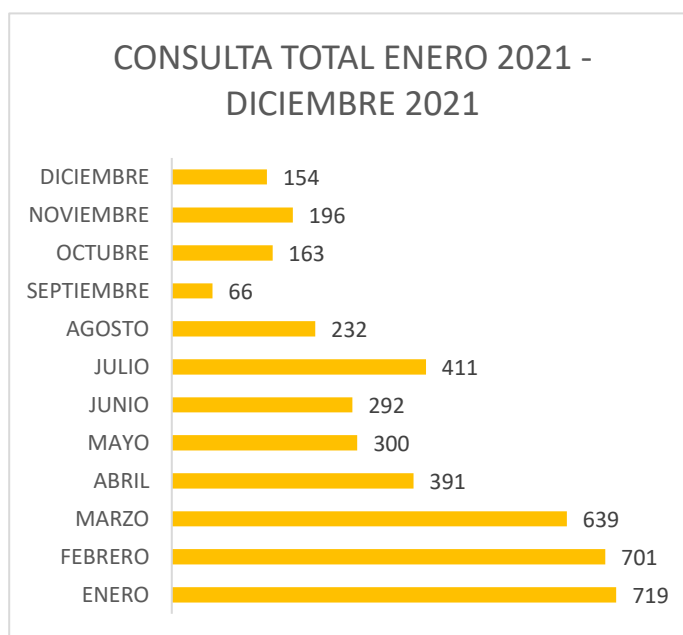
5.1 INTRODUCCIÓN

En esta sección se da a conocer y se analizan los datos obtenidos durante la consulta que comprende febrero 2021 a enero 2022, se analizará el total de consultas, se dividirá la consulta por género, país de origen y destino, también se presentarán las patologías atendidas con mayor frecuencia (las 10 primeras), luego se verá por grupos etarios, así como por género.

Los programas de seguimiento de la mujer embarazada se suspendieron por la problemática de reingresar pacientes al albergue para sus consultas de control, quienes fueron derivadas a los centros de salud de Pakal-na y Palenque, dependiendo del lugar de residencia de las pacientes y sus familias.

5.2 CONSULTA TOTAL

El total anual de consultas fue de 4,264, de estas se hicieron 4,592 diagnósticos. Como se puede apreciar en la gráfica titulada “Consulta total por año”, se observa un decremento del total de consulta por mes debido a que la temporada invernal de principio de año es ideal para la migración por la frontera sur del país dado a que la temperatura baja y a que las lluvias son menos, además de que la



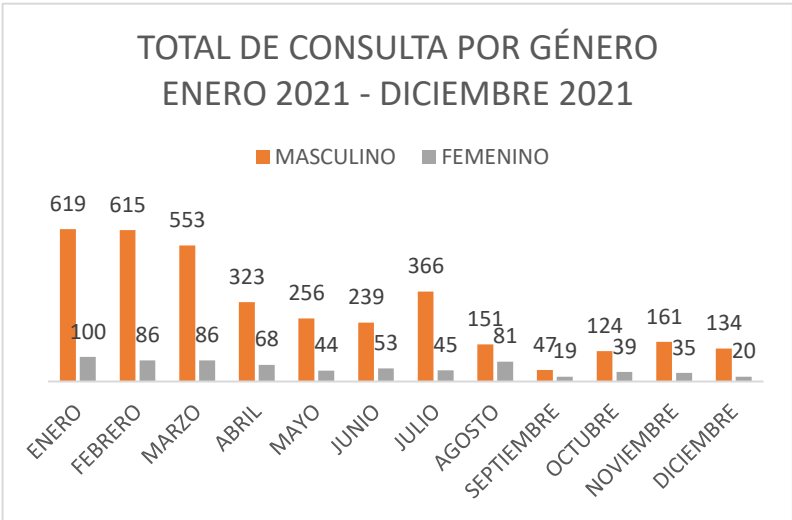
14: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

población comenta que no hay tantos agentes migratorios por las vacaciones de temporada, así que por eso en el mes de enero hay un gran pico de las consultas, sumado a esto se acercan más a revisiones de salud porque es temporada de infecciones respiratorias. Posteriormente decae paulatinamente en los meses que

comprenden de marzo a junio, esto debido a la tercer ola de contagios por la variante Delta del SARS Cov-2, a esto se le suman las problemáticas con los colonos de Pakal-na quienes, en su molestia por las condiciones en las que se encontraban las calles aledañas a la Casa del Caminante (basura, inseguridad, consumo de bebidas alcohólicas en vía pública, uso y venta de drogas), intentaron cerrar el albergue mediante amenazas de atentados y agresiones a población migrante, motivo por el cual la población dejaba de llegar al albergue Meses después llega septiembre, en el cual la consulta tocó su mínimo, en este mes se sigue reflejando la problemática iniciada en marzo a junio, se toma la decisión de cerrar las puertas definitivamente y sólo continuar con la población solicitante de refugio que se encontraba ya dentro del albergue. Posteriormente se observa un pequeño crecimiento en los últimos tres meses del año, sin llegar a ser significativo, esto debido a que se empezó a circular información entre las caravanas sobre el problema con los colonos y el cierre de nuestro espacio, no así de su reapertura al público en general. Finalizando el año encontramos que la población vuelve a disminuir, yo lo atribuyo a las fiestas decembrinas, los pacientes llegaban a comentar que eran fechas de estar con la familia, y que muchas veces emprendían viaje después de año nuevo por las razones mencionadas al principio del análisis del total de consulta anual.

5.3 CONSULTA POR GÉNERO

En cuanto a la división por hombres y mujeres se brindó atención médica a 3,588 y 676 respectivamente, resultando el 71% de las consultas del género masculino. La asociación a esta diferencia tan grande entre estos dos grupos se

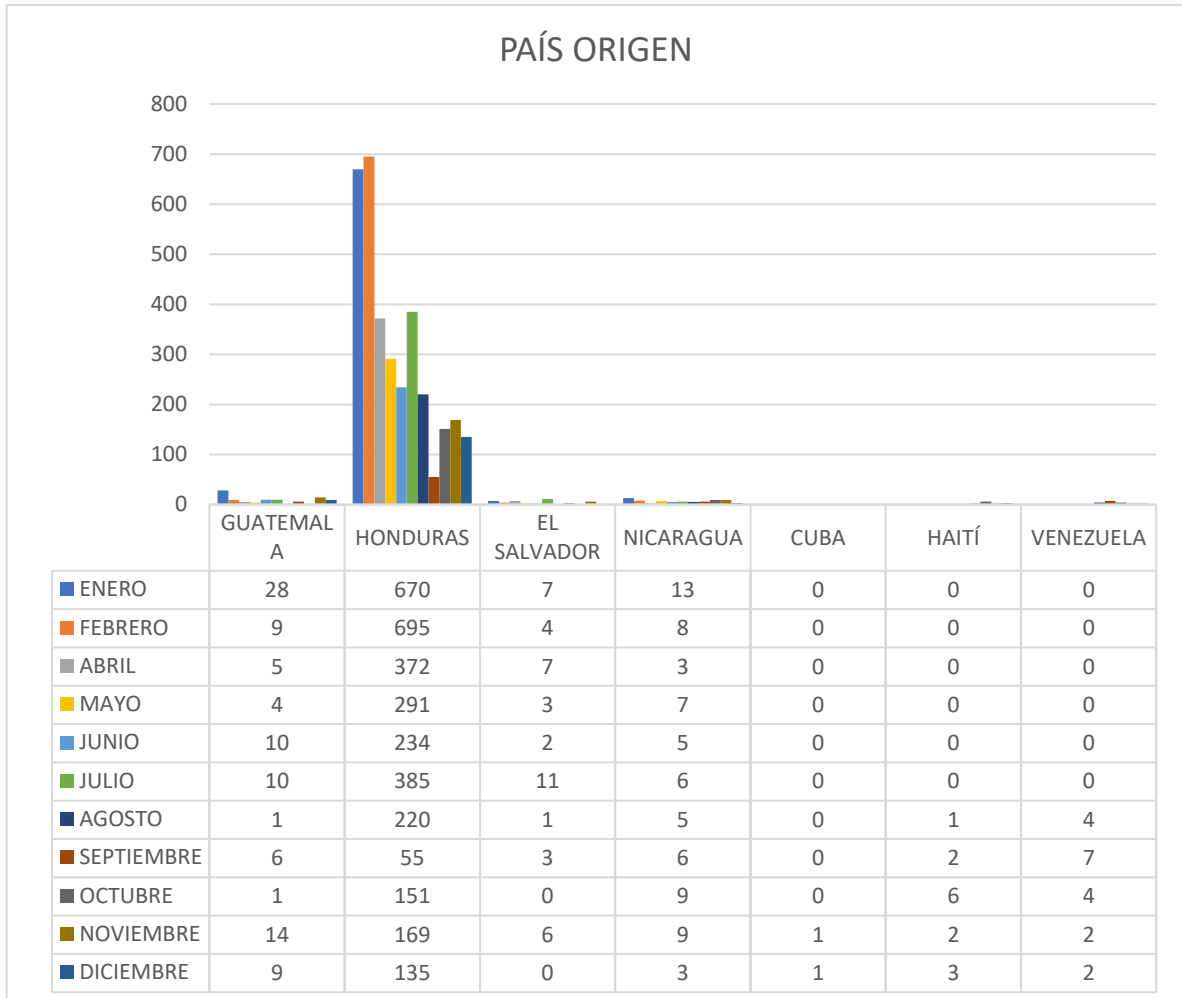


15: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

basa en las características propias del viaje, las amenazas tanto naturales como humanas que se pueden encontrar en el mismo. Aunque en comparación con años anteriores ha habido un incremento en la población femenina reportada en el albergue, considerando también el número de familias completas que han sido movilizadas por lo ya mencionado (violencia, desastres naturales, falta de empleo, cambios en la política de su país de origen). La relación del total de mujeres migrantes con el aumento de las familias es porque la mayoría de las veces la encargada de ver por el bien de los menores es el género femenino, además de que muchas ocasiones se encuentran huyendo de situaciones de violencia, y no sólo de la violencia que enfrenta el país por la ola de pandillas y narcotráfico, sino de la violencia de género que ellas sufren, así como el maltrato a sus hijos por parte de los padres, a esto le podemos sumar que también gran número de mujeres relataban que sus exparejas habían sido forzadas a unirse a pandillas a cambio de seguridad para ellos y sus familias, y que en caso de negarse a participar en actos ilícitos podrían perder la vida ellos, dejando así un sinnúmero de familias monoparentales con mujeres como cabeza.

5.4 PAÍS DE ORIGEN

En cuanto al país de origen encontramos una abismal diferencia entre la emigración hondureña representando el 94% del total de atenciones a la salud, le siguen Guatemala con 104 (2%) pacientes, Nicaragua con 80 (2%) pacientes y en 4° puesto El Salvador con 44 (1%) revisiones.



16: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

5.5 PAÍS DESTINO

El sueño americano nace después de la Primera Guerra Mundial, donde se “vende” la idea de un Estados Unidos de Norteamérica con justicia social y con abundancia económica, algo que hace falta aún en casi todo el globo, y en Centroamérica no es la excepción,



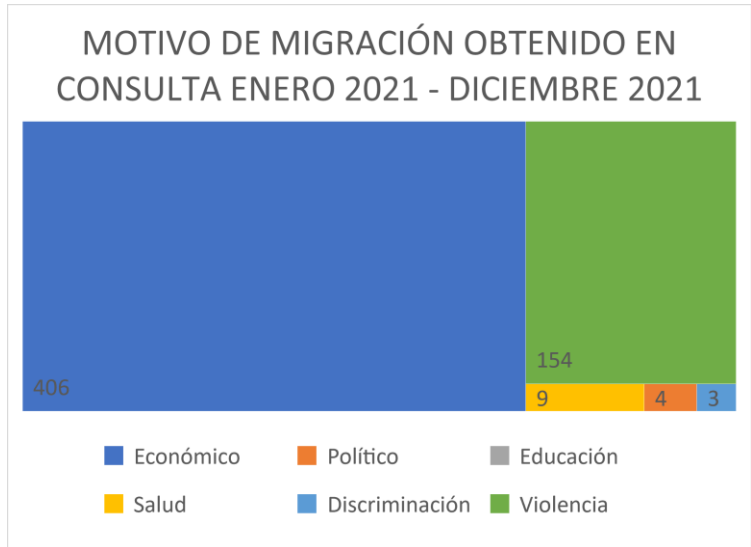
17: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

encontramos que el 57% de la población que nos visitó para atender los males que los aquejaban su destino es la frontera norte de México para pedir asilo/atención de salud/trabajo. Esto se ve afectado también por las promesas del actual presidente de esa nación Joe Biden, quien aseveró que admitiría a los migrantes que esperaban su ingreso vía solicitud de refugio; siendo esto desmentido meses después, ya que se explicó que serían los que ya contaran con un caso activo de solicitud, no siendo muy claro en esto y generando euforia y confusión en la población en movimiento. El resto de los entrevistados pensaban en quedarse en nuestro país por medio del refugio, en su mayoría familias enteras. (BBC 2021)

5.6 MOTIVO DE VIAJE

Si volteamos a ver el motivo por el cual se ven forzados a desplazarse nos encontramos con datos que coinciden totalmente con las problemáticas que se vive en sus países de origen, el desempleo muestra un amplio margen frente a los demás motivos con un total de 2,566 respuestas obtenidas mediante nuestro censo, esto representa el 60% de los motivos por los cuales la población del Norte de

Centroamérica ven en esta travesía una oportunidad. El siguiente dato que llama la atención es el total de personas las cuales eligieron violencia como respuesta a este apartado con una suma de 1,204. Sin embargo, no deja exentas de violencia a los demás encuestados, ya que en más de una ocasión

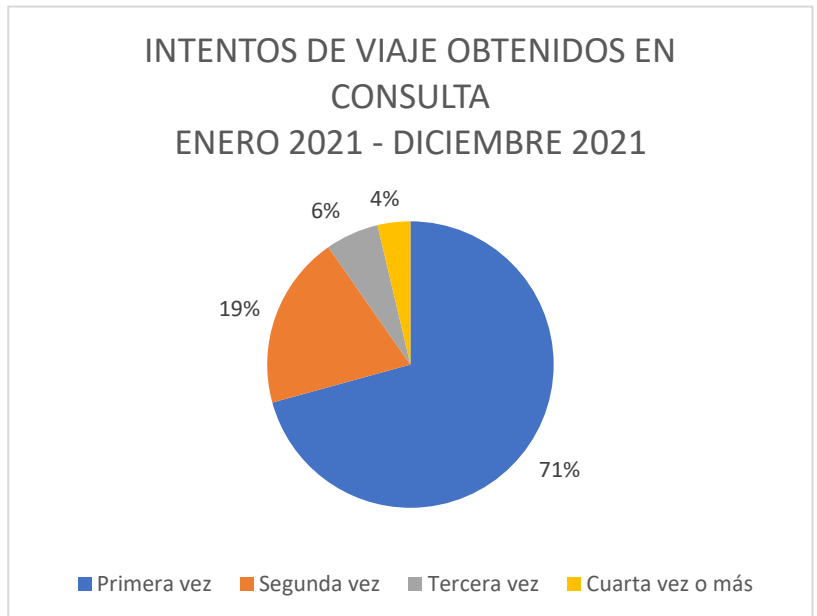


18: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

hubo dudas en el motivo del viaje, algunas otras había más de un motivo; como el huracán Eta, que les arrebatara su residencia y además tenían que lidiar con el crimen organizado de su departamento de origen. En ese ejemplo siempre se les preguntaba cuál era el motivo de peso que los empujaba a salir de sus hogares para obtener el verdadero porqué de su travesía.

5.7 INTENTOS DE VIAJE

Ahora bien, si hablamos de intentos de cruzar nuestro país para llegar a territorio estadounidense o para poder establecerse en México, encontramos un amplio grupo que menciona ser primerizo en el trayecto (68%), seguidos por un segundo intento (19%).

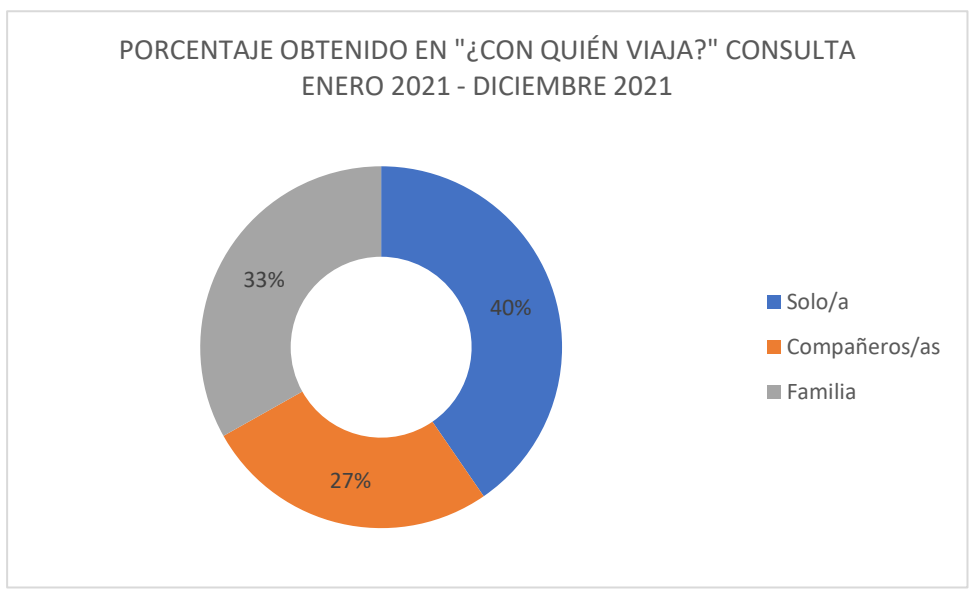


19: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

5.8 ¿CON QUIÉN VIAJA?

Como se viene mencionando en varios apartados de este análisis las familias migrantes representan gran parte del fenómeno observado este año, con cifras

similares a los otros rubros de “¿Con quién viaja?”, el 38% viaja solo, de igual manera que en la gráfica de consultas por género con una amplia mayoría de pacientes masculinos. Los pacientes relatan que muchas veces inician el viaje sin compañía, pero en el camino van encontrando grupos de migrantes con los que se entienden y terminan acompañándose y cuidando el uno del otro para evitar las adversidades del viaje. Otros más, aunque viajaran en grupos contestaban que viajaban solos ya que no consideraban amistades a sus acompañantes.

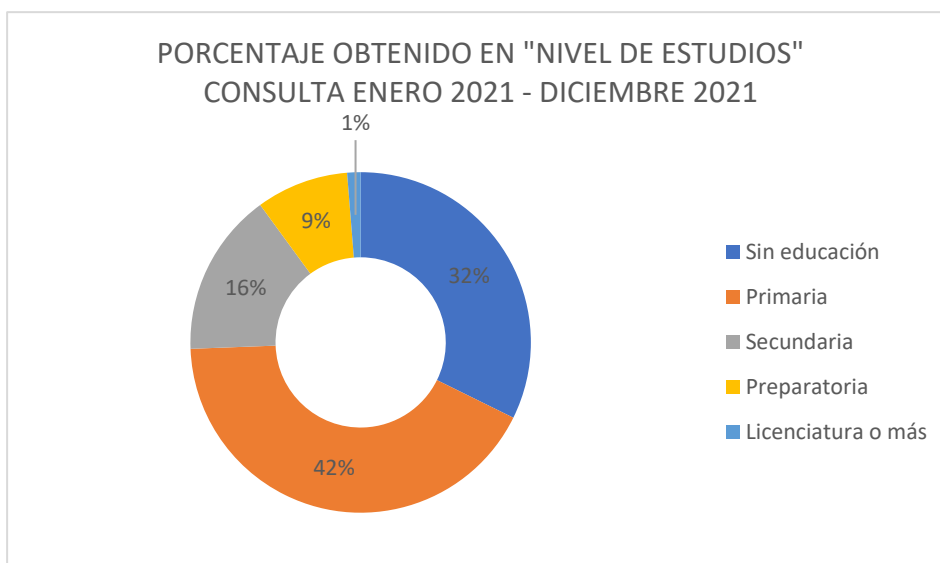


20: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

5.9 NIVEL EDUCATIVO

Si volteamos a ver la última variante sociodemográfica del censo nos encontramos con una población que en su gran mayoría ha cursado algún grado escolar con un 68% del total, dejando un 31% de individuos sin haber podido acceder a este derecho. En contraste con la población mexicana que sólo tiene un 4.9% de la población de 15 años y más sin acceso a educación básica (INEGI 2020), si lo comparamos con las estadísticas en Honduras obtenemos que los datos coinciden, ya que, conforme a datos de la Encuesta de Hogares (INE, Honduras), encontramos un 44% de los niños entre 3 y 17 años se encuentran fuera del sistema escolar (UNICEF). Siendo la principal causa para el abandono de esta la imposibilidad económica para continuar con estudios de tercer curso (bachillerato), esto los orilla a tener que trabajar para apoyar en la economía del hogar. Otro punto en contra de

la educación en este país es la percepción de la escuela, ya que no se considera una herramienta para acceder a un mejor nivel de vida, esto debido a la alta tasa de desempleo (56.2%) (INE Honduras, 2020).



21: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

5.10 PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN CONSULTA

Por las características propias del camino que nuestros pacientes enfrentan los datos que arroja el registro del año 2021 nos revelan que el desgaste físico expresado en mialgias, cefaleas y flictenas son las dolencias más comunes en la consulta total, sin discriminar por género. También cabe



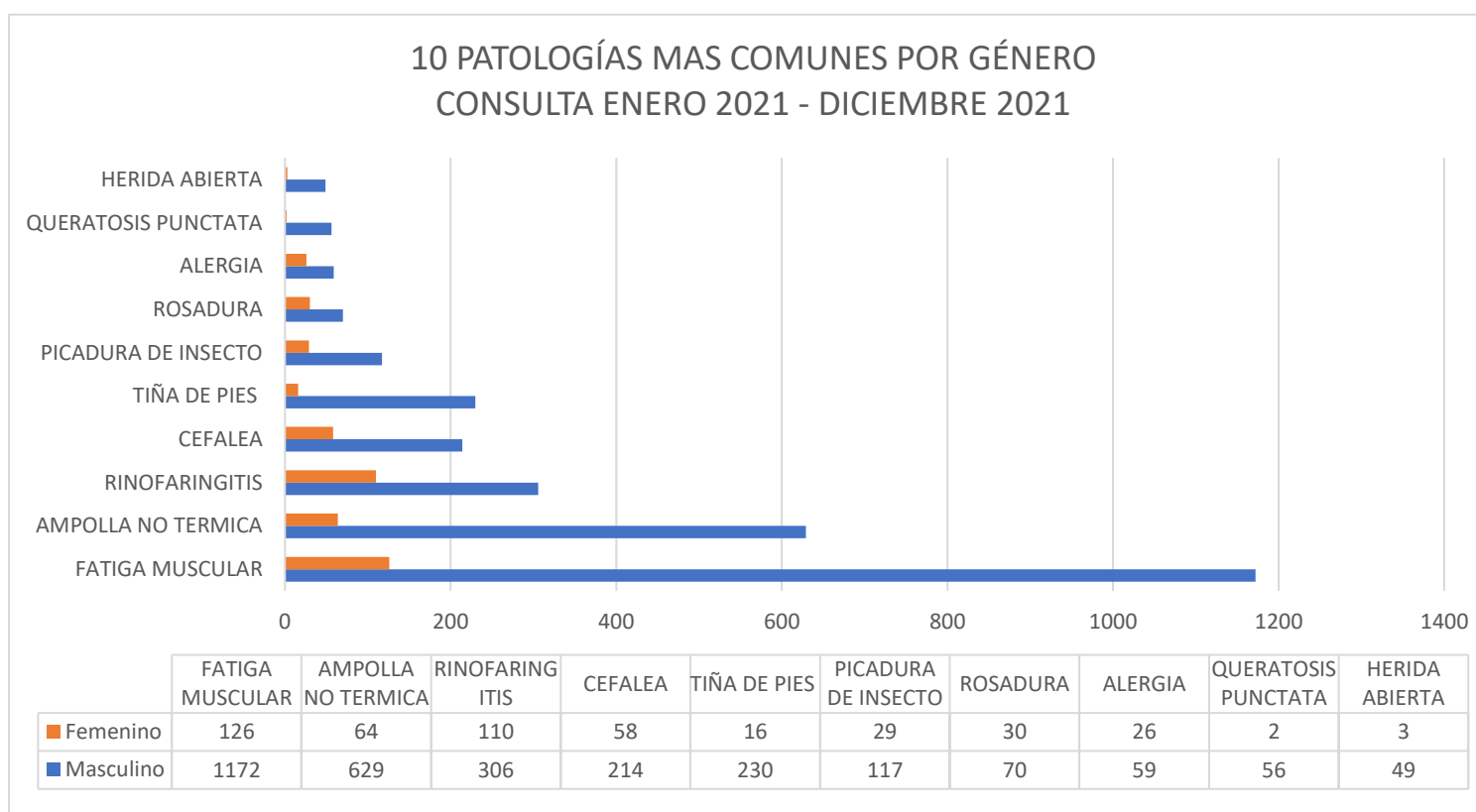
22: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez

destacar la presencia de la rinofaringitis dentro de las principales patologías presentadas en las personas atendidas, ya que, al enfrentarse a largos caminos, exponerse a cambios de clima

que muchas veces son extremos, es común que presenten afecciones en las vías respiratorias altas.

5.11 PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN CONSULTA POR GÉNERO

Si hacemos una división del total de patologías por género seguimos observando una amplia diferencia entre el género masculino y el género femenino, esto debido a que, como ya se ha comentado anteriormente, el grueso de la población migrante está conformado por población masculina. En la consulta total y ésta por género no vemos gran diferencia, ya que las patologías propias del camino afectan tanto a hombres como a mujeres.



23: Registro diario de consulta, MPSS Nieto Martínez.

5.12 CONCLUSIONES

En el trabajo estadístico recabado a lo largo de un año podemos observar que las patologías más comunes en la población atendida son a causa del largo trayecto que ellos recorren, encontramos en primer lugar de ambos sexos la fatiga muscular, seguida de ampollas no térmicas, la mayoría de ellas en la planta del pie debido al

calzado que tienen a la mano al salir de casa y que es su acompañante en los cientos de kilómetros de recorrido, también encontramos una alta tasa de infecciones de la vía respiratoria superior, esto debido a los cambios de clima que enfrentan y que no llevan el abrigo necesario para lidiar con ellos.

Encontramos también que la mayoría de la población encuestada es proveniente de Republica de Honduras, tanto hombres como mujeres, siendo un total del 94% de las consultas de ese país, esto derivado a la violencia y corrupción que se vive día a día en ese país.

Las condiciones en las que recibimos a la población migrante son generalmente malas, las distintas enfermedades atendidas en la consulta médica vienen acompañadas de maltrato físico y psicológico que es ejercido tanto por autoridades migratorias y no migratorias de los distintos territorios que atraviesan. Los pacientes llegaron a referir que habían sido víctimas de violencia sexual, asaltos, tortura y, algunas veces, secuestro.

El trabajo realizado en Casa del Caminante “J’tatic Samuel Ruíz García” es un apoyo en los primeros pasos que esta población da en territorio mexicano, esto de la mano del servicio médico que es atendido por pasantes de servicio social de la Universidad Autónoma Metropolitana desde hace unos años, este trabajo conjunto es de gran importancia ya que nos acerca como profesionales de la salud a una población vulnerada y olvidada, además de aportarnos una visión más humanitaria de la medicina.

Espero que el albergue siga siendo un referente del descanso, la búsqueda de igualdad social, una mano amiga para los que buscan una luz en la oscuridad y un espacio seguro para que se intente aliviar un malestar más allá del físico. Agradezco esta oportunidad a la Universidad Autónoma Metropolitana, a Salud y Desarrollo Comunitario, a Casa del Caminante “J’tatic Samuel Ruíz García”, a las Hermanas de la Caridad, porque desde hace años promueven un cambio en los médicos que recién egresamos de la carrera, dando un enfoque más humano a la atención de la salud.

1. Charvel, Sofía. Derecho y salud en México. Propuestas para una relación eficaz. *Gac Méd Méx*, 145(5), 2009.
2. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 20, Non-discrimination in economic, social, and cultural rights; 2009
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2020. Ciudad de México: CONEVAL, 2020.
4. Base de datos en línea del INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/>
5. XVII Censo de Población y VI de Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas de
6. Honduras, Proyección de población para 2020
7. Encuesta permanente de hogares. Honduras, 2017. Disponible en: <http://170.238.108.227/binhnd/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EPH2017&lang=ESP>
8. Marcos González Díaz, “3 cosas que están en juego en las elecciones de Honduras (además del futuro del presidente saliente, señalado por narcotráfico en EE. UU.)” 28 noviembre 2021
9. Jacobo García “El triste panorama electoral de Honduras”, 15 marzo 2021
10. Oficina de Información Diplomática, 2021, disponible en: http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/guatemala_ficha%20pais.pdf
11. CEPAL 2020, disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46501/16/BP2020_Guatemala_es.pdf
12. Oficina de Información Diplomática 2021, disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/HAITI_FICHA%20PAIS.pdf

13. Índice de Desarrollo Humano Haití, disponible en:
<https://datosmacro.expansion.com/idh/haiti>