

¿Derecho o caridad?: imaginarios médicos sobre migración y salud en consultorios anexos a farmacias en Monterrey, Nuevo León

Yetzi Rosales Martínez*

RESUMEN

En México, el Artículo 8 de la Ley de Migración establece que las personas migrantes tienen derecho a ser atendidas en los servicios públicos y privados de salud. Algunos estudios han documentado la utilización de los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) por parte de esta población, no obstante, se conoce poco sobre la atención brindada por estos establecimientos. El objetivo de este trabajo es analizar los imaginarios sociales de un grupo de médicos y médicas que laboran en CAF's en Monterrey, Nuevo León, en torno al fenómeno migratorio y al derecho de las personas migrantes a recibir atención en salud. Para ello, se llevó a cabo un estudio transversal exploratorio con abordaje cualitativo, empleando la técnica de la entrevista. Se encontró que los CAF's tienen poco que ver con el derecho a la salud, ya que la provisión del servicio depende de diversos imaginarios sociales del personal médico que se manifiestan en actitudes ambivalentes de rechazo o solidaridad hacia la población migrante. La atención médica se ve condicionada por percepciones en torno a la nacionalidad, tiempo de estancia y estatus migratorio y capacidad de pago de las personas migrantes. En general, se percibe que la atención médica a esta población debería ser otorgada por el gobierno.

PALABRAS CLAVE: migración internacional, estereotipos, atención médica, sector privado, México.

Right or Charity: medical imaginaries on migration and health in clinics adjacent to private pharmacies in Monterrey, Nuevo Leon

ABSTRACT

In Mexico, Article 8 of the Migration Law establishes that migrants have the right to be attended by public and private health services. Some studies have documented the use of the Clinics Adjacent to Private Pharmacies (*CAF's for its acronym in Spanish*) by this population, however, little is known about the care provided by these establishments. The objective of this study is to analyze the social imaginaries of a group of doctors working in CAF's in Monterrey, Nuevo Leon, regarding the migratory phenomenon and the right of migrants to receive health care. For this purpose, an exploratory cross-sectional study

* Secihti – El Colegio de la Frontera Norte. Correo electrónico de contacto: romy@colef.mx

Fecha de recepción: 04 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación: 11 de marzo de 2025.

was carried out with a qualitative approach, using the interview technique. CAF's were found to operate outside the right to health, since the provision of the service depends on various social imaginaries of medical personnel that manifest themselves in ambivalent attitudes of rejection or solidarity towards the migrant population. Medical care is conditioned by perceptions regarding nationality, length of stay and migratory status, and migrants' payment capacity. In general, it is perceived that medical care for this population should be provided by the government.

KEYWORDS: migración internacional, estereotipos, atención médica, sector privado, México.

Introducción

En México, las personas migrantes internacionales en condición de vulnerabilidad enfrentan generalmente mayores obstáculos para acceder a atención médica que la población local. Este problema público responde en parte a la ausencia de condiciones socio-estructurales, así como a acciones gubernamentales de contención migratoria que limitan el cabal cumplimiento del derecho a la protección de la salud de esta población. Entre los factores implicados en el acceso limitado a los servicios públicos de salud se han documentado la carencia de un enfoque intercultural en las instituciones de salud, trabas administrativas, insuficiencia de recursos humanos y financieros, trato discrecional, falta de sensibilización y desconocimiento sobre el fenómeno migratorio, tanto en los proveedores de salud como en tomadores de decisiones (López, 2014; Flores, 2022; Stoesslé y González, 2020).

A pesar de que la protección de la salud un derecho en México, esta tiende a desdibujarse en el terreno cotidiano. La reforma al Artículo 4o. Constitucional decretada en mayo de 2020 establece que toda persona tiene derecho a recibir atención médica gratuita: “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” (CPEUM, 1917). Además, el gobierno federal ha ratificado tratados internacionales que protegen los derechos humanos de todas las personas en territorio mexicano como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares de 1990. No obstante, se ha evidenciado una escasa capacidad resolutoria en las instituciones de salud, así como tratos discriminatorios y excluyentes hacia la población migrante y refugiada en los servicios públicos de salud (Manchinelly, 2021; Saavedra, et al., 2024).

En realidad, este mandato constitucional que ensalza la universalidad y gratuidad en salud no tiene un piso firme. La función del Estado mexicano como garante de derechos sociales se ha deteriorado paulatinamente desde la década de 1980 con las llamadas reformas estructurales impuestas por organismos internacionales. Este cambio se ha materializado en la reducción del gasto público y la creciente entrada de inversión privada en sectores como la salud y educación (González y Nin,

2018). Este proceso ha contribuido a debilitar el derecho a la salud de toda la población, afectando en mayor medida a grupos sociales en situación de vulnerabilidad como las personas migrantes y refugiadas que habitan por tiempo indefinido en nuestro país.

En el ámbito de la salud, la presencia del sector privado se observa también en el marco normativo mexicano que regula la migración. El Artículo 8 de la Ley de Migración (L.M., 2011) establece el derecho de las personas migrantes a ser atendidas en los servicios públicos y privados de salud. Si bien esta cláusula puede interpretarse como una exigencia a respetar el principio de no-discriminación en establecimientos privados, también sugiere la idea de un Estado que evade la responsabilidad de brindar atención pública y gratuita a población vulnerable al compartir su función con actores lucrativos.

Este trabajo explora el encuentro entre población migrante internacional con problemas de salud y los servicios médicos privados en México. Dicho encuentro se origina en el cruce de dos fenómenos globales con repercusiones a nivel local. El primero es el creciente flujo de personas en situación de vulnerabilidad que atraviesa o se establece indefinidamente en México. Su arribo a las localidades de recepción evidencia la débil capacidad de respuesta de gobiernos y organizaciones no gubernamentales para proveerles servicios de salud ambulatorios y especializados, aunado al desconocimiento de esta población sobre la ubicación y disponibilidad de servicios públicos.

El segundo fenómeno es la consolidación de un complejo médico industrial que desde la década de 1990 ha ganado terreno en el sistema de salud aprovechando los vacíos y desfinanciamiento del

sector público (Menéndez, 2005). La creciente presencia de la industria farmacéutica en la provisión de servicios de salud se basa en valores como la competitividad, la eficiencia y la ganancia, ensombreciendo el enfoque constitucional de derechos humanos (González y Nin, 2018). Ambos fenómenos se entrecruzan expresándose a escala local en la utilización de servicios privados por parte de personas migrantes en tránsito por territorio mexicano¹.

El objetivo de este estudio es explorar desde una mirada cualitativa las perspectivas de proveedores de salud privados en torno al derecho de las personas migrantes a recibir atención médica. Para ello se aborda el caso de los establecimientos conocidos en México como “Consultorios Anexos a Farmacias” (CAF’s) cuyo referente más cercano son las clínicas minoristas o *retail* en Estados Unidos (Morán, 2020). La pregunta que guió la investigación fue: ¿cuáles son los imaginarios sociales del personal médico en torno a las personas migrantes en Monterrey y al derecho de esta población a recibir atención en los CAF’s? Como parte de esta introducción se describe a continuación la perspectiva conceptual desde la cual se interpreta la evidencia recabada.

Los imaginarios sociales como foco de análisis

Los imaginarios sociales se inscriben en la teoría fenomenológica. Este enfoque busca comprender cómo los individuos experimentan el mundo y construyen significados a partir de sus vivencias. En este estudio, la atención en salud a personas migrantes busca interpretarse a partir de los imaginarios del personal médico que labora en CAF’s en el contexto de una legislación migratoria que

¹ Esta población suele caracterizarse por tener un estatus administrativo irregular y haber salido de su país de origen buscando salvaguardar su integridad.

garantiza a esta población el derecho a ser atendida en los servicios de salud privados.

Desde esta mirada interpretativa, se asume que el actuar de las personas secunda una serie de percepciones e imaginarios socialmente compartidos. La forma en que las personas perciben, interpretan y se relacionan con el mundo se organiza a partir de esquemas mentales a nivel microsocioal (Seveso, 2009; Girola y De Alba, 2018). De acuerdo con esta teoría, los procesos intersubjetivos de los individuos generan una validación colectiva de ciertos modos de pensar que sirve como telón de fondo para la acción (Baeza, 2011)².

La teoría de los imaginarios sociales ha sido utilizada en la literatura sobre migración. De acuerdo con Aliaga (2008), la construcción de un imaginario sobre las personas migrantes las encaja en una clasificación social de alteridad desconocida que conduce a asimetrías, exclusión y situaciones de marginalidad. Esta percepción puede estar influenciada por culturas con nacionalismos excluyentes, donde la comunidad local expresa actitudes etnocéntricas, creando delimitaciones espaciales y esquemas binarios inspirados en personas que vienen de ‘fuera’.

Para Seveso (2009) y Aliaga (2008) esta percepción crea tensiones en la vida cotidiana manifestadas en miedo e inseguridad. La distinción entre “nosotros” y “ellos” puede generar una selección y reformulación de valores y símbolos comunitarios en perjuicio de grupos sociales específicos. Más aún, cuando las personas migrantes se encuentran en una situación de irregularidad pueden

ser percibidas como agentes invasores generando dichas tensiones en las sociedades de acogida.

Según Dittus (2011), la otredad forma parte de una construcción simbólica basada en atributos y estereotipos que influye en la manera de observar a las personas. Aquí subyacen distinciones y estigmas que se arraigan profundamente como ideas colectivas, aunque también en ciertos casos pueden atribuirse estereotipos positivos. En general, la categoría “extranjero” puede ser útil para comprender una exclusión desde una posición de autoridad que percibe al “otro” como inaccesible, desclasado, distante y situado en los márgenes de la sociedad. Se les atribuye la responsabilidad por diversas cuestiones, como la criminalidad, pero también son objeto de prácticas de exclusión o supresión simbólica o física.

En el ámbito de la salud, esta dimensión simbólica ha sido de utilidad para comprender la relación entre los prejuicios y el acceso a la salud. De acuerdo con Flores (2022), las narrativas de personal médico mexicano en el sector público expresan valores, percepciones y prejuicios que limitan el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes en tránsito. Este autor argumenta que los actos y decisiones discrecionales del personal de salud afectan tanto el nivel de acceso como la calidad de la atención brindada a la población migrante.

Otros estudios realizados en el contexto estadounidense documentan el papel que juegan las percepciones del personal de salud en el trato diferencial a ciertos grupos sociales. Van Ryn (2002), aporta evidencia sobre cómo el comportamiento del proveedor incide en las disparidades en la atención médica luego de observar que usuarios pertenecientes a minorías étnicas/raciales eran propensos a recibir menos tratamientos médicos.

² En México, esta perspectiva de análisis comenzó a tener mayor revuelo en las ciencias sociales a partir de la década de 1980. Los principales desarrollos de esta perspectiva en América Latina se atribuyen a los filósofos Armando Silva, Juan Luis Pintos y al sociólogo Manuel Antonio Baeza, quienes a su vez tuvieron la influencia de varios teóricos franceses (Girola y De Alba, 2018).

Un estudio similar realizado en un contexto migratorio transfronterizo reporta tres principales factores que influyeron en las percepciones y prácticas de esos profesionales de la salud: (1) creencias culturales y diferencias lingüísticas, (2) restricciones institucionales en términos de tiempo y/o recursos y, (3) la disyuntiva entre la ética médica y la normatividad que limitaban el derecho de las personas migrantes a la atención médica. En relación con este último factor, se identificaron estrategias subrepticias usadas por el personal médico para brindar atención a las personas extranjeras independientemente de su estatus migratorio (Suphanchaimat, et al., 2015).

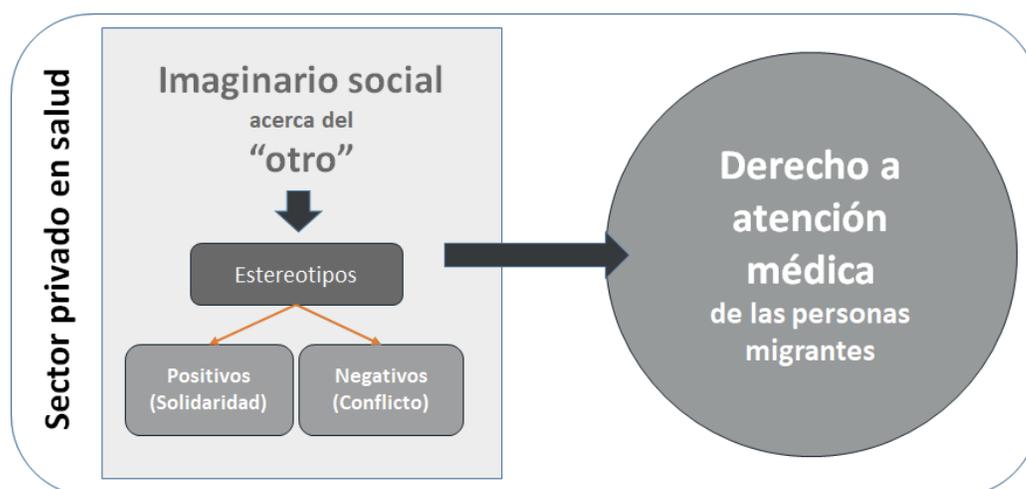
En la Figura 1 se describen las relaciones que integran la propuesta conceptual de análisis. Busca mostrar cómo se interpreta el derecho de las personas migrantes desde los imaginarios sociales de los proveedores de salud que laboran en el ámbito privado. Esta aproximación conceptual supone la intermediación de atributos y estereotipos tanto

positivos como negativos que surgen durante la consulta médica a personas migrantes. En este sentido, el derecho a recibir atención médica se supedita a actitudes de solidaridad o rechazo socialmente construidas frente a esta población usuaria del servicio médico.

Servicios de salud para población migrante en México: ¿Los CAF's como alternativa?

Se ha documentado que la utilización de servicios de salud no gubernamentales genera mayor confianza en población migrante con estatus migratorio irregular (Quiroz, et al., 2020). Estos servicios médicos no provistos por el Estado se asocian con percepciones de menor riesgo de detención o deportación, una mayor accesibilidad geográfica y menor burocracia. En algunas investigaciones se ha mapeado de manera tangencial la utilización de consultorios anexos a farmacias por parte de la población migrante (Santillán, 2020; Leyva, et al., 2016).

Figura 1. Atención en salud a personas migrantes desde los imaginarios sociales del personal médico



Fuente: Elaboración propia a partir del marco conceptual descrito, 2023.

Algunos estudios han reportado que esta población utiliza en mayor medida servicios de salud otorgados por la sociedad civil organizada. En su estudio, Leyva y colaboradores (2016) señalaron los lugares donde las personas migrantes en tránsito buscaron atención médica en ciudades del sur, centro y norte de México: los datos fueron consistentes al comparar las proporciones de personas atendidas en albergues para migrantes vs. unidades de salud gubernamentales: estos últimos registraron porcentajes más bajos, con excepción de Arriaga, Chiapas, donde la mayoría consultó en una clínica de IMSS-Prospera cercana a un albergue. Cabe mencionar que esta información debe ser leída con reserva por el sesgo de haber levantado la información únicamente en albergues (Leyva, et al., 2016). No obstante, resultados similares arrojó la Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México (CNDH, 2018). Del total de personas migrantes que manifestaron tener algún padecimiento, 42% acudió a consultorios en los albergues, 6.4% se atendió en alguna unidad pública de salud, 4.1% con médicos privados, 2.7% se automedicó, recurrió a organizaciones gubernamentales internacionales o a autoridades migratorias. El restante 40% no buscó atención médica.

En México, el esquema de Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) ha sido interpretado por algunos autores/as como parte de una política de salud neoliberal. Este modelo económico impulsa flujos de capital nacionales e internacionales en el rubro de la salud donde grandes inversionistas de la industria farmacéutica aprovechan las ventajas del desfinanciamiento de los servicios públicos (Díaz-Portillo, et al., 2015). Este paulatino debilitamiento del sistema público de salud da pie a una mercantilización de los servicios médicos, al aumento del aseguramiento y la atención privada

en salud (Osorio, 2019; Basile, 2020; Menéndez, 2005; Salinas-Arreortua, et al., 2021).

El crecimiento acelerado de las farmacias con consultorio ha sido posible por la financiarización de la economía. Este proceso se entiende como el papel cada vez más importante de instrumentos, mercados, actores e instituciones financieras en el funcionamiento de las economías nacionales e internacionales, y su impacto en diversas escalas, tanto en la producción del espacio urbano como en la vida cotidiana. (Salinas-Arreortua, et al., 2021, p. 32).

Los CAF's son una modalidad de atención médica con una amplia infraestructura que ha crecido con el tiempo. En 2010, tuvieron una gran expansión tras una regulación sanitaria que prohibió la venta de antibióticos sin receta médica; la industria farmacéutica aperturó más consultorios de este tipo como una estrategia para evitar pérdidas monetarias. En el quinquenio 2010-2015, la red de CAF's pasó de 4 mil a 15 mil consultorios (Salinas-Arreortua, et al., 2021). Por su parte, Díaz-Portillo, et al. (2015) documentó que en 2013 había alrededor de 13 mil establecimientos de este tipo atendiendo a cerca de 10 millones de personas mensualmente. En 2020 este número había crecido a 17 mil consultorios a nivel nacional (Morán, 2021).

Según Osorio (2019), la operación de este esquema de atención médica ha significado para los servicios públicos de salud una disminución de la demanda médica y de medicamentos. Se calcula que estos espacios otorgan un promedio mensual de 6 millones de consultas, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) brinda un promedio de 8 millones al mes (Lezana, 2016). Morán (2021) señala que, del total de consultas

ambulatorias otorgadas en 2016, 35 % estuvo a cargo de CAF's y, Osorio (2019) documentó que 9.1% de la utilización total de los servicios médicos a nivel nacional se llevó a cabo en este tipo de establecimientos privados.

Metodología

Se realizó un estudio transversal exploratorio con un diseño cualitativo. Este abordaje responde al interés de profundizar en la subjetividad de actores sociales que brindan consulta médica a personas migrantes en el ámbito privado. Dada la escasa información sobre la utilización de CAF's por parte de personas migrantes y la dinámica que subyace al interior de estos espacios, el presente estudio pretende aportar elementos empíricos iniciales para futuras investigaciones sobre el tema.

El municipio de Monterrey fue seleccionado por formar parte de una ruta migratoria comúnmente transitada por población en situación de vulnerabilidad que se dirige a Estados Unidos (Arzaluz, et al., 2022). En los últimos años, estos flujos migratorios han permanecido por más tiempo en México debido a las políticas migratorias de contención mexicanas y estadounidenses como los Protocolos de Protección a Migrantes (*MPP* por sus siglas en inglés), Título 42 y Título 8 (Jasso, et al., 2021). Los mayores tiempos de estancia en diversos municipios mexicanos han visibilizado el reto de los gobiernos locales para garantizar los derechos sociales de esta población.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el primer semestre de 2023 en Monterrey, Nuevo León. Se realizaron dos muestreos por conveniencia: el primero se enfocó en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) y el segundo al personal médico que labora en ellos. De acuerdo con datos de

la Secretaría de Salud, en Monterrey existen 111 consultorios anexos a farmacias operados por diferentes proveedores³. Para este trabajo se realizó un mapeo de consultorios de las cuatro empresas con mayor cobertura en la ciudad. Se seleccionaron CAF's en función de su cercanía con lugares donde se concentran personas migrantes en situación de vulnerabilidad. En el Mapa 1 se aprecia la distribución de CAF's en el municipio de Monterrey y la ubicación de albergues para migrantes, la central de autobuses y la delegación de la Comisión Mexicana para Ayuda a Refugiados (COMAR)⁴.

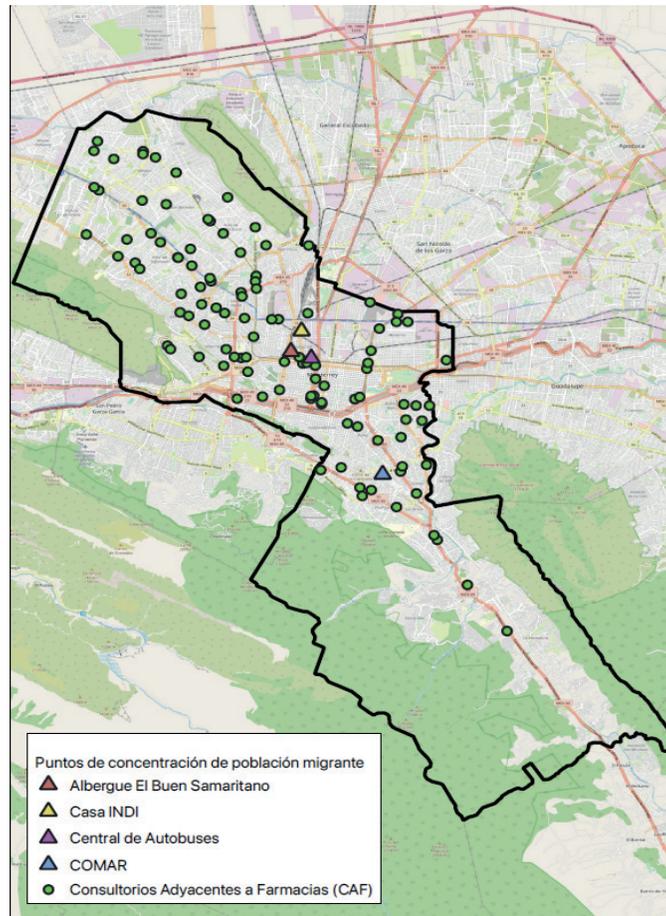
Se visitó un total de 20 CAF's localizados principalmente en el centro de la ciudad. Se invitó al personal médico de ambos turnos a participar en el estudio, teniendo como único criterio de inclusión haber brindado consulta médica a personas migrantes internacionales en situación de vulnerabilidad al menos en una ocasión. Al final se conformó una muestra de 15 informantes que se consideró suficiente al notar elementos repetitivos en las entrevistas.

Las entrevistas fueron individuales, cara a cara, dentro de los consultorios durante los “tiempos muertos” del personal médico. Dada la alta afluencia de población usuaria, en algunos casos no fue posible hacer la entrevista a pesar de contar con la disposición del médico. La duración de las entrevistas fue de 40 minutos en promedio. Se elaboró un consentimiento informado que fue leído previo a la entrevista. La mayoría de los y las participantes autorizó la grabación de sus testimonios en audio, con excepción de tres personas. Atendiendo al principio de confidencialidad, los

³ Este número podría ser un subregistro ya que no todos los consultorios de farmacias independientes cuentan con clave única (CLUES).

⁴ Poco tiempo después de esta investigación, la COMAR Delegación Monterrey cambió de domicilio a otro punto de la ciudad.

Mapa 1. Puntos de concentración de población migrante y Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) en Monterrey



Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA, 2023

nombres de las farmacias y el personal médico se sustituyeron por claves y seudónimos.

La técnica de recolección fue la entrevista semi-estructurada. A partir de ella se buscó captar los imaginarios sociales sobre la migración internacional en Monterrey, los procesos de atención médica y el derecho de la población migrante a recibir atención médica. El instrumento fue validado mediante la triangulación con investigadores/as expertos/as en el tema y una prueba piloto.

Los testimonios fueron sistematizados con apoyo del programa Atlas Ti V8. Se usaron 12 códigos para segmentar los textos y se construyeron cuatro familias de códigos. A partir de ahí se diseñó la estrategia de análisis enmarcada en el enfoque de los imaginarios sociales usando las categorías de análisis: actitudes en torno a la otredad y percepciones del derecho a la salud.

El personal médico entrevistado tuvo un perfil diverso en términos etarios, antigüedad laboral

y lugar de origen. El rango de edad osciló entre 26 y 65 años y el tiempo laborado en el sistema CAF fue desde tres semanas hasta 13 años. Seis informantes declararon ser originarios de otra entidad federativa o país. En cuanto a su formación profesional, la mayoría eran médicos/as generales y dos tenían una especialidad médica. Durante su

trayectoria académica, sólo cuatro habían recibido algún curso relacionado con poblaciones vulnerables, derechos humanos o interculturalidad. Tres mencionaron tener conocimientos de francés, lo cual representó una ventaja al momento de interactuar en consulta con población haitiana que hablaba dicho idioma (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Perfil de la población entrevistada

No.	Sexo	Edad (años)	Entidad o país de nacimiento	Institución de egreso	Nivel de estudios**		Antigüedad en CAF	Curso derechos humanos o afín	Manejo de otro idioma***
					Lic.	Esp.			
1	M	32	Nuevo León	UANL*	✓		2 años	✓	
2	F	48	Nuevo León	UANL	✓		7 años		
3	F	38	Nuevo León	UANL	✓		13 años	✓	
4	M	51	San Luis Potosí	UANL	✓		2 años		
5	M	30	Nuevo León	UANL		✓	2 años	✓	✓
6	F	30	Tamaulipas	UANL	✓		2 años		
7	F	28	Sinaloa	Universidad Autónoma de Durango	✓		8 meses		
8	M	31	Estado de México	UANL		✓	2 años y medio		
9	F	38	Nuevo León	UANL	✓		1 año, 9 meses		
10	M	65	Nuevo León	UANL	✓		s/d		
11	F	50	Guanajuato	UANL	✓		3 años y medio		
12	M	39	Costa Rica	Universidad de Montemorelos	✓		2 años		✓
13	F	26	Nuevo León	UANL	✓		3 semanas	✓	✓
14	M	29	Nuevo León	UANL	✓		1 año		
15	M	56	Nuevo León	UNAL	✓		5 años		

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2023.

* Universidad Autónoma de Nuevo León

** Licenciatura o especialidad.

*** Inglés y/o francés.

Imaginarios médicos sobre migración y derecho a la salud en los CAF's

Con base en los testimonios se describe la interacción de los CAF's con otros proveedores de salud públicos y privados en un micro-sistema de salud que brinda atención a la población migrante. Así mismo, se analizan los imaginarios sociales de los entrevistados en torno a la migración en Monterrey y el derecho de las personas migrantes a recibir atención en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's).

El papel de los CAF's en la atención a población migrante en Monterrey

Los CAF's forman parte de la atención médica brindada a la población migrante en Monterrey. Estos establecimientos privados reciben la demanda de atención de personas provenientes de América Latina y el Caribe. Los principales países de origen de esta población migrante identificados por el personal médico fueron: Honduras, El Salvador, Venezuela, Colombia y Haití.

La red de CAF's se distingue por ofrecer servicios de tipo preventivo y ambulatorio de bajo costo. La infraestructura y equipo médico suele variar entre consultorios, pero en general disponen de lo elemental o, incluso algunos carecen de insumos básicos que el propio personal médico llega a costear de su bolsa. El costo de la consulta se considera "bajo" al compararlo con otros consultorios privados en la ciudad, cuyo monto aproximado es de \$400 pesos⁵, mientras que los CAF's cobran en promedio \$45 pesos, con excepción de una empresa que establece una cuota voluntaria.

⁵ Este dato se obtuvo de una pesquisa en internet sobre costo de consultas generales en el sector privado en Monterrey.

Aunque no se dispuso de un dato oficial para conocer la proporción de personas migrantes atendidas en los CAF's⁶, fue posible aproximarse a esta información mediante las percepciones y los registros del personal médico. Los informantes señalaron que el promedio de consultas semanales a personas migrantes fluctúa dependiendo de la época del año o la llegada de alguna caravana migrante a la ciudad. Otro factor que contribuye a esta variación es la proximidad del CAF con zonas donde se concentra población migrante. En los consultorios más cercanos a estas zonas se mencionó que en promedio 45% de los usuarios son migrantes internacionales y en los más lejanos el 15% en promedio. En este sentido, un médico extranjero egresado de la Universidad de Montemorelos mencionó:

(...) depende de la época, por ejemplo, el año pasado hubo bastantes [migrantes], hasta llegar a un 30%, pero muchos se fueron y bajó un poco. Pero de repente, la semana pasada atendí unos 15 ó 20 pacientes [migrantes], entonces varía, pero sí es bastante [D 12: F12].

Dada la numerosa presencia y visibilidad de los CAF's en la ciudad, estos establecimientos llegan a representar para la población migrante el primer punto de encuentro con el sistema local de salud. A primera vista, esta red de proveedores ofrece accesibilidad geográfica debido a su numerosa presencia en la ciudad, además de que el contacto se establece directamente con el personal médico o farmacéutico. El acceso a los CAF's no está mediado por guardias de seguridad ni personal administrativo, no se requiere solicitar cita, ni tampoco

⁶ Se solicitó información a la Secretaría de Salud y a la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) a través del Instituto Nacional de Transparencia (INAI). Específicamente, se solicitó el número de consultas otorgadas en los CAF's a personas migrantes internacionales en Monterrey. Ninguna contaba con dicha información.

mostrar un documento de identidad⁷, factores que han sido reportados como barreras de acceso a los servicios de salud gubernamentales (Manchineily, 2021; Stoesslé, et al., 2020). Al indagar sobre un posible condicionamiento de la consulta médica a mostrar una identificación, un informante mencionó: “(...) preferimos dar la atención que bloquearlos. Si no traen identificación confiamos en su buena fe, en su buena palabra. Les decimos que están protegidos en confidencialidad, que nosotros no somos autoridades y nos dicen toda la verdad” [D 5: F05Si].

Aunque estos espacios están destinados a atender padecimientos ambulatorios, en la práctica también reciben casos complejos que superan su capacidad instalada. Entre los motivos de consulta de la población migrante se mencionaron infecciones en vías respiratorias, sobre todo en niñas y niños, infecciones gastrointestinales, agotamiento, hipertensión, diabetes, enfermedades dermatológicas e infecciones de transmisión sexual. También se reportaron brotes epidémicos como infestación de chinches, piojos y varicela generalmente presentes en personas hospedadas en un albergue ubicado en el centro de Monterrey. Así mismo, se mencionó que esta población ha llegado a requerir atención de emergencia o especializada para casos con pre-infartos, hemorragias o necesidades de atención prenatal y reproductiva⁸. Estos motivos de consulta concuerdan con lo reportado en otros estudios sobre acceso de población migrante a servicios de salud gubernamentales en México (López, 2014; Flores, 2022).

7 Se llega a solicitar una identificación a la persona migrante únicamente cuando el personal médico desconoce cómo escribir los nombres de los usuarios por ser poco comunes en México.

8 Los y las entrevistadas mencionaron recibir frecuentemente a mujeres migrantes embarazadas. Dado que los CAF's no disponen de infraestructura e insumos para brindar esta atención, su labor se enfoca en educar a esta población en el cuidado de su embarazo y en referirla a centros públicos de salud.

La limitada capacidad de respuesta de los CAF's desemboca necesariamente en una derivación de las personas usuarias a otros proveedores de salud cuando éstas requieren atención especializada o exámenes de laboratorio⁹. De acuerdo con los/las informantes, el protocolo de referencias que se emplea para población local y migrante es el mismo, salvo ciertas particularidades. Las referencias de personas migrantes son frecuentes y el procedimiento varía según el criterio de cada médico y médica: a veces se emite una receta médica que incluye el nombre, edad y síntomas de la persona y, otras veces se canaliza sin receta.

En estos procesos, el personal entrevistado fungía regularmente como fuente de información sobre otros proveedores de salud. Cuando las personas migrantes mencionan desconocer el sistema de salud, los médicos proporcionan nombres, ubicación, costos e incluso mapas elaborados a mano para indicar cómo llegar a pie o en transporte público. En casos de padecimientos graves, algunos médicos mencionaron que brindan apoyo llamando a una ambulancia, taxi o patrulla para agilizar el traslado a una sala de urgencias. Una vez que se canaliza a las personas migrantes con otros proveedores de salud, no existen mecanismos de comunicación interinstitucional que permitan dar seguimiento médico a estos usuarios.

En la Figura 2 se muestran los proveedores de salud involucrados en las referencias médicas por nivel y tipo de atención. En este micro-sistema de salud, los CAF's son la unidad de atención más básica, seguidos de los centros públicos de salud¹⁰. En el mecanismo de referencias médi-

9 Las referencias y contrarreferencias médicas son protocolos empleados en los servicios de salud para derivar a las personas usuarias al nivel de atención que requieren según su tipo de padecimiento y mantener un seguimiento de los casos.

10 De acuerdo con datos de la SSA (2003), había 48 centros públicos de salud en funcionamiento en Monterrey.

cas, se identificó un albergue ubicado en la zona centro que, según los y las informantes, deriva a las personas migrantes enfermas a los CAF's. En cuanto a la atención hospitalaria y de emergencias, las opciones gubernamentales se reducen a dos hospitales generales y un hospital de alta especialidad Materno Infantil y, en el sector privado, los informantes realizan referencias al Hospital Universitario, a otro hospital de beneficencia y a laboratorios; previo a ello, el personal médico indaga si la persona migrante está en condiciones de pagar por estos servicios.

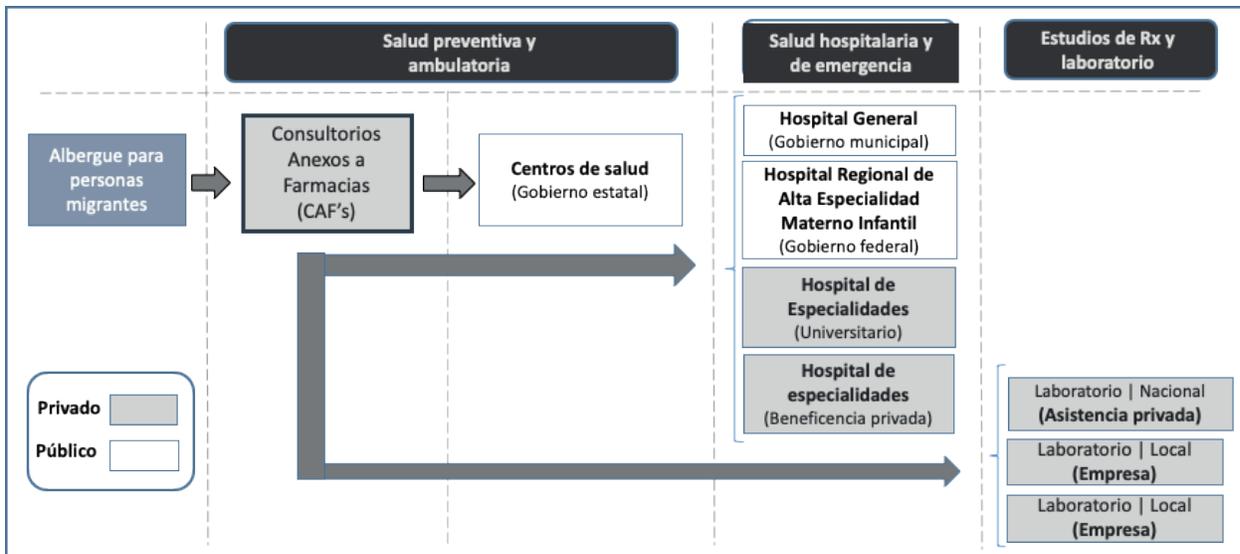
Durante la pandemia por COVID-19, los informantes señalaron haber recibido una alta demanda de atención de personas migrantes con síntomas severos. Esa coyuntura significó una situación constante de estrés para ellas y ellos, ya que poco podían hacer frente al estado crítico que las personas presentaban. Así mismo, se reportó

que algunas personas migrantes solicitan ser atendidas en los CAF's sin importar la gravedad de su enfermedad, lo cual llega a generar tensión con el personal médico como se verá más adelante.

1.2 Imaginarios médicos en torno a la migración

Los imaginarios sociales del personal médico en torno a la migración se analizan empleando la noción de otredad. Esta visión se nutre de elementos simbólicos como atributos y estereotipos que influyen en la forma de observar a los demás. Una forma de identificar la construcción social de la otredad en el contexto migratorio es mediante la manifestación de actitudes etnocéntricas en las comunidades de acogida, principalmente aquellas con fuertes sentimientos nacionalistas o regionalistas que establecen fronteras espaciales (Dittus, 2011).

Figura 2. Proveedores de salud y procesos de referencia de personas migrantes en Monterrey, Nuevo León



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en las entrevistas, 2023.

En este sentido, los imaginarios sociales del personal médico entrevistado se producen dentro de un imaginario hegemónico más amplio propio del contexto social donde habitan. En Monterrey, Nuevo León, escenario de este estudio, se ha distinguido históricamente por su poca receptividad a la migración irregular. Para Prado y González (2023) “la sociedad de Nuevo León se ha caracterizado por ser una sociedad ‘cerrada’ y socializa preferentemente entre las personas originarias de allí” (p.150). Este aspecto de la sociedad neolonesa restringe la integración social al invisibilizar a las personas migrantes. Este aspecto también fue documentado por Ríos y Lara (2020) en su estudio sobre integración de las personas en movilidad en la Zona Metropolitana de Monterrey, donde reportaron imaginarios sociales de estigmatización y criminalización en actores locales hacia personas migrantes de ciertas nacionalidades.

Los imaginarios sociales acerca de la otredad son operacionalizados en este trabajo a través de una gama de estereotipos que suelen materializarse en actitudes de solidaridad, rechazo o conflicto. En este estudio, los discursos del personal médico sobre la otredad se configuraron en función del estatus migratorio, el país de origen, el tiempo de estancia en la ciudad y la apariencia física percibida en las personas migrantes. En general, las personas de origen haitiano, cubano y venezolano fueron asociadas por los entrevistados con el valor del esfuerzo, el trabajo y un estatus regular en territorio mexicano, mientras que personas provenientes de países centroamericanos, principalmente de Honduras, tendieron a ser encasilladas en imaginarios de desconfianza e “ilegalidad”:

Los haitianos vienen refugiados, son legales, yo estoy a favor de eso 100%, ellos pueden trabajar, pueden estar aquí. La gente que no, les dan trabajos muy mal pagados porque no tienen pa-

peles, entonces [su situación] se convierte en una esclavitud. El 90 por ciento de hondureños y guatemaltecos dice que los venían persiguiendo y que no hay trabajo [en su país de origen], pero son gente no muy buena muchas veces, eh. Los venezolanos, te dicen, ‘yo era técnico radiólogo o, yo era ingeniero matemático’, entonces es gente que tuvo que salir por otras necesidades ya fisiológicas, porque no había que comer. Yo creo que la educación aquí es una barrera y la gente poco educada que me llega son gente de Guatemala y Honduras, también de El Salvador (D 5: F05Si).

El tiempo de estancia de las personas migrantes en Monterrey suscitó actitudes solidarias cuando se hablaba de estadías cortas. No obstante, pensar en una permanencia prolongada o indefinida produjo actitudes de rechazo en algunos informantes por considerar que su presencia a largo plazo ocasiona una situación compleja, tanto para las personas migrantes como para la ciudad que, a decir de los entrevistados, no dispone de infraestructura y servicios suficientes para atenderlas. En este sentido, un informante señaló:

Creo que es como en cualquier país, es complicado que haya personas de otros países sin trabajo, sin una protección, sin un techo, sin un hogar; viniendo a otro país los convierte en una población vulnerable y al mismo tiempo es un problema legal (D 7: F07Si).

Esta narrativa contribuye a la construcción de un imaginario social de personas migrantes en una condición de subsistencia que en ocasiones las llega a marginalizar y criminalizar (Dittus, 2011).

El surgimiento de estereotipos negativos hacia esta migración puede explicarse también a partir de imaginarios fundados en sentimientos de mie-

do e inseguridad. Seveso (2009) y Aliaga (2008) señalan que ciertas situaciones desconocidas pueden interpretarse como amenazantes y originar atmósferas confrontativas hacia quienes representan la otredad. Algunas actitudes de rechazo en el personal médico se antecedieron de experiencias conflictivas con individuos que identificaron como migrantes internacionales. Las narrativas en torno al “otro” se habían construido a partir de experiencias percibidas como amenazantes reflejadas en discursos como: “No te va a gustar lo que voy a decir, voy a hablar muy mal de ellos. Los migrantes no te dan ni las gracias, [...] son unos malandros, vienen tatuados y a veces drogados” (D10: F10A); tales vivencias se tradujeron en la negación del servicio médico a población percibida como migrante, sin detenerse a considerar el derecho que toda persona tiende a ser atendida. En el mismo tenor, una informante mencionó sentirse indignada a raíz de una interacción que tuvo dentro del consultorio médico con una persona presuntamente hondureña:

Yo tuve una muy mala experiencia con un migrante que vino y me asaltó en el consultorio, se hizo pasar por paciente. Estoy indignada, porque como puede ser que una persona que viene de otro país, que se le está acogiendo en México haga esas cosas, sé que también puedo estar expuesta a una situación de inseguridad con pacientes mexicanos, pero que vengan personas de fuera de México a cometer ese tipo de acciones, no me parece (D11: F11S).

Un aspecto a destacar en estas narrativas es que la inseguridad en la ciudad se percibía como una situación latente que podía ser perpetrada por personas mexicanas, pero se concebía como inaceptable si era realizada por personas migrantes. Nuevamente, la relevancia de este tipo de discursos es la posterior decisión de continuar brindan-

do o no atención médica a las personas migrantes anteponiendo una selección de ciertas nacionalidades.

Por otro lado, algunas actitudes solidarias se originaron en imaginarios de otredad basados en la conciencia de una estructura social desigual que tiende a excluir a las personas migrantes y, en general, a las personas en situación de calle. Algunos informantes mencionaron conocer de *viva voz* las vicisitudes y riesgos experimentados por las personas migrantes durante su trayecto y durante su estancia en la ciudad en Monterrey, ya que varios afirmaron haber dedicado parte de la consulta a escucharlos y aconsejarlos, sobre todo cuando valoraban en las personas una potencial depresión o ansiedad.

Sí imagínate, se los roban en la selva. Con lo que te platican que les pasa al cruzar, yo he aprendido mucho a través de ellos. Tienen que venir acompañados y aún así no es garantía, porque le han hecho cosas horribles a mucha gente. Y aquí en Chiapas, ya ni siquiera hablamos de la selva de centroamérica, en Tapachula me han dicho que está muy feo y que los malos los agarran y que han violado a mujeres [...] Como dije en un principio, la gente que viene de otros países son vulnerables, porque no tienen a veces la voz, ni identificación, les da miedo ir a autoridades, porque los van a regresar (D 2: F02S).

Los imaginarios sociales del personal médico sobre las personas migrantes varían de acuerdo a las experiencias previas que han tenido con esta población. La nacionalidad, el estatus migratorio y tiempo de estancia de las personas migrantes emergieron como elementos que dan forma a tales imaginarios. En general, la imagen de la

persona migrante se asocia con vulnerabilidad y precariedad:

El promedio de gente migrante que viene acá son personas con poco dinero, que su dinero viene de lo que le mandan sus familias de Sudamérica o Centroamérica, se quedan en albergues, no tienen servicios de salud, tiene poco aseo personal y a veces se ve que es gente de buena pinta, pero no tienen trabajo, no tienen un techo, batallan para ciertas necesidades físicas básicas” (D 6: F06S).

Asimismo, las percepciones de los y las informantes sobre la migración están influenciadas por una sociedad regiomontada que históricamente se ha caracterizado por un marcado sentimiento nacionalista que excluye a la población migrante en situación de vulnerabilidad.

1.3 Sobre el derecho de las personas migrantes a ser atendidas en los CAF's

Los Consultorios Anexos a Farmacias forman parte de los servicios privados que según la Ley de Migración deben brindar atención a personas migrantes. En términos generales, el personal médico reconoció dicho derecho, pero lo asoció principalmente con los servicios de salud gubernamentales. En algunas narrativas, el derecho a la salud se admitió pero manteniendo el imaginario de otredad relativo a la adscripción de las personas a otras nacionalidades que, en ocasiones, poseen un estatus administrativo irregular en el país. En este sentido, un médico comentó: “Definitivamente sí tienen derecho [a la salud] y ese es uno de los motivos por los cuales cuando vienen aquí no los reportamos, no es como que ‘¡Hay un migrante!’, viene a atender su salud” (D 4: F04S). Discursivamente, este derecho se acompaña en

sus imaginarios de “ilegalidad” y de su eventual poder para canalizar a estas personas con las autoridades migratorias. Así mismo, se criticó que no existan mecanismos para instrumentar la normatividad que establece el derecho a la salud de las personas migrantes: “hay una ley, pero está en un papel, no en una acción, un plan que te diga cómo vas a solucionarlo, si el mismo centro de salud les tapa la entrada desde que llegan con el guardia” (D2: F02Si). A continuación se exploran otras subjetividades que intervienen en el derecho de las personas migrantes a recibir atención médica en los CAF's.

El primer aspecto se enmarca en la naturaleza privada de los Consultorios Anexos a Farmacias. Desde la perspectiva del personal médico, los CAF's no están dirigidos a personas migrantes en situación de vulnerabilidad, dado que no siempre están en posibilidad de pagar la consulta y/o los medicamentos: “Las farmacias no son tanto como centros clínicos, son negocios de venta de salud, el que debería estar haciéndolo es el centro de salud, porque es el que está relacionado con el gobierno” (D1: F01Si). No obstante, esta expectativa contrasta frecuentemente con la realidad, ya que estos establecimientos reciben la demanda de atención de personas migrantes, sobre todo, aquellos localizados cerca de un albergue que envía directamente a sus hospedados enfermos a los CAF's: “Siempre dicen: ‘Es que me manda el pastor’, y yo les digo: ‘Pues aquí le cobran la consulta, porque no es público’” (D3: F03S). Al respecto varios informantes comentaron que reciben con mayor frecuencia a personas de dicho albergue cuando se produce algún brote de virus o infestaciones parasitarias dado el hacinamiento en el que viven: “Llevo como tres semanas viendo varicela en todos los migrantes, un chorro de varicela” (D 6: F06D).

Si bien se espera que el gobierno asuma la garantía del derecho a la salud de las personas migrantes, también se reconoció la existencia de algunas barreras para acceder a las unidades públicas de primer nivel de atención. Algunos médicos descartan de inicio referir a las personas migrantes a centros públicos de salud, porque han escuchado que las excluyen por no cumplir con los requisitos administrativos. Un médico originario del Estado de México comentó: “En el centro de salud los batean... les dicen, tráeme tu acta de nacimiento, tu comprobante de domicilio, tráeme esto, lo otro, y no tienen nada. En el hospital tampoco llevan nada, pero los atienden” (D8: F08Si). Por tanto, las referencias médicas en algunos casos se realizan directamente al hospital o a las salas de urgencias, según la gravedad del padecimiento, por considerar que en esos espacios es mayor la posibilidad de que sean atendidos.

Un aspecto que influyó de manera relevante en la postura de las y los médicos respecto a la gratuidad de la consulta fueron sus condiciones laborales. De acuerdo con Morán (2020), existe modalidades heterogéneas de contratación en los CAF's que conllevan diferencias en la estabilidad laboral, remuneraciones y prestaciones sociales; estas modalidades podrían clasificarse en tres: “con contrato escrito, contrato verbal y contrato por comodato” (p. 263); de estos únicamente el primero ofrece un sueldo base, mientras que el comodato constituye el esquema más flexible que no involucra una relación laboral, ya que consiste únicamente en proporcionar en calidad de préstamo al personal médico un consultorio con equipo e insumos básicos (Díaz-Portillo, et al., 2017). La idea de no cobrar la consulta originó diversas reacciones, las más discordantes se identificaron en médicos cuyas condiciones laborales podrían ser más precarias y cuyo sueldo se conformaba únicamente del pago de las consultas:

Nunca me quieren pagar y eso ya me pesó... le digo a una amiga: 'Güey, yo no quiero ser racista, pero me caga que no me quieran pagar y que yo también tengo una necesidad, ¿sabes?'. Yo tampoco soy rico y que ojete que pasen por situaciones así, pero a mí no me toca y probablemente ellos estén más necesitados que yo, pero tampoco. Incluso me llegaban a pedir dinero, al principio sí lo hacía, ya después cuando te piden diez veces al día, ya no (D 8: F08Si).

Así mismo, no sólo se trataba del pago, sino del tiempo dedicado a la consulta, por tanto, la búsqueda de un mayor ingreso se vinculó con consultas de corta duración. De acuerdo con los informantes, la interacción con pacientes migrantes presenta ciertas particularidades que alargan las consultas como, por ejemplo, ingresar al consultorio en familia, el uso de traductores en línea cuando la persona no habla español y/o la necesidad de las personas de narrar lo vivido durante el trayecto migratorio. Cualquiera de estas situaciones o la suma de ellas significa para algunos/as médicos/as una pérdida monetaria dado el tiempo que pudo destinarse a otras consultas: “Me molesta que venga la familia completa, que me paguen una [consulta] y se atiendan los cinco, tardo bastante. Son pacientes que te quitan una hora de tu tiempo y te van a pagar \$50 pesos, yo tengo más pacientes que pudiera atender” (D 8: F08Si).

En contraste, una excepción se identificó en un médico extranjero contratado bajo el mismo esquema de comodato. Él aseguró no cobrar la consulta cuando las personas - migrantes o no migrantes - carecen “visiblemente” de recursos para cubrir sus necesidades básicas. En un acto de caridad, el médico originario de Costa Rica se basaba en los relatos de las personas y en su apariencia física para decidir si los exentaba del pago.

Por otro lado, existen CAF's que ofrecen a sus médicos condiciones laborales más estables con un contrato, sueldo base y prestaciones de ley. Informantes con este tipo de contrato mencionaron haber exentado el pago de algunas consultas a personas migrantes por así corresponder a sus valores personales:

Si veo que una persona no va a poder pagar, o me dicen que no pueden pagar la consulta, no los mando a pagar. No los capturo [en el sistema], pero registro su información a mano. A mí la verdad me cala mucho que son \$60 pesos de consulta, más lo que tengan que gastar en medicamentos o laboratorio. [Esta farmacia] tiene una política de cobrar sin importar nada, pero yo personalmente no” (D 13: F13B).

Este testimonio ilustra la independencia del personal médico respecto a la política de la empresa contratante y, al mismo tiempo, evidencia la diversidad de actitudes y tratos que puede enfrentar la persona migrante al buscar atención en estos establecimientos privados.

Un segundo grupo de imaginarios sociales en torno a la atención médica a personas migrantes se construyó durante escenas de tensión dentro del consultorio. Se identificaron puntos de desacuerdo originados, por un lado, en el desconocimiento de las personas migrantes sobre cómo funciona el sistema local de salud en Monterrey y, por otro, en las diferencias culturales y normativas en salud que prevalecen en los países de origen de esta población.

En cuanto al primer aspecto, los informantes señalaron que las expectativas de atención de las personas migrantes suelen superar la capacidad instalada de los CAF's. Más aún, dichas expectativas llegan a convertirse en una exigencia de recibir

ahí mismo atención especializada o exámenes de laboratorio. Al respecto, un médico señaló: “Ellos no alcanzan a entender que aquí es un consultorio pequeño, se molestan porque quieren que aquí a fuerza se les atienda, se les haga ecos, exámenes de sangre” (D03: F03So). Al mismo tiempo, el personal médico señaló no estar dispuesto a correr el riesgo de atender a personas migrantes con un estado de salud grave, como ocurrió durante la pandemia por COVID-19, debido al temor de incurrir en un problema legal ante un posible fallecimiento dentro del consultorio.

El segundo aspecto se refiere al desencuentro entre el uso de fármacos de las personas migrantes y la normatividad que regula la prescripción de medicamentos en México. Según los testimonios, algunas personas migrantes, principalmente de Honduras y Nicaragua, llegan directamente con el médico/a solicitando medicamentos controlados, como antibióticos, descartando de inicio la consulta médica y un diagnóstico¹¹. La negativa del personal médico de proporcionar estos medicamentos es causa de conflicto. A decir de los y las médicas, ante esta situación las personas migrantes se sienten estafadas por tener que pagar una consulta médica para acceder a medicamentos que en su país de origen son de libre venta, mientras que el personal médico interpreta que las personas migrantes los perciben como vendedores de recetas médicas.

Finalmente, otro grupo de imaginarios sociales se inscribe particularmente en la consulta médica a personas que no hablan español, básicamente de nacionalidad haitiana. En los imaginarios sobre migración, la mayoría de los y las informantes mostró una actitud amigable hacia la población

¹¹ En 2010, la venta de estos medicamentos fue controlada en México con receta médica, no obstante, en algunos países de América Latina continúan siendo de venta libre.

haitiana que, en general, es percibida como “gente trabajadora”. Este estereotipo pareció haber tenido eco en la disposición de buscar estrategias para comunicarse en consulta con esta población. Con excepción de un médico con conocimientos de francés, el resto mencionó usar traductores en sus teléfonos portátiles para comunicarse en francés, creole o inglés, o bien pedían a la usuaria/o llegar acompañado/a por una persona de confianza que pudiera fungir como intérprete. Al respecto, un informante contó su interacción con un hombre haitiano:

Supé que era de otra parte, lo raro es que hablaba inglés, a lo mejor se le hizo más fácil comunicarse así, no sé. Me dijo que había nacido en Haití, entonces yo le dije “I don't speak english” y con un traductor empezamos a comunicarnos (D 7: F07S).

A pesar de estas estrategias, algunos médicos mencionaron sentirse inconformes, porque el intercambio no es totalmente fluido y no saben si las personas comprendieron bien las indicaciones. Un aspecto a resaltar fue que ante la carencia de protocolos de atención intercultural en los CAF's, los informantes no consideraron necesario generar guías de apoyo o recibir capacitaciones que les facilite la interacción con población migrante.

Reflexiones finales

El Artículo 8 de la Ley de Migración en México señala que las personas migrantes tienen derecho a recibir atención médica en los servicios públicos y privados en salud. Dada la escasa información generada sobre lo que ocurre en el ámbito privado, este estudio buscó explorar, desde una aproximación cualitativa, las percepciones del personal médico que labora en los Consultorios Anexos a Farmacias (CAF's) en Monterrey, Nuevo León.

A primera vista, los CAF's podrían percibirse como una alternativa de atención médica para la población migrante internacional. La numerosa presencia y visibilidad de estos establecimientos en la ciudad facilita su localización a cualquier persona, incluso sin conocer el sistema de salud local. A diferencia de los servicios públicos de salud, acceder a una consulta en los CAF's no amerita pasar por procesos administrativos para solicitar una cita, ni tampoco mostrar un documento de identidad o la Clave Única de Registro de Población (CURP) para recibir la atención.

No obstante, desde una mirada más crítica el derecho de las personas migrantes a ser atendidas se ve cuestionado ante la naturaleza privada de estos establecimientos. Aunque los CAF's se caractericen por ofrecer bajos costos, su lógica de operación está basada en la venta de un servicio y no en el respeto del derecho de toda persona a la protección de su salud. Más aún, la búsqueda de ganancia de estas empresas genera un *corto circuito* frente a población que suele disponer de lo básico para subsistir en la ciudad. A pesar de ello, las personas migrantes en tránsito son atendidas en algunos CAF's, generando diversas interacciones escasamente documentadas.

Desde los imaginarios sociales del personal médico se identificó que la consulta médica a población migrante está condicionada por varios factores. En primer lugar, los estereotipos sobre las personas migrantes en torno a su nacionalidad, estatus migratorio y tiempos de estancia en la ciudad supeditaron ciertas actitudes de solidaridad del personal médico hacia personas haitianas o venezolanas que fueron distintas hacia personas provenientes de Centroamérica. Estas actitudes también se originaron en experiencias con personas presuntamente migrantes que desembocaron en imaginarios de inseguridad y riesgo e influye-

ron en la decisión de las personas entrevistadas de no brindar más consultas a personas de ciertas nacionalidades. En este sentido, los resultados de este estudio encuentran consistencia con lo reportado por Flores (2022) y Stoesslé y González (2020) quienes documentaron cómo las decisiones discrecionales y los prejuicios del personal médico hacia las personas migrantes actúan como barreras simbólicas en los servicios públicos de salud.

Un tema polémico que emergió en los testimonios fue la incompatibilidad entre la gratuidad del derecho a la salud en México y la naturaleza privada de los CAF's. Un elemento estructural relevante que influyó en las posturas sobre otorgar consultas gratuitas fue la heterogeneidad de las condiciones laborales del personal médico. Salvo contadas excepciones, los informantes que no tenían un sueldo base mostraron mayor desacuerdo en no cobrar, porque significaba un detrimento en su ingreso. Por su parte, el personal médico con condiciones laborales estables declaró que independientemente de la política de la empresa contratante, se otorgan eventualmente consultas gratis de manera subrepticia, es decir, sin registrar a la persona en el sistema, cuando consideran que ésta no puede pagar o cuando solicita explícitamente el apoyo.

Se encontró una variedad de imaginarios sociales y actitudes frente a la migración. Ello representa

para las personas migrantes una gama de situaciones ambivalentes que pueden expresarse en solidaridad o rechazo, por tanto, las experiencias de atención en salud son distintas en cada caso. Aún cuando en términos generales se reconoció el derecho de las personas migrantes a la salud en México, dicho reconocimiento tendió a fragilizarse al relacionarlo con los CAF's.

Estos hallazgos llevan a concluir que la inclusión de los servicios de salud privados en la legislación migratoria puede ser pertinente en aras de evitar actos discriminatorios en estos establecimientos. Sin embargo, la atención a personas migrantes en los CAF's no debe darse por sentada sin la debida intervención gubernamental. Así mismo, esta evidencia exige redoblar esfuerzos en implementar un enfoque intercultural también en el sector privado, sin perder de vista que el Estado sigue siendo el garante del derecho a la salud a través de la infraestructura pública destinada para ello.

Una limitación de este estudio se encuentra en los perfiles del personal médico entrevistado. No se captaron las percepciones de aquellos que mencionaron tener prohibido por la empresa farmacéutica atender a personas migrantes. Finalmente, en futuras investigaciones sería recomendable analizar las experiencias de las personas migrantes y solicitantes de refugio que han utilizado estos servicios privados en su estancia o recorrido por territorio mexicano.

Referencias bibliográficas

- ALIAGA, F. (2008). "Algunos aspectos de los imaginarios sociales en torno al inmigrante" *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 39:1-40.
- ARZALUZ, S.; URIBE, F. y HERNÁNDEZ, O. (Coords.). (2022). En búsqueda del refugio: pobla-

ción migrante haitiana en tres ciudades del noreste de México. Reporte de investigación. México. El Colef. 190 pgs. Recuperado de: <https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2022/02/En-bu%C3%81squeda-del-refugio-comprimido-3MB.pdf>

- BAEZA, M. (2011). “Elementos básicos de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales”. En: Coca, J.; Valero, J.; Randazzo, F. y Pintos, J.L. (coords.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales*. España: TREMN – CEASGA, 31-42.
- BASILE, G. (2020). “Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe”. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, CLACSO, Núm. 73:1-6.
- CNDH. (2018). Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Informes/Especiales/Informe-Especial-Desafios-migracion.pdf> (consulta 6 de agosto de 2024).
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, [C.P.E.U.M.], Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 5 de febrero de 1917, (México).
- DÍAZ-PORTILLO, S.; IDROVO, A.; DRESER, A.; BONILLA, F.; MATÍAS-JUAN, B. y WIRTZ, V. (2015). “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración”, *Salud Pública de México*, vol. 57, Núm. 4:320-328.
- DÍAZ-PORTILLO, S.; REYES-MORALES, H.; CUADRA-HERNÁNDEZ, S.; IDROVO, J.; NIGENDA, G. Y DRESER, A. (2017). “Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 31, Núm. 6:459-465.
- DITTUS, R. (2011). “El imaginario social del otro inferiorizado. Taxonomía de la alteridad como espejo del yo contemporáneo”. En: Coca, J., Valero, J., Randazzo, F. y Pintos, J.L. (coords.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales*. España: TREMN – CEASGA, 67-98.
- FLORES, J. (2022). *Análisis del prejuicio hacia migrantes centroamericanos en tránsito por México en el personal de los servicios públicos de salud*. [Tesis doctoral, El Colegio de la Frontera Norte]. Repositorio <https://posgrado.colef.mx/tesis/20191512/>
- GIROLA, L. y DE ALBA, M. (2018). “Imaginarios y representaciones sociales. Un estado del arte en México”. En: Felipe Aliaga, María Lily Maric y Cristhian Uribe (edits). *Imaginarios y representaciones sociales. Estado de la investigación en Iberoamérica*. Bogotá: Universidad Santo Tomás, 349-424.
- GONZÁLEZ, N. y NIN, C. (2018). “Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud”, *ConCiencia-Social. Revista digital de Trabajo Social*, vol. 1, Núm. 2:179-186.
- JASSO, R. y CEJUDO-ESPINOSA, L. (2021). “Espacios de estancia prolongada para la población migrante centroamericana en tránsito por México”, *Frontera norte*, vol. 33, e2075. Epub. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2075>
- LEY DE MIGRACIÓN, [L.M.], Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 25 de mayo de 2011, (México).
- LEYVA, R., INFANTE, C. y QUINTINO, F. (Edits). (2016). *Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud*. México. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4774-migrantes-transito-mx.html> (consulta 23 de agosto de 2024).
- LEZANA, M. (2016). “Consultorios adyacentes a farmacias privadas: calidad de los servicios de salud y calidad de vida laboral”, Editorial. *Revista CONAMED*, vol. 21, Núm. 1:3-4.
- LÓPEZ, B. (2014) Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. México. https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf (consulta 22 de octubre de 2024).
- MANCHINELLY, D. (2021). “El acceso a la salud de la migración irregular en México”. México: CISS:

- CISS: CASBSS, 36.
- MENÉNDEZ, E. (2005). “Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales”, *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 2:195-223.
- MORÁN, A. (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la ciudad de México. Saberes médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención*. [Tesis Doctoral, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología]. Repositorio <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1022>
- MORÁN, A. (2021). “Los consultorios adyacentes a farmacia en tiempos de covid-19: crisis y omisiones del sector salud”, *Alteridades*, vol. 31, Núm. 61:9-20.
- OSORIO, R. (2019). “Los consultorios anexos a farmacias como primer nivel de atención privada a los padecimientos”, *Ichan Tecolotl*. Año. 31, Núm. 332.
- PRADO-MAILLARD, V. y GONZÁLEZ-CRUZ, S.G. (2023). “Actitudes de los empresarios para integrar socioeconómicamente a los migrantes Latinoamericanos en Nuevo León”, *Teuken Bidikay. Revista Latinoamericana de Investigación en Organizaciones, Ambiente y Sociedad*, vol. 14, Núm. 23, 143-159.
- QUIROZ, S., MIRANDA, A. y GUZMÁN, M. (2020). “Caracterización de la población migrante y situación de salud en la frontera Tabasco, México-Guatemala”, *Ciencia y Humanismo en la Salud*, vol. 7, Núm. 1:17-24.
- RÍOS, V. y LARA, A. (2020). *Tendiendo puentes: Retos para la Integración de Personas en movilidad en el Área Metropolitana de Monterrey*. DCA. Recuperado de: <https://www.dcamexico.org/puentes.pdf>
- SAAVEDRA, N.; GALVÁN REYES, J. y ALANÍS, S. (2024). “Servicios de salud mental para la población en movilidad. Las limitaciones del sector público, privado y de la sociedad civil en México”. *Politai. Revista de Ciencia Política*, vol. 15, Núm. 24:41-60.
- SALINAS-ARREORTUA, L. y CARMONA-ROJAS, M. (2021). “Financiarización de la industria farmacéutica y su repercusión en las periferias urbanas en la zona metropolitana del Valle de México”, *Urbano (Concepción)*, vol. 24, Núm. 43:30-39.
- SANTILLÁN, A. (2020). *Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y el uso de los servicios de salud entre migrantes centroamericanos a su paso por México*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí]. Repositorio <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7157>
- SEVESO, E. (2009). “Imágenes de la diferencia. Construcción subjetiva, otredad y medios de comunicación”, *Fundamentos en Humanidades*, vol. X, Núm. 19:9-23.
- SSA. (2023). Catálogo CLUES. Establecimientos de salud. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Consultado en octubre de 2023. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
- STOESSLÉ, P. y GONZÁLEZ, F. (2020). “Desde un Estado de Leyes a un Estado de Derecho: obstáculos en el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León”, *TLA-MELAU*, vol. 13, Núm. 1:98-118.
- SUPHANCHAIMAT, R.; KANTAMATURAPOJ, K.; PUTTHASRI, W. y PRAKONGSAI, P. (2015). “Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers’ lens”, *BMC Health Services Research*, vol. 15, Núm. 390:1-14.
- VAN RYN, M. (2002). “Research on the Provider Contribution to Race/Ethnicity Disparities in Medical Care”, *Medical Care*, vol. 40, Núm. 1: I-140–I-151.