



Salud

Secretaría de Salud

Estrategia nacional para la atención a la salud de personas en contexto de **MOVILIDAD HUMANA**

Versión 1.0



[Fotografía La sonrisa de la esperanza], Secretaría de Salud del Estado de Baja California, tomada por: Karen Cruz y Ángel Garrido, 2025.

Estrategia nacional para la atención a la salud de personas en contexto de movilidad humana
Versión 1.0 - 18 de diciembre 2025

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

www.gob.mx/salud

D.R. © Secretaría de Salud

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente.

Hecho en México
2025



[Fotografía El Tren], Secretaría de Salud del Estado de México, tomado por: Rodrigo Hernández Muñoz, 2025.



[Fotografía Así es México], Servicios de Salud de la Ciudad de México, 2025.

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. David Kershenovich Stalnikowitz

Secretario de Salud

Dr. Ramiro López Elizalde

Subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Lic. Eduardo Clark García

Subsecretario de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica

Dra. Patricia Elena Clark Peralta

Secretaria del Consejo de Salubridad General

Dra. Armida Zúñiga Estrada

Titular de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Arturo Hinojosa Becerril

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Anabel Naachiely Romero

Titular de la Unidad General de Asuntos Jurídicos

Lic. Miriam Machicao Ceballos

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Mtro. Sergio Bautista Arredondo

Titular de la Unidad de Análisis Económico e Investigación en Salud

Lic. María Alejandra Alegría Arrieta

Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Mtro. Gabriel Jorge Terrés Cruz

Director General de Relaciones Internacionales

Lic. Carlos Alvaro Mateos Beltrán

Director General de Comunicación Social

Dr. Daniel Aceves Villagrán

Director General de Políticas en Salud Pública

SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS DE SALUD Y BIENESTAR POBLACIONAL

Dr. Francisco José Gutiérrez Rodríguez

Comisionado Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dr. Daniel Aceves Villagrán

Director General de Políticas en Salud Pública

Lic. Teresa Ramos Arreola

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez

Director General del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Hepatitis

Dra. Samantha Gaertner Barnad

Directora General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Miguel Angel Lezana Fernández

Director General de Epidemiología

Dr. Rafael Ricardo Valdez Vázquez

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Emmanuel Fernández Sánchez

Director General del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Dra. Rosa Erro Aboytia

Directora General del Centro Nacional de Transplantes

Dra. Estrella Albarrán Suárez

Encargada de los asuntos del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

Dr. Andrés Castañeda Prado

Coordinador del Servicio Nacional de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

Lic. Agustín López González

Director de Determinantes de la Salud y Coordinación Intersectorial

Lic. Adriana Stanford Camargo

Directora de Evidencia en Salud

Lic. Francisco Antonio Meza Durán

Director de Estrategias para el Cambio del Comportamiento

Lic. Gabriela Eugenia Rodríguez Rodríguez

Directora de Área

Coordinación general

Dr. Daniel Aceves Villagrán, Director General de Políticas en Salud Pública

Lic. Agustín López González, Director de Determinantes de la Salud y Coordinación Intersectorial

Mtra. Dayan Irene Ocampo Morales, Subdirectora de Participación Social en Salud

Autores

Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Dra. Vanessa L. Vizcarra Munguía, Directora de Apoyo Técnico

Dirección General de Políticas en Salud Pública

Lic. Francisco Antonio Meza Durán, Director de Estrategias para el Cambio del Comportamiento

Lic. Gabriela Eugenia Rodríguez Rodríguez, Directora de Área

Dra. Claudia Olivares Nolasco, Médica especialista

Dra. Michelle Cristina Navarro Díaz, Médica residente

Dra. Daniela Anzures Díaz, Médica residente

Lic. Rocío Gabriela García Magos, Soporte Administrativo

Lic. Ximena Ruíz Díaz, Apoyo Administrativo en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dra. Yaneth Fortunata López Santiago, Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades no Transmisibles

Dra. María Nohemi Colin Soto, Directora de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles

Dr. Abel Peralta Benítez, Director Centro Operativo para la Atención de Contingencias

Dr. Juan Francisco Román Pedroza, Director de Investigación Operativa Epidemiológica

Dr. Miguel Ángel Nakamura López, Director de Información Epidemiológica

Dirección General de Relaciones Internacionales

Mtra. Iris Liliana Flores Casiano, Directora de Cooperación Bilateral, Regional para la Salud del Migrante

Lic. Victoria C. Ramírez Velázquez, Subdirectora de Cooperación para la Salud del Migrante

Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Mtra. Norma Ángelica San José Rodríguez, Directora Género en Salud

Mtra. May Wejebe-Shanahan, Directora de Violencia Sexual, Reproductiva y de Género

Dr. Jose Alberto Denicia Caleco, Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal,
Atención a la Salud Materna y Perinatal

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Hepatitis

Lic. Javier Rosas Petriz, Subdirector de Área, Dirección de Prevención y Participación Social

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Mtra. Blanca M. Villa Contreras, Subdirectora de Componentes Estratégicos de la Adolescencia

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Alejandro López Samano, Director de Urgencias Epidemiológicas y Desastres

Dra. Fatima Leticia Luna López, Directora del Programa de Micobacteriosis

Dr. Fabian Correa Morales, Director del Programa de Enfermedades Transmisibles por Vectores

Dr. Miguel Diaz, Director del programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Mtro. Francisco Eduardo Romero Contreras, Subdirector de Vectores

Dr. Pierre Burciaga Zúñiga, Coordinador de Gestión Social en Vectores

Dra. Julieta Parga Alonso, Médica Especialista

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres, Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones

Dra. Karen Michelle Arteaga Contreras, Jefa de servicios en la Dirección General de Políticas de Salud Mental y Adicciones

Servicio Nacional de Salud Pública

Dr. Andrés Castañeda Prado, Encargado del Servicio Nacional de Salud Pública

Dr. Alejandro Cortés Meda, Subdirector de Área

Director General de Información en Salud

Dr. Christian Arturo Zaragoza Jiménez, Director General de Información en Salud



[Fotografía La flor del nuevo hogar], Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, tomada por: Lizeth Sánchez Arreola. 2025.

Contenido

1. Presentación	12
2. Siglas	15
3. Marco Jurídico	17
4. Fenómeno migratorio en México	19
5. Panorama de salud y la movilidad humana	23
5.1. Acceso limitado a servicios de atención a la salud	23
5.2. Exposición a riesgos individuales y comunitarios para la salud	27
5.3. Prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles	30
5.4. Necesidades en salud sexual y reproductiva ante contextos de violencia	42
5.5. Necesidades de salud mental en contexto de movilidad humana	43
5.6. Insuficiencias en los sistemas de información en salud	45
6. Visión de largo plazo	48
Ejes Estratégicos Transversales	48
Principios rectores	48
7. Vinculación con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2025-2030	49
8. Objetivos	53
8.1. Componentes y líneas de acción	54
9. Organización y coordinación	69
Coordinación Ejecutiva	69
Acciones por nivel operativo	70
10. Monitoreo	73
11. Glosario de términos	89
Referencias	99
Agradecimientos	104

1. Presentación

El Gobierno de México ha asumido compromisos claros y formales para garantizar el derecho a la salud de las personas en contexto de movilidad humana, en cumplimiento de sus obligaciones constitucionales e internacionales. Estos compromisos buscan asegurar atención integral, equitativa y sin discriminación, independientemente del estatus migratorio.

Nuestro país adoptó un modelo interinstitucional que reconoce su papel como país de origen, tránsito, destino y retorno; dicho modelo articula dependencias como las Secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores, Bienestar, Trabajo, Educación, Salud, IMSS, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, entre otras, con el objetivo de garantizar atención integral a las personas migrantes.

El Gobierno de México, coherente con la vocación humanista y de reconocimiento de la dignidad de las personas, brinda a las personas extranjeras el mismo trato al que aspiramos para nuestros compatriotas en tierra ajena, independientemente de su condición migratoria. México habrá de seguir construyendo capacidades para prodigar salud, protección, seguridad, cobijo, alimentación y orientación a quienes estén en su territorio, ya sea de tránsito –cada vez por periodos más largos– o buscando hacer de México su hogar.

De ahí que se haya privilegiado un enfoque de atención a las personas migrantes como sujetos de derechos sociales, bajo una perspectiva de género y con la premisa de asegurar el cumplimiento de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual en su artículo 4º declara que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este marco, la Secretaría de Salud, como entidad rectora, asume el liderazgo en la formulación de una política pública orientada a garantizar el derecho a la salud de todas las personas en contexto de movilidad humana, sin distinción alguna. El presente documento propone una ruta estratégica para la acción en materia de salud, basada en evidencias y buenas prácticas, reconociendo el papel fundamental de las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales para su implementación y seguimiento.

Para abordar y atender las necesidades en salud de las personas en contexto de movilidad en este marco, se incorporan ejes estratégicos transversales y principios rectores de relevancia, para un abordaje integral. Los ejes transversales son: la gobernanza, materializada en parte en este documento como eje orientador, la atención primaria a la salud con el propósito de tener en el centro a las personas, los determinantes sociales de la salud, para no dejar de lado el contexto en el que se desarrollan las diversas experiencias de movilidad humana y el enfoque a lo largo del curso de vida; esta aproximación responde a nuevas tendencias y evidencias en salud, llena vacíos en la atención que han existido por mucho tiempo, considerando las inequidades en salud, esperando contribuir a un uso más eficiente de los recursos.

Adicionalmente, los principios rectores dan cuenta de los valores inmersos en el quehacer gerencial y operativo para la atención a la población, teniendo en primer lugar la perspectiva de derechos humanos, reconociendo con esto la importancia de la protección del derecho a la salud, la perspectiva de género en atención a las diferencias y desigualdades construidas social y culturalmente, que asignan formas de comportamiento, poder y roles a las personas en función de su diferenciación sexual; la equidad en salud, en busca de superar las barreras de acceso injustas y evitables; el interés superior de la infancia y adolescencia, para fortalecer la protección a niñas, niños y adolescentes; la pertinencia cultural, derivado de la riqueza de cosmovisiones y perspectivas existentes a nivel nacional e internacional; y por último, la interseccionalidad, lo que da valor al identificar que la población en contexto de movilidad combina varias desigualdades sociales que impactan de manera distinta y complicada en las personas y, por consecuencia, amerita ampliar la visión de su atención.

2. Siglas

APS	Atención Primaria de Salud.
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
CNEGSSR	Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva.
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
CONASAMA	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
DFI	Desplazamiento Forzado Interno.
DGPSP	Dirección General de Políticas en Salud Pública.
DGRI	Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social.
IMSS-B	Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
MAB	Marco Analítico Básico.
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes.
NOM	Normas Oficiales Mexicanas.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PdE	Puntos de Entrada.
RNLSP	Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
SALUD	Secretaría de Salud.
SALVAR	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales.

SESA	Servicios Estatales de Salud.
SIESA	Sistema de Información para Emergencias en Salud.
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
SINBA	Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.
SNSP	Servicio Nacional de Salud Pública.
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

3. Marco Jurídico

El derecho a la salud de las personas en movilidad está plasmado en diversos instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales, culturales y, desde luego en diversos instrumentos nacionales entre ellos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Migración y la Ley General de Salud, que obligan al Estado mexicano a garantizar estos derechos a todas las personas sin distinción alguna.

A nivel internacional y nacional existen marcos normativos que determinan la obligación del gobierno como actor protagónico de la protección de los derechos de las personas en contexto de movilidad, incluido el derecho a la salud.

Por otra parte, la Ley General de Migración (Ley de Migración, 2011), en el capítulo III, artículo 27, establece que corresponde a la Secretaría de Salud promover la coordinación con las autoridades sanitarias, en todos los niveles de gobierno, que la prestación de servicio de salud que se otorgue a los extranjeros se brinde sin importar su situación migratoria.

Ahora bien, en el primer artículo de la CPEUM, se establece que, en todo el territorio nacional, todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, por lo cual, en este marco cobran importancia diversos tratados que fortalecen la responsabilidad del Estado mexicano para proteger los derechos humanos y la salud de las personas en contexto de movilidad, como lo son: el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular (2018), el Plan de Atención Mundial de la OMS sobre promoción de la salud de migrantes y refugiados 2019-2030 y la Agenda 2030 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.

La Agenda 2030 reconoce en la migración un aspecto fundamental del desarrollo, con ello, por primera vez la migración se integra explícitamente en la agenda mundial del desarrollo. Esta es relevante para todo tipo de poblaciones móviles, cuando afirma que “deseamos ver cumplidos los objetivos y las metas para todas las naciones y los pueblos y para todos los sectores de la sociedad. Asimismo, reconoce que todos los migrantes, mujeres, hombres y niños, forman un grupo vulnerable que requiere protección, y los reconoce también como agentes de desarrollo, y refiere a todo tipo de migración, incluido el desplazamiento.

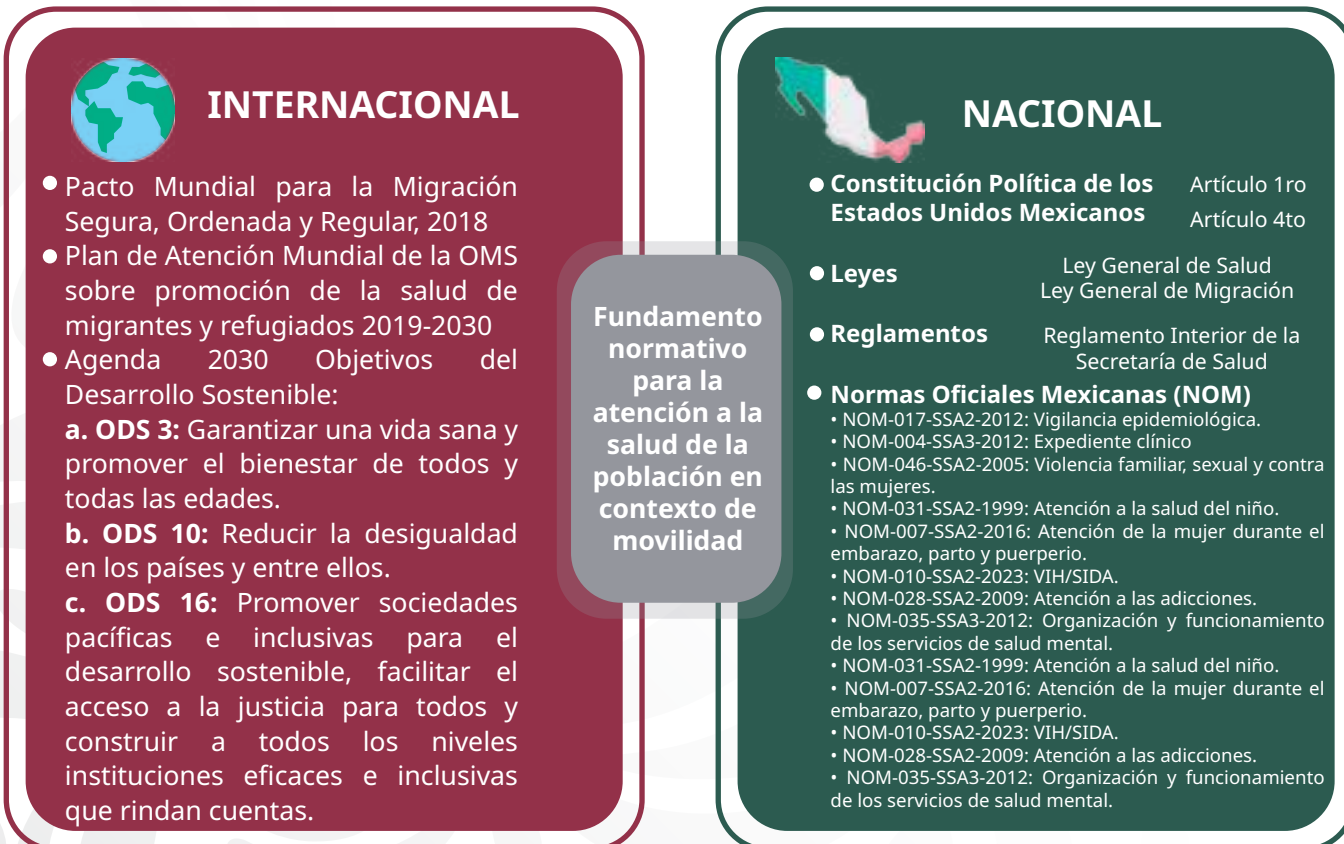
La referencia central a la migración se inscribe en la Meta 10.7 del Objetivo “Reducir la desigualdad en los países y entre ellos”, que insta a “Facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas”. (ONU, 2015). Muchos otros objetivos hacen también referencia directa a la migración, mientras que para otros la migración es un asunto intersectorial que debe tenerse en cuenta. La implementación de los ODS proporciona una oportunidad para proteger y empoderar a las poblaciones en movimiento, que les permita desarrollar su potencial de desarrollo y beneficiar a las personas, las comunidades y los países de todo el mundo.

Las Naciones Unidas aprobaron la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares en 1990. En 2008, la OMS adoptó la Resolución WHA61.17, “La Salud de los Migrantes”. En octubre de 2013, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración del Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo (resolución A/RES/68/4), en la que se reconoce que la movilidad humana es un factor clave para el desarrollo sostenible.

Por otra parte, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (A/RES/73/195) fue el primer acuerdo intergubernamental, elaborado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, que abarca todas las dimensiones de la migración internacional de forma holística y completa. Se adoptó en una conferencia intergubernamental sobre migración en Marrakech, Marruecos, el 10 de diciembre de 2018. El ACNUDH ha acogido el Pacto Mundial como un marco importante para mejorar la gobernanza migratoria que pone a los migrantes y sus derechos humanos en el centro y que ofrece una importante oportunidad para reforzar la protección de los derechos humanos de todos los migrantes, independientemente de su estatus. El Pacto Mundial se basa en la legislación internacional sobre derechos humanos y reafirma el compromiso de los Estados de respetar, proteger y hacer realidad todos los derechos humanos de todos los migrantes.

En este marco normativo, la atención a la salud de la población en contexto de movilidad humana se fundamenta en obligaciones constitucionales, legales e internacionales que orientan la formulación e implementación de políticas públicas y acciones institucionales.

Esquema 1. Fundamento normativo para la atención a la salud de la población en contexto de movilidad



Fuente: elaboración propia, 2025.

4. Fenómeno migratorio en México

La movilidad humana es un fenómeno inherente a la historia de las sociedades, que se manifiesta de forma constante y diversa, abarcando dimensiones culturales, sociales, económicas, políticas y ambientales. En el contexto mexicano, esta movilidad adquiere particular relevancia al encontrarse el país en una posición geográfica estratégica como territorio de origen, tránsito, destino y retorno de personas en situación de migración.

A pesar de su carácter histórico y estructural, el discurso contemporáneo ha tendido a caracterizar la movilidad como una “crisis migratoria”, alimentando una percepción de flujos desbordados y descontrolados. Esta narrativa ha promovido la polarización del debate público, generando posturas contrapuestas que oscurecen la comprensión integral del fenómeno y dificultan la implementación de respuestas sólidas y coordinadas en materia de salud pública.

Los derechos humanos son inherentes a todas las personas, sin importar su nacionalidad o estatus migratorio, lo que obliga a los Estados a respetar y proteger a las personas en contexto de movilidad humana como seres humanos. Aunado a ello, la movilidad humana ha sido históricamente una dinámica de las personas, que generalmente están en busca de mejores condiciones sociales, geográficas, climatológicas, económicas y laborales con el propósito de ampliar su productividad y mejorar su bienestar. No obstante, los motivos de la migración son diversos: pueden ser voluntarios, como por motivos laborales o de estudio; forzados, como consecuencia del cambio climático, desastres ambientales o por razones de origen social, como pueden ser conflictos bélicos y persecuciones políticas.

La movilidad humana es un término genérico que abarca todas las diferentes formas de movimiento de personas, desplazamiento de personas de un lugar a otro, ya sea dentro de su propio país o internacional, de forma voluntaria o forzada. Es fundamental enfatizar este concepto, considerando que este documento pretende abarcar la atención a la salud de todos los subgrupos existentes en el país; para referir algunos: la población extranjera en tránsito por México que van en trayecto a otro país, personas jornaleras agrícolas que se desplazan entre entidades federativas por motivos laborales, siguiendo los ciclos estacionales de siembra y cosecha, y cuya movilidad responde a la demanda temporal de mano de obra en las zonas de producción agrícola; la población víctima del desplazamiento forzado interno (DFI) quienes huyen de sus hogares habituales dentro de las fronteras del país, generalmente debido a conflictos armados, violencia, violaciones de derechos humanos o desastres naturales.

De acuerdo con el informe 2024 de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), existen al menos 281 millones de migrantes internacionales, lo que representa el 3.6% de la población mundial. De este volumen de migrantes, 135 millones son mujeres (el 3,5% de la población femenina mundial) y alrededor de 28 millones es población infantil (el 1,4% de la población infantil mundial), 146 millones son hombres (el 3,7% de la población masculina mundial); 169 millones son migrantes con intenciones laborales y 71,2 millones son desplazados internos (62,5 millones debido a conflictos y violencia y 8,7 millones debido a desastres) (OIM, 2024)

Durante décadas, el grupo más grande de migrantes que ha entrado a los Estados Unidos de América proviene de México. La población mexicana en Estados Unidos representa 11% de la población total de ese país. Esta cifra incluye a 11.4 millones de inmigrantes mexicanos y 22.3 millones de individuos nacidos en Estados Unidos que se identifican como mexicanoamericanos. Otros grupos migrantes han encontrado destino en Canadá (81 mil), España (49 mil), Alemania (18 mil) y Guatemala (18 mil) (UPMRIP, 2024), (UPMRIP, 2025)

Las circunstancias a las que se enfrentan los migrantes durante el tránsito por diferentes regiones en busca de su destino, condiciona situaciones de vulnerabilidad como carecer de documentación que certifique su personalidad jurídica, falta de acceso a servicios de atención a la salud, limitados recursos económicos, falta de redes de apoyo social y que pueden impactar en su salud o incluso, agravar padecimientos preexistentes (ACNUR, 2024).

México dispone de experiencia en la asistencia sanitaria en fenómenos antropogénicos sociales atendidos por el equipo de respuesta a contingencias del Gobierno de México. Las misiones realizadas han dejado un acervo de conocimientos y experiencias de aprendizaje invaluable en la coordinación y abordaje estratégico-operativo en la respuesta a la naturaleza de estos fenómenos en materia de salud pública.

Actualmente, existe un contexto de movilidad humana complejo, derivado del endurecimiento de las políticas migratorias y de asilo en Estados Unidos. Esto afecta no solo a los nuevos flujos de personas, sino también a la identificación y expulsión de mexicanas y mexicanos y de personas de todas las nacionalidades en situación irregular en su territorio. Las decisiones y acciones en ese país impactan a México de manera directa.

El fenómeno migratorio en México es creciente y muy desafiante: de acuerdo con la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación, a lo largo de todo el 2024 se contabilizaron más de 1,234,698 eventos de personas en situación migratoria irregular en México (UPMRIP, 2025) y un total de 113,612 eventos hasta mayo del 2025 (UPMRIP, 2025). Además, por su parte, la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) reporta que al cierre de 2024 se habían recibido casi 79,000 solicitudes de refugio en nuestro país (ACNUR, 2024).

Tabla 1. Información sobre población en Movilidad Humana (migración internacional) 2024



Fuente: Elaboración propia basada en (UPMRIP, 2025) Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias 2024. Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2024/Boletin_2024.pdf (OIM,2024) https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd1686/files/documents/2025-07/boletin-de-estadisticas-migratorias-para-mexico-2024_0.pdf

De acuerdo con la Comisión Mexicana de Ayuda a los Refugiados, el incremento de solicitudes de refugio ha sido exponencial, en 2014 México recibió 1.3 mil solicitudes de reconocimiento y en 2023 recibió 141 mil. En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de encuentros de personas migrantes irregulares no mexicanas , particularmente de nacionales de Venezuela, Guatemala, Honduras, Colombia y Ecuador. Esta movilidad involucra flujos mixtos de personas (con y sin necesidades de protección) que ya no están compuestos predominantemente por hombres solos y con baja escolaridad, sino que ahora se conforman por personas con un mayor nivel educativo y con una mayor participación de mujeres y grupos familiares.

Al mismo tiempo, se han observado niveles sin precedentes de personas en movilidad que llegan a México por tierra desde Centroamérica, Sudamérica, África, Europa, Asia y el Medio Oriente. Por ejemplo, en los últimos cinco años aumentó el flujo de personas migrantes irregulares en casi 600%, en donde los estados de Chiapas y Baja California son las principales entidades receptoras.

¹ Encuentros se refieren a interacción entre personas migrantes sin documentación legal y las autoridades o agentes en un país, tanto en el contexto de detenciones como de asistencia en tránsito.

Figura 1. Mapa de eventos de entradas a México según punto de internación, 2024.



Fuente: Tomado de: (UPMRIP, 2025). Estadística sobre movilidad y migración en México. Disponible en: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/tablero_estadistica

México es el tercer país del mundo con mayor número de solicitudes de refugio, únicamente por debajo de EE.UU. y Alemania. De acuerdo con la Comisión Mexicana para los Refugiados, el incremento ha sido exponencial, en 2014 México recibió 1.3 mil solicitudes de reconocimiento y en 2023 recibió 141 mil.

Esto refleja la creciente importancia de México como país de refugio. A esto contribuye el hecho de que, ante las limitaciones para acceder a vías regulares para la movilidad internacional (más allá de las humanitarias) incluso las personas que no requieren protección internacional, recurren al sistema de refugio, como una forma de lograr estancia regular, ya sea con intenciones de transitar hacia Estados Unidos o permanecer en México.

Las expresiones migratorias han tomado, entre otras, la forma de caravanas en recorrido a través del territorio nacional y estas, en muchas ocasiones, dispersan a las personas en diversas entidades y municipios; cada una de esas personas implica consideraciones para la prestación de servicios de salud por la complejidad de la movilidad humana. Las personas en contexto de movilidad presentan una serie de condiciones individuales y contextuales que generan un perfil de salud específico, el cual requiere de un personal de salud que brinde una atención con perspectiva de derechos humanos y equidad.

5. Panorama de salud y la movilidad humana

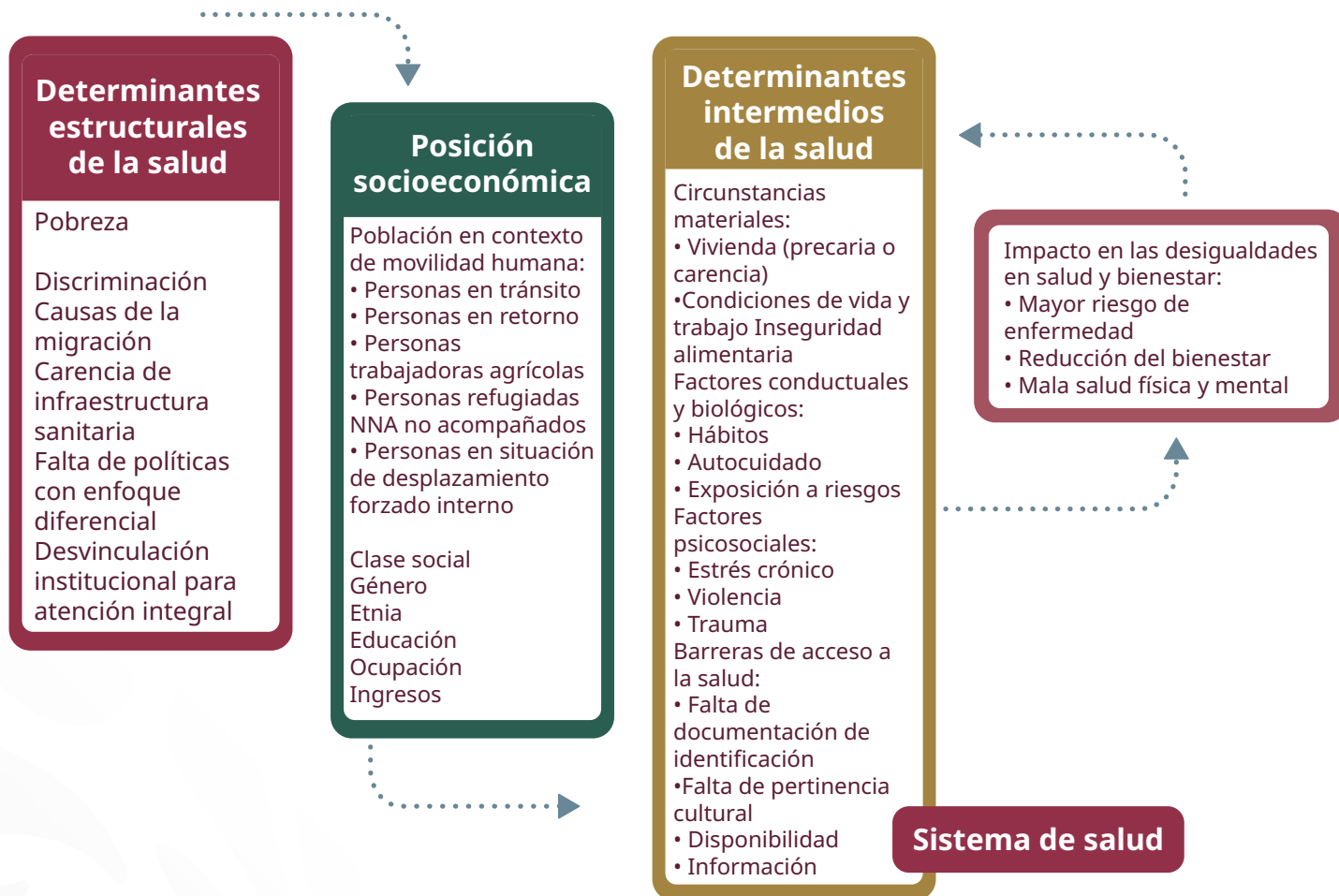
5.1. Acceso limitado a servicios de atención a la salud

Como se mencionó anteriormente, México, como país en donde se reflejan las cuatro dimensiones de la migración, enfrenta desafíos estructurales para garantizar la atención médica a esta población. Las personas en movilidad humana (solicitantes de asilo, refugiadas, retornadas, desplazadas internas, estudiantes, jornaleras agrícolas o en tránsito) enfrentan barreras legales, administrativas, lingüísticas, culturales, geográficas y económicas que limitan su acceso efectivo a los servicios de salud.

Una de las dificultades que enfrentan las personas en movilidad humana durante su trayecto es el acceso efectivo a los servicios de salud; aunque el derecho a la salud en territorio mexicano es para todos, las disposiciones legales o administrativas, están pensadas para salvaguardar a la población en condición migratoria regular y/o ciudadanos, lo que descuida las necesidades de otras situaciones como las personas en tránsito, que no cuentan con documentos de identidad o que no cuentan con algún proceso administrativo para obtener una condición de estancia regular. Por lo anterior, hay casos en los cuales las personas temen ser identificadas, detenidas o deportadas, y pueden ser víctimas de trata o de esclavitud, generando un obstáculo para su acercamiento a los servicios de salud (OMS, 2019).

Aunado a lo anterior, los determinantes estructurales de la salud presentes en esta población como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la violencia, la carencia de vivienda, la discriminación, las condiciones de riesgo en el trayecto migratorio, carencia de infraestructura sanitaria adecuada en albergues y estaciones migratorias, en zonas de tránsito o espacios improvisados, lugar de trabajo o campamentos; la falta de políticas con enfoque diferencial y desvinculación institucional; la descoordinación entre niveles de gobierno y actores del sector salud, por mencionar algunos, están instalados por profundas desigualdades sociales y económicas. También inciden en la falta de acceso a los servicios de salud las barreras administrativas como la falta de documentos de identificación, la falta de pertinencia cultural en la atención, la limitada disponibilidad de servicios de salud en zonas de tránsito, de trabajo agrícola o albergues, la desinformación sobre derechos y acceso a servicios.

Esquema 2. Determinantes sociales de la salud de la población en contexto de movilidad humana



Fuente: elaboración propia, basada en el Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (OMS, 2008)

Estas condiciones generan o agravan enfermedades transmisibles y no transmisibles. Suponen una mayor incidencia de enfermedades transmisibles, deterioro de la salud mental, afecciones gineco-obstétricas, embarazos no planificados, complicaciones por enfermedades no transmisibles o crónicas, o bien, accidentes no atendidos con la continuidad adecuada, profundizando la exclusión y desigualdad en el acceso a la salud. Los anteriores, son problemas estructurales que requieren un enfoque de salud pública integral, con participación intersectorial y coordinación nacional e internacional entre instituciones, además de políticas públicas con enfoque de derechos humanos, género, equidad y pertinencia cultural.

En México, los principales obstáculos para el acceso a los servicios de atención de la salud son: diferencias idiomáticas y culturales, discriminación, trabas administrativas, condiciones de vida adversas y falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud (OMS, 2019). Esto último se ve reflejado en una tendencia al rechazo de esta población en los servicios de salud debido a la nacionalidad y estatus migratorio, motivado por el estigma y la discriminación. El acceso efectivo a la atención médica depende del reconocimiento del derecho universal a la salud, en consonancia con instrumentos internacionales (Convención sobre los Derechos de los Trabajadores

Migrantes, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros). Es importante mencionar que otra de las causas de rechazo en las unidades de salud es el desconocimiento de cierto personal con respecto a que el artículo 4° de la CPEUM determina que toda persona que acude a una unidad de salud debe ser atendida, sin importar su derechohabencia, nacionalidad o estatus migratorio, y el prohibir la atención a falta de documentación se convierte en una barrera de acceso.

OIM 2024, se identifican las siguientes brechas principales: solo el 18% de los albergues cuenta con servicios de salud permanentes, el 67% de las personas migrantes atendidas reportaron haber tenido necesidad de atención médica durante el tránsito, el 38% no pudo acceder a los servicios por falta de información, miedo, discriminación o no contar con documentación (OIM, 2024). Demostrando cómo estas barreras continúan perpetuando la desigualdad y la falta de cumplimiento del derecho a la salud de esta población.

Niñas, niños y adolescentes (NNA) en condición de movilidad humana

La UNICEF estima que en el mundo hay 36 millones de NNA en movilidad, es decir, uno de cada 66 NNA viviendo fuera de su país de nacimiento. En México destaca un incremento de aquellos que intentan cruzar el territorio nacional con destino a los Estados Unidos, y se observa el alza de la población de menores de edad que viajan solos. La Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, en su boletín estadístico reporta que 11,306 NNA se identificaron en situación migratoria irregular, en el periodo de enero a junio de 2025, de los cuales 50 se encontraban no acompañados (UPMRIP, 2025).

Este grupo poblacional, especialmente aquellos en situación migratoria irregular, enfrenta barreras significativas para acceder a servicios de salud; algunas de ellas son: falta de documentación de identificación, desconocimiento de sus derechos, discriminación, barreras de comunicación, desconfianza en el sistema de salud, estigmatización, condiciones de vida insalubres e impacto psicosocial por separación de sus familias, desarraigo cultural y la incertidumbre sobre su futuro. Por ello, la atención a la salud de las NNA requiere un enfoque integral que aborde las necesidades físicas, emocionales y sociales.

Derivado de lo anterior, es necesario que el personal de salud que otorga servicios y procesos de apoyo cuente con las herramientas, habilidades de comunicación y conocimientos básicos sobre los derechos de NNA en movilidad, las etapas de desarrollo y las características de NNA para otorgar un acompañamiento digno, empático, seguro y respetuoso según sus necesidades particulares. En caso contrario, implicaría el mantenimiento de los efectos negativos en la salud de NNA, aumento de la vulnerabilidad y la reproducción de ciclos de exclusión.

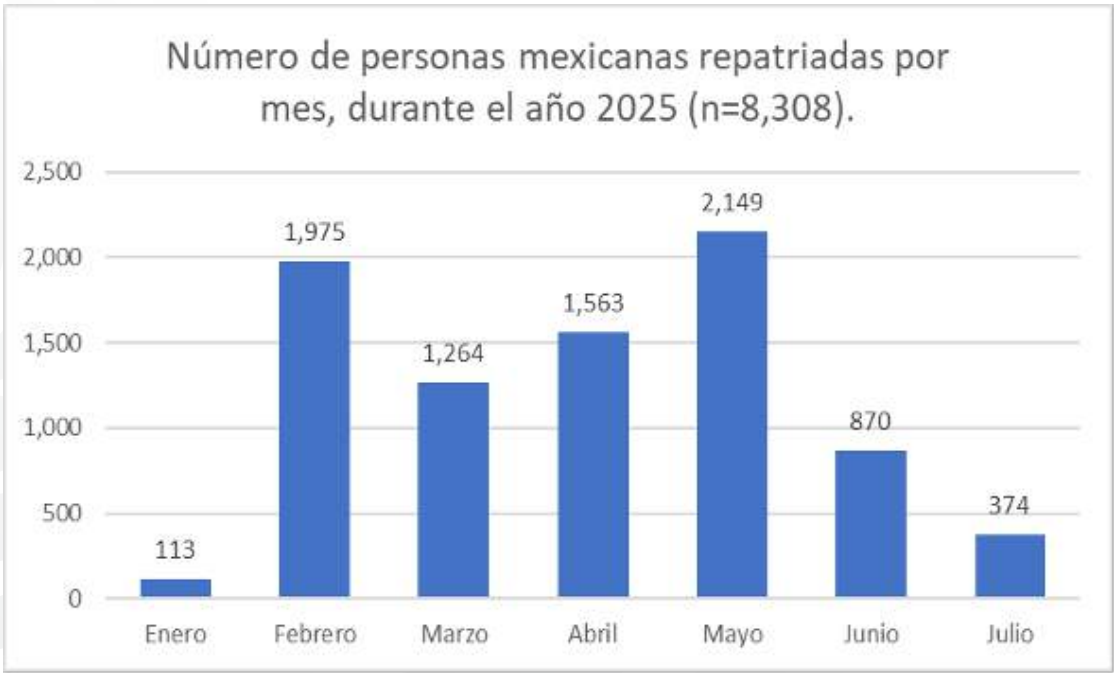
En respuesta a estas situaciones la Secretaría de Salud publicó la *“Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana”*, con el propósito contribuir al desarrollo de habilidades de las y los profesionales de la salud y personal que trabaja en espacios con personas en movilidad, para que sean capaces de aplicar o solicitar acciones preventivas, atención de primer contacto y derivación hacia la atención especializada en salud, con apego a un trato digno y al interés superior de la niñez (CENSIA, 2023).

Cabe anotar que las acciones se enmarcan en el artículo 3, párrafo 1, de la Convención sobre los Derechos del Niño otorga al niño el derecho a que se considere y tenga en cuenta de manera primordial su interés superior en todas las medidas o decisiones que le afecten, tanto en la esfera pública como en la privada. La plena aplicación del concepto de interés superior del niño exige adoptar un enfoque basado en los derechos, en el que colaboren todos los intervinientes, a fin de garantizar la integridad física, psicológica, moral y espiritual holísticas del niño y promover su dignidad humana (Naciones Unidas, 2013).

Connacionales repatriados

Los migrantes mexicanos que han sido repatriados de Estados Unidos y Canadá enfrentan diversas dificultades para acceder a los servicios de salud a su regreso y representan un desafío para el sistema de salud mexicano, debido a que el perfil epidemiológico es distinto al de la población mexicana que reside en nuestro país. De ahí la importancia de brindarles atención médica a su regreso al territorio mexicano y asegurarles una continua cobertura de la misma. Debido a los recientes cambios de la política migratoria en los Estados Unidos de América, durante el año 2025, se han recibido 8,308 personas mexicanas repatriadas, 81% en dos aeropuertos de Tabasco, 12% en Chiapas y 7% en el aeropuerto del Estado de México. Y tan solo, en el último año, de octubre de 2024 a octubre de 2025, la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) ha atendido de forma directa 68 casos de repatriación de connacionales enfermos graves, a través del IMSS-Bienestar, los Institutos Federales y la CONASAMA, y ha tenido conocimiento de 41 casos más gestionados por los consulados de México ante los SESA.

Gráfica 1. Número de personas mexicanas repatriadas por mes en el primer semestre de 2025



Fuente: elaboración propia DGE/DIOE/ con corte a 15 julio de 2025

Los mexicanos que emigraron a Estados Unidos y Canadá representan un sector vulnerable en términos de salud, debido a la existencia de barreras significativas para navegar en el sistema de salud de los respectivos países, además, en muchas ocasiones, no priorizan la búsqueda de atención médica debido al temor a la deportación, los obstáculos financieros a causa de empleos de bajos ingresos sin seguro médico, trabajos riesgosos y los altos costos de la atención en ese país. Por ello, dentro de esta población existe una alta prevalencia de ciertas enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, sobrepeso u obesidad; asimismo, destaca el incremento de casos con problemas de salud mental derivados del consumo de sustancias, depresión, ansiedad y violencia. Por ello, a su regreso existe la necesidad de brindar tratamientos a largo plazo, medicamentos recetados y hospitalizaciones en el caso de enfermedades complejas y crónicas.

Personas en situación de desplazamiento forzado interno (DFI)

El DFI no es un fenómeno reciente en nuestro país; existen casos documentados por la sociedad civil, la academia y organismos internacionales desde la década de los 70. Uno de los retos de este tipo de movilidad humana es que actualmente no existen cifras oficiales, lo que imposibilita conocer sus dimensiones, así como las características de las personas que se encuentran en esta situación (UPMRIP, 2024). La adopción de una definición oficial dentro de la legislación nacional de “persona en situación de desplazamiento forzado” permitiría identificar a las personas que necesitan asistencia y, en consecuencia, aplicar las leyes y políticas relativas a su situación migratoria. Aunque cabe destacar que las PDFI siguen siendo ciudadanas o residentes habituales de su país y tienen derecho a la protección y a la asistencia sobre esa base.

A pesar de la existencia de múltiples esfuerzos para lograr un abordaje de las necesidades de salud de esta población, aún es insuficiente la coordinación interinstitucional e intersectorial para cubrirlas. Además, la presencia de lagunas jurídicas y administrativas complica la actividad operativa del personal y hace complejo el cumplimiento de la atención universal. En consecuencia, los PDFI se han visto seriamente vulnerados, y eliminar las barreras de acceso a los mismos es una tarea fundamental por parte del sistema de salud.

5.2. Exposición a riesgos individuales y comunitarios para la salud

El contexto de movilidad dificulta el fortalecimiento de habilidades individuales y comunitarias para el autocuidado de la salud, debido a condiciones sociales, económicas y ambientales marcadas por inseguridad, la inestabilidad y los cambios constantes. Esta combinación de factores impide la consolidación de capacidades que permitan a las personas en movilidad humana gestionar activamente su salud.

Uno de los principales obstáculos para el acceso a los servicios de atención de salud es la falta de información sobre los derechos en materia de atención a la salud (OMS, 2019), lo que implica el desconocimiento del derecho a la salud y su universalidad, colocando a los migrantes en una posición aún más vulnerable, ya que no solo se enfrentan a las barreras de acceso, sino que no logran visualizarlas como tal.

También existe una baja capacidad de comunicación de riesgos surge de la falta de adaptación de los mensajes sanitarios a la diversidad lingüística y cultural de la población migrante, junto con procesos formales débiles para coordinar su difusión desde instancias estatales y locales. Esto genera una percepción de riesgo distorsionada y dificulta la adopción de conductas preventivas. Como consecuencia, se incrementan los contagios, eventos de salud inesperados y la transmisión de información errónea entre comunidades migrantes, afectando la respuesta colectiva ante situaciones de emergencia.

La Secretaría de Salud cuenta con los Laboratorios Nacionales de Comunicación de Riesgos, los cuales integran acciones para la identificación de riesgos en salud para la población, el monitoreo de noticias en medios en tiempo real y la escucha social a través de medios digitales para conocer sus necesidades de información y poder crear estrategias adecuadas que puedan generar cambios de comportamiento en la población que está en riesgo. Así como identificar noticias falsas, rumores o los mensajes que causan desinformación, ya que este tipo de mensajes puede interferir con la adopción de medidas de prevención, inducir pánico o apatía y favorecer la toma de decisiones equivocadas que pueden dañar la salud.

Las ferias de salud específicas para personas migrantes tienen escasa frecuencia y cobertura, lo que limita el acceso a servicios preventivos y atención oportuna. Estas limitaciones se asocian principalmente con la falta de estrategias institucionalizadas, baja coordinación interinstitucional y ausencia de indicadores específicos. Como consecuencia, se observan brechas relevantes en la cobertura de vacunación, nulo control de enfermedades crónicas y poca información sobre servicios disponibles.

Tabla 2. Número de Atenciones a población migrante, número de Albergues y ferias de Promoción de la Salud para Población Migrante, 2018 a 2025

Año	Número de atenciones otorgadas a población Migrante	Número de Albergues validados como entorno promotores de la salud	Número de Ferias para población Migrante
2018	698,082	25	228
2019	659,180	31	216
2020	407,862	22	146
2021	539,036	25	181
2022	619,095	27	207
2023	689,221	18	221
2024	997,113	25	235
2025	708,195	1	108
Total	5,317,784	174	1,542

Fuente: Cubos dinámicos. Servicios Otorgados (2024 y 2025 información preliminar), disponible en: http://dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_serviciossis_gobmx.html
Registros internos de la DGPSP.

Sin embargo, como se muestra en la tabla 2, de 2018 a 2025, se han realizado acciones de promoción de la salud en beneficio de la población en contexto de movilidad humana. Las ferias de salud son una herramienta eficaz para el acceso inmediato a servicios básicos. Sistematizar estas acciones desde un enfoque intersectorial, puede mejorar los indicadores de prevención y reducir riesgos sanitarios en la población migrante. Son una estrategia sostenible, económica y de gran impacto, especialmente si se adaptan a las características socioculturales de la población migrante. Para lograr la validación adecuada de 174 albergues como “promotores de la salud” fue necesaria una combinación, mediante una red articulada, de estándares sanitarios, monitoreo epidemiológico y capacitación constante con enfoque en determinantes sociales y salud. Con la finalidad de mitigar riesgos críticos en salud y proteger especialmente a mujeres y familias que habitan esos entornos.

Motivos de atención médica

Las personas en contexto de movilidad humana enfrentan múltiples riesgos y daños a la salud durante su trayecto, además de la carga individual de enfermedades preexistentes. Esto exige una respuesta integral que incluya atención médica, así como acciones de prevención y control de riesgos y enfermedades durante todo su recorrido. Durante el tránsito o la estancia en campos agrícolas, la exposición a riesgos se incrementa, debido a condiciones climáticas extremas, accidentes, presencia de fauna ponzoña y fauna que funge como vector. Sumado a esto, existe una mayor transmisión de enfermedades, complicaciones de enfermedades no transmisibles sin tratar y afectaciones a la salud mental derivadas de las rutas, condiciones y circunstancias propias de la condición de movilidad humana.

Tabla 3. Motivos de consulta de la población migrante registrados en el Sistema de Información para Emergencias en Salud, 2019 a 2023.

Motivos de consulta		Chiapas	Chihuahua	Tabasco	Veracruz	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	16,257	8,083	3,455	1,841	29,636
2	Dermatosis (micosis)	4,357	1,339	402	170	6,268
3	Conjuntivitis	1,527	375	160	28	2,090
4	Enfermedad diarreica aguda	3,822	937	211	46	5,016
5	Infecciones de vías urinarias	1,720	573	168	76	2,537
6	Atención a embarazadas	563	1,195	126	61	1,945
7	Consulta a sanos	6,693	13,289	3,346	431	23,759
8	Hipertensión arterial	565	2,293	69	55	2,982
9	Diabetes mellitus	211	2,124	34	30	2,399
10	Parasitosis	2,674	516	36	67	3,293
11	Varicela	0	10	11	17	38
12	Enfermedades de transmisión sexual	112	58	8	0	178
13	Dengue Prob.	48	0	9	2	59

Motivos de consulta		Chiapas	Chihuahua	Tabasco	Veracruz	Total
14	Otras enfermedades no transmisibles	0	12,227	1,745	1,018	14,990
15	Traumatismos / lesiones	193	304	0	173	670
16	COVID-19	0	9	5	5	19
17	Síndrome febril	0	222	0	0	222
18	Otros	22,028	0	0	0	22,028
Total		60,770	43,554	9,785	4,020	118,129

Fuente: SIESAS. Periodos de información (Chis. 2019-2020; Chihuahua 2019-2023; Tabasco 2019-2020 y Ver. 2019-2022). (DUED)

Exposición a riesgos sin acceso a medidas preventivas y sin continuidad en la atención

El proceso migratorio expone a las personas en contexto de movilidad humana a nuevos riesgos sanitarios, particularmente en materia de enfermedades transmisibles, especialmente, las transmitidas por alimentos y agua. Estas se relacionan tanto con los peligros inherentes al trayecto, como con factores propios del país de acogida relacionados con las malas condiciones de vida y de trabajo, y el acceso limitado a servicios esenciales de atención de salud, en especial a las actividades de prevención, como lo es la vacunación. Además, la falta de acceso a medicamentos y la gestión deficiente de los tratamientos favorecen el desarrollo de resistencia a los antimicrobianos (OMS, 2019).

Por otra parte, las enfermedades no transmisibles representan un reto distinto. En el contexto de la movilidad humana, el acceso a servicios de salud para la detección es mínimo y, cuando la persona cuenta con un diagnóstico previo, la continuidad del tratamiento y el control clínico pueden parecer prácticamente inviables durante el trayecto. Esta exposición acumulada a riesgos, sin acceso oportuno a medidas preventivas o a continuidad en la atención, refuerza la necesidad de fortalecimiento de estrategias de prevención.

5.3 Prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles

Enfermedades no transmisibles

México enfrenta una doble carga sanitaria una alta prevalencia de enfermedades cardiometabólicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias) y de enfermedades transmisibles, aunado a un creciente flujo migratorio que incluye personas en situación de tránsito, destino, retorno o refugio. Esta combinación representa un desafío para el sistema de salud, que debe responder de manera oportuna, inclusiva y continua a las necesidades de atención de poblaciones móviles con enfermedades crónicas no transmisibles.

La prevalencia de diabetes en adultos mexicanos es de 12.8%, la hipertensión arterial alcanza el 49.4%, y más del 75% de la población de 20 años y más vive con sobrepeso u obesidad (ENSANUT 2021). Por las condiciones de movilidad, es probable que las personas migrantes con una enfermedad cardiometabólica encuentren barreras de acceso a un diagnóstico oportuno, al seguimiento y tratamiento con medicamentos.

Tabla 4. Morbilidad Egresos Hospitalarios en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, 2024.

Población general			Migrantes nacionales y retornados		Migrantes internacionales	
Principales causas de morbilidad		Total	Principales causas de morbilidad	Total	Principales causas de morbilidad	Total
1	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	373,713	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	61,728	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	2,112
2	Parto único espontáneo	301,868	Parto único espontáneo	50,493	Parto único espontáneo	1,884
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	226,639	Tumores malignos	44,393	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1,539
4	Tumores malignos	206,931	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	41,140	Tumores malignos	979
5	Insuficiencia renal	142,514	Insuficiencia renal	29,951	Aborto (solo morbilidad)	672
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	103,272	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	20,559	Apendicitis	350
7	Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	95,777	Colelitiasis y colecistitis	15,434	Enfermedades del corazón	334
8	Colelitiasis y colecistitis	78,710	Enfermedades del corazón	14,232	Insuficiencia renal	275
9	Aborto (solo morbilidad)	72,897	Diabetes mellitus	13,156	Colelitiasis y colecistitis	244
10	Diabetes mellitus	62,771	Aborto (solo morbilidad)	13,014	Neumonía e influenza	234
Otras		700,178	Otras	129,661	Otras	3,100
Total		2,365,270	Total	433,761	Total	11,723

Fuente: Egresos Hospitalarios cubos dinámicos 2024, disponible en:
http://dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

El estudio Factores de riesgo cardiovascular en mexicanos de clase media: Estudio Lindavista. Datos basales (Meaney, & et al. , 2013), reportó que el 27.6 % de adultos (≥ 20 años) tiene multimorbilidad cardiometabólica (dos o más enfermedades) La prevalencia aumenta con la edad, 12.5 % entre 20-39 años, 35.2 % entre 40-59 años y 44.5 % en ≥ 60 años. En población urbana de clase media, 50 % con sobrepeso, 24 % obesidad; el 32 % fuma y 32 % presenta hipertensión, de los cuales solo el 20 % están controlados. El síndrome metabólico presente en 50 %; 6 % con diabetes y 14 % con resistencia a insulina.

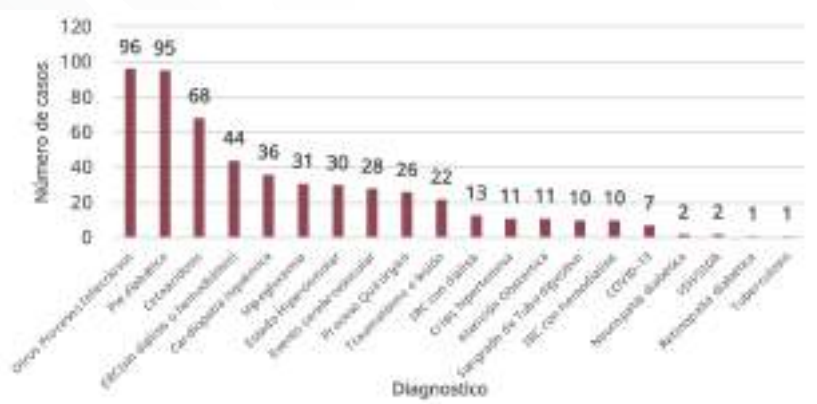
En comparación, las personas migrantes retornadas tenían mayores proporciones de hipertensión (17.3%), obesidad (22.8%), diabetes (12%) y enfermedad cardíaca previa (6.9%), en comparación con no migrantes (13.1% hipertensión, 19% obesidad, 9.9% diabetes, 3.6% enfermedad cardíaca).

A pesar de calificarse históricamente en mejor estado de salud, las persona en condición de retornadas muestran mayores tasas de estas condiciones crónicas que implican riesgo cardiometabólico (Ullmann, Goldman, & Massey, 2011). Aunado a lo anterior la población inmigrante mexicana en EE. UU. desarrolla factores de riesgo cardiometabólico asociados con estilos de vida menos saludables. Muchos connacionales regresan a México para atención médica, lo que refleja un acceso desigual y riesgo en el cuidado de estas enfermedades. Otro estudio con población centroamericana en tránsito, los factores de riesgo más prevalentes fueron el consumo de tabaco y alcohol, especialmente entre jóvenes, mientras los adultos mayores tenían más diagnósticos de enfermedades crónicas pero mejor control bioquímico (Santillán Moreno, 2020).

Las condiciones en las que se da el tránsito, como mala alimentación, estrés físico y mental, y la falta de acceso a agua potable, podrían constituirse como factores de riesgo; además, la inaccesibilidad de los servicios sanitarios para el seguimiento de enfermedades cardiometabólicas como diabetes e hipertensión, influye en el incremento del riesgo de enfermedades.

En cuanto a la Vigilancia epidemiológica hospitalaria de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), de 2021 a 2025 con corte al primer trimestre, se han notificado 816 casos. El grupo de edad más afectado fue el de 50 a 54 años para el sexo masculino y 60 a 64 años para el sexo femenino. La Hipertensión Arterial constituyó la comorbilidad más frecuentemente reportada en los casos de DMT2 en el 55.15%; seguida por obesidad 15.32% y Enfermedad Renal Crónica (ERC) 12.99%. El 28.78% de los casos refirió recibir manejo con insulina, siendo la insulina Glargina la más utilizada. Con respecto al tiempo de uso la mediana fue de 8 meses. Los procesos infecciosos fueron el diagnóstico de ingreso hospitalario más frecuente.

Gráfica 2. Distribución de casos de personas migrantes con DMT2, por diagnóstico de ingreso, SVEDMT2 2021-2025²



Fuente: elaboración propia DGE.

² Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus Tipo 2. (SVEDMT2), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Las principales causas de hospitalización identificadas a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de DMT2 son procesos infecciosos, pie diabético, cetoacidosis y enfermedad renal crónica.

Las patologías como la DM y la hipertensión, así como los cuidados durante el embarazo y puerperio, requieren un monitoreo constante, un cuidado nutricional, y en el caso de los pacientes que utilizan insulina, esta requiere refrigeración, por lo que la población en situación de movilidad se encuentra en mayor riesgo de complicaciones secundarias a su patología, derivado de las condiciones en las que transitan o viven y que no cuentan con los medios para dar continuidad a su tratamiento, como contar con un refrigerador o un centro de salud que provea de manera constante sus medicamentos y consultas de control, propiciando las complicaciones del paciente el cual llega al hospital con complicaciones propias de su patología base.

En relación con las enfermedades no transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica en la población en situación de movilidad, durante el año 2024 y 2025, con corte al 1er trimestre, no se han recibido notificaciones de muerte materna. Respecto a la morbilidad materna extremadamente grave, en los últimos seis años se tiene registro de 551 casos, predominando las enfermedades hipertensivas como principal causa.

En cuanto a los defectos al nacimiento, se han reportado un total de 53 casos en hijos de madres en contexto de movilidad del 2021 al 2025. Chiapas es la entidad con mayor número de notificación de casos (11). Siendo Guatemala y Honduras los países de origen con mayor número de casos.

En cuanto a las enfermedades bucales, la caries dental y las enfermedades periodontales, presentan una alta prevalencia en la población general. La caries dental avanzada puede complicarse, generar dolor o infección, enfermedades periodontales, pérdida dental, lesiones bucales no diagnosticadas, dificultades para comer y hablar, así como pérdida de la función masticatoria, y estas tienden a agravarse con el paso del tiempo si no se atienden oportunamente.

Lo cual impacta negativamente en la nutrición, el bienestar general y la calidad de vida. Estas enfermedades no suelen ser atendidas en personas en contexto de movilidad humana, debido a barreras de acceso a los servicios de salud bucal para prevención, diagnóstico y atención oportuna. Adicionalmente, esta población enfrenta un acceso limitado a insumos básicos de higiene bucal, lo que incrementa su vulnerabilidad.

Considerar la salud bucal como un componente esencial del derecho a la salud en esta población es fundamental para reducir desigualdades, prevenir complicaciones y garantizar un enfoque integral y humanitario en la atención.

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles continúan representando un riesgo significativo para la población en movilidad, dada su alta exposición y las limitaciones en acceso a medidas preventivas. Al 30 de junio de 2025, se han notificado 5,550 casos confirmados de enfermedades transmitidas por vector, además 15 casos importados de paludismo 1,601 casos confirmados de enfermedades prevenibles por vacunación; 3,124 casos importados o asociados a importación de sarampión y 16,221 casos confirmados de enfermedades respiratorias.

Es necesario fortalecer la identificación de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica mediante la identificación oportuna de casos y brotes de enfermedades transmisibles, por ejemplo, sarampión y paludismo, en unidades médicas o en puntos de atención a personas en situación de movilidad. El principal reto radica en la falta de unidades médicas o puntos de atención estratégicos para que esta población cuente con monitoreo y seguimiento continuo, lo que limita la interrupción de cadenas de transmisión y aumenta el riesgo de dispersión, así como la introducción de padecimientos emergentes y reemergentes.

Aunado a lo anterior para mantener la vigilancia por laboratorio de los padecimientos que forman parte del Marco Analítico Básico (MAB) y otros de interés para la salud pública a través de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP) en la población en contexto de movilidad humana, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE), bajo el liderazgo de la DGE coordina el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual permite detectar los daños y riesgos para la salud de la población en materia de Salud Pública y uno de sus componentes importantes es la vigilancia por laboratorio. Genera información de alerta temprana y respuesta, ante la presencia de agentes patógenos emergentes y/o reemergentes en el contexto nacional e internacional.

Los 31 padecimientos considerados en el MAB con lineamientos de laboratorio emitidos por el InDRE, son: enfermedad de Chagas, leishmaniasis, paludismo, dengue, chikungunya, Zika, entomología, brucelosis, leptosirosis, rabia, tuberculosis, cólera (alimentos y humanas), salmonelosis, shigelosis, influenza, identificación de *Haemophilus influenzae*, meningococo, neumococo, rotavirus, rubéola, sarampión, tos ferina, VIH, hepatitis A, B, y C, sífilis, cáncer cérvico-uterino, rickettsiosis y covid-19 (SARS-CoV-2).

El InDRE es un pilar en la respuesta ante eventos que ponen en riesgo la salud de la población en el territorio mexicano, destaca su rectoría a nivel nacional y su colaboración en las Américas en el marco del diagnóstico durante la pandemia por covid-19 (causada por SARS-CoV-2), la infección por mpox y casos de meningitis de etiología micótica por *Fusarium solani*, entre otros. El mantener al recurso humano de la RNLSA actualizados y transfiriéndoles la metodología de vanguardia, permite dar la cobertura diagnóstica de los principales padecimientos de importancia en Salud Pública en México y aquellos emergentes y/o reemergentes.

Dado el incremento en el número de personas en contexto de movilidad humana en el territorio mexicano, es indispensable fortalecer la vigilancia epidemiológica por laboratorio en la RNLSA garantizando diagnósticos de laboratorio de Salud Pública oportunos y confiables. Lo anterior derivado de la probabilidad del incremento del riesgo de introducción en el territorio nacional de enfermedades transmisibles (en eliminación o erradicación), emergentes y/o reemergentes capaces de generar brotes de gran magnitud.

Movilidad humana y el VIH

La transmisión de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) es un tema de salud pública mundial que afecta a millones de personas, específicamente a las consideradas poblaciones clave, dentro de las que se encuentran hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, personas que ejercen el trabajo sexual, parejas de personas con VIH que no están en tratamiento y personas usuarias de sustancias inyectables, personas privadas de su libertad y personas en movilidad. Teniendo repercusiones negativas en el diagnóstico, vinculación a los servicios de salud y tratamiento y por ende en la calidad de vida de las personas.

La población migrante en México es un grupo heterogéneo y en constante movimiento, caracterizado por diversas trayectorias, nacionalidades y necesidades. En el caso de la prevención y atención continua del VIH y otras ITS en población en situación de movilidad, con base en los registros en el SALVAR, se identifica que históricamente se han dado atenciones a 2,674 personas desde el 2007 hasta el segundo trimestre del 2025 de las cuales 800 personas se encuentran actualmente recibiendo atención en alguna de las unidades de salud especializadas y podemos destacar los siguientes puntos:

- El volumen y flujo constante, 800 personas registradas con estatus activo en SALVAR como población migrante que transita o reside en el país. Es importante reconocer que esta cifra representa solo una fracción del flujo migratorio real, el cual es dinámico y varía según factores socioeconómicos y políticos tanto en los países de origen como en los de destino.
- En la composición demográfica, el sexo que predomina es el masculino (Hombres 620, Mujeres 158), aunque se observa la presencia de mujeres trans (21) y hombres trans (1), lo que subraya la necesidad de un enfoque de salud inclusivo y sensible a la diversidad de género.
- El rango de edad, como ya se ha estudiado la población migrante se concentra en los grupos de edad productivos, en este caso los registros particularmente oscilan en las personas entre los 18 y 50 años (más de 70% de los registros). Esto sugiere una población joven y económicamente activa, pero también expuesta a riesgos asociados con el tránsito y las dificultades para la inserción laboral. La baja representación en los extremos de edad (0-17 y >60) puede indicar dinámicas migratorias que privilegian la fuerza laboral.

La distribución geográfica de los registros en México, están concentrados mayormente en Chiapas (324), lo que confirma como indicador clave que el sur del país es un punto de entrada y tránsito crucial para la población migrante. Estados como Nuevo León, Estado de México y Jalisco también presentan registros, posiblemente por ser destinos o puntos de paso hacia la frontera norte. Esta distribución geográfica implica desafíos logísticos y de recursos para la provisión de servicios de salud.

El fenómeno de la movilidad humana y la atención al VIH son complejos y multidimensionales. No se puede afirmar que la migración por sí misma sea un factor de riesgo en sí mismo para contraer el VIH, sino que las condiciones de vulnerabilidad asociadas al proceso migratorio, se supone que pueden aumentar el riesgo de exposición y limitar el acceso a servicios de prevención, detección y tratamiento. Durante el trayecto, las personas pueden enfrentar situaciones de violencia sexual, coacción, y tener acceso limitado a métodos de prevención (condones, PrEP). La necesidad de recursos económicos puede llevar a la participación en trabajo sexual transaccional, aumentando la vulnerabilidad.

Existe una alta probabilidad de que por las condiciones de la movilidad humana haya una interrupción de tratamiento antirretroviral (TAR) en las personas que ya viven con VIH debido a la falta de continuidad de los servicios de salud, suministro de medicamentos, barreras idiomáticas, o el temor a la discriminación y la deportación. La doble estigmatización (por ser migrante y por vivir con VIH) es una barrera significativa para buscar atención, detección o tratamiento para el VIH. Esto puede llevar a la progresión de la enfermedad y al desarrollo de resistencias a los medicamentos.

Otros de los aspectos desafiantes en la movilidad constante es que dificulta la implementación de campañas de prevención y sensibilización dirigidas específicamente a esta población. La falta de acceso a información en su idioma o culturalmente sensible también configura una barrera para la atención a la salud. Por otra parte, en el contexto de la movilidad se dificulta la realización de pruebas de detección de VIH de forma sistemática, la vigilancia epidemiológica y seguimiento de casos positivos. Los datos sobre prevalencia de VIH en poblaciones migrantes en México son fragmentados, lo que limita una comprensión precisa del panorama epidemiológico. Sin embargo, estudios de CENSIDA han señalado que la migración es un eje de interés y que las condiciones de la migración, más que el proceso en sí, determinan la exposición a riesgos.

Esta Estrategia de la Secretaría de Salud es una herramienta fundamental para abordar estas vulnerabilidades. La garantía de acceso a la atención médica sin importar la condición migratoria, la coordinación interinstitucional y el enfoque en derechos humanos, son pilares clave para mejorar la respuesta al VIH en esta población. La inclusión de la salud mental y el tratamiento de comorbilidades como la hepatitis son también elementos cruciales para una atención integral.

De acuerdo a los registros en el Sistema de Administración, Logística y vigilancia de ARV (SALVAR), la población migrante que vive con VIH en México, actualmente se encuentran registradas 800 personas con estatus activo en el SALVAR, clasificadas por sexo e identidad de género. Del total, se observa que la mayoría son hombres (620), superando significativamente a las mujeres (158). En cuanto a las identidades trans, hay una menor representación, con 21 mujeres trans y 1 hombre trans.

Tabla 5. Número de personas en contexto de movilidad (migrantes) que viven con VIH registradas en el SALVAR por rango de edad acumuladas al 2° trimestre de 2025

Rango de edad	Número de personas
0 a 17 años	6
18 a 30 años	204
31 a 40 años	324
41 a 50 años	175
51 a 60 años	56
61 a 70 años	23
71 a 80 años	2
Total	800

Fuente: SS/CENSIDA/SALVAR/Corte 14 de julio de 2025

De acuerdo con la información registrada, se observa una concentración significativa de personas en los rangos de edad productiva. El grupo más numeroso corresponde a las edades de 31 a 40 años, con 324 personas. Le sigue de cerca el rango de 18 a 30 años, con 204 personas, y luego el de 41 a 50 años, con 175 personas. Los rangos de edad más jóvenes (0-17 años) y los de mayor edad (51-80 años) muestran una representación considerablemente menor. Específicamente, hay solo 6 personas en el rango de 0 a 17 años, y la cantidad disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, con 56 personas entre 51 y 60 años, 23 entre 61 y 70 años, y únicamente 2 personas entre 71 y 80 años.

Existe notable concentración de registros en unas pocas entidades. Chiapas destaca con 324 personas registradas, lo que representa una parte muy significativa del total. Le siguen Nuevo León con 95 registros, el Estado de México con 74, y Jalisco con 57. La Ciudad de México también presenta un número considerable de registros, con 31 personas. Por otro lado, la mayoría de las entidades federativas tienen una cantidad menor de personas registradas. Hay cuatro estados con un solo registro (Aguascalientes, Campeche, Michoacán y Tlaxcala), y otros como Durango, Morelos y Zacatecas con solo dos. La distribución muestra una clara disparidad, con un número limitado de entidades concentrando la mayor parte de los registros, mientras que el resto tiene una participación mucho menor.

La mayoría de las personas registradas provienen de Venezuela, con 155 individuos, seguido de cerca por Cuba con 135 y Honduras con 107. Un grupo considerable de 89 personas se clasifica bajo "Otros países no registrados", indicando la presencia de diversas nacionalidades con poca representación individual. Otros países latinoamericanos y caribeños también tienen una presencia significativa, como Colombia (66), Guatemala (57), Haití (47) y El Salvador (40). Estados Unidos es el país no latinoamericano con mayor número de registros, con 33 personas.

Movilidad humana y tuberculosis

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial; la OMS ha declarado que la TB es la principal causa de muerte en el mundo provocada por un agente infeccioso, y una causa importante de defunciones relacionadas con resistencia a los antimicrobianos. Al ser una enfermedad infecciosa en la que su principal forma de transmisión es aérea, aunado a la transición epidemiológica, demográfica y los determinantes sociales que favorecen su presentación, como es la movilidad humana y el acceso limitado a servicios de salud en su trayecto en tránsito y destino, perpetúan la cadena de transmisión en esta población y en todos los contactos en la movilización que realizan un territorio.

En 2023, a nivel mundial, 10,8 millones de personas contrajeron TB. En México 2024, se notificaron 28,301 casos (87.1% casos nuevos susceptibles, 2.8% casos nuevos resistentes, 5.3% recaídas, 4.5% reingresos y 0.3% sin dato). La localización de la enfermedad más frecuente es la pulmonar (80.9%) de gran importancia en salud pública, ya que es la que perpetúa la cadena de transmisión. Si hablamos de comorbilidades, la diabetes es la más frecuente (30% en los casos sensibles de TB y en más del 50% de los casos con alguna resistencia). En el programa realizamos referencias con EEUU, de 2019 a 2024 se han registrado 1,371 personas referidas de este país a México para continuar su tratamiento, siendo mayormente en los siguientes estados: Baja California (25.8%) y Sonora (9.7%).

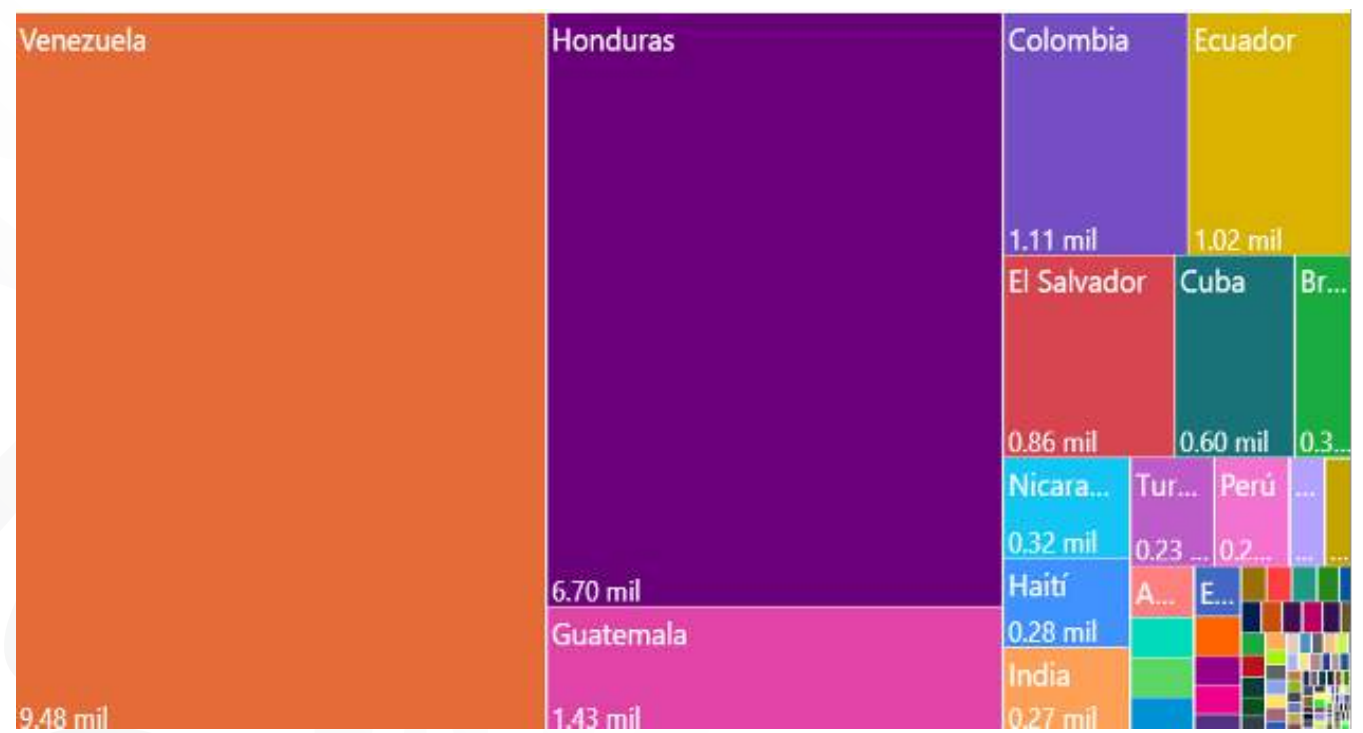
Las personas en contexto de movilidad, la falta de tratamiento de comorbilidades y el estigma hace de estas personas una población prioritaria, que requiere contar con un tamizaje a su ingreso al país, mediante un algoritmo diagnóstico (cumplimiento de definición operacional), de cumplirlo realizar una prueba rápida de biología molecular que permita identificar en dos horas complejo M³. tuberculosis, y resistencia a fármacos de primera y segunda línea. Ya que estas personas, por los movimientos poblacionales que realizan, contar con un diagnóstico rápido e ingresarlos a tratamiento y solicitar que no se desplacen hasta completar esquema de tratamiento de enfermedad por tuberculosis; o dar alternativas y recomendaciones estrictas para su tratamiento durante el tránsito, permitiría lograr un control de la tuberculosis al estudiar también a sus contactos, para identificar casos de enfermedad por tuberculosis e infección por tuberculosis entre estos, cortando con ello cadenas de transmisión.

³ "Complejo M." se refiere comúnmente a uno de varios grupos de bacterias del género *Mycobacterium*, que incluyen el Complejo M. *avium* (MAC), el Complejo M. *tuberculosis* (MTBC) y el Complejo M. *abscessus*, cada uno causando diferentes tipos de infecciones en humanos. El MAC causa infecciones respiratorias y diseminadas, el MTBC causa la tuberculosis y el complejo M. *abscessus* puede generar infecciones cutáneas y de otros órganos.

Movilidad humana y paludismo

Durante el año 2024 se tomaron a casos probables 239,518 muestras para diagnóstico de paludismo a nivel nacional. De estas, 31,074 correspondieron a personas en situación de movilidad, lo que representa un 13% del total. Esta población vulnerable presenta condiciones ambientales adversas, especialmente al cruzar zonas selváticas donde se incrementa el riesgo de exposición a vectores como *Anopheles* spp., *Aedes* spp., triatominos, flebótomos, y otros artrópodos de importancia médica. De las muestras tomadas a personas migrantes temporales: 24,730 fueron a extranjeros, con mayor prevalencia en personas originarias de Venezuela (9,484), Honduras (6,699) y Guatemala (1,436). Por otra parte, 3,568 muestras se tomaron a nacionales fuera de su entidad; 2,269 a residentes locales en condición de temporalidad. Se destaca que el 85% de los casos probables temporales fueron identificados por personal operativo de vectores, y el resto en unidades de salud.

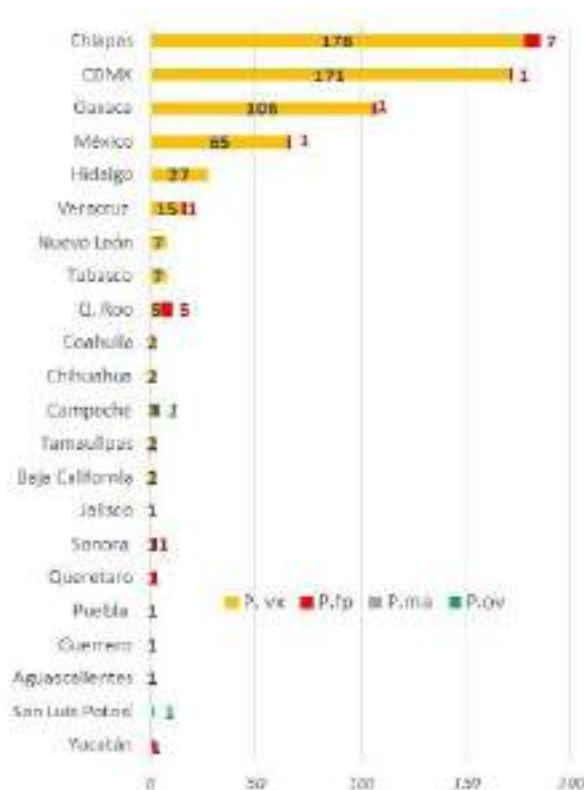
Gráfica 3. País de origen reportado por las personas extranjeras con condición temporal, en la toma de muestras para Paludismo, 2024



Fuente: elaboración propia CENAPRECE.

Del total de muestras tomadas durante el 2024, se pudieron confirmar por microscopía un total de 619 casos de paludismo de los cuales, 598 corresponden a infecciones por *Plasmodium vivax*, 19 a *P. falciparum* y 2 a *P. ovale*. Los casos se detectaron en 22 de las 32 entidades federativas del país, registrándose un predominio de infecciones por *P. vivax* en un 96.6%, los estados de Chiapas, CDMX, Oaxaca concentraron el 74.9% del total de casos importados confirmados.

Gráfica 4. Distribución de casos importados por especie y Estado de detección de Paludismo, 2024



Fuente: elaboración propia CENAPRECE.

Estos casos importados se detectaron en pacientes de 25 nacionalidades identificando 19 países como probable origen de infección, siendo Panamá (20.5%), Colombia (13.6%) y Guatemala (10.8%) los principales. Cabe señalar que, de los 619 casos confirmados, se garantizó el esquema completo de tratamiento en el 95.5% de ellos, los 27 casos confirmados no tratados corresponden a personas que decidieron no detener su tránsito y no fueron localizadas.

La población migrante transita por ecosistemas selváticos de alta densidad vectorial sin acceso a protección, ni servicios de salud, con exposición prolongada en selvas, ríos y campamentos improvisados. Esta condición la convierte en un grupo con elevada vulnerabilidad frente a las enfermedades transmitidas por vectores (ETV). Puntualmente en el caso de paludismo, el país se encuentra en proceso de eliminación de este padecimiento por lo que las acciones se dirigen a la detección oportuna de los enfermos para evitar la reintroducción de esta enfermedad en nuestro territorio nacional.

Movilidad humana y zoonosis

Las enfermedades zoonóticas son enfermedades que se transmiten de manera natural de los animales al ser humano, comprometiendo por tanto la salud pública, son enfermedades infecciosas desatendidas (EID) que afectan a poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas de pobreza, aisladas y con mínimo acceso a los servicios de salud y educación.

Los determinantes sociales de la salud presentes en México, favorecen la presencia de enfermedades zoonóticas como la rabia o la rickettsiosis, identificadas como de interés en Salud Pública, sin embargo, también, la transmisión de enfermedades por consumo de alimentos de origen animal como lo es la Brucelosis. Actualmente se suma la necesidad de atender los casos de miasis humana por *Cochliomyia hominivorax* (gusano barrenador).

Así mismo, las agresiones a la población por animales, están presentes, en el 2024 se registraron en México 33,028 agresiones de animales a la población humana, de las cuales 32,473 fueron por perro y gato (98.3%) y 555 (1.7%) por fauna silvestre y otros domésticos de interés económico, lo que representa un alto riesgo de transmisión de Rabia, derivado de ello fueron iniciados 2,499 esquemas de profilaxis antirrábica.

En cuanto a la Rickettsiosis (Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas FMMR), la problemática está focalizada en las entidades del norte del país como Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Sonora, por presentar el mayor número de casos y defunciones. A partir de 2021 hay un incremento de más del 90% en el número de casos y del 10% en la letalidad por estos padecimientos. Se destaca que desde 2022 la letalidad a nivel nacional rebasa el 40%, algunas entidades alcanzaron letalidades de más de 60 % en 2023 y 2024. En 2025, algunas entidades han alcanzado letalidades mayores al 60%. En la actualidad se está fortaleciendo la capacitación del personal de salud en primer nivel para mejorar la identificación de casos, así como la notificación y la ministración del tratamiento específico y oportuno. Se dispone de abasto de Doxiciclina IV para los pacientes hospitalizados graves, para limitar defunciones. Asimismo, se intensifican las acciones operativas para la prevención y el control por parte de los Servicios Estatales de Salud.

En México la brucelosis es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica convencional y de notificación obligatoria con periodicidad semanal y en caso de brote con una vigilancia activa de la mortalidad. Está directamente asociado con el consumo de alimentos de origen lácteo sin un adecuado procesamiento (leche pasteurizada o adecuadamente hervida). En los últimos diez años, se han registrado 16,301 casos acumulados de brucelosis; en el año 2015 se registraron 2,937 casos, con una incidencia de 2.4 por 100,000 habitantes mientras que para el 2024 se notificaron 1,719 casos, con una incidencia de 1.3 por 100,000 habitantes. Por entidad federativa en información preliminar del 2024, de acuerdo a su tasa de incidencia por 100,000 habitantes, los diez estados con mayor incidencia fueron: Michoacán (6.2), Jalisco (3.6), Zacatecas (3.4), Sinaloa (3.3), Coahuila y Guerrero (2.3), Colima (2.2) Baja California Sur, Nuevo León y Tlaxcala (2.0).

La miasis humana por *cochliomyia hominivorax* (gusano barrenador), hasta la semana epidemiológica 28 de 2025, se han confirmado 31 casos, 29 en Chiapas y 2 en Campeche. La mayoría corresponde a adultos mayores de 60 años, 15 de los 31 casos. Así mismo de los 31 casos un gran porcentaje tenía lesiones en piel como úlceras o neoplasias. La mosca del gusano barrenador requiere heridas abiertas para depositar sus huevos, que estas heridas no sean atendidas adecuadamente para el desarrollo de los huevos a larvas, las cuales se alimentan de tejido vivo de animales incluido el humano. Esto resalta la importancia del manejo adecuado de heridas, así como la vigilancia en personas en situación de riesgo, particularmente poblaciones vulnerables como las personas migrantes, quienes con frecuencia enfrentan barreras para acceder a la atención médica oportuna.

Por lo anteriormente expuesto se hace necesario el diseño e instrumentación de políticas públicas, estrategias y líneas de acción integrales que coadyuven a la prevención y control de estas patologías en la población en condiciones de vulnerabilidad como lo es la población en contexto de movilidad humana. Durante los trayectos principalmente en zonas rurales, las exposiciones a diversos tipos de fauna contribuyen a la potencial presentación de eventos como agresiones por fauna silvestre, exposición a ectoparásitos como garrapatas, generación de heridas inadecuadamente atendidas con riesgo de miasis y el consumo de diversos alimentos de origen lácteo sin adecuada preparación.

5.4. Necesidades en salud sexual y reproductiva ante contextos de violencia

La población en movilidad suele tener un acceso limitado a la atención de su salud sexual y reproductiva (SSyR), especialmente las mujeres en movilidad, las cuales, además, se encuentran expuestas a amenazas específicas, como la violencia sexual, otras formas de violencia de género, maltrato y trata de personas. Esto último incrementa el riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual o quedar embarazadas y requerir control prenatal, al cual rara vez tienen acceso, ya sea por barreras estructurales o por miedo, en particular a ser señaladas antes las autoridades y por motivos de vergüenza (OMS, 2019). Tres de las cinco principales causas de atenciones hospitalaria en personas en movilidad estuvieran relacionadas con atenciones ginecoobstétricas; partos, abortos y otras causas obstétricas directas (Secretaría de Salud, 2025). Esto último resalta la necesidad de que el sistema de salud mexicano esté preparado para responder a las necesidades en materia de SSyR, especialmente con respecto a violencia sexual y de género, aborto seguro, orientación durante el embarazo y la anticoncepción, dentro de una visión de Educación Integral en Sexualidad (EIS).

La población en situación de movilidad presenta una razón de mortalidad materna y una tasa de fecundidad adolescente superiores a las de la población general, así como una mayor prevalencia de violencia y de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH. Estas problemáticas se ven agravadas por deficiencias estructurales del sistema de salud que provocan diagnósticos y tratamientos tardíos con deficiencias en el seguimiento del manejo de las pacientes, lo que a su vez genera elevados costos sociales y económicos.

Múltiples estrategias y acciones implementadas con anterioridad carecen de un abordaje con perspectiva de género y no han considerado otras diferencias que impactan la inequidad en salud, como lo son el país de origen, la etnia, el idioma, la identidad sexual y de género, entre otros. Intervenir bajo estos supuestos permitirá desarrollar estrategias de prevención y atención de padecimientos relacionados con la SSyR de las personas en situación de movilidad, a través de acciones de sensibilización, difusión, campañas de concientización para diagnóstico temprano y acceso universal a tratamientos.

Para ello, se requiere poner en marcha intervenciones orientadas a transformar la atención sanitaria a través de una política nacional de atención con perspectiva de género, pertinencia cultural e interseccionalidad, que se enfoquen en las características y necesidades específicas de estas poblaciones y grupos. Esto es fundamental para garantizar la salud integral de las personas en situación de movilidad (CNEGSSR). Existen múltiples propuestas en fase de desarrollo, con el objetivo de establecer las condiciones necesarias para modificar la relación entre los servicios de salud y estas poblaciones, promoviendo un modelo que integre la acción comunitaria, prevención, atención integral y respeto a los derechos humanos.

5.5. Necesidades de salud mental en contexto de movilidad humana

Las personas en movilidad humana enfrentan múltiples factores de riesgo psicosocial que comprometen su salud mental y se incrementa el riesgo de desarrollar condiciones de salud mental o adicciones. Entre las principales condicionantes tenemos eventos traumáticos, tortura, violencia, violencia sexual y discriminación, sumado al duelo que representa dejar su hogar y todo su contexto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, durante los procesos migratorios, muchas personas experimentan niveles elevados de estrés, ansiedad, depresión, síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otras alteraciones psicológicas (OMS, 2018).

Sin importar el motivo de migrar, las personas dejan todo lo que conocen atrás para emprender un arduo camino, que puede suponer de acuerdo a la forma de transitar, riesgos de violencia, incertidumbre y peligro, llevando a las personas a un estado de exposición elevada a factores de riesgo para la salud mental, como los son los eventos traumáticos, tortura, violencia, violencia sexual y discriminación, por mencionar algunos.

La salud mental y las necesidades relacionadas con la misma suelen ser invisibilizadas en toda la población, pero cuando se presenta en personas que están migrando, en donde el acceso, la continuidad de la atención y la pertinencia cultural son reducidos, se genera una vulnerabilidad mucho más compleja. Otras barreras para la atención a la salud mental son la falta de políticas públicas intersectoriales e interinstitucionales, la escasa capacitación del personal de salud con enfoque diferencial para necesidades específicas de distintos grupos poblacionales que reconozca las condiciones de vulnerabilidad, las barreras multidimensionales en la accesibilidad a servicios especializados, la falta de mecanismos claros y sostenibles para la referencia y contrarreferencia de personas en contexto de movilidad, la atención no centrada en la persona, el estigma y discriminación y las trayectorias migratorias con riesgo latente de eventos traumáticos (OMS, 2019).

A pesar de esta vulnerabilidad, los sistemas de salud en los países de origen, tránsito o destino no siempre están preparados para responder a esta demanda de atención diferenciada y oportuna. Estas barreras se agravan cuando las personas se encuentran en incertidumbre jurídica por la permanencia en el país de tránsito o destino o pertenecen a grupos sociales que históricamente han enfrentado desigualdades como son niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas embarazadas, personas de la comunidad LGBTIQ+, personas indígenas o afrodescendientes o personas mayores.

Lo anterior tiene efectos en el incremento de condiciones de salud mental sin atención y los daños a la salud asociados, incremento en las brechas de atención en materia de salud mental, exclusión social en las rutas migratorias, incremento en el riesgo de violencia y prácticas de riesgo.

Niñas y niños (0–9 años)

La niñez representa una proporción muy alta de la población desplazada (41% de todas las personas forzadamente desplazadas; distribución aproximada: 29% de 0–4 años, 42% de 5–11, 29% de 12–17); la OMS y UNICEF señalan que el riesgo de ansiedad, depresión y síntomas de TEPT se eleva respecto a poblaciones receptoras, pero la literatura subraya grandes brechas de datos y variabilidad metodológica en primera infancia. Consecuencias destacadas: alteraciones del sueño y apetito, regresiones del desarrollo, problemas de apego, somatización, y afectación del juego y la escolaridad temprana.

Adolescentes (10–19 años)

En este grupo poblacional, las alteraciones más frecuentes por porcentaje: TEPT: 22.7% Depresión: 13.8%, Ansiedad: 15.8%. Estimaciones en niñez y adolescencia refugiada combinadas son más altas cuando la reubicación es <2 años. Consecuencias: mayor riesgo de ideación suicida, autolesiones, dificultades escolares y de aprendizaje, consumo experimental de sustancias y violencia/ victimización; el estrés post-migración (inseguridad legal, hacinamiento, xenofobia) empeora curso clínico.

Personas adultas (20–59 años)

En la adultez, el impacto en la salud mental es determinado en gran parte por el motivo de la migración. En poblaciones afectadas por conflicto o guerras, la prevalencia puntual de cualquier trastorno mental (depresión, ansiedad, TEPT, bipolaridad, esquizofrenia) es 22.1%. En refugiados y solicitantes de asilo, la evidencia compilada por ACNUR indica que ≥ 1 de cada 3 cumple criterios para depresión, ansiedad o TEPT (estimaciones varían por método y contexto). En migrantes expuestos a conflicto antes de migrar, un metaanálisis 2022 muestra: TEPT 31%, depresión 25%, ansiedad generalizada 14%. Otro metaanálisis sugiere depresión 44% en refugiados vs 20% en personas migrantes por motivo laboral.

Con consecuencias, como la incapacidad funcional, cronicidad si persisten estresores post-migración (desempleo, barreras idiomáticas/legales), la incidencia de psicosis puede ser superior a la de poblaciones receptoras en algunos países.

Personas mayores (≥60 años)

La OMS advierte escasez de datos desagregados y sub-diagnóstico; enfatiza riesgos y barreras en demencia y trastornos afectivos en mayores refugiados/migrantes (barreras culturales/lingüísticas y continuidad de sus cuidados). Presentan mayor vulnerabilidad por comorbilidades, aislamiento, pérdida de redes y bajo acceso a tamizaje cognitivo y a psicogeriatría adaptada culturalmente.

Consumo de sustancias (todas las edades, con énfasis en adolescentes y adultos)

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) subraya mayor vulnerabilidad al uso problemático de sustancias en poblaciones forzosamente desplazadas (trauma, desempleo, pobreza, incertidumbre legal), con una enorme brecha de tratamiento y datos de prevalencia inconsistentes según contexto. Según cifras reportadas por ACNUR reportó muy baja tasa de consultas registradas por uso de alcohol o sustancias en 90 campamentos (≈ 2 visitas/100 000 personas/mes), evidenciando sub-detección y barreras de acceso más que baja ocurrencia.

Para responder ante las necesidades en salud mental de las personas en contexto de movilidad, es necesario un enfoque centrado en las personas que les permita superar las barreras multidimensionales en la accesibilidad a las estrategias y servicios que se encuentran disponibles en nuestro país durante su trayecto migratorio, con un enfoque diferencial para necesidades específicas de distintivos grupos poblacionales sin estigma ni discriminación.

El impacto de estas condiciones de salud mental no atendidas en población en contexto de movilidad, aumenta el riesgo de agravamiento del malestar psicosocial, el desarrollo de trastornos más severos, el uso problemático de sustancias, comportamiento suicida, y agotamiento y vulnerabilidad social ampliada.

5.6. Insuficiencias en los sistemas de información en salud

La prioridad 5 del *Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Refugiados y Migrantes 2019-2023*, titulada **“Reforzar el monitoreo de la salud y los sistemas de información de salud”**, reafirma la importancia de contar con información de calidad como una herramienta fundamental para la toma de decisiones en salud. En México, si bien existen múltiples sistemas de información en salud, persiste la necesidad de establecer mecanismos específicos que mejoren la información relativa a las personas en contexto de movilidad. Un gran ejemplo destacado de avance en esta materia es la inclusión, a partir de 2024, de la variable “Migrante Internacional” en el Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) por parte de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), lo cual representa un paso importante hacia una comprensión más precisa de la situación de salud de esta población.

La labor de identificar enfermedades y realizar una adecuada y oportuna atención se vuelve compleja, cuando existen insuficiencias en los sistemas de salud. Inclusive al realizar actividades en comunidad donde se logran detectar padecimientos en actividades de tamizaje y comenzar la atención. Además, se dificulta la vinculación de las personas al sistema de salud y el mantenimiento de un seguimiento a través del territorio nacional, esto por falta de mecanismos de vinculación y de trazabilidad de las personas en movilidad humana (CENSIDA).

Además, el riesgo de introducción de enfermedades emergentes y reemergentes ante la detección en puntos de entrada realza la importancia de tener un sistema de vigilancia epidemiológica robusto y oportuno, ya que es indispensable fortalecer la organización, funcionamiento, acciones y actividades de Sanidad Internacional ante padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica en puntos de entrada (PdE). Realizar una referencia oportuna de riesgos potenciales a la salud pública de la población en movilidad humana permitiría realizar un abordaje epidemiológico integral y monitorear el perfil de salud de este grupo.



[Fotografía El descanso], Secretaría de
Salud del Estado de Durango, 2025.

6. Visión de largo plazo

La Estrategia tiene por objetivo establecer un plan estratégico, integral y de largo plazo para la atención de las necesidades de salud de personas en situación de movilidad que se encuentren en territorio nacional. Bajo una perspectiva basada en derechos humanos, este programa busca garantizar el acceso a servicios de salud seguros, oportunos, interculturales y con pertinencia comunitaria, reconociendo la diversidad de contextos sociales, económicos y culturales que enfrentan estas poblaciones, así como su potencial para contribuir al desarrollo e integración social.

Asimismo, la Estrategia incorpora modelos de atención extramuros flexibles, sensibles y adaptativos, como el enfoque promovido por el modelo *MAS Bienestar*, que permite fortalecer el acceso y la cobertura en escenarios de alta movilidad y vulnerabilidad.

Ejes Estratégicos Transversales

Gobernanza: Liderazgo institucional, coordinación intersectorial e intergubernamental, participación ciudadana y rendición de cuentas.

Atención Primaria de Salud (APS): Modelo de atención integral centrado en la persona, que privilegia la prevención, el primer contacto, la continuidad del cuidado y la cercanía territorial.

Determinantes Sociales de la Salud: Reconocimiento de los factores estructurales que influyen en el estado de salud de las personas, incluyendo vivienda, empleo, educación, seguridad alimentaria y acceso a servicios básicos.

Curso de vida: Modelo multidisciplinario que permite el estudio dinámico de la vida de las personas y las poblaciones dentro de sus contextos estructurales y sociales.

Principios rectores

Perspectiva de derechos humanos: Reconocimiento universal del derecho a la salud, sin discriminación alguna.

Perspectiva de género: Reconocimiento de las diferencias y desigualdades, construidas social y culturalmente que asignan formas de comportamiento, poder y roles a las personas en función de su diferenciación sexual, pero que también incluye autoidentificaciones, expresiones sociales y reconocimientos legales.

Equidad en salud: Enfoque que privilegie el acceso preferencial a quienes enfrentan mayores barreras estructurales.

Interés superior de la infancia y adolescencia: Protección reforzada y atención con perspectiva de infancia y adolescencia.

Pertinencia cultural: Reconocimiento de la diversidad cultural, lingüística y de cosmovisiones presentes en las poblaciones migrantes.

Interseccionalidad: Reconocimiento de las relaciones sociales de poder y los contextos en que se producen las desigualdades sociales, que se cruzan y combinan, creando que afectan de manera compleja y distinta a cada población y persona.

Esquema. Fundamentos de la Estrategia



7. Vinculación con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2025-2030

A partir de la creación del **Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2025-2030** se establece la guía y la dirección en la que la política pública del país avanzará en los siguientes seis años.

Tabla 6. Alineación de los objetivos de la Estrategia con los objetivos y las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud 2025-2030

Objetivos del PSMH	Objetivos del PND	Estrategias del PND	Objetivos del PROSESA	Estrategias PROSESA
Objetivo 1	Objetivos 1.2, 2.7	Estrategias 1.2.1, 1.2.8, 2.7.3	Objetivo 6	Estrategia 6.6
Objetivo 2	Objetivos 1.5, 2.2, 2.7	Estrategias 1.5.4, 2.2.2, 2.7.1	Objetivo 6	Estrategia 6.6
Objetivo 3	Objetivos 1.2, 2.8	Estrategias 1.2.2, 2.8.1, 2.8.3	Objetivo 6	Estrategia 6.6
Objetivo 4	Objetivos 2.7	Estrategias 2.7.5	Objetivo 6	Estrategia 6.6
Objetivo 5	Objetivo 2.7	Estrategias 2.7.4, 2.7.5	Objetivo 6	Estrategia 6.6
Objetivo 6	Objetivos 1.2, 2.7	Estrategias 1.2.1, 1.2.8, 2.7.3	Objetivo 4, 6	Estrategia 4.5, 6.6

Fuente: elaboración propia, 2025.

Con respecto al **Plan Sectorial de Salud (PROSESA) 2025-2030**, dentro de sus objetivos encontramos el **Objetivo 6: Disminuir las brechas de salud y atención para poblaciones prioritarias y vulnerables**, este objetivo se encuentra directamente vinculado con nuestro programa, y su vez, cuenta con la **Estrategia 6.6: Establecer las condiciones para mejorar la prestación y transformación de los servicios de salud para y con la población indígena, afromexicana, y población migrante**, que no solo competen al programa de manera directa sino que cuenta con seis líneas de acción vinculantes:

- **Línea de acción 6.6.3:** Aplicar lineamientos que garanticen la atención con perspectivas interseccional, de género, pertinencia cultural y de respeto a los derechos humanos, a toda la población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad.
- **Línea de acción 6.6.5:** Aplicar los lineamientos con enfoques de pertinencia cultural, interseccional, de género y de respeto a los derechos humanos, para todas las acciones y actividades de prevención y atención a la salud que se realizan con población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad.
- **Línea de acción 6.6.6:** Instrumentar mecanismos para la coordinación entre diferentes instituciones del SNS, otros sectores y niveles de gobierno, que fortalezcan las acciones que se realizan sobre las condiciones y determinantes de la salud con población indígena, afromexicana y en contexto de movilidad con enfoque de atención diferenciada, lo cual incluye alimentación, agua potable, vivienda, manejo de la basura, prevención en el uso indiscriminado de plaguicidas, el ambiente social y la comunicación comunitaria.

- **Línea de acción 6.6.7:** Desarrollar procesos de formación de personas replicadoras para que sensibilicen y capaciten al personal del primero y segundo nivel de atención del SNS, con enfoque de interseccionalidad, pertinencia cultural, de género en el marco de derechos humanos para la atención de población indígena, afroamericana y en contexto de movilidad.
- **Línea de acción 6.6.9:** Diseñar políticas públicas que aborden las causas estructurales de la movilidad humana y promuevan un proceso equitativo, seguro, ordenado libre de discriminación, de respeto a los derechos humanos.
- **Línea de acción 6.6.10:** Favorecer el acceso a los servicios de salud de la población mexicana migrante en Estados Unidos de América a través de la estrategia Ventanillas de Salud, con base en las necesidades y características específicas de dicha población.

Así mismo en el (PROSESA) 2025-2030, dentro de sus objetivos se encuentra el Objetivo 4: Mejorar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población, y cuenta con la *Estrategia 4.5: Favorecer las medidas de prevención de daños a la salud en todo el curso de vida relacionados con la afectación de la salud mental, incluyendo el comportamiento suicida y las adicciones con tres líneas de acción vinculantes:*

- **Línea de acción 4.5.1:** Implementar en el SNS políticas, planes, programas y estrategias en materia de salud mental, alcoholismo y adicciones a diferentes tipos de droga.
- **Línea de acción 4.5.4:** Focalizar las acciones de prevención y atención en materia de salud mental, comportamiento suicida y adicciones en las poblaciones prioritarias (NNA, mujeres, personas mayores, personas de la comunidad LGTBTTIQA+, en situación de movilidad, indígenas, afroamericanos y personas con discapacidad).
- **Línea de acción 4.5.7:** Fortalecer la atención preventiva en materia de salud mental a través de estrategias comunitarias con enfoque de atención primaria de la salud y participación interinstitucional.



[Fotografía Los niños], Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas, 2025.

8. Objetivos

Objetivo general:

Establecer una ruta estratégica, integral y de largo plazo para la atención de las necesidades de salud de personas en situación de movilidad humana que se encuentren en territorio nacional.

Objetivo 1. Asegurar una atención a la salud, de las personas en contexto de movilidad humana, que esté libre de estigma y discriminación, con enfoques de Derechos Humanos y pertinencia cultural.

Objetivo 2. Impulsar el desarrollo de habilidades individuales y comunitarias en salud de la población en contexto de movilidad, por medio de comunicación y educación en salud, promoción de entornos saludables y trabajo intersectorial.

Objetivo 3. Fortalecer la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las personas en contexto de movilidad.

Objetivo 4. Intensificar las actividades comunitarias para la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas en contexto de movilidad, con perspectiva de género y pertinencia cultural, en especial para mujeres y adolescentes.

Objetivo 5. Fortalecer los mecanismos de atención a la salud mental para las personas en contexto de movilidad, para una adecuada detección, abordaje y referencia.

Objetivo 6. Diversificar las actividades de monitoreo de la salud, mediante los sistemas de información, que nos permitan recabar datos para conocer el panorama epidemiológico de las personas en contexto de movilidad.

8.1. Componentes y líneas de acción

La realización de las acciones de promoción de la salud y comunicación de riesgos son fundamentales para fortalecer el cuidado de la salud de la población migrante, favorecer los espacios saludables en los que se desarrolla su vida, apoya la prevención de patologías en la población migrante que transita por el territorio mexicano y a su vez reduce el riesgo en la población mexicana. Dentro de las principales acciones se encuentran las siguientes:

Objetivo 1. Asegurar una atención a la salud, de las personas en contexto de movilidad humana, que esté libre de estigma y discriminación, con enfoques de Derechos Humanos y pertinencia cultural.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
1.1. Reducir las barreras administrativas de acceso a la atención en salud para facilitar el ejercicio del derecho a la salud de la población en contexto de movilidad humana.	1.1.1. Informar a la población en contexto de movilidad humana con enfoque de curso de vida, acerca del derecho al acceso a servicios de salud y mecanismos de acceso, con especial énfasis en NNA y sus cuidadores.	SNSP, DGPSP, CENSIA, CNEGSSR, CONASAMA, CENSIDA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.1.2. Generar información, orientación y vinculación interinstitucional con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que faciliten el ejercicio del derecho a la salud en contextos de tránsito, retorno o asentamiento con enfoque de pertinencia cultural para facilitar el acceso a la documentación necesaria para recibir atención médica.	SNSP, DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.1.3. Promover mecanismos que permitan ajustar los procesos al interior de las instituciones prestadoras de servicios para facilitar el acceso y reducir las barreras de acceso por falta de documentos de identificación.	SNSP, CENSIA, DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.1.4. Fortalecer la presencia territorial del SNSP en puntos clave (albergues, terminales de autobuses, comunidades receptoras) con el fin de realizar campañas de información y orientación en salud dirigidas a población en movilidad en coordinación con las áreas de promoción de la salud y políticas en salud pública, con pertinencia cultural.	SNSP, DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
	1.1.5. Gestionar y coordinar las acciones con la Secretaría de Relaciones Exteriores, el Organismo Público Descentralizado IMSS-Bienestar, los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad; así como la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), para facilitar la atención médica en México de los connacionales enfermos graves que son repatriados por haber sufrido un accidente en el extranjero y requerir tratamiento a largo plazo. (DGRI)	DGRI
1.2. Impulsar mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar la articulación entre los servicios de salud, la protección social y la atención humanitaria, con enfoque de derechos humanos, equidad y pertinencia cultural.	1.2.1. Conformar mesas o grupos de trabajo y redes de atención a la población en movilidad con establecimiento de protocolos de actuación interinstitucional para la atención integral en salud.	DGPSP, SNSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.2.2. Participar activamente en espacios de coordinación nacional y local con SALUD, INM, SNDIF, OIM, Cruz Roja, entre otros con el fin de desarrollar rutas de referencia y contrarreferencia entre servicios de salud, albergues y organizaciones de apoyo.	DGPSP, SNSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.2.3. Promover la inclusión del enfoque de pertinencia cultural y la movilidad humana en los planes estatales de salud pública.	DGPSP, SNSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
1.3. Fomentar el acceso a los servicios de atención médica integral para la población en contexto de movilidad humana a fin de disminuir impactos negativos en la salud pública.	1.3.1. Brindar servicios del primer nivel de atención, incluido urgencias médicas, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, no infecciosas, crónico-degenerativas y tamizaje de patologías, incluido el tamiz metabólico neonatal y la canalización inmediata a establecimientos previamente identificados con mayor capacidad resolutoria para su atención integral y oportuna. Teniendo en cuenta que la violencia sexual está normada en nuestro país como una urgencia médica (NOM-046).	CNEGSSR, COPAC, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD CENAPRECE, CONAPRA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.3.2. Otorgar una atención integral en salud a NNA en movilidad en apego a la Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana.	DGPSP, CENSIA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
	1.3.3. Promover el acceso, la retención o seguimiento y referencia a CAPASITS o Centro de Salud para la atención a las personas que viven con VIH y otras ITS durante su proceso de movilidad humana.	CENSIDA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.3.4. Establecer un modelo de salud integral de promoción, prevención y atención estomatológica, a través del trabajo interinstitucional e intersectorial para todos los grupos, priorizando aquellos en situación de vulnerabilidad.	CENAPRECE (SALUD BUCAL), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.3.5. Elaborar una Ruta de Atención Sanitaria para personas migrantes con enfermedades crónicas no transmisibles en coordinación con el sector salud, migración y protección civil.	CENAPRECE (PSSA), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
1.4. Contribuir al desarrollo de habilidades de las personas profesionales de la salud para el fortalecimiento de capacidades técnicas en acciones preventivas, atención de primer contacto y derivación hacia la atención especializada en salud.	1.4.1. Capacitar a los profesionales de la salud en la Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana para reducir la discriminación y mejorar la atención.	CENSIA, DGPSP, CONASAMA, CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.4.2. Realizar capacitaciones al personal de salud para mejorar la atención integral de la población en contexto de movilidad humana durante la prestación de servicios de atención médica y de salud pública.	CENSIA, DGPSP, CONASAMA, CNEGSSR, CENSIA, DGE, CONAPRA, CENAPRECE, SNSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	1.4.3. Fomentar se realicen Acciones Integrales de Curso Vida, en las atenciones de salud otorgadas a la población en contexto de movilidad Humana.	DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes		Líneas de acción	Responsables y vinculación
1.5.	Implementar un mecanismo de monitoreo y seguimiento a la respuesta de atención médica para la población en contexto de movilidad humana alojada en centros de atención, albergues, refugios temporales así como situación de tránsito o desplazamiento (caravanas migrantes).	1.5.1. Establecer o activar los protocolos existentes para la atención de emergencias en salud en el caso de "caravanas migrantes"	COPAC, CENAPRECE, CONAPRA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
		1.5.2. Establecer o activar los protocolos existentes para la identificación y registro de la población en movilidad y atenciones en salud otorgadas en el caso de "caravanas migrantes".	CENAPRECE, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD, SNSP
		1.5.3. Coordinar y organizar el marco de actuación interinstitucional al interior del sector público de salud para el acceso a los servicios de salud.	SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD, SNSP

Objetivo 2. Impulsar el desarrollo de habilidades individuales y comunitarias en salud de la población en contexto de movilidad, por medio de comunicación y educación en salud, promoción de entornos saludables y trabajo intersectorial.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
2.1 Implementar acciones de coordinación con las instituciones correspondientes, para el desarrollo de intervenciones que, den a conocer los riesgos a los que están expuestos, e impulsen el cambio de comportamiento y el autocuidado de la salud en la población en contexto de movilidad humana y población de acogida.	2.1.1. Promover la participación de la población migrante albergada, para favorecer el manejo, preparación y conservación de agua y alimentos, higiene personal, lavado de manos y saneamiento básico.	DGPSP, COFEPRIS, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	2.1.2. Fomentar la validación de albergues para población en contexto de movilidad humana como entornos promotores de la salud.	DGPSP, COFEPRIS SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	2.1.3. Ejecutar actividades de promoción de la salud en la población migrante, considerando los determinantes que intervienen en su salud, mediante ferias de salud y talleres comunitarios, que incluyan temas como higiene personal, alimentación adecuada, prevención de lesiones accidentales y violencia, enfermedades transmisibles (tuberculosis, paludismo, VIH y otras infecciones de transmisión sexual) y no transmisibles (diabetes, hipertensión), picaduras y mordeduras, salud mental y salud sexual y reproductiva, para favorecer el desarrollo de una cultura de prevención.	DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	2.1.4. Establecer las acciones de comunicación de riesgos e información en salud en puntos clave de las rutas migrantes, refugios temporales y albergues, con pertinencia cultura y enfoque de género.	DGPSP, CENAPRECE, SNSP, CENSIA, CNEGSSR, CONASAMA, DGE, CENSIDA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	2.1.5. Fortalecer la difusión de mensajes culturales y lingüísticamente apropiados sobre riesgos a la salud y preventivos de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud mental, salud sexual y reproductiva, y vacunación a través de acciones de comunicación en salud, en puntos clave de las rutas migrantes, refugios temporales y albergues, con pertinencia cultural y enfoque de género.	DGPSP, CENAPRECE, SNSP, CENSIA, CNEGSSR, CONASAMA, DGE, CENSIDA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	2.1.6. Realizar capacitaciones al personal de salud y al personal que trabaja en los albergues, casas y refugios para el reporte de agresiones por fauna silvestre, cuadros de enfermedades sugestivas a zoonosis, accidentes, trasmisibles, no trasmisibles,	CENAPRECE, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes		Líneas de acción	Responsables y vinculación
2.2.	Fortalecer la Verificación sanitaria, el fomento sanitario y el saneamiento básico en las localidades de las rutas migratorias, albergues y refugios temporales para población en movilidad humana con el fin de impulsar entornos saludables y prevenir riesgos a la salud.	2.2.1. Realizar la vigilancia sanitaria de la seguridad del agua para uso y consumo humano, así como el manejo, preparación y conservación de alimentos en las localidades de la ruta migrante y refugios temporales.	COFEPRIS, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
		2.2.2 Vigilar las condiciones sanitarias de los refugios temporales y áreas circunvecinas.	COFEPRIS, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Objetivo 3. Fortalecer la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las personas en contexto de movilidad.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
3.1. Fortalecer acciones del Programa de Vacunación Universal para reducir las enfermedades prevenibles por vacunación en la población en contexto de movilidad humana.	3.1.1. Realizar las acciones de identificación de la población para completar o iniciar esquemas de vacunación de acuerdo al curso de vida, reforzando las acciones extramuros a fin de llegar a la población en condición de movilidad humana, de acuerdo al PRONAM Vacunación (disponible en: https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-vacunacion-a-lo-largo-de-la-vida.pdf)	CENSIA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD Prestadores de Servicios de Salud
	3.1.2. Garantizar la entrega de Cartillas Nacionales de Salud para el registro, revisión y control de la aplicación de vacunas y registrar actividades en el formato correspondiente.	DGPSP, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD Prestadores de Servicios de Salud
3.2. Mantener la vigilancia epidemiológica en la población en contexto de movilidad para realizar una referencia oportuna de riesgos potenciales a la salud pública con un abordaje epidemiológico integral y monitoreo.	3.2.1. Mantener la vigilancia epidemiológica en los puntos de entrada al país a través de los Servicios de Sanidad Internacional.	DIOE, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.2.2. Mantener la vigilancia epidemiológica fortaleciendo la notificación de casos en unidades de salud de la zona, y vigilancia activa en los albergues y refugios establecidos, con la búsqueda intencionada de casos de interés epidemiológico, con base en las definiciones operacionales establecidas en apego a los criterios de notificación establecidos por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica ⁴ .	DGE DVEENT, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.2.3. Fortalecer la aplicación de los procedimientos de acuerdo a los Manuales de procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles.	DGE DVEET, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

⁴ Las actividades serán registradas de acuerdo con el formato correspondiente establecido en los lineamientos o manuales de vigilancia epidemiológica convencional o especial, acorde a la NOM 017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica los cuales pueden ser consultados en <https://www.gob.mx/salud>

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
	3.2.5. Mantener la actualización y capacitación continua al personal que opera los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y Manuales de procedimientos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y al personal que opera en los Puntos de Entrada a través del nivel estatal y federal.	DGE DVEENT, DIOE, CENAPRECE (MICOBAC), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.2.6. Mantener la vigilancia epidemiológica en apego a la propuesta de procedimiento estandarizado de operación para el monitoreo de salud y migración descrito en el manual correspondiente, en donde se enmarcan las actividades para la operación del triage epidemiológico y la generación de un boletín informativo periódicamente.	DVEET, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.2.7. Generar diagnósticos de laboratorio oportunos y confiables de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y de interés para la salud pública.	
3.2. Fortalecer la detección oportuna de las enfermedades transmisibles para sumar esfuerzos con las entidades federativas, de la frontera sur y al interior del país con el propósito de controlar y disminuir su incidencia.	3.3.1. Fortalecer la detección oportuna de tuberculosis (pulmonar enfermedad) e infección, con enfoque en personas de movilidad y el seguimiento del tratamiento hasta el éxito, con atención centrada en la persona ⁵ .	CENSIDA, CENAPRECE TUBERCULOSIS, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.3.2. Establecer las medidas de prevención, promoción y educación para la salud para EDA y cólera con un enfoque comunitario incluyendo la disponibilidad de sobres de Vida Suero Oral, medicamentos e hisopos rectales.	DUED, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.3.3. Promover el acceso a servicios de prevención combinada (PrEP, PEP, preservativos, lubricantes y consejería) en personas en situación de movilidad para controlar y reducir el número de nuevas infecciones por VIH y otras ITS en los SAIH y los CAPASITS	CENSIDA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

⁵ Reforzar las actividades que se han desarrollado desde hace una década en la frontera norte para atender a los migrantes que son repatriados de EEUU, a través de Programa Cure-TB.

Componentes			Líneas de acción	Responsables y vinculación
3.4.	Fortalecer las capacidades de vigilancia entomológica y epidemiológica en puntos de concentración migratoria para reducir la incidencia de paludismo en población migrante en tránsito por zonas de riesgo y prevenir con ello el restablecimiento de la transmisión.		3.4.1. Implementar acciones de control vectorial dirigidas en filtros sanitarios, albergues y rutas migrantes promoviendo la participación comunitaria y corresponsabilidad en sitios estratégicos a través de líderes locales y actores binacionales.	CENAPRECE (PALUDISMO), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
			3.4.2. Reforzar el tamizaje y diagnóstico oportuno con pruebas rápidas en albergues para población en contexto de movilidad humana y puestos móviles	
			3.4.3. Instalar cercos sanitarios móviles en puntos de entrada y tránsito de personas migrantes y promover la distribución de insumos de protección personal (repelentes, mosquiteros impregnados, kits de primeros auxilios).	CENPRECE, (PALUDISMO), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
			3.4.4. Monitorear y dar seguimiento epidemiológico digital vía mapeo georreferenciado de casos probables y confirmados.	CENAPRECE, (PALUDISMO) DGE, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
			3.4.5. Coordinar la articulación intersectorial con protección civil, migración y salud para una respuesta integral.	CENAPRECE, DGPSP, SNSP (PALUDISMO), SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
3.5.	Fortalecer las capacidades para identificar de manera oportuna a personas en contexto de movilidad humana agredidas por fauna silvestre, o sintomatología sugestiva a rickettsiosis, brucelosis o miasis en heridas y mucosas.		3.5.1. Coordinar con los prestadores de servicios de salud del primer nivel atención la realización de visitas a los albergues, casas o lugares donde se encuentre población en contexto de movilidad humana.	CENAPRECE ZOONOSIS, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
			3.5.2. Coordinar con los laboratorios Estatales de Salud Pública la recepción de muestras y diagnóstico de Brucelosis y Rickettsiosis, así como la recepción de larvas para identificación de gusano barrenador con el fin de derivar casos sospechosos, probables o confirmados a atención médica oportuna.	CENAPRECE, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
3.6. Promover conductas seguras en la población en condición de movilidad humana para prevenir y reducir daños a la salud por accidentes.	3.6.1. Fomentar la difusión de medidas para prevenir accidentes por caídas, atropellamiento, golpe de calor, mutilación de miembros, traumatismo craneoencefálico, y otras lesiones por causa externa y violencia.	CONAPRA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	3.6.2. Actualizar contenidos y materiales de comunicación que motiven la adopción de comportamientos y actitudes de prevención de accidentes con enfoque de pertinencia cultural.	CONAPRA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Objetivo 4. Intensificar las actividades comunitarias para la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas en contexto de movilidad, con perspectiva de género y pertinencia cultural, en especial para mujeres y adolescentes.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
4.1. Prevenir y atender en materia de salud sexual, salud reproductiva y ante la violencia física y sexual, mediante la formación continua del personal, dotación de herramientas técnicas, y entrega directa de servicios de información y referencia a servicios más especializados a personas en movilidad humana.	4.1.1. Desarrollar planes formativos para la atención de primer contacto en salud sexual, salud reproductiva y violencia física y sexual, dirigido al personal de salud que atiendan a personas y/o grupos en movilidad humana.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	4.1.2. Establecer un sistema de vinculación y referencia oportuna en casos de violencia.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
4.2. Fortalecer los servicios de información y sensibilización sobre salud sexual y reproductiva para incrementar el acceso a atención a la salud de personas en movilidad humana.	4.2.1. Implementar estrategias de promoción y educación para la salud sexual y reproductiva para desarrollar habilidades de actuación ante vivencias de violencia física, psicológica o sexual, dirigidas a personas en situación de movilidad que acudan a los servicios de salud.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	4.2.2. Llevar a cabo talleres y asesorías sobre educación sexual, habilidades para la vida y autocuidado para la salud en adolescentes.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	4.2.3. Realizar talleres y sesiones educativas sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, y prevención de enfermedades de transmisión sexual, con oferta de prueba rápida de VIH, incluidas mujeres embarazadas, anticonceptivos de emergencia, condón masculino y femenino.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	4.2.4. Difundir información sobre embarazo, parto, puerperio y signos de alarma, lactancia materna, planificación familiar, violencia sexual, prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual, servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por violación u otras causas dependiendo la entidad federativa, y ETV.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
4.3. Contribuir al fortalecimiento del proceso de prevención de riesgos y atención a la salud de las personas embarazadas y recién nacido	4.3.1. Coordinar y promover la atención de las personas embarazadas y recién nacidas, resolviendo padecimientos relacionados con el estado de gravidez, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia y favorecer la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	4.3.2. Fomentar la elaboración de Censo de personas en edad fértil (distinguiendo adolescentes, embarazadas, o en algún riesgo) en los refugios, albergues y casas de migrantes para proporcionarles asesoría de salud sexual y reproductiva, metodología preventiva y anticonceptiva y/o anticoncepción de emergencia en su defecto.	CNEGSSR, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

Objetivo 5. Fortalecer los mecanismos de atención a la salud mental para las personas en contexto de movilidad, para una adecuada detección, abordaje y referencia.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
5.1. Contribuir al desarrollo de las habilidades de profesionales de salud para implementar acciones preventivas y atención de primer contacto en materia de salud mental, comportamiento suicida y prevención y atención de las adicciones a personas en situación de movilidad.	5.1.1. Capacitar a los servicios de atención médica y personal responsable de la atención a población en contexto de movilidad humana mediante el Modelo de la “Guía de Intervención mhGAP” y primeros auxilios psicológicos	CONASAMA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD, instituciones prestadoras de servicios de salud
5.2. Promover acciones informativas sobre los servicios de atención a la salud mental y prevención de adicciones a través de la Línea de la Vida (800-911-2000) para recibir psicoorientación telefónica incrementar el acceso a atención a la salud de las personas en movilidad humana.	5.2.1. Promover acciones informativas sobre los servicios de atención a la salud mental y prevención de adicciones a través de la Línea de la Vida para incrementar el acceso a atención a la salud de las personas en movilidad humana.	CONASAMA, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD, instituciones prestadoras de servicios de salud
	5.2.2. Realizar actividades dirigidas a la salud mental y apoyo psicosocial, la prevención de adicciones y del comportamiento suicida.	
	5.2.3. Promover acciones como: los primeros auxilios psicológicos, la consejería breve, intervenciones de promoción de salud mental y prevención de adicciones.	
	5.2.4. Promover los mecanismos de registro y seguimiento de casos referidos para la atención especializada de salud mental y adicciones.	

Objetivo 6. Diversificar las actividades de monitoreo de la salud, mediante los sistemas de información, que permitan recabar datos para conocer el panorama epidemiológico de las personas en contexto de movilidad.

Componentes	Líneas de acción	Responsables y vinculación
6.1. Promover el uso y registro de los datos de vigilancia epidemiológica y atenciones en salud en el Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), el Sistema de Información para Emergencias en Salud (SIESA), el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y los alternos que se establezcan para fortalecer la disponibilidad de información.	6.1.1. Capacitar al personal de salud en el adecuado llenado de la variable de identificación de usuarios de servicios de salud como población “migrante” o en contexto de movilidad humana.	DGIS, UNIDADES ADMINISTRATIVAS SALUD, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	6.1.2. Implementar mecanismos de seguimiento de las acciones de la Estrategia para la recopilación de datos y el análisis para la toma de decisiones y la mejora continua.	DGIS, UNIDADES ADMINISTRATIVAS SALUD, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD
	6.1.3. Generar informes trimestrales con información del Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA) con el fin de reportar avances y analizar la información para toma de decisiones en la política pública.	DGIS, UNIDADES ADMINISTRATIVAS SALUD, SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD



[Fotografía Sanando el camino],
Secretaría de Salud del Estado
México, tomada por: Rodrigo
Hernández Muñoz, 2025.



[Fotografía Países del mundo], Secretaría de
Salud del Estado Hidalgo, 2025.

9. Organización y coordinación

La Estrategia para la atención a la salud de las personas en contexto de movilidad es aplicable para todas las instancias del sector salud, con adición de las instituciones y organizaciones nacionales e internacionales, así como de los sectores público, social y privado que participen la atención en salud de la población migrante.

Coordinación Ejecutiva

A nivel federal corresponde a la persona titular de la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Políticas en salud y Bienestar Poblacional y la Dirección General de Políticas en Salud Pública, proponer, definir y favorecer la implementación las acciones de atención a la salud de las personas en movilidad humana definidas en la presente Estrategia, en los tres niveles de gobierno, con la participación de los organismos e instituciones involucradas.

En el nivel estatal, corresponde a los titulares de las Secretarías de Salud quienes son los enlaces directos con el nivel federal y con las jurisdicciones sanitarias e instancias participantes en la aplicación de la Estrategia. Para organizar, coordinar e implementar esta Estrategia, se realizarán las reuniones necesarias y en caso de caravanas migrantes se realizará sesión extraordinaria del Comité Estatal para la Seguridad en Salud, en donde se establecerán las responsabilidades de los participantes y sesiones de seguimiento.

Coordinación Técnico – Operativa

De acuerdo con sus atribuciones y especialidad técnica, corresponde a las dependencias y entidades de la administración pública, federal, estatal y local con sus recursos humanos, financieros y materiales; realizar la planeación, operación y seguimiento de las acciones implementadas para la atención de las personas en contexto de movilidad humana, así como identificar necesidades específicas para gestionar recursos de apoyo.

La Secretaría de Salud, como cabeza de sector, integrará y coordinará a las diversas instituciones y organizaciones del Sector, así como aquellas que tienen injerencia o coadyuvan en la atención de la población migrante, bajo un esquema vertical, pasando por el nivel estatal y hasta el ámbito aplicativo a través de la Jurisdicción Sanitaria.

Implementación y ejecución de la Estrategia

La organización, coordinación y seguimiento de la implementación y operación de la Estrategia, estarán bajo la coordinación de la Dirección General de Políticas en Salud Pública (DGPS). Sus contrapartes en el nivel estatal y local serán los coordinadores que designen los titulares de los Servicios Estatales de Salud.

La implementación de las acciones de la Estrategia se realizará por niveles y bajo el esquema de “objetivos, componentes y líneas de acción”, que tendrá un coordinador por componente, que aplica para todos los niveles de gobierno. En este caso, aplica la instancia nacional de salud rectora del programa específico o áreas técnicas correspondientes, y que

se replican a nivel estatal y jurisdiccional. Para la aplicación de las acciones además de la Secretaría de Salud, participarán las instituciones del sector y otras instituciones según la organización y asignación de responsabilidades establecidas en el Comité para la Seguridad en Salud. Los Componentes de Acción se agruparán de la siguiente manera:

Acciones por nivel operativo

Nivel Federal

- Convocar un Grupo Técnico de Salud y Movilidad Humana y dar seguimiento a la implementación de la Estrategia.
- Establecer los sistemas de información para integrar reportes oportunos sobre los avances y las acciones realizadas, los cuales se enviarán al Gabinete de Gobierno.
- Integrar la información respecto a la implementación, operación y seguimiento de actividades, en coordinación con la Dirección General de Sistema de Información en Salud, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Sistema de Información en Salud, el Sistema de Información para Emergencias en Salud (SIESA), así como todas aquellas que sean consideradas como convenientes por parte del grupo técnico.
- Mantener el sistema de información en salud para el registro de actividades para la población en contexto de movilidad humana alimentado con la información de la Dirección General de Información en Salud, Subsistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA), del Sistema de Información para Emergencias en Salud (SIESA), y del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y los alternos necesarios, a fin de contar con la información suficiente.
- Mantener la vinculación y coordinación entre las instancias participantes para verificar la implementación de la Estrategia y asegurar el flujo continuo de información, sobre todo en situaciones que requieran apoyo extraordinario.
- Dar seguimiento puntual a las acciones dirigidas a la población en contexto de movilidad humana y responder a los requerimientos de apoyo desde los tres niveles de gobierno.
- Realizar, supervisiones conjuntas con los Servicios Estatales de Salud y las instituciones participantes para verificar el cumplimiento del Estrategia.
- Evaluar y redirigir las acciones en salud, para garantizar la atención de la población en contexto de movilidad humana.
- Brindar el apoyo inmediato a las regiones que requieran fortalecimiento de la respuesta en salud.

Nivel estatal

- Verificar que las Jurisdicciones apliquen completamente de lo establecido en la Estrategia en coordinación con el nivel federal.
- Establecer una red de comunicación inmediata, estatal o inter estatal para atender situaciones extraordinarias que permitan una rápida atención del Sector Salud, así como la notificación inmediata al siguiente nivel de mando interno y externo.
- Elaborar informe trimestral de las acciones realizadas, con base en los registros de los sistemas en salud: SIESA, SINAVE, SINBA y de los sistemas alternos necesarios, a fin de contar con la información necesaria para la toma de decisiones.

- Sesionar en el Comité Estatal para la Seguridad en Salud, los avances de la implementación y acciones realizadas, y de ser necesario, establecer acuerdos para la gestión de recursos y mejora operativa, como en el caso de la atención de las caravanas migrantes.
- Enviar a nivel federal las minutas de las sesiones del Comité Estatal para la Seguridad en Salud, con los acuerdos, compromisos, seguimiento, cumplimiento e identificación de necesidades específicas.

Nivel Jurisdiccional/Distrito de salud

- La Jurisdicción Sanitaria o Distrito de Salud, funge como cabeza de sector y asume la organización y coordinación de la implementación de la Estrategia, en conjunto con las instituciones del sector salud y otras del ámbito estatal y municipal, para atender los requerimientos de atención e información en contexto de movilidad humana.
- Llevar a cabo las reuniones del Comité Jurisdiccional/Distrital para la Seguridad en Salud, para establecer el esquema de organización y coordinación para la implementación y seguimiento de lo establecido en la Estrategia e informar sobre las acciones y necesidades de apoyo, en los casos de caravanas migrantes.
- Asignar en el marco del Comité, las responsabilidades a todas las instancias del sector salud participantes, así como a las correspondientes de la Sociedad Civil, Organizaciones No Gubernamentales nacionales e internacionales que se encuentren participando en la respuesta local.
- Implementar el sistema de información y mecanismo de seguimiento de las acciones, basado en los registros SINBA, SIESA, SINAVE y los alternos necesarios a fin de contar con la información suficiente.
- Elaborar el directorio de las autoridades de las instancias participantes, así como de los coordinadores operativos por objetivo.
- Realizar el diagnóstico de necesidades de recursos humanos, materiales y de equipamiento necesarios para la atención a la población en contexto de movilidad humana, en el ámbito de competencia de cada estrategia, componente o programa de salud, sin descuidar la operación rutinaria.
- Establecer una red de comunicación inmediata, para atender situaciones extraordinarias que permitan una rápida atención del Sector Salud, así como la notificación inmediata al siguiente nivel de mando interno y externo.
- Mantener la comunicación y el enlace permanente con el encargado o responsable de la respuesta gubernamental para la atención de la población en condición de movilidad humana, con la finalidad de facilitar el intercambio y respuesta adecuada en salud, ante las peticiones y/o necesidades extraordinarias que se presenten.
- Integrar el directorio de casas, albergues, refugios temporales y Centros Integradores para Migrantes establecidos y demás establecimientos, con la finalidad de verificar que todas estén vinculadas a la atención en salud establecida en la Estrategia.
- Elaborar un programa de verificación y revisión de casas, albergues, refugios temporales y Centros Integradores para Migrantes establecidos en conjunto con protección civil, autoridades municipales y coordinador o responsable del sitio, a fin de elaborar un plan de trabajo conjunto y dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones emitidas.

- Enviar al nivel estatal, y a su vez al nivel federal, las minutas de las reuniones realizadas del Comité Jurisdicción para la Seguridad en Salud, señalando los acuerdos y compromisos, así como el seguimiento y cumplimiento de estos, además de identificar necesidades específicas para continuar con las acciones.

10. Monitoreo

Objetivo 1. Asegurar una atención a la salud, de las personas en contexto de movilidad humana, que esté libre de estigma y discriminación, con enfoques de Derechos Humanos y pertinencia cultural.

Componente 1.1. Reducir las barreras administrativas de acceso a la atención en salud para facilitar el ejercicio del derecho a la salud de la población en contexto de movilidad humana.

Unidad responsable: Servicio Nacional de Salud Pública

ELEMENTOS DEL INDICADOR			
Nombre	Total de personas en situación de movilidad atendidas por acciones del SNSP.		
Objetivo	Cuantificar el alcance de las acciones del SNSP dirigidas a la atención de personas en situación de movilidad, con el fin de monitorear los esfuerzos institucionales orientados a garantizar el acceso equitativo, oportuno y culturalmente pertinente a servicios de salud.		
Definición o descripción	Corresponde al número total de personas en situación de movilidad humana —nacionales e internacionales, en tránsito, retorno o asentamiento— que han sido atendidas a través de acciones implementadas por el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP), en el marco de estrategias destinadas a garantizar el ejercicio del derecho a la salud con enfoque de equidad, interculturalidad y derechos humanos.		
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación. Derecho a la no discriminación: Artículo 1° constitucional; Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. El indicador contribuye a identificar y reducir brechas de acceso relacionadas con el estatus migratorio, origen étnico, idioma, nacionalidad, género o situación socioeconómica. Derecho a la información en salud: Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En el indicador se busca que las personas en movilidad reciban orientación adecuada y culturalmente pertinente para ejercer su derecho a la salud. Derecho a la protección en contextos de movilidad humana: Principios y directrices del ACNUR y la OIM; Ley de Migración (México); Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político. Este derecho incluye el acceso a servicios esenciales durante el tránsito, retorno o asentamiento, y es particularmente importante para grupos en situación de vulnerabilidad. Derecho a la identidad cultural y al respeto de los saberes tradicionales: Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; Constitución mexicana. Refuerza el enfoque intercultural del indicador, asegurando que la atención en salud sea pertinente culturalmente.		
Nivel de desagregación	Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición	Trimestral
Acumulado o periódico	Periódico	Disponibilidad de la Información	Media
Unidad de medida	Personas en situación de movilidad que recibieron atención u orientación integral por parte del personal del Servicio Nacional de Salud Pública.	Periodo de recolección de los datos	Septiembre-Diciembre

Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		Servicio Nacional de Salud Pública.		
Método de cálculo	Total de personas en situación de movilidad humana que necesiten orientación integral.					
Observaciones	Se considera acompañamiento sanitario documentado aquél que cuente con evidencia verificable (bitácoras, cédulas de atención, listados de asistencia o reportes técnicos), con participación del personal del Servicio Nacional de Salud Pública federal, estatal o jurisdiccional/distrital.					
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.						
Nombre variable 1	Total de personas en situación de movilidad humana que necesiten orientación integral	Valor variable 1	Número total de personas en situación de movilidad humana atendidas por acciones del SNSP en un periodo determinado.	Fuente de Información variable 1	Bitácoras, cédulas de atención, listados de asistencia o reportes técnicos	
Nombre variable 2	NA	Valor variable 2	NA	Fuente de Información variable 2	NA	
Sustitución en método de cálculo	NA					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor			La línea base será determinada a partir del análisis de los eventos ocurridos durante 2024, conforme se estandarice el registro de participación sanitaria.			
Año	NA					
Meta 2030			Nota sobre la meta 2030			
100%			Se espera que todos los eventos de recepción cuenten con intervención, orientación o acompañamiento sanitario para garantizar una atención digna, oportuna y sin discriminación.			
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028	2029	2030	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Objetivo 1. Asegurar una atención a la salud, de las personas en contexto de movilidad humana, que esté libre de estigma y discriminación, con enfoques de Derechos Humanos y pertinencia cultural.

Componente 1.3. Fomentar el acceso a los servicios de atención médica integral para la población en contexto de movilidad humana a fin de disminuir impactos negativos en la salud pública.

Unidad responsable: Dirección General de Epidemiología (COPAC) Servicio Nacional de Salud Pública.

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Cobertura de servicios de atención médica en espacios de alojamiento para población en contexto de movilidad humana				
Objetivo	Medir y dar cobertura en la disponibilidad de atención médica del primer nivel en albergues, refugios y centros de estancia para población migrante y desplazada				
Definición o descripción	Porcentaje de espacios de alojamiento temporal que cuentan con al menos un servicio médico fijo o brigada itinerante de salud del primer nivel				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Nacional, estatal, distrital	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Periódico.	Disponibilidad de la información		Secretaría de Salud (SIS), Dirección General de Epidemiología, COE-SP, Censos de Población Migrante CONAPO	
Unidad de medida	Porcentaje (%)	Periodo de recolección de los datos		Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		DGE /SNSP	
Método de cálculo	(Número de espacios con atención médica / Total de espacios de alojamiento registrados)×100				
Observaciones	El indicador considera tanto atención fija como brigadas itinerantes, incluyendo centros temporales instalados CONAPO Y SSPC				
APLICACION DEL METODO DE CALCULO PARA LA OBTENCION DE LA LINEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de espacios con atención médica = dato censal 2024 a confirmar	Valor variable 1		Fuente de información variable 1	Registro Nacional de Espacios de Alojamiento para Población Migrante CONAPO/SSPC

Nombre variable 2	Número total de espacios de alojamiento registrados = dato consolidado por DGPSP	Valor variable 2		Fuente de información variable 2	Registro Nacional de Espacios de Alojamiento para Población Migrante CONAPO/SSPC	
Sustitución en método de cálculo	En caso de ausencia de un censo nacional actualizado de espacios de alojamiento, se podrá sustituir el denominador por el número de espacios identificados y validados por las entidades federativas, en coordinación con la Dirección General de Políticas en Salud Pública y el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), para el año evaluado. De igual forma, se considerarán como "espacios con atención médica" tanto aquellos con presencia continua de personal médico o de enfermería, como los que reciben atención regular a través de brigadas móviles de primer nivel, registradas oficialmente en el Sistema Nacional de Salud Pública.					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	Hipotético: 35%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.			
Año	Hipotético 2024					
Meta 2030			Nota sobre la meta 2030			
85% de cobertura nacional			En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2030.			
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027		2028	2029	2030
NA	NA	NA		NA	NA	NA

Objetivo 2. Impulsar el desarrollo de habilidades individuales y comunitarias en salud de la población en contexto de movilidad, por medio de comunicación y educación en salud, promoción de entornos saludables y trabajo intersectorial.

Componente 2.1. Implementar acciones de coordinación con las instituciones correspondientes, para el desarrollo de intervenciones que impulsen el autocuidado de la salud en la población en contexto de movilidad humana y población de acogida.

Unidad responsable: DGPSP

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Número de albergues para población migrante validados como promotores de la salud				
Objetivo	Promover comportamiento y estilos de vida encaminados a lograr una mejor salud en la población mediante intervenciones de educación y promoción de la salud con enfoque de curso de vida, que impulsen determinantes positivos para la salud.				
Definición o descripción	Mide el número de albergues para población migrante validados como promotores de la salud				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponibilidad de la información		SINBA-SIS/ 230 Promoción de la Salud y Determinantes Sociales /PDS07 Validados	
Unidad de medida	Albergues	Periodo de recolección de los datos		Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		DGPSP	
Método de cálculo	Número de albergues para población migrante validados como promotores de la salud				
Observaciones	La Dimensión a medir es la Eficacia				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de albergues para población en contexto de movilidad humana revalidados como promotores de la salud	Valor variable 1	NA	Fuente de información variable 1	SINBA-SIS/ 230 Promoción de la Salud y Determinantes Sociales /PDS07 Validados
Nombre variable 2	NA	Valor variable 2	NA	Fuente de información variable 2	
Sustitución en método de cálculo	Conteo				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base				Nota sobre la línea base		
Valor	53			NA		
Año	2025					
Meta 2030				Nota sobre la meta 2030		
NA				NA		
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
25	31	22	25	27	18	25
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028		2029	2030
53	56	NA	NA		NA	NA

Objetivo 3. Fortalecer la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las personas en contexto de movilidad.

Componente 3.1. Fortalecer acciones del Programa de Vacunación Universal para reducir las enfermedades prevenibles por vacunación en la población en contexto de movilidad humana.

Unidad responsable: CENSIA

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Vacunación a población en contexto de movilidad				
Objetivo	Cuantificar el número de dosis de vacunas aplicadas a población en contexto de movilidad, a fin de evaluar la vacunación en este grupo poblacional y la posible contribución a la prevención de enfermedades prevenibles por vacunación				
Definición o descripción	Número de dosis aplicadas a personas en condición de movilidad de acuerdo a su grupo de edad en un periodo determinado				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); con ambas normativas se busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en condición de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Por entidad federativa y grupo de edad conforme al esquema de vacunación	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponibilidad de la Información		Reporte de Dosis Aplicadas (RDA) CENSIA	
Unidad de medida	Absoluto	Periodo de recolección de los datos		Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		CENSIA	
Método de cálculo	Dosis de vacunas aplicadas a población en condición de movilidad de acuerdo a su grupo de edad				
Observaciones	El indicador permite evaluar las dosis aplicadas a la población en condición de movilidad dentro del territorio nacional, midiendo accesibilidad, disponibilidad y uso de los servicios de salud				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de dosis aplicadas de vacunas a población en condición de movilidad	Valor variable 1		Fuente de información variable 1	Reporte de Dosis Aplicadas (RDA) CENSIA
Nombre variable 2		Valor variable 2		Fuente de información variable 2	
Sustitución en método de cálculo					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	N/A		Indicador de nueva creación		
Año	N/A				
Meta 2030			Nota sobre la meta 2030		

SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028	2029	2030	
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Objetivo 3. Fortalecer la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las personas en contexto de movilidad.

Componente 3.3. Mantener la vigilancia epidemiológica en la población en contexto de movilidad para realizar una referencia oportuna de riesgos potenciales a la salud pública con un abordaje epidemiológico integral y monitoreo.

Unidad responsable: DGE (DIOE).

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Vuelos atendidos por los servicios de sanidad internacional de personas mexicanas repatriadas				
Objetivo	Atender el total de vuelos repatriados por parte de los Servicios de Sanidad Internacional				
Definición o descripción	Proporción de vuelos de repatriación atendidos por los Servicios de Sanidad Internacional.				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Federal	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponibilidad de la información		Anual	
Unidad de medida	Proporción de vuelos de repatriación atendidos por Sanidad internacional	Periodo de recolección de los datos		Mensual	
Tendencia esperada	Atender ≥95 % de los vuelos repatriados	Unidad responsable de reportar el avance		DGE-DIOE	
Método de cálculo	Vuelos repatriados atendidos durante el año/vuelos repatriados recibidos durante al año* 100				
Observaciones	En caso de ser necesario, podrá registrar alguna observación que permita la mejor interpretación del indicador. (máximo 500 caracteres contando espacios)				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Vuelos repatriados atendidos a nivel estatal durante el mes	Valor variable 1		Fuente de Información variable 1	Servicios de Sanidad Internacional del estado
Nombre variable 2	Vuelos repatriados recibidos a nivel estatal durante el mes	Valor variable 2		Fuente de Información variable 2	Secretaria de Gobernación
Sustitución en método de cálculo					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	NA		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.		
Año	NA				
Meta 2030			Nota sobre la meta 2030		

! 95 %				En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2030.		
SERIE HISTORICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028		2029	2030
NA	> 95 %	> 95 %	> 95 %		> 95 %	> 95 %

Objetivo 3. Fortalecer la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las personas en contexto de movilidad.

Componente 3.3. Fortalecer la detección oportuna de las enfermedades transmisibles para sumar esfuerzos con las entidades federativas, de la frontera sur y al interior del país con el propósito de controlar y disminuir su incidencia.

Unidad responsable: DGE, CENAPRECE, CENSIDAH

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Brotos de enfermedades transmisibles notificados en personas en situación de movilidad				
Objetivo	Dar seguimiento y cierre a los brotes de enfermedades transmisibles notificados en personas en situación de movilidad.				
Definición o descripción	Porcentaje de cierre de brotes de enfermedades transmisibles notificados en personas en situación de movilidad				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Nacional, estatal, distrital	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponiblidad de la Información		Dirección General de Epidemiología	
Unidad de medida	Porcentaje (%)	Periodo de recolección de los datos		Enero a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		DGE	
Método de cálculo	(Nº Brotes cerrados de enfermedades transmisibles en personas en situación de movilidad / Total de brotes notificados de enfermedades transmisibles en personas en situación de movilidad) ×100.				
Observaciones					
APLICACION DEL METODO DE CALCULO PARA LA OBTENCION DE LA LINEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Nº Brotes cerrados de enfermedades transmisibles en personas en situación de movilidad	Valor variable 1		Fuente de información variable 1	DGE
Nombre variable 2	Total de brotes notificados de enfermedades transmisibles en personas en situación de movilidad	Valor variable 2		Fuente de Información variable 2	DGE
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base				Nota sobre la línea base		
Valor	No se ha medido					
Año	No se ha medido					
Meta 2030				Nota sobre la meta 2030		
>80%				En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2030.		
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028	2029	2030	
NA	NA	NA	NA	NA	NA	

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Proporción de casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar en población en situación de movilidad humana.				
Objetivo	Identificar casos probables de Tuberculosis Pulmonar en población en el contexto de movilidad humana, de ingreso al país.				
Definición o descripción	Porcentaje de personas con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar que ingresan a México.				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición		Semestral	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponibilidad de la información		Media	
Unidad de medida	Porcentaje (%)	Periodo de recolección de los datos		Enero a junio y julio a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		CENAPRECE	
Método de cálculo	Persona con bacteriología positiva o prueba rápida molecular, positiva a <i>M tuberculosis</i> / Persona en situación de movilidad que presenta tos con expectoración de más de 15 días de evolución				
Observaciones					
APLICACION DEL METODO DE CALCULO PARA LA OBTENCION DE LA LINEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Persona con bacteriología positiva o prueba rápida molecular, positiva a <i>M tuberculosis</i> .	Valor variable 1	NA	Fuente de Información variable 1	Plataforma Única de Información SINAVE TB
Nombre variable 2	Persona en situación de movilidad que presenta tos con expectoración de más de 15 días de evolución.	Valor variable 2	NA	Fuente de información variable 2	Plataforma Única de Información SINAVE TB
Sustitución en método de cálculo	No se cuenta con la variable de situación de movilidad, por lo que se solicitará a los estados que realicen esta acotación en observaciones.				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
!"#\$%&'(\$			Nota sobre la línea base		
Valor	No. De personas con TBP/ Número de personas con tos y expectoración de más de 15 días de evolución (caso probable de TBP)		NA		
Año	NA				
Meta 2030			Nota sobre la meta 2030		
No se cuenta con este valor ya que no se tiene línea basal de personas en situación de movilidad.			No se cuenta con este valor ya que no se tiene línea basal de personas en situación de movilidad.		

SERIE HISTORICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028	2029	2030	
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ELEMENTOS DEL INDICADOR					
Nombre	Proporción de personas en contexto de movilidad humana con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral (TAR)				
Objetivo	Medir el acceso al tratamiento antirretroviral en la población que viven con VIH en contexto de movilidad humana con seguimiento clínico, con el fin de monitorear la cobertura de atención.				
Definición o descripción	Mide el porcentaje de personas que viven con VIH en contexto de movilidad humana que se encuentran activas en seguimiento clínico y que están recibiendo tratamiento antirretroviral. Refleja el acceso efectivo al TAR dentro de la población en contexto de movilidad humana atendida por los servicios de salud. Nota: En el SALVAR el criterio “Tipo de Paciente En contexto de movilidad humana” hace referencia equiparable a la Población en Contexto de Movilidad humana				
Derecho asociado	Derecho a la salud: Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es eje central del indicador, ya que busca garantizar el acceso efectivo, equitativo y oportuno a servicios de salud para personas en situación de movilidad, sin discriminación.				
Nivel de desagregación	Entidad Federativa	Periodicidad o frecuencia de medición		Anual	
Acumulado o periódico	Acumulado	Disponibilidad de la Información		Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV (SALVAR)	
Unidad de medida	Porcentaje (%)	Periodo de recolección de los datos		Enero a junio y julio a diciembre	
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance		Programa Estatal de VIH, SIDA, ITS y Hepatitis C en coordinación con CENSIDAH	
Método de cálculo	Proporción de en contexto de movilidad humanas en TAR = Número de personas que viven con VIH en contexto de movilidad en TAR /Número total de personas en contexto de movilidad humana viviendo con VIH ! 100				
Observaciones	La proporción de personas que reciben tratamiento puede variar según el contexto y la región. Este indicador debe analizarse considerando barreras administrativas, culturales o migratorias que puedan afectar el acceso al TAR				
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE. La línea base debe corresponder a un valor definitivo para el ciclo 2024 o previo, no podrá ser un valor preliminar ni estimado.					
Nombre variable 1	Número de personas en contexto de movilidad humana viviendo con VIH que están en TAR	Valor variable 1	747	Fuente de Información variable 1	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV
Nombre variable 2	Número total de personas en contexto de movilidad humana viviendo con VIH	Valor variable 2	799	Fuente de Información variable 2	Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de ARV
Sustitución en método de cálculo	NA				
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS					
Línea base			Nota sobre la línea base		
Valor	93.49%				

Año	2025 (segundo trimestre)			Este indicador se calcula por primera vez con datos correspondientes al segundo trimestre de 2025. No existe una serie histórica previa, por lo que este valor será considerado como línea base para el monitoreo en ciclos subsecuentes.		
Meta 2030				Nota sobre la meta 2030		
95.00%				De acuerdo a las metas de ONUSIDA en la cascada del continuo, se espera que el 95% de las personas que conocen su estado serológico, se encuentren en tratamiento antirretroviral (TAR)		
SERIE HISTÓRICA DEL INDICADOR						
Se deberán registrar los valores de acuerdo a la frecuencia de medición del indicador. Puede registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
METAS						
Puede registrar NA cuando no aplique meta para ese año, de acuerdo con la frecuencia de medición.						
2025	2026	2027	2028		2029	2030
95.00%	95.00%	95.00%	95.00%		95.00%	95.00%

11. Glosario de términos

Los términos a continuación fueron tomados del “Glosario de la OIM sobre Migración” (OIM, Glosario de la OIM sobre Migración, 2019), documentos de la Organización Mundial de la Salud, la Ley de Migración.

Asilo: Otorgamiento por parte de un Estado de protección en su territorio a personas que se encuentran fuera del país de su nacionalidad o residencia habitual, quienes huyen de la persecución, daños graves o por otras razones. La noción de asilo engloba una diversidad de elementos, entre los cuales figuran la no devolución, el permiso para permanecer en el territorio del país de asilo, las normas relativas al trato humano y, con el tiempo, una solución duradera.

Apátrida: Persona no considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación.

Centros de acogida: Cualquier instalación utilizada para alojar a solicitantes de protección internacional y otras categorías de migrantes, incluidos los refugiados, a la espera de una decisión respecto de su solicitud de admisión o protección internacional.

Comunidad de acogida: Comunidad nacional o local en la que residen temporalmente los desplazados.

Comunidad de origen: En el contexto de la migración, comunidad nacional o local de una persona o de un grupo de personas que ha migrado, ya sea en el interior del país o a través de las fronteras internacionales.

Consentimiento informado: Proceso para la obtención del permiso de una persona, previa orientación, para llevar a cabo una actuación que afecta a su salud.

Crisis migratoria: Flujos migratorios complejos y —generalmente— a gran escala, así como patrones de movilidad ocasionados por una crisis que suelen traer consigo considerables vulnerabilidades para las personas y comunidades afectadas y plantear serios retos de gestión de la migración a más largo plazo. Una crisis migratoria puede ser repentina o paulatina, puede ser por causas naturales u ocasionada por el hombre, y puede tener lugar internamente o a través de las fronteras.

Cuidador (habitual y principal): Persona con quien vive un menor y que cuida de él a diario, sin que ello implique necesariamente una responsabilidad legal. Se trata del cuidador habitual del menor. Esta persona desempeña un papel de padre o madre, pero puede no tener relación de parentesco alguno con el menor, ni ser su tutor legal. En un contexto de emergencia, el término suele referirse a la persona que cuida del menor antes de que sobrevenga la emergencia.

Movilidad humana: término genérico que abarca todas las diferentes formas de movimiento de personas.

Derecho a buscar asilo: Derecho de toda persona objeto de persecución a solicitar asilo y gozar de él en un país distinto de su país de nacionalidad o de residencia habitual. Como se establece en el artículo 14 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (aprobada el 10 de diciembre de 1948).

Derecho a salir de cualquier país: Elemento del derecho a la libertad de circulación por el que se prescribe que toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluido el propio. De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos (aprobada el 10 de diciembre de 1948), art. 13, párr. 2. El derecho a salir de cualquier país también se establece en otras disposiciones jurídicas, como el artículo 12, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado el 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 23 de marzo de 1976).

Derecho al retorno: Elemento del derecho a la libertad de circulación por el que se prescribe que toda persona tiene derecho a regresar a su país. De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos (aprobada el 10 de diciembre de 1948), art. 13, párr. 2. El derecho al retorno también queda consagrado en el artículo 12, párrafo 4, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado el 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 23 de marzo de 1976): “Nadie podrá ser arbitrariamente privado del derecho a entrar en su propio país”.

Derechos civiles y políticos: Derechos y libertades que protegen la integridad física y mental de las personas, así como su participación ciudadana y política, contra cualquier interferencia arbitraria. Estos derechos comprenden, entre otros, los consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado el 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 23 de marzo de 1976), que han de disfrutarse sin discriminación alguna.

Derechos económicos, sociales y culturales: Derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación. A escala universal, estos derechos se enuncian en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado el 16 de diciembre de 1966 y en vigor desde el 3 de enero de 1976), así como en otros tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas, como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares (aprobada el 18 de diciembre de 1990 y en vigor desde el 1º de julio de 2003).

Derechos humanos: Garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, independientemente de su sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición.

Desplazados: Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos.

Desplazados internos: Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular como resultado de los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos o de catástrofes naturales o provocadas por el ser humano, o bien para evitar dichos efectos, y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida.

Determinación de la condición de refugiado: Proceso legal o administrativo llevado a cabo por los Estados o la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para determinar si una persona es refugiada de conformidad con las normas nacionales, regionales e internacionales (OIM, 2019).

Determinantes sociales de la salud: Condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables en materia de salud que se registran en los países y entre ellos (OMS, 2008)

Devolución (expulsión): También denominada “deportación” o, en algunas ocasiones, “expulsión”, la devolución consiste en el acto por el cual, en virtud de una orden de deportación, expulsión o devolución, un Estado obliga a un extranjero a salir de su territorio y lo devuelve a su país de origen o a un país tercero tras la denegación de entrada o la expiración de su permiso de permanencia en el país.

Diáspora: Conjunto de migrantes o descendientes de migrantes cuya identidad y sentimiento de pertenencia, sean reales o simbólicos, dimanen de su experiencia y sus antecedentes migratorios. Los miembros de la diáspora mantienen vínculos con su país de origen y entre ellos, a partir de una historia y una identidad compartidas o de experiencias comunes en el país de destino.

Discriminación: Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas.

Discriminación racial: Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

Diversidad cultural: Diversidad de manifestaciones culturales en una sociedad compuesta por grupos de personas de muy diversos orígenes y costumbres.

Documento de identidad: Documento oficial expedido por la autoridad competente de un Estado, cuya finalidad es probar la identidad del portador.

Documento de viaje: Documento expedido por un gobierno o una organización internacional, aceptado como prueba de la identidad de una persona para que pueda cruzar fronteras internacionales. Los pasaportes son los documentos de viaje más utilizados. Algunos Estados también aceptan las cédulas de identidad u otros documentos, como permisos de residencia.

Estación Migratoria: instalación física que establece el Instituto para alojar temporalmente a los extranjeros que no acrediten su situación migratoria regular, en tanto se resuelve su situación migratoria (Ley de Migración, 2011)

Familiares: En el contexto de la migración, el término “familiares” se refiere a las personas casadas con migrantes o nacionales, o que mantengan con ellos una relación que, de conformidad con el derecho aplicable, produzca efectos equivalentes al matrimonio, así como a los hijos a su cargo y a otras personas a su cargo reconocidas como familiares por la legislación aplicable o por acuerdos bilaterales o multilaterales aplicables entre los Estados de que se trate, incluso cuando no sean nacionales del Estado en cuestión.

Feminización de la migración: Fenómeno caracterizado por la naturaleza cambiante de la migración de las mujeres, que refleja el hecho de que cada vez hay más mujeres que migran de manera independiente, en lugar de hacerlo como miembros de un hogar, y participan activamente en el mundo laboral.

Flujo migratorio internacional: Número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico.

Franja fronteriza: En el derecho internacional, parte del territorio de un país que bordea las inmediaciones de la frontera con otro país y, como tal, se “opone” o se halla frente a ella.

Fronteras internacionales: Límites de separación definidos políticamente respecto de zonas territoriales o marítimas entre distintas entidades políticas y las zonas donde las entidades políticas ejerzan medidas de gobernanza de fronteras en su territorio o fuera del mismo. Tales zonas comprenden los pasos fronterizos (a saber, aeropuertos, pasos fronterizos terrestres y puertos) y las zonas de inmigración y de tránsito, las llamadas “tierras de nadie” entre los pasos fronterizos de los países limítrofes, así como las embajadas y los consulados (en lo que concierne a la concesión de visados).

Género: No es sinónimo de sexo. Sexo alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que género se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder. El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma —ni tampoco al hombre—, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder (Gómez Gómez, 2002).

Género, se refiere a los atributos sociales y las oportunidades asociadas a ser hombre o mujer, y las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones se establecen y se aprenden en la sociedad, son específicos al contexto o tiempo, y pueden cambiar, por ejemplo: el hecho de que las mujeres hagan más tareas del hogar que los hombres (CONAVIM, 2016).

LGBTIQ+: Sigla utilizada para designar a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales.

Menores no acompañados: De acuerdo con la definición del artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, menores que están separados de ambos padres y otros parientes y no están al cuidado de un adulto al que, por ley o costumbre, incumbe esa responsabilidad.

De acuerdo al artículo 3, fracción XVIII, de la Ley de Migración, Niña, niño o adolescente migrante no acompañado: a todo migrante nacional o extranjero niño, niña o adolescente menor de 18 años de edad, que se encuentre en territorio nacional y que no esté acompañado de un familiar consanguíneo o persona que tenga su representación legal.

Movimiento Migratorio: Son los desplazamientos humanos de larga duración de un lugar de origen a otro de destino.

Migración: Movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un país.

Migración internacional: cambio de país de residencia y se considera un subconjunto de la movilidad internacional. Se supone residencia si la persona ha vivido en el país de medición durante: a) la mayor parte de los 12 meses anteriores (o que tienen intención de vivir o permiso para vivir en ese país durante al menos seis meses y un día) o b) al menos los 12 meses anteriores (o tienen intención de vivir o permiso para vivir en ese país durante al menos 12 meses), sin incluir las ausencias temporales por vacaciones o motivos laborales (de conformidad con la tercera revisión de los principios y recomendaciones para los censos de población y habitación) (Statistics, 2021),

Migración laboral: Movimiento de personas de un país a otro o dentro del mismo país de residencia, que cambia su lugar de residencia habitual, por un periodo de por lo menos un año, con fines laborales.

Migración segura, ordenada y regular: Movimiento de personas que se ajusta a las leyes y normas que rigen la salida, la entrada, el retorno y la permanencia en los países, así como a las obligaciones que incumben a los Estados en virtud del derecho internacional, y que se produce en un contexto en el que se preserva la dignidad humana y el bienestar de los migrantes; se respetan, protegen y hacen efectivos sus derechos; y se detectan y mitigan los riesgos asociados a la circulación de personas.

Migración y salud: Temática de salud pública que se remite a la teoría y la práctica de examinar y encarar los factores relacionados con la migración que pueden afectar el bienestar físico, social y mental de los migrantes, y la salud pública de las comunidades de acogida.

Movilidad humana: Término genérico que abarca todas las diferentes formas de movimiento de personas.

Movilidad regular: movimiento temporal de personas que cruzan fronteras internacionales con autorización de la autoridad competente del país, independientemente del motivo del desplazamiento, excepto el cambio de residencia habitual.

Movilidad irregular: movimiento temporal de personas que cruzan fronteras internacionales sin la autorización de la autoridad competente del país, independientemente del motivo del desplazamiento, excepto el cambio de residencia habitual.

Movilidad irregular en tránsito: movimiento temporal de personas que cruzan fronteras internacionales sin la autorización de la autoridad competente del país y cuyo destino final es un tercer país.

Nacionalidad: Vínculo jurídico entre un individuo y un Estado.

No discriminación (principio de): Principio que impone a los Estados la obligación de no discriminar a nadie. Por “discriminación” se entiende toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas.

País de destino: En el contexto de la migración, país que corresponde al destino de una persona o de un grupo de personas, independientemente de si migran de forma regular o irregular.

País de origen: En el contexto de la migración, país de nacionalidad o de anterior residencia habitual de una persona o grupo de personas que han emigrado al extranjero, independientemente de si lo hacen de forma regular o irregular.

País de residencia habitual: País en el que una persona tiene su residencia habitual.

Persona refugiada (Convención de 1951): Persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no puede o, a causa de dichos temores, no quiere regresar a él.

De acuerdo al artículo 3, fracción XXII, de la Ley de Migración, refugiado es todo extranjero que se encuentre en territorio nacional y que sea reconocido como refugiado por parte de las autoridades competentes, conforme a los tratados y convenios internacionales de que es parte el Estado Mexicano y a la legislación vigente.

Refugiado (mandato): Persona que reúne las condiciones necesarias para recibir la protección de las Naciones Unidas proporcionada por la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR), de conformidad con su Estatuto y, en particular, con las resoluciones posteriores de la Asamblea General de las Naciones Unidas en las que se aclara el alcance de la competencia del ACNUR, independientemente de que esa persona se encuentre o no en un país que sea parte en la Convención de 1951 o en el Protocolo de 1967 —o en cualquier instrumento regional pertinente relativo a los refugiados— o de que su país de acogida le haya reconocido o no la condición de refugiado en virtud de cualquiera de esos instrumentos.

País de tránsito: En el contexto de la migración, país por el que pasa una persona o grupo de personas, en cualquier viaje hacia el país de destino, o bien desde el país de destino hacia el país de origen o de residencia habitual.

Persona emigrante: Desde la perspectiva del país de salida, persona que se traslada desde el país de nacionalidad o de residencia habitual a otro país, de modo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual.

Persona Extranjera: persona que no posee la nacionalidad/ciudadanía del país en que reside habitualmente. Para el caso de México, persona que no posee la nacionalidad mexicana, conforme a lo previsto en el artículo 30 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Persona migrante: Persona que, ya sea en solitario o acompañada, perteneciente a cualquier grupo de edad, sexo o nacionalidad, se desplaza de su lugar de residencia habitual a otro (sea saliendo, transitando o retornando), dentro de su país o cruzando una frontera internacional.

De acuerdo al artículo 3, fracción XVII, de la Ley de Migración, migrante se refiere al individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación.

Persona migrante nacional: persona que, ya sea sola o acompañada, perteneciente a cualquier grupo de edad o sexo se desplaza de su lugar de residencia habitual a otro dentro del país (ya sea saliendo, llegando o retornando) desde una entidad federativa a otra, independientemente del motivo o periodo de tiempo.

Persona migrante internacional: Persona sola o acompañada, de cualquier grupo de edad o sexo o nacionalidad distinta a la mexicana, que llega al país o transita por el territorio nacional a través de una frontera internacional por cualquier tipo de motivación y/o temporalidad.

Persona migrante de retorno: Persona con nacionalidad mexicana que residía en otro país y que fue devuelta o repatriada de forma voluntaria o involuntaria por alguna

autoridad migratoria de un país distinto a México, o que regresa al país de forma temporal o definitiva.

Persona Residente permanente: Persona extranjera que goza del derecho de residencia permanente en el país de destino.

Población nacida en el extranjero: Incluye a las personas residentes en el país en un momento específico de tiempo que nacieron en otro país (incluyendo a los que adquirieron la nacionalidad mexicana) (OIM, 2019).

Principio de Interés Superior de la Niñez: La Observación General No. 14, del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre el Interés Superior de la Niñez, lo define como un concepto triple: Primero, como un derecho sustantivo, es decir, que cada niña, niño y adolescente tiene derecho a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y se tome en cuenta al momento de tomar una decisión. Segundo, como principio jurídico interpretativo fundamental, que significa que cuando una norma jurídica puede tener diferentes interpretaciones o existen dos normas jurídicas, leyes o reglamentos, que tienen distintos ámbitos de protección, se tomará en cuenta la que proteja más derechos. Tercero, como norma de procedimiento, o sea, al revisar caso por caso, el proceso que tiene por objeto tomar decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones positivas y negativas de cada opción para poder tomar la que mejor proteja a niñas, niños y adolescentes (Naciones Unidas, 1989).

Problema importante de salud: Afección, enfermedad o discapacidad de un migrante que pueda incidir en el viaje o en la asistencia posterior a su llegada en relación con: a) los criterios que se deben reunir (por ejemplo, la capacidad para tomar decisiones en el caso del retorno voluntario asistido y la reintegración); b) la transportabilidad (aptitud para viajar, necesidad de un acompañante médico); o c) las disposiciones especiales tras la llegada. Se consideran problemas importantes de salud las afecciones de salud mental susceptibles de afectar la capacidad de una persona para tomar decisiones acertadas; las enfermedades transmisibles que constituyan una amenaza para la población; los estados de salud en rápido deterioro o inestables que puedan perturbar el viaje; las discapacidades para las que se necesiten medios de ayuda para la movilidad, alojamientos especiales, servicios de enseñanza y formación profesional o asistencia en actividades cotidianas; los problemas de salud crónicos que hagan necesario someter al paciente a un tratamiento o seguimiento especializado, y los embarazos, entre otras cosas.

Pueblos indígenas: Pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Situación Migratoria: Es la condición en que se ubica un extranjero, en función del cumplimiento o incumplimiento de las disposiciones migratorias para su internación y estancia en el país.

De acuerdo al artículo 3, fracción XXVII, de la Ley de Migración, situación migratoria se refiere a la hipótesis en la que se ubica un extranjero en función del cumplimiento o incumplimiento de las disposiciones migratorias para su internación y estancia en el país. Se considera que el extranjero tiene situación migratoria regular cuando ha cumplido dichas disposiciones y que tiene situación migratoria irregular cuando haya incumplido con las mismas.

Reglamento Sanitario Internacional: Instrumento jurídico internacional vinculante cuya finalidad es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Sistemas de salud adaptados a las necesidades de los migrantes: Sistemas de salud que incorporan deliberada y sistemáticamente las necesidades de los migrantes en el financiamiento, la normativa, la planificación, la ejecución y la evaluación en el ámbito de la salud, con inclusión de consideraciones tales como los perfiles epidemiológicos de las poblaciones migrantes, los factores culturales, lingüísticos y socioeconómicos pertinentes, y los efectos del proceso migratorio en la salud de los migrantes.

Solicitante de asilo: Persona que busca protección internacional. En países con procedimientos individualizados, un solicitante de asilo es una persona cuya solicitud aún no ha sido objeto de una decisión firme por el país donde ha sido presentada. No todos los solicitantes de asilo son reconocidos como refugiados, pero todos los refugiados en estos países son inicialmente solicitantes de asilo.

Trabajadores fronterizos: personas a las que se les concede autorización para trabajar en el país receptor, pero conserva su residencia habitual en un país vecino.

Trabajador fronterizo: Todo trabajador [migrante] que conserve su residencia habitual en un Estado vecino, al que normalmente regresa cada día o al menos una vez por semana.

Trabajador migrante de temporada: Trabajador migrante cuyo trabajo, por su propia naturaleza, depende de condiciones estacionales y sólo se realiza durante parte del año.

Trabajador temporal: persona que tiene su residencia habitual en un país, pero viaja a otro para laborar por temporadas o periodos de tiempo establecidos de acuerdo a los requerimientos del empleador.

Retorno voluntario: regreso de una persona por su propia voluntad al país de origen con o sin apoyo del país o asistencia internacional.

Retorno voluntario asistido: regreso de una persona por su propia voluntad al país de origen con el apoyo del país o asistencia internacional.

De acuerdo al artículo 3, fracción XXIV, de la Ley de Migración, retorno asistido es el procedimiento por el que el Instituto Nacional de Migración hace abandonar el territorio nacional a un extranjero, remitiéndolo a su país de origen o de residencia habitual.

Retorno involuntario: proceso de devolución de una persona al país de origen en el que media una autoridad a partir de una determinación administrativa o judicial.

Vulnerabilidad: es la cualidad de ser susceptible, de ser lastimado o herido ya sea física o moralmente.

Desigualdad Social: Se refiere a una situación socioeconómica, no necesaria a la apropiación o usurpación privada de bienes, recursos y recompensas, implicando competencia y lucha.

Violencia de género: Término general que designa todo acto lesivo perpetrado contra la voluntad de una persona y que está basado en diferencias de carácter social (género) entre hombres y mujeres. Comprende V 251 Glosario de la OIM sobre Migración los actos que tienen como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la denegación de recursos, oportunidades o servicios, el matrimonio forzado y otras formas de privación de libertad. Tales actos pueden cometerse en público o en privado.

Violencia sexual: La violencia sexual es una forma de violencia de género y abarca cualquier acto sexual, intento por tener sexo, comentarios o proposiciones sexuales no deseados, o actos para traficar la sexualidad de una persona, utilizando coacción, amenazas de perjuicio o fuerza física, por parte de cualquier persona independientemente de la relación con la víctima, en cualquier situación. La violencia sexual adopta muchas formas, incluidas la violación, el abuso sexual, el embarazo forzado, la esterilización forzada, el aborto forzado, la prostitución forzada, la trata de personas, la esclavitud sexual, la circuncisión forzada, la castración y la desnudez forzada.

Xenofobia: Si bien no existe una definición internacionalmente aceptada de “xenofobia”, esta puede definirse como el conjunto de actitudes, prejuicios y comportamientos que entrañan el rechazo, la exclusión y, a menudo, la denigración de personas por ser percibidas como extranjeras o ajenas a la comunidad, a la sociedad o a la identidad nacional.

Referencias

ACNUR. (2024). *Un hogar en México. 2024 principales Resultados. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ciudad de México*. Obtenido de <https://www.acnur.org/mx/media/un-hogar-en-mexico-2024-principales-resultados-acnur-mexico>

Cabieses, B., Velázquez, B., Blukacz, A., Farante, S., Bojórque, I., & Mezones-Holguínf, E. (2024). Intersections between gender approaches, migration and health in Latin America and the Caribbean: a discussion based on a scoping review. *Health Policy*, 40.

CENSIA. (2023). *Guía de Atención para la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en Contexto de Movilidad Humana*. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/es/articulos/guia-de-atencion-para-la-salud-de-nina-s-ninos-y-adolescentes-en-contexto-de-movilidad-humana?idiom=es>

CONAVIM. (2016). *Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*. Obtenido de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-sexo-y-genero>

Estados Unidos Mexicanos. (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Obtenido de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

García, B. (2013). Manual de Alimentación para el adulto mayor. Universidad de las Américas.

Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*(11).

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2000). Guía de referencia rápida. Evaluación y control nutricional del adulto mayor en primer nivel de atención. Obtenido de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GRR.pdf>

Ley de Migración. (2011). *Ley de Migración*. Diario Oficial de la Federación 25 de mayo de 2011.

Ley General de Salud. (1984). *Ley General de Salud*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

McAuliffe, M., Oucho, L., & (eds.). (2024). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024*. Ginebra.: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Meaney, , A., & et al. . (2013). Factores de riesgo cardiovascular en mexicanos de clase media: el estudio Lindavista. Datos basales. *Arch. Cardiol. Méx. [online]*. 2013,, 83(4), 249-256. doi:<https://doi.org/10.1016/j.acmx.2013.05.002>.

Naciones Unidas. (1989). *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño*.

Naciones Unidas. (2013). *Observación general N° 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*. Obtenido de <https://www.refworld.org/es/ref/polilegal/crc/2013/es/95780>

National Library of Medicine. (4 de Abril de 2023). *MedlinePlus Información de Salud*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000404.htm>

OIM. (2019). Glosario de la OIM sobre Migración. *Derecho Internacional sobre Migración*(34).

OIM. (2024). *Boletín de estadísticas migratorias para México. Anual 2024*. Obtenido de https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd1686/files/documents/2025-07/boletin-de-estadisticas-migratorias-para-mexico-2024_0.pdf

OIM. (2024). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024*.

OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2019). *Plan de acción mundial sobre la salud de los migrantes 2019-2023*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241517058>

OMS. (2024). *5ta Escuela Global sobre Salud de Refugiados y Migrantes*. Bogotá: Organización Mundial de la Salud.

ONU. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Obtenido de <https://sdgs.un.org/2030agenda>
Organización Mundial de la Salud. (1 de Marzo de 2024). *Malnutrición*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

RISS. (2025). *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Diario Oficial de la Federación 27 de febrero de 2025. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5750389&fecha=27/02/2025#gsc.tab=0

RMRP. (2024). *Regional Inter-Agency Coordination Platform. Regional Refugee and Migrant Response Plan*. Obtenido de <https://rmrp.r4v.info/rmrp2023-24/>

Santillán Moreno, 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 para optar al título de Maestro en Salud Pública, San Luis Potosí.

Secretaría de Gobernación. (s.f.). *Informe Análisis Legal y Políticas Públicas DFI vigentes a nivel federal*.

Secretaría de Salud. (26 de Octubre de 2022). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

Secretaría de Salud. (2025). *Cubos dinámicos*. Obtenido de Cubos dinámicos de información: Dirección General de Información en Salud (DGIS) : https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

Secretaria de Salud de Gobierno de México; Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Guías alimentaria saludables y sostenibles para la población mexicana*. México.

Statistics, U. N. (2021). Task Force 2: *Key concepts and definitions related to international migration Final Report on Conceptual frameworks and Concepts and Definitions on International Migration*.

Ullmann, S., Goldman, N., & Massey, D. (2011). Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Social Science & Medicine*, 73(3), 421-428.

UPMRIP. (2024). *Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias Enero-Diciembre 2024*. (S. d. Gobernación, Editor) Obtenido de Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas y la Organización Internacional para las Migraciones: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/tablero_estadistica_migratoria

UPMRIP. (2024). *Memoria de las actividades realizadas en materia de Desplazamiento Forzado Interno*. Obtenido de <https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CPM/DFI/biblioteca/bd/95.pdf>

UPMRIP. (18 de Noviembre de 2025). *Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias Anual 2024*. Obtenido de http://politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2024/Boletin_2024.pdf

UPMRIP. (2025). *Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias Junio 2025*. Obtenido de Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas y la Organización Internacional para las Migraciones: http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/tablero_estadistica_migratoria

UPMRIP; Secretaria de Gobernación; Unidad de Política Migratoria;. (Diciembre de 2024).
Hacia una Política Migratoria Humanista: medidas y acciones para la atención de personas
en contextos de movilidad. *Movilidad en corto*. México.

Lista de referencia de las fotografías

1. Secretaría de Salud del Estado de Baja California. (2025), La sonrisa de la esperanza. [Fotografía]. Tomada por: Karen Cruz y Ángel Garrido.
2. Secretaría de Salud del Estado de México. (2025), El Tren [Fotografía]. Tomada por: Rodrigo Hernández Muñoz.
3. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2025), Así es México [Fotografía].
4. Secretaría de Salud del Estado de Jalisco. (2025), La flor del nuevo hogar [Fotografía]. Tomada por: Lizeth Sánchez Arreola.
5. Secretaría de Salud del Estado de Durango. (2025). El descanso [Fotografía].
6. Secretaría de Salud del Estado de Zacatecas. (2025). Los niños [Fotografía].
7. Secretaría de Salud del Estado de México. (2025). Sanando el camino [Fotografía]. Tomada por: Rodrigo Hernández Muñoz.
8. Secretaría de Salud del Estado Hidalgo. (2025). Países del mundo [Fotografía].
9. Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2025). Dibujando mi nuevo hogar [Fotografía].
10. Secretaría de Salud del Estado de Nayarit. (2025). En familia [Fotografía].
11. Secretaría de Salud del Estado de México. (2025) Viendo el horizonte [Fotografía]. Tomada por: Rodrigo Hernández Muñoz.

Agradecimientos

Dirección General de Políticas en Salud Pública

Dirección de Determinantes de la Salud y Coordinación Intersectorial

Subdirección de Participación Social en Salud

Lic. María Del Carmen Martínez Hernández, Trabajadora Social en Área Médica

Lic. Gerardo Soto Tinoco, Biólogo

Lic. Teolincacihuatl Melo Alvarado, Soporte Administrativo

Lic. Judith Ivonne Montero García, Supervisora Profesional en Trabajo Social en Área Médica

Dr. Alberto Ortiz Casillas, Supervisor Médico en Área Normativa

Lic. Mara Manuela Arellano Oñate, Apoyo Administrativo en Salud

Lic. Javier Gonzalez Jacobo, Apoyo Administrativo en Salud

Lic. Wendy Paola Martínez López, Apoyo Administrativo en Salud

Diseño

Danna Vargas Escobar



[Fotografía Dibujando mi nuevo hogar], Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2025.



[Fotografía En familia], Secretaría de Salud del Estado de Nayarit, 2025.



[Fotografía Viendo el horizonte], Secretaría de Salud del Estado de México, tomada por: Rodrigo Hernández Muñoz, 2025.

**Estrategia nacional para la atención a la
salud de personas en contexto de
MOVILIDAD HUMANA**

Versión 1.0



Salud

Secretaría de Salud