



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**MIGRACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: UN ESTUDIO DE
CASO SOBRE MIGRANTES CON VIH/SIDA QUE RESIDEN O
TRANSITAN POR LA FRONTERA SUR DE MÉXICO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA
PRESENTA
FRIDA ERÉNDIRA QUINTINO PÉREZ**

**COMITÉ TUTORAL
DIRECTORA: DRA. BEATRIZ CANABAL CRISTIANI
ASESOR: DR. RENÉ LEYVA FLORES
LECTORES:
DR. EDGAR JARILLO SOTO
DRA. CARMEN FERNÁNDEZ CASANUEVA**

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE, 2012

RESUMEN

Introducción: Miles de centroamericanos cruzan la frontera sur de México en busca de oportunidades de empleo y de mejores condiciones de vida. En Chiapas ocurre el mayor número de desplazamientos, y específicamente en la región de Soconusco es donde se registra una dinámica migratoria de larga data^{1, 2}. El contexto general durante la primera década del 2000, se caracteriza por el recrudecimiento de la discriminación, la violencia y la inequidad social. En este contexto, la frontera emerge como un espacio de límites y continuidades de procesos jurídico-legales, culturales, económicos, entre otros, que funcionan como determinantes de las condiciones de salud y de la capacidad de respuesta social, además de que influyen en las dinámicas relacionales que se establecen entre los sujetos sociales.

Si bien los migrantes comparten situaciones de vulnerabilidad social, constituyen una población heterogénea por su composición de género, edad, nacionalidad, lugar de origen, inserción social y laboral, sus rutas, tiempo de estancia en la frontera y en sus motivos para migrar. De esta manera, se van configurando situaciones de vulnerabilidad social en salud, especialmente ante el VIH/SIDA, que afectan de forma diferenciada a los integrantes de diversos grupos móviles y migrantes.^{3, 4, 5, 6} Los integrantes de los grupos que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad, particularmente las personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS), viven un conjunto de situaciones que pueden incrementar la susceptibilidad a problemas de salud, dificultar el ejercicio de sus derechos humanos y reducir sus capacidades para hacer frente al padecimiento, en razón de las inequidades de acceso a recursos (económicos, sociales y legales) y servicios públicos que son vitales para el bienestar, entre los cuales figura la atención médica integral. En este marco es relevante plantear las siguientes interrogantes: ¿Cómo funcionan los determinantes socio-políticos en el acceso a servicios para migrantes en la frontera? ¿Cómo se expresan las condiciones de vulnerabilidad en la experiencia de vivir con VIH? ¿Cuál es el posicionamiento de las instituciones de salud para la atención médica de las PMVS? ¿Cuál es la capacidad de respuesta social a las necesidades específicas de las PMVS en la frontera?

El **objetivo general** de la presente tesis es analizar las condiciones de vulnerabilidad social en salud que enfrentan personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS) y su relación con el acceso a servicios públicos de salud en la frontera sur de México.

Las condiciones de acceso a la atención médica se reconocen como un determinante de la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS en la frontera. De igual manera, se asume que el estudio del acceso implica analizar las especificidades del contexto y del conjunto de determinantes sociales, barreras institucionales y médicas, y dinámicas relacionales que se establecen entre los principales actores involucrados en los procesos de búsqueda y utilización de los servicios públicos de salud. Desde esta perspectiva que busca destacar el carácter multidimensional de la vulnerabilidad social en salud, se plantearon los **objetivos específicos** de la investigación: 1) Caracterizar las condiciones de vida y trabajo de los grupos migratorios centroamericanos en el contexto socio-sanitario de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas; 2) Analizar las políticas sobre migración y VIH/SIDA, y los modelos de intervención desarrollados por las instituciones y organizaciones locales, en relación con las necesidades y vulnerabilidades que enfrentan las PMVS en la frontera; y, 3) Analizar la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a los servicios de salud de migrantes con VIH/SIDA que forman parte de tres grupos en condición de alta vulnerabilidad social en la frontera.

Método: El abordaje teórico-metodológico aplicado al estudio de estos procesos recupera las propuestas provenientes de diversas corrientes interpretativas, particularmente, a los enfoques de la salud colectiva que se centran en el tema de la desigualdad social y la inequidad en salud;^{7, 8} a los enfoques de la vulnerabilidad al VIH/SIDA;^{9, 10, 11,12} a los estudios fronterizos que permiten abordar las singularidades de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas;^{1,2,13,14} y a los estudios enmarcados en el pensamiento sociológico relacional^{15, 16, 17} que analizan la experiencia social de la enfermedad y las trayectorias de acceso a servicios de salud.^{18, 19, 20,21}

Con base en estos referentes se construyó una matriz conceptual centrada en el concepto de vulnerabilidad social en salud; y se realizó un estudio de caso que incluyó las siguientes dimensiones: a) *la colectiva*, donde se analiza el fenómeno migratorio centroamericano como parte del contexto socio-sanitario de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, así como las políticas y la organización de los servicios públicos de salud, con especial énfasis en movilidad poblacional y VIH/SIDA para el periodo 2003-2010; b) *la individual*, donde se analiza la experiencia migratoria, del padecimiento y de acceso a servicios de salud de migrantes con VIH que forman parte de diversos grupos migratorios presentes en la frontera.

Para obtener la información de la dimensión contextual e individual se aplicaron técnicas y procedimientos de investigación cualitativa con un enfoque de complementariedad: observación participante; revisión documental (análisis bibliográfico, de instrumentos jurídico-políticos, de material hemerográfico, datos sobre situación epidemiológica, infraestructura y servicios de salud); estudio etnográfico (en espacios de servicios de salud, vivienda, centros laborales y lugares de alta concentración de migrantes); entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud (n=12); y entrevistas en profundidad a quince PMVS (7 migrantes residentes, 6 migrantes en trabajo sexual y 2 migrantes en tránsito).

La información documental fue procesada para realizar el análisis de contenido en áreas jurídico-legales, normas y procedimientos técnicos, estadísticas socio-demográficas y de salud, incluyendo VIH. El análisis documental y el estudio etnográfico permitieron describir el marco contextual donde ocurren los procesos sociales relacionados con el acceso a servicios de salud. Las entrevistas fueron transcritas textualmente con el fin de identificar aspectos clave relacionados con la experiencia de vivir con VIH y acceder a los servicios de salud desde la perspectiva de las propias PMVS. Por otra parte, se identificaron procesos socio-políticos impulsados por diferentes actores (salud, asociaciones civiles, migración, académicos) relacionados con la interpretación, aplicación o modificación de los procesos jurídico-legales o normativos vinculados al acceso a servicios de salud, especialmente para VIH/SIDA.

Resultados: El procesamiento de los datos epidemiológicos muestra que para el periodo 2003-2010, se registraron 1181 personas con VIH/SIDA en la región fronteriza, de los cuales 11% correspondieron a migrantes centroamericanos. Del total de PMVS, 55% eran hombres y 45.3% mujeres, los cuales en su mayoría proceden de Guatemala y Honduras. El 70% de las PMVS realiza actividades marginales terciarias que se caracterizan por la informalidad, la flexibilidad, la precariedad, la inseguridad y/o por estar estigmatizadas socialmente; el 10% no tenía empleo y 9% se encontraba privado de libertad y cumpliendo una condena en el CERESO de Tapachula. A partir del 2009, año en que se ajusta el sistema de vigilancia epidemiológica se abrió la posibilidad para determinar el grupo migratorio al que pertenecen las PMVS, mostrando que la mitad de los casos se concentra en el grupo de los migrantes residentes, 18% de los casos son migrantes en

tránsito, 13% trabajadores agrícolas migrantes y 8% labora en contextos del trabajo sexual.

Las PMVS que participaron en el estudio tuvieron conocimiento de su condición de salud durante su tránsito o estaba en la frontera sur de México. Las PMVS comparten una situación disruptiva en su biografía, una inflexión que está ligada tanto a la migración indocumentada como a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. Sin embargo, el primer contacto con los servicios de salud, las condiciones en las que se estableció el diagnóstico y el acceso a la atención médica, fueron episodios de la trayectoria del padecimiento que presentaron variaciones de acuerdo al grupo migratorio, a la condición de género, y a las fases y modalidades de la respuesta social en salud desarrollada en la frontera.

El estudio de las condiciones de acceso a servicios para la prevención y atención del VIH/SIDA, requiere caracterizar y analizar las especificidades de la política sanitaria y del sistema de salud fronterizo en relación con las necesidades y vulnerabilidad que enfrentan las PMVS que forman parte de diversos grupos migratorios. Desde esta perspectiva, se muestra que las políticas y acciones en materia de migración y VIH/SIDA se reconstruyen en un escenario de permanente conflicto y debate en torno al derecho a la salud. En este marco, la participación de organizaciones sociales y de las instituciones públicas de salud contribuyó al desarrollo de una política que transitó de una fase de “atención reactiva” a migrantes residentes (1999-2003) hacia “la búsqueda intencionada de casos” en migrantes en trabajo sexual (2004 a 2007), y finalmente a la promoción de “la atención médica integral” para migrantes en tránsito (2007 a 2010).

La fase de atención reactiva se caracterizó por dar respuesta a la urgencia médica que vivían hombres migrantes que se encontraban en una etapa avanzada de la enfermedad, como mujeres migrantes cuya pareja vivía con el VIH/SIDA. Sin embargo, las normativas dictadas desde nivel central, e implementadas a nivel local, operaron como una especie de “*barco titánico*” desde el cual se selecciona y obstaculiza el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV). Las consecuencias de esta forma de inequidad en salud se expresaron en el deterioro la calidad de vida, el avance acelerado de la enfermedad, y en ocasiones, en la muerte de migrantes.

Entre 2003-2007, las condiciones de vida y muerte de migrantes como Felicia, Isabel y Julián estuvieron rodeadas de precariedades, separaciones, desplazamientos, dudas y demandas de atención médica integral. En este marco de inequidad, los profesionales locales de salud desarrollaron estrategias que estaban fuera de las normas nacionales que regulaban el acceso a los servicios de salud y al TARV. Sus acciones de transgresión a la norma las justificaron apelando al derecho a la salud y en respuesta a las necesidades específicas de las PMVS; y en este marco brindaron el TARV a migrantes. Estas formas de respuesta aunadas a un proceso de gestión basado en un enfoque de exigibilidad del derecho a la salud, permitieron incidir en los lineamientos de política emitidos a nivel nacional. La gestión facilitó la cobertura gratuita del TARV a todas las personas migrantes con VIH que son atendidas en los servicios públicos de salud de la frontera. Este reconocimiento trajo beneficios importantes en el acceso a servicios de salud para las PMVS; sin embargo, rápidamente emergieron situaciones relacionadas con las condiciones de vida que funcionan como obstáculos estructurales para la utilización regular de los servicios de salud y adherencia al TARV.

En la segunda fase, el Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII comenzó a notificar la llegada de migrantes con VIH que laboraban en espacios del trabajo sexual. Cabe señalar que en Chiapas, se estima que alrededor del 70% de las trabajadoras sexuales y del personal que labora en bares y cantinas son migrantes. Siguiendo con los

lineamientos de acción emitidos a nivel nacional, el PVIH y otros actores locales fortalecieron las acciones de prevención y búsqueda intencionada de casos de VIH en espacios del trabajo sexual. Sin embargo, en el marco de este proceso fueron claramente observables los conflictos de interés y de posición entre dos actores sociales. Por un lado, se encontraba el PVIH que ha tendido a promover acciones basadas en el enfoque de la vulnerabilidad; y por otro, los servicios municipales de salud, cuyos intereses se centran básicamente en la recaudación de recursos económicos para el municipio y en la implementación de acciones basadas en el denominado control sanitario. En el marco de este debate en torno al derecho a la salud prevalecieron las posturas del modelo reglamentarista-higienista de “control de ITS/VIH en el trabajo sexual”, caracterizadas por la violación de los derechos de hombres y mujeres migrantes, así como la reproducción de actitudes de discriminación en el entorno, familiar, laboral y comunitario.

A nivel local, se discutieron, analizaron e implementaron estrategias para fortalecer las capacidades de los profesionales de salud municipal responsables de brindar atención al personal que labora en contextos del trabajo sexual. Sin embargo, los grandes conflictos de interés que permean el mercado sexual, la alta rotación del personal y la predominancia que han tenido las medidas basadas en el enfoque del control sanitario, representaron obstáculos para la implementación de acciones de prevención y atención del VIH/SIDA, basadas en un enfoque de derechos humanos y equidad de género.

Para las personas migrantes que laboran en espacios del trabajo sexual, el diagnóstico es un episodio que no sólo marca el inicio de la trayectoria del padecimiento y de su atención, sino una disrupción de la vida cotidiana que comienza con el despido inmediato del centro laboral, el desalojo de la vivienda y el rechazo comunitario. La discriminación tiene un efecto secuencial, ya que acentúa la marginalidad económica, favorece la permanencia en trayectorias laborales inestables y precarias, y la inserción en espacios donde se enfrentan los mayores riesgos a la violencia y extorsión. En el ámbito doméstico, se recrudecen los conflictos familiares y la violencia de género; y a nivel personal se acentúa la depresión, el consumo de alcohol y la desesperanza. En su conjunto, las problemáticas que caracterizan la vida de los migrantes “*después del SIDA*”, obstaculizan el desarrollo de capacidades para hacer frente al padecimiento y favorecen la discontinuidad en la búsqueda de atención médica y la adherencia al TARV.

Tomando como referencia los avances previos, organizaciones de la sociedad civil (orientadas a la atención de migrantes y prevención de VIH) desarrollaron acciones que se identificaron como una tercera fase del proceso de cambios en las políticas de acceso a servicios de salud, especialmente para VIH. Después de establecer acuerdos con las instituciones locales de salud, se fortaleció la promoción del diagnóstico oportuno y la atención médica integral en el grupo de los migrantes en tránsito en condiciones de alta vulnerabilidad al VIH vinculada con la violación de sus derechos humanos y con multiplicidad de delitos en su contra a lo largo en las rutas que se distribuyen por el territorio mexicano.

A nivel local, se muestra la presencia y participación de actores sociales que buscan contribuir a la construcción de condiciones para facilitar el acceso a servicios de salud adecuados a las necesidades de las PMVS inmersas en un proceso de alta movilidad. La Casa del Migrante, Albergue Belén es una de las organizaciones que ha jugado un papel protagónico en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la provisión de servicios de prevención de ITS/VIH para este sector de la población migrante.²² De esta manera, se logró la institucionalización del acceso al Programa de VIH y a TARV, lo cual se esperaba que constituyera uno de los motivos principales para que los migrantes con VIH permanecieran en la frontera. Sin

embargo, esto no ocurrió, ya que la situación crítica que se genera a raíz del diagnóstico, los cambios que conlleva en el proyecto de vida, conduce a decidir la interrupción del proceso migratorio y, en general, motiva el retorno al lugar de origen. En este marco, se configuran importantes retos para los sistemas de salud de uno y otro lado de la frontera, así como la necesidad de fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia los programas de VIH de los países de Centroamérica.

Se identificaron tres fases de la política sobre movilidad poblacional y VIH/SIDA que contribuyó a reducir barreras institucionales, jurídico-administrativas y médicas, la cual es resultado del conflicto y acción social de diferentes actores. Las trayectorias de acceso a servicios de salud se relacionan con las fases de la política, sin embargo, persisten obstáculos para el seguimiento médico y adherencia al TARV vinculados con las condiciones migratorias, de vida y trabajo. En estos ámbitos de la vida cotidiana se expresan importantes inequidades de género que reducen las capacidades para manejar y atender el padecimiento.

Conclusiones: La diversidad que se encuentra al interior del subgrupo migratorio afectado por la epidemia pone en evidencia la configuración de procesos de vulnerabilidad diferencial frente al VIH/SIDA en contextos caracterizados por la precariedad socio-económica, la violencia y la inequidad social en salud. La condición migratoria indocumentada, las particularidades de las trayectorias de movilidad, las construcciones inequitativas de género, las precarias condiciones de vida y trabajo, y los cambios en las modalidades de la respuesta social en salud desarrollada en la frontera, marcan diferencias significativas en la experiencia del padecimiento y de su atención. En su interrelación, este conjunto de determinantes sociales imponen límites y posibilidades en la construcción de capacidades, recursos y estrategias para manejar y atender las necesidades de salud vinculadas a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA en contextos de migración.

En un marco de inequidad adquieren particular importancia las acciones colectivas que buscan facilitar el acceso a la atención médica integral como un medio efectivo para mejorar la calidad de vida y reducir la susceptibilidad ante el avance de la enfermedad. Los procesos socio-políticos descritos muestran la predominancia que tienen los posicionamientos que definen a la migración como “un problema social”, niegan el derecho a la salud de los migrantes e imponen mayores obstáculos para el acceso a servicios públicos de salud. No obstante, en los mismos ámbitos comunitarios y en el espacio de los servicios de salud, también tienen un peso importante los posicionamientos que reconocen la condición de alta vulnerabilidad social que enfrentan las poblaciones móviles y migrantes en el contexto fronterizo, y que apelan al derecho a la salud independientemente de la condición migratoria.

Desde hace más de una década, el Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, la Casa del Migrante, Albergue Belén, la organización Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA, el equipo del INSP y otras organizaciones sociales conformaron una red inter-fronteriza para la prevención y atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes. Desde diferentes ámbitos, los actores sociales que participan en esta red han desarrollado un conjunto de políticas y modelos de atención que buscan incidir en las condiciones de alta vulnerabilidad social que enfrentan los migrantes en esta frontera.^{3,4}
^{5,6} Se trata de políticas que están en permanente reconstrucción y de un conjunto de acciones que sin duda presentan limitaciones y nuevos retos. Sin embargo, se considera que la conformación y sostenibilidad de una red de actores interesados en abordar desde una perspectiva de derechos humanos, las cuestiones relacionadas con la salud de los

migrantes, ha contribuido a debatir, contrastar y relativizar las consecuencias de las inequidades persistentes en la frontera.

En un ambiente de conflicto social, los actores locales han acudido a la interpretación y adaptación normativa como un mecanismo que contribuye a la construcción de condiciones para la exigibilidad del derecho de las personas migrantes en relación al VIH/SIDA. A nivel local, las normas y procedimientos para la atención del VIH/SIDA frecuentemente son filtrados, interpretados y ajustados en función de las particularidades del contexto social y esto contribuye a dar respuesta a las necesidades y vulnerabilidades diferenciales que enfrentan las PMVS. Las acciones orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud para las PMVS son resultado de un proceso que incluye: la sensibilización y fortalecimiento de las capacidades de los actores locales; la conformación de alianzas estratégicas y el trabajo en redes sociales; el desarrollo de sistemas de información clínico-epidemiológica; y la revisión, debate, cuestionamiento y reformulación de los procedimientos y normativas relacionadas con la atención del VIH/SIDA. Si bien existen importantes avances en el desarrollo de acciones que facilitan el acceso a la atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes, es necesario considerarlas como parte una dinámica en constante reconstrucción. La orientación de las políticas sobre migración y salud, así como los cambios en las fuerzas sociales, en las capacidades y en la organización de los servicios locales de salud, pueden marcar un retroceso o por el contrario un avance en las acciones que buscan amortiguar y contrarrestar las condiciones de inequidad y vulnerabilidad social en salud que prevalecen en la frontera.

Bibliografía

1. Castillo Manuel A., (2000), "Las políticas hacia la región centroamericana en países de origen, tránsito y destino". En *Rev. Papeles de Población*, abril-junio, No. 24, Universidad Autónoma del Estado de México.
2. Castillo Manuel A. y Toussaint Mónica, (2009), Diagnóstico sobre las migraciones centroamericanas en el estado de Chiapas y sus impactos socio- culturales. Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación-AECID.
3. Bronfman Mario, Leyva René y Negroni Mirka, (2004), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP. Cuernavaca, México.
4. Leyva René, Caballero Marta y Bronfman Mario, (2005), *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
5. Leyva René y Quintino F., (edit). (2011), *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
6. Infante César, Leyva René, Caballero Martha, et al., (2004). "VIH/SIDA y el rechazo a migrantes en contextos fronterizos". En *Rev. Científicas de América Latina*. Número 3, El caribe, España y Portugal.
7. López Oliva y Blanco José, (2004), "Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones". En *Rev. Nueva época/salud problema*. Año 8 núm.14-15. Junio-diciembre. Pp. 8-16
8. Jarillo Edgar C. y López Oliva, (2007), "Salud pública: objetivo de Conocimiento, prácticas y formación". En *Rev. Salud Pública*. 9 (1):140-154.

9. Delor Francois y Hubert Michel, (2000), "Revisiting the concept of 'vulnerability'". En *Rev. Social Science and Medicine*, 50:1557-1570.
10. Bronfman Mario, Leyva René, (2008), "Migración y SIDA en México". En Córdoba (edit.) *Veinticinco Años del SIDA en México*. México, Secretaría de Salud. Pp. 241-258.
11. Leyva René, Caballero Marta (2009), *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.
12. Paiva Vera, Rivero Ligia y Barboza Renato, (2006), "The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil". En *Rev. Saude Pública*. Vol.40. Brasil.
13. Kauffer Edith F., (2002), *Identidades, Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México.
14. De Vos Jan., (1993), *Las fronteras de la frontera sur. Reseña de los proyectos de expansión que figuraron entre México y Centroamérica*, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco- Centro de investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social, Villahermosa.
15. Elías Norbet, (1970), *Sociología Fundamental*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
16. Goffman Erving, (2004), *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editores Amorrortu, Buenos Aires.
17. Simmel George, (1986), *Sociología 2, Estudios sobre las formas de socialización*. Edit. Alianza Universidad. Madrid.
18. Pierret Janine, (2003), The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. En *Rev. Sociology of Health & Illness*, Vol. 25, Silver anniversary Issue, ISSN 0141-9889. Pp. 4-22.
19. Mercado Francisco J., Robles Leticia, et al., (1999), "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico". En *Rev. Cad Saúde Pública*, 15(1), Jan-mar. Rio de Janeiro. Pp. 179-186.
20. Grimberg Mabel, (2002), "Vih/sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH". En *Rev. Cuadernos médicos sociales*. Núm. 82, Asociación Médica de rosario. Centro de estudios sanitarios y sociales. Pp. 43-59.
21. Castro Roberto, et al., (1997), "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar". En *Rev. Salud Pública de México*, Vol.39, No.1. Pp. 32-43.
22. Infante César, Rigoni Flor María, Velázquez Jorge, Ramos Ubaldo y Leyva René, (2011), "Migrantes en tránsito por México: derechos sexuales y reproductivos". En Leyva René y Quintino Frida (edit.) *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA.

Abstract

Title: Migration and Access to Health Services: A case study of migrants living with HIV/AIDS residing at or in transit through the Mexican southern border

Objective: To analyze the conditions of social vulnerability in health faced by migrants living with HIV/AIDS (MLWHA)

Methods: This is a case study of access to health services for MLWHA. A *collective dimension* is explored that is related to Central American migration in the border socio-economic context, as well as the development of policies on population mobility and HIV/AIDS, 2003-2010. Another dimension is that of the *individual*, which has to do with the experience of the disease and the path towards access to services. This dimension was explored for MLWHA in three different groups: border residents, sex workers and those who are in transit. The information was obtained through participant observation; literature review (legal-political, hemerographic, epidemiological and related to availability of health services); and through ethnographic studies (medical units, housing and work centers). Interviews were applied to health professionals (n=12) and to MLWHA (n=15).

Results: 1181 persons living with HIV received care from the border healthcare services during the 2003-2010 period; 11% were migrants. Three phases of the HIV policy were identified which contributed to reducing institutional, legal-administrative and medical barriers (reactive care for resident migrants, intentional search for cases of migrants in sex work and promotion of wholistic healthcare). HIV policies and intervention models for migrants are the result of existing conflict and social actions taking place in different governmental and social organizations. Paths of access to health services are related to policy phases; however, obstacles persist in medical follow-up and adherence to ART, which are linked to migratory, life and work conditions. In these spheres of daily life, gender inequities are expressed that reduce the ability to handle and provide care for people with this disease.

Conclusions: Within a framework of inequity, social action contributes to reducing barriers to access to health services, as a means to diminishing the impact of migrants' social vulnerability in health. We need to guarantee the sustainability of health interventions, as well as the development of social policies and strategies focused on economic, social and cultural determinants that explain the persistent inequities existing in the provision of care for people living with HIV/AIDS.