



Hacia la implementación del MIRPS en Centroamérica y México

Notas conceptuales sobre
compromisos selectos

2020



MIRPS

**Marco Integral Regional para la
Protección y Soluciones**

Abordando el desplazamiento forzado en Centroamérica y México

Contexto

Impactada por **dos situaciones principales de desplazamiento forzado**, Centroamérica alberga a cientos de miles de personas que se han visto obligadas a huir dentro o fuera de las fronteras de su país. Esto incluye desplazados internos en El Salvador y Honduras, y refugiados y solicitantes de asilo de todos los países del norte de Centroamérica, que han huido de la violencia crónica causada por las pandillas y la inseguridad. Aunque la mayoría de las personas que han cruzado fronteras desde el norte de Centroamérica ha buscado protección en México, Estados Unidos y Europa, varios miles más han solicitado asilo en Belice, Guatemala, Costa Rica, Nicaragua y Panamá. Adicionalmente, varios cientos de miles adicionales son deportados, incluyendo a personas con necesidades de protección.

Además, decenas de miles de personas han huido de la crisis social y política en Nicaragua, la gran mayoría hacia su país vecino Costa Rica, donde las solicitudes de asilo han aumentado exponencialmente en los últimos dos años.

Con una creciente tendencia de personas desplazadas forzosamente en la región que ejercen presión sobre los sistemas de asilo y, el MIRPS busca expandir la capacidad operativa de los Estados en Centroamérica para responder al desplazamiento forzado. Esto incluye hacer arreglos para garantizar la recepción y admisión seguras de las personas obligadas a huir, facilitar espacios y refugios seguros, generar compromisos con líderes comunitarios, promover soluciones duraderas y medios de vida, y fomentar un ambiente de convivencia pacífica.

En el 2017, los gobiernos de Belice, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Panamá adoptaron la **Declaración de San Pedro Sula**, para el fortalecimiento y la promoción de soluciones para personas afectadas, abordando las causas subyacentes del desplazamiento forzado promoviendo contextos estables que garanticen seguridad, desarrollo económico y prosperidad.

A través de la Declaración, los países acordaron participar en la implementación del Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS) como una contribución regional al Pacto Mundial sobre los Refugiados, para fortalecer la cooperación regional y la responsabilidad compartida asociada con países de origen, tránsito y destino, y los países se comprometieron a adoptar e implementar planes de acción nacionales, alineados con los compromisos y prioridades específicas de país. En el 2019, El Salvador se unió a este esfuerzo regional y asumió la Presidencia Pro-tempore para el 2020.

Identificación de recursos requeridos

A través del proceso innovador de cuantificación liderado por los países MIRPS, los Equipos Técnicos Nacionales (ETN) han evaluado los recursos financieros necesarios para asistir a un número creciente de personas con necesidades de protección en áreas de enfoque selectas, cuantificando los recursos necesarios para proveer acceso a servicios esenciales, incluyendo protección social, salud, educación y medios de vida. Este proceso permitirá fortalecer el proceso de planeación nacional para implementar los planes de acción de cada país y sus compromisos relevantes. Sirve, además, como base para atraer sinergias y movilizar recursos a nivel nacional y a través de la cooperación internacional con un análisis basado en evidencias de necesidades y brechas financieras.



Conoce el informe anual
del MIRPS 2020 en la
[nueva página web](#)

Basado en el ejercicio inicial desarrollado en el 2019, los Estados han profundizado la cuantificación en el 2020 para definir los costos de actividades específicas que cumplen con los diversos compromisos adoptados a nivel nacional. Este proceso se llevó a cabo a través de consultas y sesiones de trabajo entre los ETN del MIRPS junto con sus contrapartes nacionales en las áreas de planeación, financiamiento y cooperación internacional, con el apoyo técnico de ACNUR. La definición estratégica de los compromisos nacionales se realizó gracias a una serie de sesiones de orientación estratégica llevadas a cabo entre julio y agosto por los ETN en coordinación con la Secretaría Técnica ACNUR-OEA y la Presidencia Pro-tempore. Se le dio prioridad a identificar los compromisos dentro de los planes de acción nacionales que se alineaban a los compromisos hechos durante el Foro Mundial sobre los Refugiados, y que dependían del establecimiento de nuevas alianzas y medios de financiamiento para su implementación.

La escala de la crisis de desplazamiento forzado en la región – agravada por la pandemia – y las proyecciones de posibles aumentos en los números de personas desplazadas una vez se regularice la apertura de fronteras, requiere que se priorice para el 2021 el **fortalecimiento continuo de las alianzas**. Para esto, los países MIRPS cuentan con **diversos socios nacionales, regionales e internacionales, como la cooperación de la Plataforma de Apoyo, instituciones financieras internacionales, actores de desarrollo, la sociedad civil y el sector privado** como una verdadera muestra de responsabilidad compartida.

Áreas de enfoque priorizadas

Requerimiento total **\$63,152,181**
Brecha total **\$54,479,442**

MÉXICO Requerimiento total **\$8,289,158**



Fortalecimiento de las escuelas del sistema de educación pública (educación básica y educación media superior) en las comunidades de acogida del sur de México.

Financiamiento total requerido

\$7,042,800



Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud en el estado de Chiapas, México.

Financiamiento total requerido

\$1,246,358

HONDURAS

Requerimiento total **\$3,999,725**



Garantizar un enfoque armonizado para el logro de soluciones duraderas, como son la promoción del acceso al trabajo y protección social.

Financiamiento total requerido

\$3,999,725

GUATEMALA Requerimiento total **\$346,170**
Brecha total **\$333,442**



Creación de condiciones de recepción especializadas y diferenciadas, seguras y dignas.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$4,546 \$39,935



Fortalecimiento a instituciones rectoras de la Protección a la Niñez y Adolescencia en zonas fronterizas.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$4,286 \$232,208



Alianzas público-privadas para la inclusión laboral de solicitantes de refugio y refugiados en Guatemala.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$3,896 \$61,299

BELICE Requerimiento total **\$2,596,861**



Brindar capacitación vocacional y técnica en función de la demanda en los sectores económicos clave asociados con el cambio climático, en beneficio de la juventud refugiada, solicitante de asilo, migrante y beliceña.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$0 \$2,596,861

EL SALVADOR Requerimiento total **\$11,993,682**
Brecha total **\$10,336,910**



Mejorar la capacidad técnica, inclusiva y operativa del sistema educativo en El Salvador, a favor de los derechos de la población desplazada forzosamente.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$1,513,561 \$6,854,890



Ampliar oportunidades de acceso al trabajo y medios de vida para fomentar la autosuficiencia de las personas desplazadas forzosamente en El Salvador.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$0 \$3,266,520



Fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Salud para brindar mejores servicios médicos y psicosociales a personas desplazadas forzosamente en El Salvador.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$143,211 \$215,500

COSTA RICA Requerimiento total **\$7,966,225**
Brecha total **\$4,980,215**



Aseguramiento voluntario temporal para solicitantes de refugio y refugiados en Costa Rica.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$0 \$3,033,333



Protección Social de las Poblaciones con Necesidad de Protección Internacional por medio de los servicios del IMAS.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$836,397 \$641,655



Fortalecimiento Institucional para el Abordaje de la Poblaciones Refugiadas y Migrantes en el Contexto de la Pandemia por la COVID-19.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$2,149,613 \$1,305,227

PANAMÁ

Requerimiento total **\$27,960,340**



Expandir la cobertura social para responder a las necesidades básicas de la población refugiada y solicitante de la condición de refugiado en condiciones de vulnerabilidad.

Financiamiento nacional Brecha de financiamiento

\$4,017,229 \$23,943,111

Educación

Requerimiento total **\$18,008,112**
Brecha total **\$16,494,551**

Protección social

Requerimiento total **\$33,438,117**
Brecha total **\$28,584,491**

Protección

Requerimiento total **\$3,813,551**
Brecha total **\$1,345,162**

Protección de la niñez

Requerimiento total **\$236,494**
Brecha total **\$232,208**

Salud

Requerimiento total **\$4,638,422**
Brecha total **\$4,495,211**

Medios de vida y empleo

Requerimiento total **\$3,331,715**
Brecha total **\$3,327,819**



Health | Salud

Costa Rica.

Personas de interés en Costa Rica

Refugiados*

6,204

Solicitantes de
asilo*

87,153

*Datos oficiales provistos al ACNUR hasta finales de 2019

**Datos entre 2006 y 2016

SECTOR	DESCRIPCIÓN	SOCIOS	NECESIDADES FINANCIERAS
 Protección	Fortalecimiento interinstitucional para el abordaje de la población solicitante de refugio, refugiada y migrante mediante el desarrollo de infraestructura de la Estación Migratoria Bicentennial (EMIBI) Norte.	Dirección General de Migración y Extranjería (DGME)	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$2,149,613 \$1,305,227
 Salud	Fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Salud para brindar mejores servicios médicos y psicosociales a personas desplazadas forzosamente en El Salvador.	Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) ACNUR	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$0 \$ 3,033,333
 Protección social	Garantizar el acceso de las personas solicitantes de refugio y personas refugiadas a los servicios de protección social estatales del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$836,397 \$ 641,655

Contexto

La pandemia por el Covid-19 y su impacto socioeconómico en Costa Rica ha causado un incremento en la demanda de acceso a los programas estatales. Este aumento se da un contexto económico complicado para Costa Rica donde según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el país ha alcanzado cifras históricas en materia de desempleo y la pobreza; con respecto a la primera, se reporta una tasa de desempleo del 24.4% una de las más altas de la región. Con respecto al nivel de pobreza, el INEC reporta un aumento en el nivel de la pobreza que alcanzó un 26,2%, lo que equivale a aproximadamente 420,000 hogares pobres.

La incidencia de pobreza multidimensional presentó prácticamente el mismo nivel del 2019 para el total país, lo que señala la urgencia de mantener y ampliar los programas dirigidos a las poblaciones vulnerables como medida eficaz para contener la pobreza. Este panorama convoca mayores niveles de compromiso y acción social para proteger a las personas en situación de vulnerabilidad económica y necesidades de atención médica.

A pesar de este esfuerzo por sostener y ampliar los niveles de inversión social, la nueva realidad nacional supone la necesidad de fondos adicionales para mantener su oferta de programas de protección para las poblaciones en mayor vulnerabilidad social y económica.

Tendencias de desplazamiento

Costa Rica juega un papel importante como país receptor de solicitantes de refugio de todas las situaciones de desplazamiento de la región. En los últimos cinco años el país registra un aumento sostenido en el total de solicitudes principalmente de personas de América Latina y el Caribe. Las situaciones de desplazamiento en Nicaragua y Venezuela han aumentado la presión sobre el sistema costarricense, y particularmente el sistema de asilo lo cual fue diseñado para abordar el desplazamiento forzado distinto al que enfrenta el país en este momento.

La población de personas refugiadas o solicitantes de la condición de refugiado en Costa Rica registra un aumento sostenido por año desde el 2015 y alcanzó su pico más alto en el 2018 como resultado de la crisis sociopolítica que afecta a Nicaragua desde entonces. Actualmente, Costa Rica es país de acogida de 99,823 personas de las cuales 90,197 son solicitantes de refugio y 9,371 son personas refugiadas. Esta situación se enmarca en un contexto económico complejo en el cual Costa Rica afronta importantes retos en temas económicos, fiscales, de empleo y seguridad.

Dicho incremento de solicitudes de asilo ha excedido la capacidad de respuesta institucional del Estado de Costa Rica. Las personas deben esperar aproximadamente seis meses para presentar una solicitud de asilo y otros tres meses para obtener un permiso de trabajo que les autorice a buscar trabajo de manera legal y formal. Estos largos períodos resultan en una mayor vulnerabilidad para la población de

interés, ya que limitan su acceso a servicios y agotan los pocos recursos monetarios y ahorros que podría tener.

A esta difícil situación se le sumó la pandemia por COVID-19, la cual creó nuevos retos y profundizó los ya existentes. El 16 de marzo, el Gobierno de la República declaró el estado de emergencia nacional por medio del decreto ejecutivo número 42227-MP-S y llamó a las instituciones del estado a enfocarse en la atención a la situación sanitaria nacional. En cuanto a la gestión de movilidad humana, el decreto estipuló el cierre de todas las fronteras nacionales. Esto, aunado a las medidas de restricción a la movilidad de las personas impuestas en la región centroamericana, resultó en una disminución de la cantidad de solicitudes de asilo recibidas por las autoridades costarricenses. El cierre de fronteras tuvo un impacto en el tránsito de movimientos mixtos por el territorio nacional.

1 Instituto Nacional de Estadística y Censos; Encuesta Continua de Empleo (ECE) reportó una tasa de desempleo del 24.4% en los meses de mayo, junio y julio del 2020, lo que representa unas 557.000 personas desempleadas, 270.000 más comparado con el mismo periodo del 2019. El dato contrasta con el estudio de la Organización Internacional para el Trabajo (OIT) "Panorama Laboral en tiempos de Covid-19: Impactos en el mercado de trabajo y los ingresos en América Latina y el Caribe" el cual presenta datos de países de la región y muestra datos de nueve países de la región y muestra que Costa Rica duplica la tasa de empleo aproximada para la región (11.5% para el segundo semestre del 2020) reportada en nueve países de la región https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_756694/lang-es/index.htm

2 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2020 reportó un aumento en la pobreza equivalente a 5.2 puntos porcentuales. La ENAH muestra que, en términos de personas, hay 1,529,255 personas en condición de pobreza en el 2020. El porcentaje de personas en pobreza extrema es de 8.5% o 96,697 personas en esta condición. <https://www.inec.cr/noticia/pobreza-por-ingresos-alcanzo-un-262>

Respuesta nacional

Costa Rica ha mantenido su tradición de respeto de los Derechos Humanos y acogida a las personas refugiadas a través de la ratificación de instrumentos como la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, así como desde la ley 8764 Ley General de Migración y Extranjería, la Política Migratoria Integral para Costa Rica, y el Plan Nacional de Integración 2018 – 2022, la articulación de acciones basadas en los principios rectores que se establecen en el marco de

la protección y responsabilidad país. Igualmente, el derecho de igualdad de las personas habitantes de la República establecido en la Constitución Política. Conscientes de las dificultades que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de refugio en el país, Costa Rica ha cometido apoyar dichas poblaciones desde los programas de desarrollo social en sus sistemas de seguridad social.

El MIRPS en Costa Rica

Como firmante de la Declaración de San Pedro Sula en el 2017, Costa Rica apoyó el establecimiento del Marco Integral Regional de Protección y Soluciones (MIRPS) para el abordaje integral del desplazamiento forzado en la región. Esta plataforma buscar dar una respuesta regional a la dinámica de desplazamiento en la región, atender las causas que originan el movimiento forzado de personas, fortalecer la protección y asistencia de las personas con necesidad de protección internacional. De esta forma, el Estado costarricense se comprometió al abordaje del desplazamiento forzado desde cuatro ejes de acción planteados por el MIRPS: 1. Recepción y admisión; 2. Necesidades inmediatas y persistentes, 3. Apoyo a las comunidades de acogida y 4: Soluciones duraderas.

Costa Rica desarrolló en el 2017 un marco de acción para la atención de las personas desplazadas forzosamente llamado “Marco de Protección y Soluciones de Respuesta a la Situación de las Personas Refugiadas en Costa Rica” (MINARE)³. El MINARE consiste en pliego de 32 compromisos asumidos por el Estado costarricense para dar una respuesta integral y previsible a las personas con necesidad de protección internacional en Costa Rica. El MINARE se desarrolló por medio de una consulta nacional con amplios sectores de la sociedad costarricense, de esta forma, promueve un enfoque de todo el gobierno, toda la sociedad (whole of government and whole of society approach) en la respuesta a la situación de las personas refugiadas y solicitantes de esa condición.

El MINARE crea también una estructura para acompañar su implementación, la cual consta de dos niveles:

- i. A nivel técnico, se creó un Equipo Técnico Nacional que da seguimiento al avance de los acuerdos. Este equipo lo conforman enlaces técnicos de las cinco instituciones que participan en la respuesta a la población refugiada, a saber: el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, el Viceministerio de

Gobernación y Policía, el Viceministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social y la Dirección General de Migración y Extranjería;

- ii. A nivel político, se creó un Comité Ejecutivo que reúne a los y las jerarcas de las instituciones anteriormente mencionadas, que dan respaldo político a los compromisos MINARE.

En lo relacionado con el sector de protección de las personas solicitantes de refugio y personas refugiadas, el MINARE incluye un compromiso para el fortalecimiento de la infraestructura, equipamiento y gestión de los Centros de Atención Temporal para Personas Migrantes (CATEM) para atender a las personas con necesidad de protección internacional.

En el mismo sentido, Costa Rica apoya a esta población desde los programas de desarrollo social, incluyendo a las personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugiado en sus sistemas de seguridad social. Lo anterior, permite asegurar la protección de las personas refugiadas o solicitantes de esa condición en pobreza extrema y pobreza desde los sistemas de desarrollo humano e inclusión social existentes, garantizar la atención de esas personas en igualdad de condiciones con las personas ciudadanas costarricenses, y disminuir la posibilidad que sean objeto del delito de Trata de Personas y Tráfico Ilícito de Migrantes.

Conscientes de las dificultades que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de refugio en el país, y en línea con los acuerdos incluidos en el MINARE, el derecho de igualdad de las personas habitantes de la República establecido en la Constitución Política, Costa Rica ha decidido apoyar dichas poblaciones desde los programas de desarrollo social en sus sistemas de seguridad social incluyendo la Caja Costarricense del Seguro Social.

³ El MINARE constituye el Capítulo Nacional del Marco de Respuesta Integral para los Refugiados y surge en respuesta a la adopción de Costa Rica de la Declaración de Nueva York y su Anexo I.

**PAÍS: Costa Rica****SECTOR: Salud**

Aseguramiento voluntario temporal para solicitantes de refugio y refugiados en Costa Rica



Resumen Ejecutivo

Costa Rica tiene una política de puertas abiertas para personas desplazadas forzosamente de sus países de origen. No obstante, la dificultad para acceder a los servicios de salud, elevan la vulnerabilidad de esta población, especialmente para aquellas personas que requieren tratamiento médico; de igual forma, complica la búsqueda de empleo y medios de subsistencia en el país.

Consciente de la situación que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de refugio, el país ha facilitado su inclusión en el sistema de seguridad social de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). La CCSS, en conjunto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) desarrolló en el 2019 un proyecto piloto para otorgar seguro médico a 6,000 personas solicitantes de refugio o refugiadas en situación de vulnerabilidad económica para el 2020.

Esta propuesta busca desarrollar una segunda etapa del proyecto que permita la ampliación de la cobertura del seguro médico para 10,000 personas solicitantes de refugio o personas refugiadas en situación de vulnerabilidad económica o vulnerabilidad de salud. Esto conlleva también un aumento de la cobertura contributiva del Seguro de Salud, en forma de cotización colectiva para las personas refugiadas y solicitantes de refugio en condiciones de vulnerabilidad económica o necesidades específicas de salud que no puedan ser atendidas por las opciones existentes para dicha población. La selección de las personas beneficiarias seguirá una serie de requisitos predeterminados que incluye una situación de vulnerabilidad económica.

PLAZO

12 meses (2021)

ENTIDADES IMPLEMENTADORAS

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS),
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los
Refugiados (ACNUR)

ALCANCE

Nacional

BENEFICIARIOS

10,000 personas solicitantes de refugio y personas
refugiadas

PRESUPUESTO ESTIMADO

Financiamiento Total Requerido:	\$ 3,033,333
Financiamiento Nacional:	\$ 0
Brecha de Financiamiento:	\$ 3,033,333

1. Contexto del sector de protección en Costa Rica

El Sistema Nacional de Salud está integrado por instituciones del Estado costarricense cuya finalidad es contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades. Bajo el mandato de preservar, mantener y mejorar la salud de la población, el Sistema Nacional de Salud agrupa a varias instituciones bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Dentro de ese conglomerado de instituciones, se encuentra la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como la institución autónoma responsable de la prestación de los servicios de salud a toda la población de Costa Rica.

La CCSS ha asumido los principios de universalidad, solidaridad y equidad como principios rectores de su gestión, fortaleciendo de esta forma el sistema de seguridad social nacional. Estos principios garantizan el acceso a los servicios de salud de todas las personas de manera integral bajo los mismos derechos y deberes. El seguro por el estado, administrado por la CCSS, da cobertura a la población que se encuentra en los índices de pobreza; adicionalmente, el estado protege por medio de leyes especiales, decretos y otros instrumentos, a las personas en situación de vulnerabilidad. La CCSS realiza una facturación al Estado por cada servicio de salud que brinda a las personas usuarias. Dentro de estos grupos están menores de edad, mujeres embarazadas y lactantes de conformidad su normativa vigente¹.

No obstante, existe un sector de la población en situación de vulnerabilidad que no alcanza la cobertura universal de la CCSS: las personas con necesidad de protección internacional a la espera de obtener documentación que les identifique como solicitantes de refugio o personas reconocidas como refugiadas; esto impide asumir alguno de los esquemas de aseguramiento disponibles.

Las personas solicitantes de refugio o refugiadas enfrentan a su llegada al país una serie de retos que incluyen la falta de documentación, escasos recursos económicos o desconocimiento de los sistemas nacionales que dificultan el acceso a los servicios de salud pública. La mayoría de estas personas además de una necesidad económica, presentan también una necesidad de atención en salud tanto preventiva como de seguimiento y tratamiento médico, así lo reflejan los resultados de evaluaciones socioeconómicas y ejercicios participativos con personas solicitantes de refugio y personas refugiadas realizadas por el ACNUR.

Para asegurar el derecho a la protección de la salud de esta población, en el 2019, la CCSS y el ACNUR suscribieron un convenio para otorgar seguro médico a 6,000 personas solicitantes de refugio y personas refugiadas en condición de vulnerabilidad económica y de salud por un periodo de 12 meses (enero-diciembre 2020). De esta forma, los beneficiarios de esta iniciativa pueden acudir a los centros

salud de la CCSS a nivel nacional.

La llegada de la pandemia por el COVID-19 ha puesto mayor presión sobre el sistema de salud costarricense. La CCSS ha hecho una inversión financiera importante para la atención de la emergencia sanitaria². Esta inversión se da en una coyuntura económica complicada por el impacto de la pandemia en la economía, decrecimiento de la actividad económica nacional, altos índices de desempleo y pobreza y una disminución en los ingresos de la institución. Por ello, el Convenio firmado con el ACNUR constituye un apoyo fundamental a la estrategia de mitigación del COVID-19 y para la protección de personas en situación de vulnerabilidad.

La implementación de la primera etapa del Convenio entre la CCSS y el ACNUR permite partir de una experiencia ya consolidada para asegurar el impacto de esta propuesta de ampliación. De igual forma, se cuenta con importantes lecciones aprendidas como insumo para futuras implementaciones tales como:

- Los detalles del Convenio y los requisitos establecidos deben ser conocidos por la totalidad de las partes involucradas en el proceso.
- La implementación del Convenio requiere de un trabajo en equipo multifuncional lo que representa un reto para todos los colaboradores siendo de vital importancia el conocimiento amplio de las funciones de cada parte y la oportunidad con la cual se pueden atender las solicitudes en un tiempo determinado.
- La precisión y claridad en los datos de las personas de interés en las listas que sirven de fuente para su aseguramiento debe verificarse desde el momento inicial en que dichos datos se ingresan en el listado. Con ello, se evitarán retrocesos tanto en la inclusión, readecuación de datos y exclusión de la población de interés dentro del Convenio y así se minimizarán barreras en su atención en los centros de salud.
- Los sistemas de información de la CCSS se encuentran preparados para registrar el aseguramiento de la población de interés bajo el esquema de convenio colectivo, controlando la facturación mensual de los aportes asociado al programa de manera efectiva, así como los costos en los que se incurre por la atención de las personas en el sistema de salud.
- Canales efectivos para la comunicación de los actores institucionales que son contacto directo con las personas beneficiarias del Convenio, para evitar barreras derivadas del desconocimiento de este y sus alcances.

¹ La Directriz Número 010-MP-MIDEPLAN-MTSS-MSP-MGP-MRREE del 2018 estipula la atención de salud básica por enfermedades y dolencias, así como de urgencias y emergencias. Con respecto a las mujeres embarazadas y personas menores de edad, estipula el acceso a los servicios de salud cuyo costo lo asume el Estado. <https://www.saludymigracion.org/es/directriz-numero-010-mp-mideplan-mtss-msp-mgp-mrree>

² Según lo reporta la CCSS, al 14 de octubre del 2020, se han asignado ₡ 79,582.2 millones del Fondo de Contingencia del Seguro Social de la Caja Costarricense del Seguro Social para la atención de la emergencia sanitaria por el Covid-19. Este monto representa una ejecución del 63.7% del Fondo; https://www.ccss.sa.cr/noticias/servicios_noticia?contraloria-aprobo-40-mil-millones-para-fondo-de-contingencias-de-la-ccss

2. Enfoque detallado

Objetivo general

Ampliar la cobertura contributiva en el Seguro de Salud que garantice el derecho a la salud de las personas refugiadas y solicitantes de refugio en cumplimiento de los principios de la seguridad social: igualdad, equidad, universalidad y solidaridad.

Esta intervención tiene como objetivo abordar el vacío de protección que se genera desde el momento en el que una persona invoca la protección internacional y formaliza su solicitud de refugio ante la Dirección General de Migración y Extranjería y recibe la documentación que le acredita como solicitante de refugio. Este proceso, puede tardar entre 6-9 meses en los cuales las personas se encuentran en un estado de vulnerabilidad por falta de documentación que permita el acceso a derechos y servicios.

Tres meses después de la formalización de la solicitud de refugio, la persona recibe un permiso laboral libre de condición y válido hasta no tener una resolución en firme en

segunda instancia. Este permiso de trabajo es la condición previa para el acceso al trabajo formal y por lo tanto a otros esquemas de aseguramiento. Sin embargo, existen personas con requerimientos de salud que no han logrado formalizar su solicitud y por ello no cuentan con el permiso de trabajo correspondiente. De la misma forma hay personas cuya condición de salud no les permite incorporarse al mercado laboral. Esta propuesta plantea una capa adicional de protección para esta población asegurando el acceso a los servicios de salud pública bajo la figura de seguro voluntario temporal.

Objetivos específicos

1. Brindar la atención en salud de manera temporal (12 meses) a las personas solicitantes de refugio y personas refugiadas en condición de vulnerabilidad, garantizando el uso confidencial y privado de la información.
2. Mejorar las condiciones de salud mental y físicas de las personas solicitantes de refugio y personas refugiadas en situación de vulnerabilidad, mediante la facilitación de acceso a los servicios de salud.
3. Prevenir el desarrollo de enfermedades en personas refugiadas o solicitantes de esa condición que se encuentren en situación de vulnerabilidad y que presenten factores de riesgo.

Resultado esperado

Las personas refugiadas y solicitantes de refugio con necesidades específicas en salud, en situación de vulnerabilidad social o con factores de riesgo identificadas son incluidas en el esquema de seguro de salud temporal.

3. Beneficiarios

A través de esta intervención se busca ampliar el alcance del aseguramiento a 10,000 personas solicitantes de refugio y personas refugiadas en Costa Rica. La implementación del Convenio suscrito entre la CCSS y el ACNUR para el aseguramiento colectivo de 6,000 personas con necesidad de protección internacional estableció los mecanismos de selección de beneficiarios que cumplen con los criterios de elegibilidad estipulados en el Convenio (personas mayores de edad, en situación de vulnerabilidad económica y una necesidad de salud identificada). Por medio de la base de datos de población solicitante de refugio y refugiada en Costa Rica (ProGres) registrada ante el ACNUR, se cuenta con 10,724 casos identificados de personas elegibles para el seguro médico, sin embargo, no se cuentan con los recursos para ampliar la cobertura y otorgar el seguro médico a estas personas.

10,000 solicitantes de
asilo y refugiados

Por lo anterior, esta propuesta busca asegurar y ampliar la cobertura del esquema de aseguramiento voluntario temporal para 10,000 personas. Es importante mencionar que, del total de beneficiarios, 6,000 personas corresponden a personas que se encuentran incluidas en el Convenio vigente entre la CCSS / ACNUR para este año, pero que debido a su condición de vulnerabilidad requieren una extensión del beneficio. Adicionalmente, se otorgará el seguro médico a 4,000 nuevos beneficiarios que han sido ya identificados como elegibles y que están en lista de espera por la ampliación del esquema de aseguramiento. Por tanto,

es una propuesta lista para implementarse una vez conseguido el financiamiento para ampliar esa cobertura.

La CCSS brindará aseguramiento colectivo en salud bajo la figura de “*asegurado voluntario temporal*”, en las condiciones y plazo que se señalan en el Reglamento de Salud y en el Reglamento para la Afiliación de Asegurados Voluntarios, así como las circulares en tema de afiliación que correspondan, las cuales se tendrán como parte del convenio³.

4. Presupuesto estimado

El presupuesto estimado de esta intervención se calculó según el costo promedio por persona por un periodo de 12 meses. Se partió del costo de la cuota de aseguramiento como asegurado voluntario en el régimen de salud de la CCSS (CRC ₡15,155 lo que equivale a aproximadamente \$25).

El siguiente recuadro resume la inversión estimada requerida para el aseguramiento de 10,000 personas según los términos acordados en el Convenio suscrito entre la CCSS y ACNUR.

OBJETIVO	FINANCIAMIENTO REQUERIDO*	FINANCIAMIENTO NACIONAL	BRECHA DE FINANCIAMIENTO
Ampliación del esquema de aseguramiento para personas solicitantes de refugio y personas refugiadas.	\$3,033,333	\$0	\$3,033,333

*Montos en USD. Tasa de cambio: 599.54 CRC a 1 USD"

5. Partes interesadas

INSTITUCIÓN	MANDATO	PAPEL EN IMPLEMENTACIÓN
Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)	Prestación directa de los servicios de salud a la población nacional.	Órgano ejecutor del proyecto.
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)	Proteger y abogar por los derechos de las personas con necesidad de protección internacional.	Apoyará la identificación y verificación de los beneficiarios y labores de monitoreo.
Organizaciones no Gubernamentales que trabajan con la población solicitante de refugio y refugiada en Costa Rica, RET y HIAS	Atención de las necesidades de las personas solicitantes de refugio y personas refugiadas.	Identificación de beneficiarios potenciales y de referencia de casos al ACNUR para su respectiva verificación.

6. Temas transversales

El acceso a los servicios de salud a través del presente Convenio permitirá a la población de interés tener los mismos accesos a la atención en salud, según las condiciones que defina el Reglamento de Salud para la atención integral en salud, según los principios de la seguridad social tales como igualdad, equidad, universalidad y solidaridad.

³ En línea con el principio de universalidad que rige la seguridad social en el país, el acceso a la salud y la atención médica de las personas menores de edad y mujeres embarazadas está estipulado en el Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y del Código de Niñez y Adolescencia. De esta forma, el Estado costarricense asume el aseguramiento de estas poblaciones y garantiza su derecho a la salud.

7. Riesgos y supuestos

El siguiente cuadro muestra los posibles riesgos para la intervención, la estrategia de mitigación del riesgo y la consideración de la probabilidad e intensidad en la que pueda presentarse:

RIESGOS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	INTENSIDAD DEL IMPACTO DEL RIESGO	ESTRATEGIA MITIGADORA
La persistencia de la pandemia puede limitar el acceso universal a los servicios de salud lo que hace que la CCSS deba seguir ciertas pautas para evitar el contagio y las aglomeraciones.	Alta	El encarecimiento de los seguros sociales y su repercusión ante la población nacional. Alto	Continuar la implementación de consultas telefónicas y videollamadas para el seguimiento médico. En casos que así lo ameriten y bajo criterio médico se incluiría la consulta médica domiciliar.
Problemas con la localización de las personas para la entrega del documento de identificación (carné) de aseguramiento a través de Correos de Costa Rica.	Media	Duplicidad de esfuerzo y recursos, al no localizar a las personas. Alto	Entregar de forma presencial los documentos de identificación que la población requiera, implementando los protocolos de salud adecuados, con lo cual se lleva un registro de control en su entrega.
Evitar la asignación de varios números de asegurados a una sola persona en virtud de un aseguramiento anterior.	Alta	Se generan varios números de asegurado asociados a una sola persona, lo cual contraviene disposiciones de la Contraloría General de la República y por ende, incidencias a la institución que podría comprometer la ejecución del proyecto. Alto	Realizar entrevistas a la población de interés que permitan determinar si mantuvo un aseguramiento anterior y así informarlo dentro de la documentación que sirve de base al aseguramiento.
Falta de claridad y precisión en la información fuente contenida en el listado o información no corroborada para evitar retrocesos en el aseguramiento y atención en salud.	Media	Dificultad para incluir o excluir personas de interés dentro del convenio, perjudicando la pronta respuesta ante situaciones urgentes, así como la permanencia inadecuada de una persona dentro del convenio. Alto	Verificar sistemáticamente que los datos consignados en el listado sean congruentes en formato y contenido a los registros de aseguramiento y atención en salud.

8. Monitoreo y evaluación

Se continuará trabajando con la estructura de monitoreo establecida por el Convenio y con la implementación del grupo de respuesta conformado por los puntos focales de todas las unidades implicadas en el proceso cuyas funciones se detallan a continuación:

- Continua y adecuada recolección y organización de la información.
- Implementación de mecanismos de verificación de la información, a la brindada por la persona solicitante de refugio o refugiada, tales como escritos o declaraciones donde ésta última conozca los alcances del convenio, su aceptación de ingreso al mismo, obligaciones e implicaciones de estar asegurado dentro de un convenio de esta naturaleza, si estuvo asegurado previamente y su número de seguro social anterior, entre otras valoraciones que hará el equipo con su contraparte en la CCSS.
- Comunicación hacia la población de interés.
- Coordinación para la resolución de problemas identificados.

Las reuniones de equipo se realizarán a discreción del equipo y según las necesidades identificadas con el objetivo de atender y resolver prontamente todos los aspectos de la implementación, así como los imprevistos y desafíos que surjan en el camino.

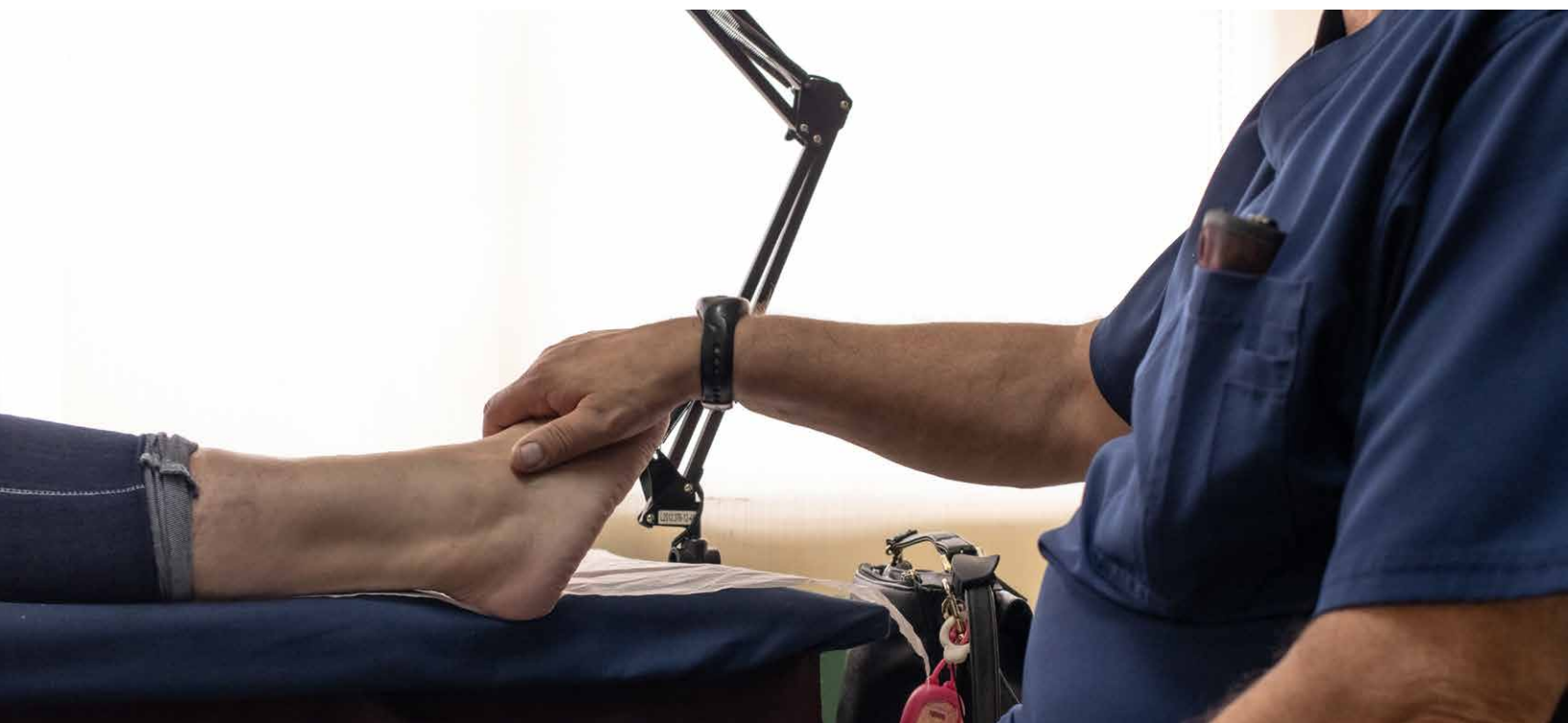
Este grupo especializado funcionará como una mesa de coordinación y trabajo abierta, dentro de la cuál cualquier persona de la operación tiene la posibilidad de participar siempre y cuando su participación sea atinente al tema del proyecto y a discreción de los puntos focales.

Por parte de la CCSS se implementará un equipo de trabajo multidisciplinario conformado por representantes de la Gerencia Financiera y Gerencia Médica, que darán seguimiento continuo a las situaciones que se presenten en la dinámica de ejecución del proyecto. Asimismo, la CCSS cuenta con procesos y procedimientos ya definidos para el aseguramiento de la población bajo la figura utilizada, mismos que han resultado confiables y adecuados dentro de las consideraciones de control interno a nivel de la institución y los cuales deben cumplirse para la adecuada ejecución del convenio.

Además de las reuniones planteadas a lo interno de la operación, el ACNUR y la CCSS mediante reuniones de coordinación formales, conjuntas de monitoreo con la periodicidad que se considere necesaria, resolverán problemas observados y aprenderán sobre la experiencia adquirida a fin de mejorar la implementación del proyecto. Para ello, convienen en mantener abiertos los mecanismos de diálogo y comunicación, basados en el respeto mutuo y la buena fe, con el fin de resolver asuntos no previstos, los cuales tengan relación con la aplicación del presente convenio.

Las reuniones serán coordinadas por los puntos focales, quienes convocarán a los colegas que puedan aportar a la resolución de los problemas.

La cronicidad de las reuniones dependerá de los problemas identificados y de la brevedad con la que deban ser solucionados.



Anexo: Presupuesto Estimado

Costo Promedio por Persona (anual)	Proyección de # de Pdl beneficiarios	Financiamiento Requerido Total	Financiamiento Nacional	Brecha de Financiamiento
2020	2021	2021	2021	2021
\$303.33	10,000	\$3,033,333	0	\$3,033,333
TOTAL		\$3,033,333	0	\$3,033,333

Tasa de cambio: 599.54 CRC a 1 USD

El Salvador.

Personas de interés en El Salvador

Solicitantes
de asilo
salvadoreños
en el mundo*

136,292

Refugiados
salvadoreños
en el mundo*

41,850

Desplazados
internamente en
El Salvador**

71,500

*Datos oficiales provistos al ACNUR hasta finales de 2019

**Datos entre 2006 y 2016

SECTOR	DESCRIPCIÓN	SOCIOS	NECESIDADES FINANCIERAS
 Educación 	Contribuir a garantizar la continuidad de la educación de la población estudiantil, niñez y adolescencia, víctimas del desplazamiento forzado a raíz de la violencia en El Salvador, mediante estrategias que promuevan su inclusión y atención psicosocial.	Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT).	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$1,513,561 \$6,854,890
 Medios de vida y empleo 	Contribuir en el acceso a oportunidades de soluciones duraderas para las personas desplazadas forzosamente en El Salvador, mediante su inclusión en iniciativas de formación especializada, empleo, emprendimiento, que amplíen sus capacidades para retomar su vida y volver a la autosuficiencia.	Ministerios de Justicia y Seguridad Pública, Trabajo y Previsión Social y Desarrollo Local, Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local.	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$0 \$ 3,266,520
 Salud 	Contribuir a garantizar mejores servicios de salud integral (médica y psicosocial) a personas desplazadas forzosamente en todo el Sistema Nacional de Salud, mediante el uso de herramientas estratégicas como protocolos especializados y modelos de atención adaptados a sus necesidades.	Ministerio de Salud (MINSAL)	Financiamiento nacional Brecha de financiamiento \$143,211 \$ 215,500

Contexto

El Salvador, al igual que el resto de los países del Norte de Centroamérica, enfrentan retos importantes en el abordaje de la violencia multidimensional. La pobreza, desigualdad, en conjunción con los índices de desarrollo humano medio se traducen en desafíos institucionales, políticos, económicos y sociales. Esta situación en la región limita el acceso a servicios esenciales y las condiciones que inciden en el clima de inseguridad, siguen siendo causales de desplazamiento forzado y migración irregular.

El Salvador tiene una superficie de 21,040 Km², por lo que se encuentra entre los países más pequeños de la región de América Central. Cuenta con 6.7 millones de habitantes, convirtiéndolo en uno de los países más densamente poblados a nivel mundial. De estos, el 67.7% vive en el área urbana y el 38.3% en el área rural, además una característica muy importante en términos demográficos es que más del 50% de la población se encuentra en edad menor a los 30 años, lo cual representa un potencial para que el país pueda propiciar mayores niveles de productividad y desarrollo, aprovechando ese bono demográfico. En cuanto al PIB, El Salvador alcanzó el 2.3% en 2019, manteniendo el mismo promedio porcentual de los años recientes, otros datos relevantes a considerar es que las principales ramas de la actividad económica que concentran la mayor parte de la población ocupada son: 1) servicios de comercio, hoteles y restaurantes, 2) agricultura y ganadería, 3) industria manufacturera y 4) construcción. Asimismo, en cuanto al sistema de seguridad social de la población ocupada a nivel nacional únicamente el 34.7 está afiliado o cubierto por algún sistema de seguridad social público o privado, lo cual brinda características de una relativa vulnerabilidad. A la misma vez, más del 60% de esta población no tiene acceso a los servicios de salud, ya que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), cubre solo el 15% de la población, los hospitales privados 5% y el MINSAL cubre el restante 80%, siendo el único con un alcance a nivel nacional, dado el crecimiento de su red.

Económicamente, la región ha tenido un crecimiento sostenido de entre el 2% y 4% en los últimos años, creando una relativa estabilidad macroeconómica; sin embargo, esto no necesariamente se traduce en mejores condiciones de bienestar y desarrollo para la mayoría de la población y, por el contrario, las brechas de desigualdad y pobreza se han ampliado, siendo un país dependiente de shocks externos y de las remesas del exterior, que representan casi el 20% de su Producto Interno Bruto (PIB). El índice

de pobreza multidimensional de El Salvador es del 28.8%, lo cual se evidencia en dificultades para encontrar empleo y estabilidad social para una buena parte de la población en el país, y constituye uno de los principales motivos que alienta la migración, regular o irregular, como una solución a su situación, lo cual lleva a miles de personas cada año a asumir grandes riesgos para su integridad física por alcanzar ese ideal en búsqueda de mejores condiciones de vida digna y segura. En relación con la dimensión de educación, el Informe sobre pobreza multidimensional señala que el 97% de los hogares en situación de pobreza multidimensional tienen baja educación de adultos mientras que el 26% de los hogares con niñas, niños, y adolescentes no asisten a la escuela.

Aunado a ello, la conjunción de elementos económicos y sanitarios por atender la pandemia COVID-19 ha generado efectos disruptivos en las dimensiones del desarrollo humano y en los espacios de desarrollo de capacidades como el hogar, la escuela y el trabajo, aumentando el riesgo de abandono escolar. De acuerdo con el Banco Mundial, El Salvador alcanzó un crecimiento en su PIB del 2.3 por ciento en 2019, pero el país ha registrado bajos niveles de crecimiento económico y debido al impacto de la pandemia de COVID-19, se espera que la economía salvadoreña se contraiga un -8.7 por ciento en 2020 y crezca un 4.9 por ciento en 2021. Este marco plantea dos efectos negativos sobre el empleo: i) Shock por la emergencia, que afectará principalmente a los empleados del sector informal y ii) Shock por la recesión internacional, la cual se prevé que reduzca las fuentes de empleo formal e informal.

En este sentido, el Gobierno de El Salvador está implementado una estrategia de fomento de la economía que convierta al país en un referente de crecimiento en la región, propiciando así mejores condiciones de vida y, por ende, mayores niveles de desarrollo en la población, que reduzcan esos históricos índices de vulnerabilidad y dependencia. A pesar de la crisis generada por el COVID-19, las proyecciones en términos económicos para El Salvador son positivas, gracias a la puesta en marcha del Plan de Despegue Económico, una estrategia que le dará un nuevo impulso al desarrollo a fin de favorecer a todos los salvadoreños, dinamizando la economía, apostándole a la tecnología y a la competitividad, lo que repercutirá positivamente en el ámbito educativo, al incluir un pilar fundamentado en la educación para reforzar las competencias vinculadas a las nuevas tecnologías en niñas, niños y adolescentes.

Tendencias de desplazamiento

De acuerdo con el informe de “Tendencias Globales del desplazamiento forzado en 2019” (ACNUR, 2020), El Salvador se posiciona como el séptimo país de origen con más solicitantes de asilo en ese año, con un total de 54,300 nuevas solicitudes de asilo de personas salvadoreñas presentadas en otros países. En todo el mundo, había 41,850 personas salvadoreñas refugiadas a finales de 2019 y 136,292 solicitudes de asilo se encuentran pendientes de resolución.

En el 2018, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP) publicó un informe denominado “Caracterización de la movilidad interna a causa de la violencia en El Salvador” el cual dimensionó la situación del desplazamiento forzado interno por violencia en el país a esa fecha, revelando que entre el 2006 y 2016 el 1,1% de las familias que residían en el país, al menos uno de sus integrantes se vio obligado a cambiar su lugar de residencia dentro de El Salvador como resultado o para evitar los efectos de la violencia. Esas 71,500 personas desplazadas internamente reflejan un perfil demográfico que muestra que los grupos familiares con jóvenes que tienen una relativa condición de vulnerabilidad socioeconómica son los más afectados. Asimismo, la población LGBTI, mujeres y jóvenes, se identifican como especialmente vulnerables a ser víctimas de estos grupos.

El desplazamiento forzado interno en El Salvador señala como principales detonantes los altos índices de victimización, territorios con tejido social vulnerable, territorios bajo el control de grupos criminales, así como constantes amenazas y extorsiones que obligan a las personas a abandonar sus

hogares, ocasionando graves daños psicológicos, físicos y materiales a las personas que lo sufren.

Los impactos inmediatos del desplazamiento forzado se ven reflejados en trastornos emocionales o psicológicos, que afectan a una alta proporción de la población (70%), evidenciando además un menor acceso a la educación para la población menor de edad (4-17 años), en gran parte asociado a la necesidad de las familias de interrumpir temporalmente la educación de hijos/as, razones propias del cambio de residencia, así como por los riesgos latentes ante los hechos sufridos. Aunque esta situación tiende a estabilizarse con el transcurrir de los años, los impactos de mediano o largo plazo en términos de rezago educativo pueden tener consecuencias importantes para los afectados (MJSP, 2018).

Para cambiar esa realidad, desde el 2019 el gobierno impulsa diversos esfuerzos estratégicos, entre estos el Plan Control Territorial, una estrategia que tiene como objetivo combatir el crimen y la violencia en el país, y busca recuperar los territorios controlados por parte de los grupos criminales y reconstruir el tejido social de la población, a modo de generar entornos propicios para la paz y la convivencia, mismo que a la fecha están dando importantes resultados en la reducción de homicidios y otros crímenes y delitos que han afectado en el pasado de forma crónica a la población, teniendo hasta el mes de noviembre de 2020, 34 días con cero Homicidios y una reducción del mismo 47.1%.

Respuesta nacional

El 13 de julio del año 2018, la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia emitió la Sentencia del Amparo 411-2017, la cual mandata al Estado salvadoreño a reconocer el fenómeno de desplazamiento forzado interno y a trabajar entre las instituciones pertinentes en el cumplimiento de las siguientes obligaciones::

1. Reconocer a las personas referidas la calidad de víctimas de dicho fenómeno y de sujetos de derechos y categorizarlos normativamente, para lo cual es necesaria la revisión de la legislación especial orientada a la protección de víctimas y testigos;

2. Diseñar e implementar políticas públicas y protocolos de actuación orientados a prevenir el desplazamiento forzado de los habitantes del país, por lo que es urgente que se adopten medidas para recobrar el control territorial de las zonas dominadas por las pandillas y evitar futuros desplazamientos y la continuidad de las afectaciones sistemáticas a derechos fundamentales;

3. Brindar medidas de protección a quienes ya tienen de facto la condición de desplazados y,

además, garantizarles la posibilidad de retorno a sus residencias y;

4. Proponer la celebración de convenios de cooperación y mantener las relaciones a nivel nacional e internacional con organismos e instituciones para facilitar el cumplimiento de ésta.

Asimismo, en enero de 2020, El Salvador aprobó la Ley Especial para la Prevención y Protección Integral de Personas en Condición de Desplazamiento Forzado Interno, en la que se reconocen los derechos de la población desplazada internamente, las fases del desplazamiento forzado interno, las instancias que estarán a cargo de su ejecución y el establecimiento de procedimientos preventivos y de un sistema de atención eficiente con enfoque humanitario que incluya soluciones duraderas.

Esta Ley, prevé brindar atención a las personas desplazadas forzosamente en sus 3 fases: prevención, asistencia humanitaria, y protección, lo cual, a largo plazo, debe conducir a una solución duradera y no temporal. En ese sentido, el MINEDUCYT interviene en la fase de asistencia humanitaria de acuerdo con el art. 10 que expresa: “Tan

Conozca la ley sobre
desplazamiento interno en El
Salvador [aquí](#).



pronto como las condiciones lo permitan, se facilitarán los servicios de educación y formación a las personas desplazadas internamente, en particular niños, niñas, adolescentes y mujeres, con independencia del domicilio o lugar de residencia habitual”.

El MINEDUCYT es parte integrante de la Comisión Técnica Interinstitucional para la Atención y Protección de las Personas en Condición de Desplazamiento Forzado Interno, establecida por la ley, la cual será la instancia de coordinación y articulación que favorecerá la atención integral con carácter multidisciplinario a las personas en condición de desplazamiento forzado. La Comisión tendrá a cargo la formulación, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Política Nacional y su Plan de Acción, así como la aprobación de los protocolos de atención a personas desplazadas internamente.

Por otro lado, bajo el liderazgo del MJSP, como entidad rectora de la ley y la principal garante de la misma, tiene el objetivo primordial de “reconocer, garantizar y proteger los derechos fundamentales de las personas en condición de desplazamiento forzado interno, y aquellas que se encuentren en riesgo de serlo, mediante el establecimiento de procedimientos preventivos y de un sistema de atención eficiente con enfoque humanitario que incluya soluciones duraderas”. Conforme a lo estipulado en la ley, le corresponde al titular del MJSP presidir la Comisión Técnica Interinstitucional para la Atención y Protección de las Personas en Condición de Desplazamiento Forzado Interno. El MTPS también es parte integrante de dicha Comisión, la cual será la instancia de coordinación y articulación que favorecerá la atención integral con carácter multidisciplinario a las personas en condición

de desplazamiento forzado. La Comisión tendrá a cargo la formulación, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la Política Nacional y su Plan de Acción, así como la aprobación de los protocolos de atención a personas desplazadas internamente.

Por su parte, el MINSAL interviene en la fase de asistencia humanitaria de acuerdo con el art. 10 que expresa: “los prestadores de salud e instituciones hospitalarias públicas del territorio nacional tienen la obligación de prestar servicios de salud en emergencia de manera inmediata, oportuna, gratuita, de calidad y eficiente a las personas en condición de desplazamiento que la requieran independientemente del lugar del domicilio o residencia habitual”. Asimismo, en la fase de protección establece de acuerdo con el art. 13 que “cualquier albergue temporal habilitado, debe contar con protocolos de atención integral con enfoque psicosocial que permita prevenir los efectos nocivos de la permanencia en resguardo” para lo cual se vuelve aún más relevante el establecimiento del protocolo especializado en atención integral y modelo de atención psicológica/psicosocial. El MINSAL es parte integrante de la Comisión Técnica Interinstitucional para la Atención y Protección de las Personas en Condición de Desplazamiento Forzado Interno.

El país está avanzando en la reglamentación de la Ley, pese a los retos que la emergencia sanitaria del COVID-19 ha impuesto, a fin de garantizar su ejecución y brindar una atención integral y eficiente para que las víctimas de desplazamiento forzado interno puedan retomar su autosuficiencia, en condiciones de dignidad y seguridad.

El MIRPS en El Salvador

La llegada de nuevas autoridades permitió que el 25 de julio de 2019, el Gobierno de El Salvador se adhiriera al Marco Integral Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS), como una muestra de voluntad y responsabilidad para hacer frente al fenómeno del desplazamiento forzado en el país por motivos de violencia. A raíz de ello, el Gobierno conformó un Equipo Técnico Nacional (ETN) multidisciplinario compuesto por siete ministerios clave¹, inmersos en la atención de protección y soluciones a las víctimas en las diversas fases del ciclo de desplazamiento forzado.

Asimismo, el ETN fue el encargado de liderar el proceso de consultas con población y actores claves, realizado en septiembre 2019, cuyo objetivo fue recoger insumos para la construcción del Capítulo Nacional del MIRPS, el cual dio como resultado la definición de un Plan de Respuesta Nacional que incorpora 49 compromisos para atender, proteger y brindar soluciones duraderas a las personas

desplazadas, deportadas con necesidades de protección, refugiadas y solicitantes de asilo, a través de las instituciones pertinentes, entre estas, el MINEDUCYT, MINSAL, MSJP, MTPS y MINDEL cuyo marco de implementación está previsto entre 2020-2022, desde un enfoque interinstitucional con miras a vincular las acciones humanitarias con las de desarrollo, a modo de garantizar sostenibilidad y facilitar oportunidades para la autosuficiencia de las personas desplazadas.

Consecuente con su compromiso, los Ministerios están avanzando en la implementación de dichas acciones, estableciendo además una hoja de ruta que permite identificar aquellas actividades necesarias para su consecución, herramienta clave para analizar las áreas que requieren de apoyos complementarios a los esfuerzos del gobierno.

¹¹ El ETN está compuesto por el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Salud; Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Trabajo y Previsión Social; Ministerio de Desarrollo Local; Ministerio de Gobernación y Desarrollo Territorial. Asimismo, cuentan con el apoyo y acompañamiento de la Presidencia, a través de la oficina de la Comisionada Presidencial para Operaciones y Gabinete de Gobierno como de la Agencia El Salvador Cooperación - ESCO.

PAÍS: El Salvador

SECTOR: Salud

Fortalecer la capacidad del Sistema Nacional de Salud para brindar mejores servicios médicos y psicosociales a personas desplazadas forzosamente en El Salvador



Resumen Ejecutivo

El sector salud en El Salvador enfrenta importantes desafíos en el escenario actual del COVID-19 y la posibilidad de continuar brindando servicios esenciales a la población vulnerable, incluyendo las personas desplazadas por violencia. Los impactos inmediatos del desplazamiento forzado deben ser considerados, siendo reflejados en trastornos emocionales o psicológicos, que afectan a una alta proporción de la población (70%), evidenciando además un menor acceso a servicios de salud por la mayoría de la población, tanto aquella desplazada como la de comparación, no cuenta con un seguro médico.

Para poder atender esta situación, el Ministerio de Salud (MINSAL) identificó la necesidad y relevancia de establecer un protocolo especializado de atención integral en salud específico para esta población, así como un modelo de atención psicológico/psicosocial para garantizar el restablecimiento de la salud física, mental y emocional de las víctimas.

Esta iniciativa tiene como objetivo garantizar la atención médica y psicosocial especializada eficiente y adaptada a las necesidades de las personas víctimas de desplazamiento forzado por el Sistema Nacional de Salud. Por medio de esta iniciativa, brindará una atención en salud integral (médica y psicosocial) adaptada a los perfiles de las personas afectadas por el desplazamiento forzado, con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, a modo de garantizar una atención eficiente y eficaz. También, mejorará la atención psicológica y psicosocial de la red nacional de salud para abordar las causas y consecuencias del desplazamiento forzado, incluyendo la violencia de género y sexual, en condiciones de dignidad y respeto.

PLAZO

2021- 2022

ENTIDADES IMPLEMENTADORAS

Ministerio de Salud (MINSAL)

ALCANCE

Nacional

BENEFICIARIOS

MINSAL busca beneficiar en su totalidad a las personas víctimas de desplazamiento forzado o en condiciones de riesgo por violencia, que requiere de atención en el Sistema Nacional de Salud

PRESUPUESTO ESTIMADO

Financiamiento Total Requerido:	\$ 358,711
Financiamiento Nacional:	\$ 143,211
Brecha de Financiamiento:	\$ 215,500

1. Contexto del sector de salud en El Salvador

Transformar el sistema de salud de El Salvador para brindar servicios de calidad es una de las principales metas propuestas para el quinquenio 2019-2024 por el Gobierno del presidente Nayib Bukele. El Plan Cuscatlán tiene como principal objetivo garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes del territorio nacional mediante un Sistema Nacional de Salud integrado, que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado, con un abordaje de los determinantes sociales de la salud con una aplicación plena de la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral, con equidad en un ambiente sano y seguro, fortaleciendo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, con un enfoque de inclusión y de oportunidades para las poblaciones más vulnerables, aunado con la apuesta del mismo Plan en materia de seguridad, donde se busca hacer un abordaje más allá del combate a la delincuencia, al reconocer un problema social donde la falta de oportunidades y opciones de vida comienzan a producir el círculo vicioso de la pobreza, el crimen y la violencia.

Para lograrlo, El MINSAL cuenta con un presupuesto para 2020 de USD758 millones, lo cual representa aproximadamente el 2.65% del PIB. Desde el inicio de la actual administración, se ha apostado por implementar programas de atención en salud a primera infancia, adolescencia, atención en salud a mujeres, inmunizaciones, atención en salud mental, atención a grupos prioritarios, entre otros. Sin embargo, con la llegada del COVID-19 estas acciones tuvieron que ser adaptados a brindar una respuesta ágil e inclusiva ante la emergencia sanitaria con un sistema de salud históricamente deteriorado.

Como resultado de una reorientación de fondos y el apoyo de diferentes socios de la cooperación internacional, sector privado, ONGs, entre otros, el país ha logrado hacer frente a los retos del COVID-19. En ese sentido, el MINSAL reportó que, junto a otras instituciones estatales, había invertido a mayo 2020, más de USD100 millones para adquirir equipo de protección personal, insumos, medicamentos; fortalecer la infraestructura y equipos, así como la contratación de personal. Entre sus principales apuestas se encuentra la construcción del Hospital de El Salvador, el más grande de América Latina, el cual tendrá al finalizar su tercera fase de construcción una capacidad de 2,000 camas y 1,000 Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS), del cual ya se han inaugurado la primera y segunda fase del Hospital y ya se cuenta con 105 de UCIS y 295 camas de cuidados intermedios, para atender de forma exclusiva a pacientes con COVID-19.

A pesar de estos grandes avances y logros, la crisis sanitaria y las medidas para contener el virus generaron graves impactos en la salud física, mental y emocional de la población, particularmente aquellas personas que ya vivían en contextos de violencia y vulnerabilidad socioeconomía, como lo son las personas desplazadas forzosamente o en riesgo, retornadas con necesidades de protección, refugiados y solicitantes de asilo. Los impactos inmediatos del desplazamiento se ven reflejados en trastornos emocionales o psicológicos, que afectan a una alta proporción de la población, en concreto, el 70%, de la cual, el 77% que había sufrido desplazamiento

forzado no contaba con un seguro privado de salud en 2018 y tenía dificultades para acceder a servicios de salud, recurriendo entonces a los servicios del sistema público (MSJP, 2018).

Para atender esta situación, el gobierno se ha comprometido con brindar respuestas y atención a esta población, mediante la implementación del Plan Nacional MIRPS, por lo que el MINSAL está fortaleciendo el trabajo coordinado que realiza el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP) a través de las Oficinas Locales de Atención a Víctimas y Migración Forzada (OLAVMFs), en las cuales brindan auxilios médicos y psicológicos a sus usuarios. Además, la Oficina de Atención a Víctimas por todas las Formas de Violencia, bajo el mandato del MINSAL, ha diseñado los “Lineamientos Técnicos de Atención Integral en Salud a Personas Afectadas por Violencia”, los cuales incluyen la atención integral en salud de las personas en situación de desplazamiento forzado, precisamente para promover una optimización de estos servicios.

El MINSAL cuenta con experiencia en la implementación de iniciativas similares y programas estratégicos enfocados en atención a víctimas de violencia. A modo de ejemplo, se puede mencionar el Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud Pública, con una inversión de USD80 millones apoyado por el Banco Mundial hasta el 2018, el cual buscó ampliar la cobertura, la calidad y la equidad en el uso de los servicios de salud prioritarios provistos a través de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) y fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud (MINSAL) para administrar y gestionar las funciones esenciales de salud pública en El Salvador, brindando servicios enfocados en las necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales, incluidos aquellos afectados por la violencia en el país.

Iniciativas complementarias

El Ministerio cuenta con diversos programas estratégicos impulsados desde la Oficina de Atención a Víctimas por todas las Formas de Violencia, orientados a promover la atención integral de la salud de la mujer, niñez y adolescencia; personas, familias y comunidades afectadas por violencia y lesiones, así como de asesoría técnica y logística y ejecución de proyectos relacionadas con el abordaje de la violencia, a modo de garantizar el acceso universal al Derecho a la Salud de personas afectadas por violencia en todas sus formas y lesiones.

Asimismo, el MINSAL tiene estrechas relaciones de colaboración con entidades relevantes en el sector, como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), establecidas bajo una Estrategia de Cooperación 2017-2020 con prioridades definidas a partir de políticas nacionales relacionadas al área de salud, dando así continuidad a procesos previos que permitieron orientar los esfuerzos en el marco de un proceso de reforma de salud, reforzando así la dimensión del área sanitaria en un contexto de trabajo de todo el Sistema de Naciones Unidas (SNU) en el país, en áreas como:

1. El acceso y la cobertura universal en salud como pilar del desarrollo social;
2. Los determinantes sociales como enfoque esencial en la reducción de las desigualdades y las inequidades;
3. La salud en el curso de vida para asegurar una población sana y el bienestar en todas las edades;
4. La Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Relaciones estratégicas de larga data con entidades como el CICR, la Cruz Roja Salvadoreña, Visión Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) resultan de especial relevancia en este tipo de intervenciones, mediante apoyos en adquisiciones de insumos, fortalecimiento de sistemas comunitarios, capacitaciones al personal en prevención de la violencia sexual basada en género, entre otras.

En su conjunto, el Sistema de Naciones Unidas, a través del UNDAF 2016-2020, incluyó dentro de sus prioridades de intervención al sector salud, particularmente lo que respecta al fortalecimiento de sistemas de servicios básicos y creación y fomento de espacios de diálogo como instrumento para el logro de acuerdos y consensos en áreas prioritarias para el desarrollo del país, para lo cual se han desarrollado diversas iniciativas. Adicionalmente, el Plan de Respuesta para la Recuperación Socioeconómica de la COVID-19 en El Salvador contempla dentro de sus prioridades contribuir a proteger los servicios y sistemas de salud durante la emergencia, generar mayor capacidad nacional para atender la demanda de los programas de salud prioritarios y en la gobernanza y coordinación del Sistema Nacional de Salud para la atención en salud en el contexto de la pandemia del COVID-19.

2. Enfoque detallado

Objetivo general

Garantizar la atención médica y psicosocial especializada eficiente y adaptada a las necesidades de las personas víctimas de desplazamiento forzado por el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, mediante servicios con calidad y calidez, en pro de su dignidad, inclusión y respeto de derechos humanos.

Para el alcance de los objetivos planteados por la intervención, el MINSAL requiere implementar diversas actividades estratégicas en coordinación con las instancias públicas relevantes (MJSP, la Agencia de El Salvador para la Cooperación Internacional -ESCO, el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer -ISDEMU, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social -ISSS, etc.), socios de la cooperación internacional que puedan contribuir a la iniciativa y diversas unidades administrativas dentro del mismo ministerio, bajo el liderazgo de la Oficina de Atención a Víctimas por todas las Formas de Violencia.

El alcance de dichas intervenciones contempla abarcar el territorio nacional, donde están presentes las instancias de atención a víctimas del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo específico 1

Brindar una atención en salud integral (médica y psicosocial) adaptada a los perfiles de las personas afectadas por el desplazamiento forzado, con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, a modo de garantizar una atención eficiente y eficaz.

Resultado esperado 1

La atención en salud integral (médica y psicosocial) en el Sistema Nacional de Salud responde eficientemente a las necesidades de la población desplazada forzosamente.

Actividades

A1.1: Adecuación del protocolo de atención integral para víctimas de desplazamiento forzado en el sistema de salud y directorio institucional y mecanismo de monitoreo implementado para su seguimiento y actualización constante.

A1.2: Diseño, diagramación e impresión del protocolo de atención integral, incluyendo guías e instrumentos metodológicos para su implementación (3,000 ejemplares).

A1.3: Desarrollo de jornadas de socialización para facilitar la implementación del protocolo de atención integral al personal de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en su aplicación.

A1.4: Diseño e implementación de un programa de formación continua sobre desplazamiento forzado a personal de las instancias pertinentes del Sistema Nacional de Salud y otras partes interesadas, como el ISSS, INS, ISDEMU, etc.

A1.5: Diseño e implementación de campañas de información a usuarios de este tipo de servicios existentes en el sistema de salud.

Objetivo específico 2

Mejorar la atención psicológica y psicosocial de la red nacional de salud para abordar las causas y consecuencias del desplazamiento forzado, incluyendo la violencia de género y sexual, en condiciones de dignidad y respeto.

Resultado esperado 2

Mejorada la atención psicológica/psicosocial a víctimas de desplazamiento forzado, mediante la implementación del modelo especializado que brinda herramientas necesarias para su óptimo abordaje.

Actividades

A2.1: Elaboración de un modelo que incluye el abordaje de las causas y consecuencias del desplazamiento forzado desde la atención psicológica y psicosocial de la red pública de salud.

A2.2: Realización de sesiones de trabajo para identificar y mejorar la atención psicológica y psicosocial de las personas desplazadas sobrevivientes de la violencia sexual y de género, incluyendo un mecanismo de seguimiento.

A2.3: Desarrollo de jornadas de divulgación de modelo de atención psicológica y psicosocial para facilitar su implementación, incluyendo la atención psicológica y psicosocial de las personas desplazadas sobrevivientes de la violencia sexual y de género.

A2.4: Diseño e implementación de un programa de capacitación sobre derechos, servicios con calidad y calidez, así como jornadas de autocuidado y primeros auxilios psicológicos al personal de atención.

3. Beneficiarios

A través de esta intervención, el MINSAL busca beneficiar en su totalidad a las personas víctimas de desplazamiento forzado o en condiciones de riesgo por violencia, que requiere de atención en el Sistema Nacional de Salud, a través de los distintos niveles de atención, aplicando lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia en todas las instancias prestadoras del servicio.

En promedio, el MINSAL atiende semestralmente a 6,000 mujeres víctimas de violencia, ya sea física, psicológica, sexual y otras formas de violencia (MINSAL, 2016) . Este número aumenta sustancialmente al sumar la proporción

de hombres, jóvenes y niñez que es atendida por estos motivos. En el año 2019, se registraron a través del SUIIS 9,765 atenciones a víctimas de todas las formas de violencia, de las cuales 6,390 fueron mujeres y 37 fueron personas en condición de desplazamiento forzado, las cuales fueron referidas por las instancias pertinentes, siendo 24 de ellas mujeres. En ese sentido, el Ministerio trabaja por mejorar su capacidad de identificación y registro de las víctimas de desplazamiento forzado, a través de su Sistema de Morbi-Mortalidad Vía Web (SIMMOW).

4. Presupuesto estimado

Durante su primer año de implementación del MIRPS, el Gobierno de El Salvador ha liderado un proceso de cuantificación de las necesidades financieras requeridas para el cumplimiento de sus compromisos de su Plan de Respuesta Nacional, entres estos los del MINSAL, a modo de promover mayores capacidades de planificación nacional y gestión para la movilización de recursos adicionales que complementen los esfuerzos del país, contando con el apoyo y liderazgo de la Agencia de El Salvador para la Cooperación Internacional (ESCO) en el proceso.

En este sentido, se han realizado diversas reuniones estratégicas del ETN, con el objetivo de identificar y estimar los costes de los servicios y actividades dentro de cada área para operativizar los compromisos MIRPS, utilizando la metodología de costos detallados. Mediante este ejercicio, el país busca contar con un instrumento útil para visibilizar la inversión nacional y promover diálogos constructivos con la cooperación internacional, que pongan en la agenda de financiamiento el desplazamiento forzado, un tema prioritario para el país.

A continuación, se presentan las estimaciones financieras requeridas para implementar efectivamente esta iniciativa según los objetivos propuestos:

OBJETIVO	FINANCIAMIENTO REQUERIDO*	FINANCIAMIENTO NACIONAL	BRECHA DE FINANCIAMIENTO
OE1: Brindar una atención en salud integral (médica y psicosocial) adaptada a los perfiles de las personas afectadas por el desplazamiento forzado, con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, a modo de garantizar una atención eficiente y eficaz.	\$305,003	\$ 133,253	\$171,750
OE2: Mejorar la atención psicológica y psicosocial de la red nacional de salud para abordar las causas y consecuencias del desplazamiento forzado, incluyendo la violencia de género y sexual, en condiciones de dignidad y respeto.	\$ 53,708	\$ 9,958	\$ 43,750
TOTAL	\$ 358,711	\$ 143,211	\$ 215,500

*Montos en USD.

5. Partes interesadas

El Sistema Nacional de Salud de El Salvador está compuesto por dos subsectores, uno público y otro privado. Sin embargo, el público es quien tiene la mayor demanda y está compuesto por las siguientes instituciones: MINSAL (como rector del subsector público), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Nacional de Salud (INS), Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Comando de Sanidad Militar (COSAM), Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), y el Instituto de Rehabilitación Integral (ISRI). Para la implementación de esta intervención se propone aprovechar el enfoque interinstitucional del MIRPS y procurar la mayor articulación posible con las entidades públicas pertinentes, a modo de garantizar una respuesta coherente, efectiva e integral:

Institución	Mandato	Papel en implementación
Ministerio de Salud (MINSAL).	Ente rector en materia de salud, que garantiza la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida.	Dirige la estrategia de implementación para mejorar los servicios de salud a las víctimas del desplazamiento forzado a raíz de la violencia, mediante la aplicación de protocolos y modelos de atención especializada.
Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP)	Ente rector de la coordinación de la seguridad pública en el país para mejorar las condiciones de desarrollo y convivencia pacífica entre la población, mediante estrategias de combate al crimen y la violencia.	Contribuye a los esfuerzos del MINSAL en la articulación del trabajo que realizan en la atención a víctimas de desplazamiento forzado en el ámbito de salud a través dos instancias: La Dirección Nacional de Atención a Víctimas y Migración Forzada (DNAVMF) y sus OLAVMFs, para el caso de las personas desplazadas internamente, y la Dirección General de Migración y Extranjería (DGME), para la referencia de casos de personas deportadas con necesidades de protección que necesiten asistencia del MINSAL.
Instituto Nacional de Salud (INS)	Tiene como misión encontrar soluciones científicas a los principales problemas de salud de la población, para ello conduce, coordina y controla los procesos de desarrollo institucional a fin de generar líneas de investigación en salud, explotación de bases de datos disponibles, encuestas nacionales de salud, formación de cuadros estratégicos en salud (gerenciales, medios y estratégico en salud) y desarrollo de los laboratorios especializados.	Apoya al MINSAL en transmitir y difundir el conocimiento científico e información para la toma de decisiones estratégicas en el sector salud.
Agencia de El Salvador para la Cooperación Internacional (ESCO)	Instancia encargada de gestionar, negociar y administrar la distribución sectorial de la cooperación técnica y financiera no reembolsable para todas las instituciones públicas, bajo los lineamientos del Órgano Ejecutivo.	Acompaña la gestión de recursos y diálogos con potenciales socios de cooperación, garantizando la alineación a las prioridades nacionales.
Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)	Instancia responsable de formular, dirigir, ejecutar y vigilar el cumplimiento de Política Nacional de la Mujer y promover el desarrollo integral y protección de la mujer.	Articulando acciones en beneficio de las mujeres víctimas de violencia en marcos de asistencia y protección, y el acceso a servicios de salud.
Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA)	Dentro del Sistema Nacional de Protección Integral, es la instancia responsable de iniciativas promoción, difusión y de derechos de la niñez y adolescencia, incluyendo la prevención primaria de la violencia.	Contribuyen a la definición de estrategias e iniciativas para garantizar el acceso a servicios de salud de la niñez y adolescencia desplazada forzada.
Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA)	Máxima autoridad del Sistema Nacional de Protección Integral de los derechos de la Niñez y de la Adolescencia.	Contribuyen a la definición de estrategias e iniciativas para garantizar el acceso a servicios de salud de la niñez y adolescencia desplazada forzada.
Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	Institución de seguridad social encargada de brindar de manera integral atención en salud y prestaciones económicas a los derechohabientes con calidad y calidez basados en los principios de la seguridad social.	Contribuye a los esfuerzos del MINSAL en la articulación del trabajo que realizan en la atención a víctimas de desplazamiento forzado en el ámbito de salud, a través de la aplicación de sus protocolos y modelos de atención especializada.
Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	Instancia parte del Sistema Nacional Integrado de Salud para brindar servicios de salud integrales en horarios extendidos en áreas prioritizadas, desarrollando e implementando programas que mejoren la calidad de vida de la población.	Contribuye a los esfuerzos del MINSAL en la articulación del trabajo que realizan en la atención a víctimas de desplazamiento forzado en el ámbito de salud, a través de la aplicación de sus protocolos y modelos de atención especializada.

Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM)	Ente administrador del Programa Especial de Salud, cobertura de riesgos profesionales y otras prestaciones económicas y sociales a favor del servidor público docente y sus beneficiarios.	Contribuye a los esfuerzos del MINSAL en la articulación del trabajo que realizan en la atención a docentes que pueden estar en riesgo o han sido por el desplazamiento forzado en el ámbito de salud, a través de la aplicación de sus protocolos y modelos de atención especializada.
Comando de Sanidad Militar (COSAM)	Responsable de apoyar el Servicio de Combate de Sanidad a la Fuerza Armada, tiene a su cargo la dirección y ejecución de los programas de asistencia sanitaria, abastecimiento y mantenimiento de los materiales específicos y de la gestión y administración de los recursos.	Apoya al MINSAL en áreas estratégicas de salud en el país, siendo un apoyo complementario en el impulso de diversas iniciativas.
Comisión para la Determinación de la Condición de Persona Refugiada (CODER)	Ente encargado de la determinación de la condición de la persona refugiada, así como garantizar el derecho de toda persona natural de origen extranjero a buscar y recibir refugio en el territorio nacional, en salvaguarda de su vida, integridad personal, libertad, seguridad y dignidad.	Articulan acciones en beneficio de las personas refugiadas y solicitantes de asilo, bajo la óptica del modelo de integración local, incluyendo el acceso a servicios de salud.

Asimismo, a este grupo podrán sumarse otras instancias pertinentes de la cooperación internacional, Agencias, Fondos y Programas del Sistema de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil y del sector privado, interesados en contribuir a esta iniciativa. El trabajo articulado con instancias como ACNUR, OPS/OMS, PNUD, CICR, Visión Mundial, UNFPA y otros socios, será fundamental en el desarrollo e implementación eficaz de esta iniciativa, a modo de incorporar sus contribuciones en función del mandato de cada una.

6. Temas transversales

Considerando las condiciones que impone el abordaje del desplazamiento forzado, es importante asegurar que la planificación y ejecución de estas iniciativas se realicen a un ámbito estratégico e integrador, ampliando la concepción sectorial. Para lograrlo, es fundamental la incorporación sistemática del enfoque de Edad, Género y Diversidad (AGD) así como un enfoque de Violencia Sexual basada en Género (SGVB), en la atención a la población meta, a modo de responder con base en sus necesidades. Igualmente, será relevante priorizar una atención psicosocial efectiva a niñas y mujeres, así como a jóvenes, así como medidas de protección como las contempladas en el Plan de Respuesta Humanitaria COVID-19 del Equipo Humanitario de las Naciones Unidas en el país.

7. Riesgos y supuestos

En el desarrollo de la intervención, pueden ocurrir algunas situaciones que pueden poner en riesgo el logro de los objetivos, para los cuales se han determinado algunas medidas de mitigación, considerando la probabilidad e intensidad de su ocurrencia:

RIESGOS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	INTENSIDAD DEL IMPACTO DEL RIESGO	ESTRATEGIA MITIGADORA
Cambio en la planificación/ prioridades del MINSAL, dada la emergencia por COVID-19	Media	Alta	El Ministerio designa un equipo específico dedicado a la implementación de estas iniciativas.
Dificultades de coordinación interinstitucional para implementar el protocolo especializado en el Sistema de Salud, particularmente a nivel comunitario.	Media	Alta	MINSAL designará un equipo especializado en impulsar la iniciativa, el cual deberá establecer puntos focales dentro de cada institución y a nivel central y comunitario, a modo de garantizar reuniones periódicas y procesos de intercambios.
Retrasos en la implementación de actividades propuestas	Alta	Media	Mediante de un punto focal en cada institución de las partes interesadas, para la coordinación e implementación de las actividades
Cambios de personal en el MINSAL y las instancias relevantes que retrasan la iniciativa.	Media	Media	El MINSAL establecerá un mecanismo de coordinación, con roles y responsabilidades definidas, a modo que puedan ser retomados por los nuevos designados de las instituciones.

8. Monitoreo y evaluación

La iniciativa contará con un equipo del MINSAL encargado del monitoreo y gestionar la evaluación de la intervención, el cual podrá coordinarse con las entidades pertinentes de forma multifuncional para asegurar un seguimiento y evaluación integral de las actividades implementadas, quienes periódicamente redactarán un reporte de avances a las partes interesadas, tomando en cuenta, entre otros, los elementos siguientes, en función de marco lógico y plan anual:

- Grado de avance de los indicadores y productos de acuerdo con las metas anuales establecidas;
- Monitoreo de riesgos, actualizando e incluyendo nuevos riesgos, supuestos o medidas de mitigación, según el caso;

- Logros o hitos del proyecto, dificultades encontradas, como principales obstáculos, contingencias o demoras que pusieron en peligro el logro de las metas, así como medidas correctivas);
- Análisis y revisión de género en la estrategia / acciones / productos de transversalización de género;
- Lecciones aprendidas, experiencias exitosas o dificultades, acciones, cambios y soluciones;
- Visitas de monitoreo, talleres y reuniones de seguimiento;
- Actividades de comunicación y visibilidad;
- Otras que se consideren relevantes.



Anexo – Marco Lógico y Presupuesto Estimado

Resultados / Actividades	Indicador	Unidad de medida	Línea de Base (dic 2020)	Meta (dic 2022)	Fuente y medios de Verificación	Plazo	Financiamiento Requerido	Inversión Nacional	Brecha de Financiamiento
Objetivo General: Mejorar la atención médica y psicosocial especializada eficiente y adaptada a las necesidades de las personas víctimas de desplazamiento forzado por el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, mediante servicios con calidad y calidez, en pro de su dignidad, inclusión y respeto de derechos humanos.									
Objetivo Específico 1: Brindar una atención en salud integral (médica y psicosocial) adaptada a los perfiles de las personas afectadas por el desplazamiento forzado, con énfasis en mujeres, niñas, niños y adolescentes, a modo de garantizar una atención eficiente y eficaz.									
R1. La atención en salud integral (médica y psicosocial) en el Sistema Nacional de Salud responde eficientemente a las necesidades de la población desplazada forzosamente.	# de personas desplazadas son atendidas en la red de salud de acuerdo a sus necesidades médicas y psicosociales	Número de personas, número de mujeres, número de NNA (desagregado por edad y sexo)	0	4,000 personas (3000 mujeres, 2500 NNA, de ellos 1,700 niñas y adolescentes mujeres)	Informes del Sistema Nacional de Salud, Sistemas de información SUIS y SIMMOW, informes de monitoreo	2021-2022			
A1.1. Adecuación del protocolo de atención integral para víctimas de desplazamiento forzado en el sistema de salud y directorio institucional y mecanismo de monitoreo implementado para su seguimiento y actualización constante.	# de sesiones de trabajo para adaptación de protocolo a nivel nacional	Número de sesiones	0	5	Minutas y/o memorias de las reuniones realizadas, fotografías, listados de participación, protocolo incluye sistema de monitoreo concertado	2021	\$13,750	\$0	\$13,750
	# de informes de monitoreo elaborados por los puntos focales participantes	Número de informes	0	4	Minutas y/o memorias de las reuniones realizadas, fotografías, listados de participación, informes semestrales elaborados	2021-2022	\$133,253	\$133,253	\$0
A1.2. Diseño, diagramación e impresión del protocolo de atención integral, incluyendo guías e instrumentos metodológicos para su implementación (3,000 ejemplares).	# de personas acceden al material elaborado y distribuido	Número de personas	0	3,000	Publicaciones y materiales de divulgación distribuidos, número de materiales impresos y distribuidos, número de descargar en páginas publicadas	2021	\$8,000	\$0	\$8,000
A1.3. Desarrollo de jornadas de socialización para facilitar la implementación del protocolo de atención integral al personal de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud en su aplicación.	# jornadas de socialización realizadas para la divulgación del protocolo de atención integra	Número de jornadas	0	12	Agenda de las jornadas realizadas, fotografías, listados de participación	2021-2022	\$90,000	\$0	\$90,000
A1.4. Diseño e implementación de un programa de formación continua sobre desplazamiento forzado a personal de las instancias pertinentes del Sistema Nacional de Salud y otras partes interesadas, como el ISSS, INS, ISDEMU, etc.	# funcionarias/os participan en la formación	Número de funcionarios (desagregado por sexo)	0	100	Programa de formación diseñado, validado e implementado, informes de capacitaciones realizadas, fotografías y publicaciones en redes sociales	2021-2022	\$20,000	\$0	\$20,000

A1.5. Diseño e implementación de campañas de información a usuarios de este tipo de servicios existentes en el sistema de salud.	# personas acceden a la información de las campañas	Número de personas	0	3,000	Publicaciones y materiales de divulgación distribuidos, número de materiales impresos y distribuidos, número de descargar en páginas publicadas	2021-2022	\$40,000	\$0	\$40,000
SUBTOTAL OE 1:							\$305,003	\$133,253	\$171,750
Objetivo Específico 2: Mejorar la atención psicológica y psicosocial de la red nacional de salud para abordar las causas y consecuencias del desplazamiento forzado, incluyendo la violencia de género y sexual, en condiciones de dignidad y respeto.									
R2. Mejorada la atención psicológica/psicosocial a víctimas de desplazamiento forzado, mediante la implementación del modelo especializado que brinda herramientas necesarias para su óptimo abordaje.	# personas desplazadas forzosamente reciben atención psicológica y psicosocial	Número de personas (desagregado por género y edad)	0	1,000 (650 mujeres y 350 hombres; 400 NNA)	Informes del Sistema Nacional de Salud, Sistemas de información SUIS y SIMMOW, informes de monitoreo	2021-2022			
A2.1. Elaboración de un modelo que incluye el abordaje de las causas y consecuencias del desplazamiento forzado desde la atención psicológica y psicosocial de la red pública de salud.	# centros de salud participan en la revisión y elaboración del modelo	Número de centros	0	10	Minutas y/o memorias de las reuniones realizadas, fotografías, listados de participación, modelo revisado / elaborado es acordado y aprobado por el Sistema Nacional de Salud	2021	\$12,000	\$0	\$12,000
A2.2. Realización de sesiones de trabajo para identificar y mejorar la atención psicológica y psicosocial de las personas desplazadas sobrevivientes de la violencia sexual y de género, así como un mecanismo de seguimiento.	# de sesiones de trabajo para adaptación de protocolo a nivel nacional	Número de sesiones	0	10	Minutas y/o memorias de las reuniones realizadas, fotografías, listados de participación	2021	\$17,958	\$9,958	\$8,000
A2.3. Desarrollo de jornadas de divulgación de modelo de atención psicológica y psicosocial para facilitar su implementación, incluyendo la atención psicológica y psicosocial de las personas desplazadas sobrevivientes de la violencia sexual y de género.	# jornadas de divulgación entre el personal encargado de la implementación del modelo de atención	Número de jornadas	0	12	Agenda de las jornadas realizadas, fotografías, listados de participación	2021-2022	\$3,750	\$0	\$3,750
A2.4. Diseño e implementación de un programa de capacitación sobre derechos, servicios con calidad y calidez, así como jornadas de autocuidado y primeros auxilios psicológicos al personal de atención.	# funcionarias/os participan en la formación	Número de funcionarios (desagregado por sexo)	0	100	Programa de formación diseñado, validado e implementado, informes de capacitaciones realizadas, fotografías y publicaciones en redes sociales	2021-2022	\$20,000	\$0	\$20,000
SUBTOTAL OE 2:							\$53,708	\$9,958	\$43,750
TOTAL							\$358,711	\$143,211	\$215,500

Montos en USD

México.



Personas de interés en México

Solicitantes
de asilo*

70,609

Refugiados*

26,415

*Datos oficiales provistos al ACNUR hasta finales de 2019

SECTOR	DESCRIPCIÓN	SOCIOS	NECESIDADES FINANCIERAS
 Educación	Fortalecer las escuelas del sistema de educación pública (educación básica y educación media superior) en las comunidades de acogida de personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas en el sur de México.	Secretarías de Educación y Subsecretarías relevantes, COMAR, Agencias ONU y sociedad civil	Financiamiento total requerido \$7,042,800
 Salud	Fortalecimiento del primer nivel de atención de salud en tres áreas prioritarias: 1. Salud de la mujer 2. Salud mental 3. Enfermedades crónicas	Secretaría de Salud estatal y federal, Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, sociedad civil, Agencias de Naciones Unidas como ACNUR, OPS-OMS y PNUD	Financiamiento total requerido \$1,246,358

Contexto

En 2019, la población de México fue de 126,577,691 habitantes. Con respecto a la distribución poblacional en el país; el 77.8% de las personas vivían en zonas urbanas y el 22.2% en zonas rurales. Para el caso de Chiapas el 51% de las personas vivían en zonas urbanas y el 49% en zonas rurales; aquí se observa cómo la población que vive en zonas rurales es mayor que la media nacional, lo cual da cuenta de los altos niveles de pobreza en el estado. En Tabasco, el 57% de las personas vivían en zonas urbanas 43% en zonas rurales^{1,2,3}.

El porcentaje de población en pobreza en el país pasó del 45.5% al 41.9% entre 2012 y 2018. Contraria a esta tendencia, ambos estados aumentaron el porcentaje de la población en condiciones de pobreza en este periodo, situándose en el 76.4% en Chiapas y el 53.6% en Tabasco¹.

Chiapas posee cuatro veces más hablantes de lengua indígena de 3 años y más que el promedio del país: 28 de cada 100 habitantes de Chiapas hablan alguna lengua indígena frente al 7% nacional. El 36.15% de la población se autoidentifica como indígena, y el 0.08% como afrodescendiente. El 29.34% de las personas que hablan alguna lengua indígena no hablan español².

En Tabasco, el 3% de las personas de 3 años y más son hablantes de una lengua indígena, por debajo del promedio nacional. El 25.77% de la población se considera indígena y el 0.11% afrodescendiente. Del total de personas que declararon hablar una lengua indígena, el 0.82% no habla español³.

La escolaridad promedio en México es de 9.2 años. Con respecto al grado promedio de escolaridad por entidad federativa, Chiapas se encuentra en último lugar con un promedio de 7.3 años de escolaridad promedio (equivalente a un poco más del primer año de secundaria). Tabasco está ligeramente por sobre el promedio nacional, con 9.3 años de escolaridad.

En 2019, el Gobierno de México, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), ha llevado a cabo acciones para impulsar la recuperación económica, tales como: 1) el anuncio de inversión en infraestructura por 297 mil 344 millones de pesos, equivalente a 1.3% del PIB, 2) el programa de reestructuración de créditos y 3) la emisión del primer bono ligado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

Derivado de que la trayectoria de la recuperación económica está condicionada por la evolución y respuesta ante la COVID-19, en 2020 en atención a la emergencia sanitaria y económica, el gasto en salud y en protección social aumentó 2.5% y 5.6% real anual, en enero y septiembre, respectivamente. Al mismo tiempo, el gasto de operación disminuyó 3.3% real, muestra de mayor eficiencia en el ejercicio de los recursos públicos.

Tendencias de desplazamiento

México es un país de origen, tránsito, destino y retorno de personas. Históricamente, la población extranjera total que habita en México ha sido una población muy marginal en términos de cantidad; no representan más del 1% de la población. Además, México ha sido también un país receptor de personas migrantes y refugiadas⁴.

En años recientes, (i) la situación social, política y económica de varios países de la región, (ii) las políticas migratorias y de asilo restrictivas de Estados Unidos y (iii) la situación geográfica de México, entre otros factores, han producido que México haya experimentado un aumento exponencial de solicitudes de reconocimiento de la condición de refugio como ilustra el gráfico 1. Hasta marzo de 2020, esta tendencia se

mantenía al alza según información de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR). Sin embargo, a partir de abril de 2020, el número de solicitantes de la condición de refugiado empezó a disminuir drásticamente a causa de la emergencia sanitaria por la COVID-19 y las decisiones de cierre de fronteras y restricciones a la movilidad de las personas tomadas por los gobiernos de muchos países. En el periodo de enero a junio de 2020, un total de 20,496 personas habían solicitado la condición de refugiado en México, frente a las 31,499 personas que lo hicieron en el mismo periodo en el 2019 y por sobre las 10,285 que lo hicieron en dicho periodo en el año 2018.

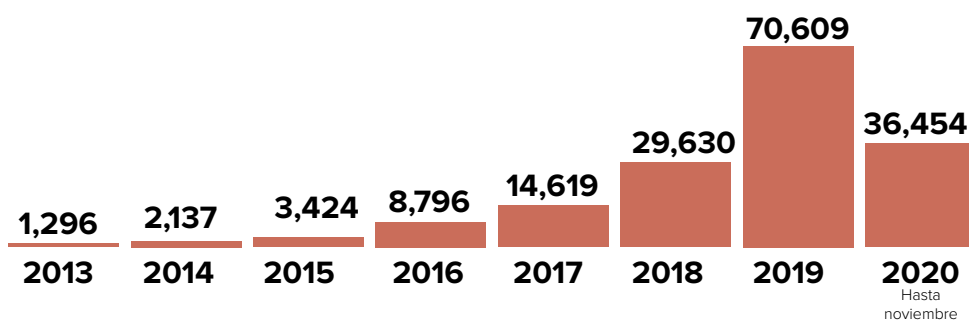
1 CONEVAL. Informe de pobreza y evaluación 2020, Chiapas. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Documents/Informes_de_pobreza_y_evaluacion_2020_Documentos/Informe_Chiapas_2020.pdf

2 INEGI, (2015) Panorama sociodemográfico de Chiapas. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082154.pdf

3 INEGI, (2015) Panorama sociodemográfico de Tabasco. Disponible en http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082390.pdf

4 Ver Nueva Política Migratoria 2018-2024 (2019). Disponible en http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Nueva_Politica_Migratoria

Gráfico 1. Número de personas solicitantes de la condición de refugiado en México 2013-2012⁵



Aunque es complejo anticipar el comportamiento de esta tendencia por la situación sanitaria y el panorama incierto predominante, debido a que las razones que detonan la salida de personas desde sus países de origen se prevé que los flujos de personas no se detendrán. Por ejemplo, el 84% de las personas que consideraron migrar en los últimos doce meses, considerarían retomar el viaje cuando se hayan normalizado las restricciones de movilidad, lo cual parece indicar que la pandemia solo ha postergado el proyecto migratorio⁶. Esto es consistente con la opinión compartida por parte de autoridades de que habrá un repunte de flujos migratorios una vez se relajen las restricciones de movilidad, dado que las condiciones de expulsión de los países de

origen no han disminuido⁷. Esta llegada de personas ejerce presión sobre los servicios educativos de la zona de la frontera sur y obliga a un proceso de planeación y respuesta de parte de dichos servicios que consideren estas nuevas demandas.

Los Estados de Chiapas y Tabasco, además de Ciudad de México⁸, son las entidades federativas que reciben el mayor número de solicitudes de reconocimiento de la condición de refugiado. En las delegaciones de la COMAR en Chiapas y Tabasco se recibieron el 63% y 72% de las personas solicitantes de la condición de refugio en 2018 y 2019 respectivamente, según se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Número de personas y casos de solicitud de la condición de refugiado en México 2018 y 2019

DELEGACIÓN	2018			2019		
	CASOS	PERSONAS	%PERSONAS	CASOS	PERSONAS	%PERSONAS
CDMX	6,134	8,458	29%	10,122	14,155	20%
Chiapas	9,383	16,640	56%	24,935	45,821	65%
Tabasco	1,213	2,070	7%	2,867	5,266	7%
Veracruz	1,638	2,462	8%	3,359	5,367	8%
TOTAL	18,368	29,630	100%	41,283	70,609	100%

La presencia de niños, niñas y adolescentes entre quienes solicitan la protección como refugiados ha aumentado en los últimos años. Pese a que la participación de todos los grupos de edad son relativamente similares, en los últimos años el aumento significativo en el volumen de solicitudes ha

ocasionado el incremento del número de NNA. Alrededor del 30% de las personas solicitantes de la condición de refugio se encuentran en el rango de edad de entre 0 y 19 años. Esta participación significó 381 niños, niñas y adolescentes⁹ (NNA) en 2013 y 5,251 en 2018.

6 OIM (2020), Efectos de la COVID-19 en la población migrante. Disponible en https://kmhub.iom.int/sites/default/files/publicaciones/sondeo-efectos_de_la_covid-19_junio_2020_final.pdf

7 COLEF (2020) Poblaciones migrantes y refugiadas en contexto de la pandemia COVID-19 (videoconferencia). Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=QaN8TETPeFA&feature=em-lbrm>

8 Las oficinas centrales de la COMAR en la Ciudad de México concentran las solicitudes de la condición de refugiado recibidas en más de 20 Estados de la República mexicana.

9 Para definir a este grupo etario nos acogemos a la definición de la adolescencia de la Organización Mundial de la Salud que la concibe como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años. De este modo, los NNA corresponden a las personas con edades entre 0 y 19 años.

Respuesta nacional

En México existe un amplio marco legal para la protección de las personas solicitantes y/o refugiadas, tales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria, así como su reglamento; el Pacto Mundial sobre los Refugiados y el Marco

Integral Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS), los cuales protegen sus derechos, tales como que toda persona en territorio mexicano tiene acceso a los servicios públicos de educación en el país.

El MIRPS en México

De acuerdo con la larga tradición de cooperación regional para responder a los desafíos de protección derivados del desplazamiento forzado y como país participante México se comprometió dentro del marco MIRPS en el abordaje de los siguientes ejes: 1: Recepción y admisión; 2: Necesidades inmediatas y persistentes; 3: Apoyo a los países y comunidades de acogida y 4: Soluciones duraderas. Ello a través de la implementación de 38 compromisos detallados en el Plan de Acción nacional y bajo la dirección del equipo técnico nacional (ETN). El ETN se forma de representantes de la Secretaría de Gobernación y la Secretaría de Relaciones Exteriores por la COMAR a través de la Dirección de Atención y Vinculación Interinstitucional y la Subsecretaría de Asuntos Multilaterales y Derechos Humanos, a través de la Dirección General de Política Internacional de Derechos Humanos y Democracia.

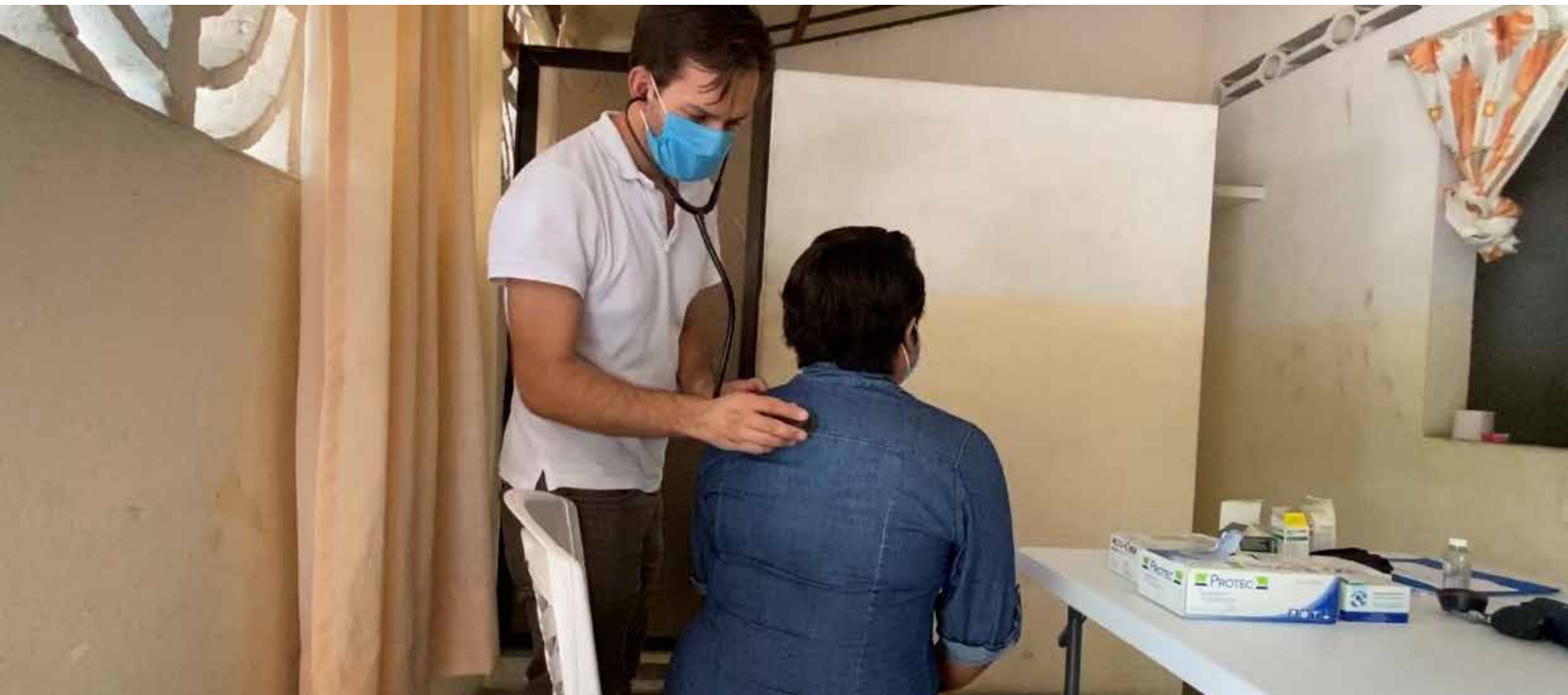
Con el objetivo de actualizar el Plan de Acción nacional, en el año 2019 se reinstaló la Mesa Interinstitucional sobre Refugio y Protección Complementaria en la que participaron veinte dependencias del Gobierno Federal. Concretamente, la Mesa actualizó los compromisos y se acordó la creación de mesas temáticas sobre temas prioritarios como Salud, Educación, Empleo e Identidad y Documentación, y Trabajo, para promover la inclusión de la población solicitante y refugiada en políticas nacionales y definir acciones afirmativas necesarias. El impacto que se busca con los cambios realizados en los temas de educación, salud, empleo, identidad y otros será para beneficio de la población refugiada en el corto, mediano y largo plazo. Las sesiones de la Mesa Interinstitucional y de las mesas temáticas relacionadas con ella se han intensificado durante el 2020.



PAÍS: México

SECTOR: Salud

Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud en el estado de Chiapas, México



Resumen Ejecutivo

México se ha convertido en un país de destino para personas que buscan protección internacional. En Chiapas y Tabasco se recibieron el 63% y 72% de las personas solicitantes de la condición de refugio en 2018 y 2019 respectivamente. Durante la trayectoria desde sus países de origen hacia el territorio mexicano, las personas suelen enfrentar adversidades y múltiples tipos de violencia física, psicológica y sexual.

En el 'Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024', el gobierno se describe la necesidad de posicionar la Cobertura Universal en Salud (CUS) como prioridad y busca garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación, así como los exámenes clínicos. Asimismo, se busca mejorar y ampliar la infraestructura en salud, equipamiento y abasto de medicamentos en las unidades médicas y de rehabilitación, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de salud de calidad a toda la población.

Este proyecto pretende fortalecer la capacidad de absorción de personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas en los servicios de salud del primer nivel de atención en Chiapas, con el fin de contribuir a la mejora de la atención en salud. Las temas priorizados de la iniciativa son atención a: salud de la mujer, salud mental y enfermedades crónicas. A través de un plan integral, favorecerá la inclusión e integración de personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugio a los servicios de salud en Chiapas.

PLAZO

2 años (2021 y 2022)

ENTIDADES IMPLEMENTADORAS

Secretaría de salud, Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados a nivel federal y estatal, sociedad civil, Agencias de Naciones Unidas como ACNUR, OPS-OMS y PNUD

ALCANCE

Frontera sur de México: Tapachula y Palenque, Chiapas

BENEFICIARIOS

Personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugio y la comunidad local en Chiapas

PRESUPUESTO ESTIMADO

Financiamiento Total Requerido: \$1,246,358

1. Contexto del sector de salud en México

La administración actual que inició el primero de diciembre de 2018, planteó desde un instrumento enunciar los problemas nacionales y enumerar las soluciones en una proyección sexenal llamado ‘Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024’. En donde se describe la necesidad de posicionar la Cobertura Universal en Salud (CUS) como prioridad.

El actual gobierno busca garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación, así como los exámenes clínicos.

Particularmente el eje II de nombre “Bienestar”, en su objetivo 2.4 establece “promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos”. Esto, enmarcado en los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio¹.

Asimismo, se busca mejorar y ampliar la infraestructura en salud, equipamiento y abasto de medicamentos en las unidades médicas y de rehabilitación, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de salud de calidad a toda la población.

La forma de operacionalizar esta apuesta por la CUS será a través del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual brindará servicios de salud en todo el territorio nacional a todas las personas sin derechohabencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos de México (PEMEX), Secretaría de Marina (SEMAR) y/o instituciones privadas².

La atención se brindará con los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano.

En complemento a estos esfuerzos, la Ley General de Salud fue modificada el pasado 2019 en sus artículos³:

- 77 bis 6. De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.
- 77 bis 7. De la cobertura y alcance de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social.
- 77 bis 29. Del Fondo de Salud para el Bienestar - El

Fondo de Salud para el Bienestar, es un fideicomiso público sin estructura orgánica, constituido en términos de la Ley Federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria en una institución de banca de desarrollo, en el que el Instituto de Salud para el Bienestar funge como fideicomitente.

Debido a estas y otras modificaciones, el acceso a los servicios de salud en México son gratuitos y están abiertos a las personas que así lo soliciten en territorio mexicano. Es por esto, que cobra relevancia que el gobierno actual cuente con un documento que es la propuesta metodológica – operativa de la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) y que permite llevar adelante la reorganización e implantación concreta del nuevo modelo en los Servicios Estatales de Salud (SESA), que se van adhiriendo al Acuerdo de Federalización de los servicios de salud.¹³

La APS-I Mx tiene todas las características para garantizar el derecho a la protección de la salud³. Este modelo cobra relevancia, debido a la transición epidemiológica del país en donde las enfermedades crónicas se han convertido en la principal causa de muerte y morbilidades.

Necesidades en salud en México y Chiapas

En 2017, debido a la transición epidemiológica en México, la primera causa por muerte prematura en México fue por violencia interpersonal (1,748.27), igualmente para Chiapas (1,490.63)⁴.

Con respecto a los años vividos con discapacidad tanto a nivel nacional, como estatal en Chiapas se debe a la Diabetes Mellitus. La segunda causa en el país fue debido a la violencia interpersonal (1,787.31), mientras que para Chiapas fue la enfermedad renal crónica (1,561.62)⁵.

Al momento de escribir este reporte (4 de noviembre del 2020) debido a la crisis sanitaria por la COVID-19, México está posicionado en tercer lugar en la Región de las Américas por número de muertes a causa de este virus. En primer lugar, se encuentra Estados Unidos con 228,998; seguido de Brasil 159,844 y México 91,753 muertes⁶.

Con respecto a datos proporcionados por ACNUR México, las principales necesidades de atención en salud de la población solicitante de la conducción de refugiado en Chiapas es por enfermedades crónicas desde el 2018. Se observa también que el 10% de las mujeres que solicitaron la condición de refugias en el país se encontraban embarazadas y una necesidad de atender la salud sexual y reproductiva de estas mujeres⁷.

1 DOF. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019

2 DOF. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf

3 Secretaría de Salud. Atención primaria de salud integral e Integrada aps-i mx: la propuesta Metodológica y operativa. Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

4 IHME. Principales causas de muerte prematura en México y Chiapas. Disponible en : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

5 IHME. Años vividos con discapacidad en México y Chiapas. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

6 OPS-OMS. COVID-19 Information System for the Region of the Americas. Disponible en: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>

7 Resultados de la consultoría “Mapeo de capacidades institucionales y oportunidades de fortalecimiento en comunidades de acogida del sur de México”.

También se observa que en todos los grupos de edad y género es necesario atender personas víctimas de violencia sexual, física y psicológica, principalmente poblaciones en riesgo como son niños, niñas y adolescentes acompañados y no acompañados, mujeres trans y población LGBTI+⁷.

Actualmente se tienen registradas 369 personas solicitantes de la condición de refugiados y refugiadas viviendo con discapacidad en México, la discapacidad física, visual y mental⁸.

Capacidad de los servicios de salud

De acuerdo con la información disponible, a nivel nacional y estatal los indicadores básicos en recursos humanos para la salud son inferiores a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, en 2018 el 58% de la población a nivel nacional utilizó los servicios de salud proporcionados por la Secretaría de salud; mientras que en Chiapas fue el 60%⁸.

Tabla 1. Recursos básicos hospitalarios para población abierta en entidad federativa Chiapas, 2018

Consultorios de Medicina General por cada 1,000 habitantes	Consultorios de especialidades por cada 1,000 habitantes	Camas censables por cada 100,000 habitantes	Quirófanos por cada 100,000 habitantes
0.41	0.18	0.39	2.86
Médicos generales por cada 1,000 habitantes	Médicos especialistas cada 1,000 habitantes	Enfermeras generales por cada 1,000 habitantes	Enfermeras especialistas por cada 1,000 habitantes
0.69	0.33	1.33	0.15

Costo del acceso a los servicios de salud de las personas solicitantes de refugio en México

En 2019, el costo total estimado para el acceso a los servicios de salud de personas solicitantes de la condición de refugiado en México ascendió a 24,564,581.92, mientras que en 2013, fue de \$415,307.35⁹.

Estas cifras hablan de la importancia de incrementar el presupuesto estatal en salud, ya que tendría que ajustarse en misma proporción. Por ejemplo, si se buscara ajustar el presupuesto actual del sector salud a nivel federal con estos parámetros, éste habría aumentado 69% de 2013 a 2019 en lo que respecta al acceso de las personas solicitantes⁹.

Otra implicación de la llegada al país de personas solicitando la condición de refugio es que su llegada exacerba los retos preexistentes en el país, pues ejerce presión sobre un sistema de salud que, de por sí, es insuficiente para la población mexicana. Si a esto se suma el hecho de que el acceso a servicios para la atención está determinado por medio del empleo formal y que en México el nivel de empleo informal es muy alto. (Ver anexo 2).

Intervenciones relevantes

Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx). El nuevo modelo planteado por la actual administración, considera el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con un enfoque directo en la Atención Primaria a la Salud (APS), donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se encontrará con la reestructuración de las Jurisdicciones Sanitarias al convertirlas en Distritos de sanitarios, un ente coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población local.

Mesa temática sobre salud de la mesa interinstitucional sobre refugio y protección complementaria. El 30 de junio de 2020 tuvo lugar la primera sesión del año de la 'Mesa interinstitucional sobre refugio y protección complementaria', el subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración, Alejandro Encinas Rodríguez, resaltó que el propósito es generar los instrumentos necesarios para enfrentar la emergencia sanitaria por el coronavirus (COVID-19), y dar cumplimiento a los compromisos a nivel internacional que México ha suscrito en el Marco Integral

8 INEGI. INEGI, Encuesta Intercensal 2015. Disponible en : <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

9 Unidad de Política Migratoria. Acceso a la salud de las personas solicitantes de la condición de refugio, refugiadas y beneficiarias de protección complementaria. Los costos económicos para el estado mexicano. Disponible en: <http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Publicaciones/Revistas/movilidades/movEs/espmov.pdf>

Regional para la Protección y Soluciones (MIRPS), así como en el Pacto Mundial sobre los Refugiados. En esta sesión se establecieron las mesas temáticas incluida la mesa sobre salud que estará presidida por la Secretaría de Salud, con el secretariado técnico de la COMAR.

Donaciones de equipo de protección personal (EPP) y dispositivos médicos para zonas de acogida en el sur del país. Desde el inicio de la emergencia por la COVID-19, en coordinación con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y jurisdicciones sanitarias locales y hospitales, se identificaron algunas necesidades como la insuficiencia de equipos de protección para el personal médico, así como de ventiladores mecánicos para tratar casos de COVID-19¹⁰.

El ACNUR movilizó recursos de la comunidad internacional para invertir 5.7 millones de pesos para la compra de insumos médicos para hospitales y centros de salud de Chiapas, Tabasco y Veracruz, principales estados receptores de personas refugiadas, cuyos servicios de salud atienden tanto población local como personas refugiadas y migrantes. Los materiales, adquiridos con asesoría técnica de la OPS-OMS, se entregaron en cinco municipios: Tapachula y Palenque, en Chiapas; Tenosique y Villahermosa, en Tabasco; y Xalapa, en Veracruz¹⁰.

Solicitantes de asilo en México por razón de su orientación sexual y/o identidades provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras. Este es un reporte publicado por Amnistía Internacional, en donde se describe la experiencia de solicitar la condición de refugiado siendo personas que se identifican dentro de la comunidad LGBTI+. De igual forma, se detallan los desafíos a los que se encuentran cuando salen de sus países de origen.

Médicos del Mundo (MdM). El proyecto de respuesta al COVID-19 en Tapachula de MdM atendió en los últimos 6 meses a 1,168 personas aproximadamente. Se contó con componentes de: atención médica, psicológica y promoción de la salud. La atención en salud mental se implementó tanto de forma presencial como remota y la población objetivo fue población migrante, refugiada, solicitante de refugio o en cualquier otra situación de movilidad. También atendimos a personas y familiares afectados por COVID-19. El 43% de las consultas psicológicas se dieron a distancia, lo que resalta la importancia de mantener este tipo de atención disponible a pesar de las limitaciones.

Casi el 70% de las personas atendidas por MdM tuvieron un diagnóstico de ansiedad generalizada, lo cual es consistente con las tendencias a nivel mundial sobre el aumento de este padecimiento durante la pandemia. A través del componente de promoción de la salud, hemos facilitado información a la población local de Tapachula, en movilidad y en situación de calle sobre la prevención de COVID-19 y sobre cómo y cuándo buscar atención médica. Asimismo, durante estas actividades se detectaron otras necesidades en salud, sociales, de protección o humanitarias; y se canalizaron o se atendieron directamente ya que frecuentemente esas necesidades excedieron las capacidades preexistentes localmente.*

Lecciones aprendidas

• *Personas refugiadas trabajando en el sector salud en Chiapas, México*

Durante mayo de 2020, diez personas profesionales de la salud, refugiadas o solicitantes de asilo, fueron contratadas en México para contribuir a la respuesta de la pandemia por la COVID-19. ACNUR ha identificado más de 100 profesionales de la salud refugiados o solicitantes de asilo en México que podrían integrarse a los servicios de salud como profesionales de la salud¹¹.

• *Lineamientos de implementación de centros de atención temporal COVID-19 (CAT-COVID19) y hospitales móviles (EMT)*

Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 la Secretaría de Salud a nivel federal instaló módulos temporales con la función de ampliar la capacidad de atención de los servicios de salud¹².

• *Investigación cualitativa y reportes que visibilizan la Violencia Basada en Género (VBG).*

Las mujeres solicitantes de asilo provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras enfrentan niveles de VBG alarmantes, y esto tiene un impacto devastador en su vida cotidiana^{13,14}. Las mujeres huyen principalmente para protegerse a sí mismas y a sus hijos/as de asesinato, extorsión y violación.

10 Comunicado. ACNUR se suma a la respuesta al COVID-19 en el sur de México con entrega de insumos médicos. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-mx/noticias/press/2020/7/5f04abd24/acnur-se-suma-a-la-respuesta-al-covid-19-en-el-sur-de-mexico-con-entrega.html>

11 Comunicado ACNUR. Disponible en: <https://www.acnur.org/es-mx/noticias/historia/2020/6/5ede49054/al-paciente-le-brindo-todo-lo-que-este-en-mis-manos.html>

12 Secretaría de Salud. Lineamientos de implementación de centros de atención temporal COVID-19 (CAT-COVID19) y hospitales móviles (EMT). Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos_Centros_Atencion_Temporal.pdf

*Texto escrito y autorizado para compartir por MdM.

13 ACNUR. El silencio que cargo : Revelando la violencia de género en desplazamiento forzado, Guatemala y México, Informe Exploratorio 2018. Disponible en: https://www.acnur.org/publications/pub_prot/5c081f094/el-silencio-que-cargo-revelando-la-violencia-de-genero-en-el-desplazamiento.html

14 Mujeres en fuga. Relatos de primera mano de refugiadas que huyen de El Salvador, Guatemala, Honduras y México. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10666.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10666>

2. Enfoque detallado

Objetivo general

Fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención para personas locales, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio en Chiapas en el periodo 2021-2022.

Temas priorizados

1. Salud de la mujer: Salud sexual y reproductiva, atención del embarazo, parto y puerperio
2. Salud mental: Atención psicológica y psiquiátrica a personas víctimas de violencia física, psicológica y sexual
3. Enfermedades crónicas: Diagnóstico, seguimiento y control de diabetes mellitus e hipertensión

Resultados esperados: El resultado general de este proyecto es fortalecer la capacidad de absorción de personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas en los servicios de salud del primer nivel de atención en Chiapas durante el periodo 2021-2022, con el fin de contribuir a la mejora de la atención en salud. Los resultados esperados por objetivo específico se muestran a continuación:

Objetivo específico 1

Diagnosticar las capacidades de absorción de población refugiada y solicitante de asilo en 11 centros de salud de Chiapas, 2015- 2021.

Resultado esperado 1

Entrega de un reporte con el diagnóstico de capacidades de absorción de los 11 centros de salud en Chiapas, con información sociodemográfica y epidemiológica de población local, solicitante de la condición de refugiado y refugiada en el periodo 2015-2021.

Actividades

Las actividades consisten en analizar sistemas de información públicos y actores clave. Se medirán indicadores de los sistemas de salud estatales con base en cuatro ejes: estructura, proceso, resultados y rectoría. Esto, en coordinación con OPS-OMS, PNUD, COMAR y la Secretaría de salud.

- Actividad 1.1: Caracterizar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la población local, solicitante de la condición de refugiado y refugiada en 2015-2021

- Actividad 1.2: Conocer la capacidad instalada y requerida de los servicios en 11 centros de salud en Palenque y Tapachula

- Actividad 1.3: Misiones a Palenque y Tapachula

Objetivo específico 2

Mejorar la capacidad de infraestructura y suministros de centros de salud de Chiapas con énfasis en tres ejes prioritarios: salud de la mujer, salud mental y enfermedades crónicas en 2021-2022.

Resultado esperado 2

Donación de equipo médico, insumos, dispositivos médicos y Equipo de Protección Personal (EPP) en 11 centros de salud con el fin de contribuir a la mejora de los servicios y la atención de salud para población local, refugiada y solicitante de la condición de refugiado, durante el periodo 2021-2022.

Actividades

Las actividades consisten en la adquisición y donación de equipo médico, insumos, dispositivos médicos y Equipo de Protección Personal (EPP) para atención de los tres ejes prioritarios en salud para personas solicitantes de la condición de refugiado de acuerdo con las necesidades de los centros de salud identificadas.

Para la coordinación de estas donaciones participará la Secretaría de Salud compartiendo los diagnósticos situacionales de los centros de salud que recibe mayoritariamente población solicitante de la condición de refugiado, así como población local. Las acciones se implementarán en conjunto con las Secretarías de salud estatal, así como con asesoría técnica de la OPS-OMS para la adquisición de los suplementos.

- Actividad 2.1: Adquisición de equipo médico para la atención de la salud de la mujer en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.2: Adquisición de insumos para la atención de la salud de la mujer en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.3: Adquisición de insumos para la atención de salud sexual y reproductiva en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.4 Adquisición de equipo médico para la atención de la salud mental en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.5 Adquisición de insumos para la atención de la salud mental en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.6 Adquisición de equipo médico para control, atención y seguimiento de la Diabetes Mellitus e Hipertensión en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.7 Adquisición de insumos para control, atención y seguimiento de la Diabetes Mellitus e Hipertensión en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.8 Adquisición de dispositivos médicos y EPP para la atención por COVID-19 en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.9 Adquisición e instalación de señalizaciones para centros de salud en idioma Criollo Haitiano en 11 centros de salud (4 en Palenque y 7 en Tapachula)

- Actividad 2.10 Visitas bimestrales a los centros de salud beneficiarios en Palenque y Tapachula

Objetivo específico 3

Mejorar la capacidad de recursos humanos en centros de salud de Chiapas en 2021-2022

Resultado esperado 3

Contratación de un profesional de enfermería, medicina, nutrición y psicología por cada uno de los 11 centros de salud con el fin de contribuir a la mejora de la atención de salud para población local, refugiada y solicitante de la condición de refugiado, durante el periodo 2021-2022.

Actividades

Las actividades se plantea la contratación de un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud para incrementar la capacidad de atención en centros de salud del primer nivel de atención de los Distritos Sanitarios en Palenque y Tapachula. Para lograr dichas contrataciones es necesario coordinar con los Distritos Sanitarios de salud la identificación de centros de salud que reciben mayoritariamente población solicitante de la condición de refugiado para priorizar los establecimientos por área geográfica y concentración poblacional.

- Actividad 3.1: Contratación de profesionales de enfermería para 11 centros de salud en Palenque (4), Tapachula (11), 2021, 2022

- Actividad 3.2: Contratación profesional en medicina para 11 centros de salud en Palenque (4), Tapachula (11), 2021, 2022

- Actividad 3.3: Contratación profesional en psicología para 11 centros de salud en Palenque (4), Tapachula (11), 2021, 2022

- Actividad 3.4: Contratación profesional en nutrición para 11 centros de salud en Palenque (4), Tapachula (11), 2021, 2022

Objetivo específico 4

Diseñar una propuesta de un programa piloto de inserción laboral al sistema de salud mexicano para profesionales de la salud solicitantes de asilo y refugiados en 2021.

Resultado esperado 4

Implementación de un programa piloto en 2021 de inserción laboral al sistema de salud mexicano para personas solicitantes de asilo y refugiadas profesionales de la salud.

Actividades

ACNUR ha trabajado con la identificación de más de 100 profesionales de la salud refugiados, refugiadas y/o solicitantes de la condición de refugio en México.

Se pretende que, en colaboración con la Secretaría de Salud, del Instituto Nacional de Salud y Bienestar se canalice a las y los profesionales de salud para tramitar revalidación de títulos y emisión de cédula profesional con la Secretaría de Educación Pública, con el fin de incorporarse a los establecimientos de salud conforme a las necesidades de la autoridad sanitaria.

- Actividad 4.1: Proponer un programa piloto de inserción laboral al sistema de salud mexicano para personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiados profesionales de la salud.

- Actividad 4.2: Absorber los costos de revalidación y cédula profesional para profesionales de salud solicitantes de la condición de refugiado y refugiados (100 personas).

- Actividad 4.3: Hospedaje temporal durante tres meses para 100 profesionales de la salud solicitantes de la condición de refugiado y refugiados

- Actividad 4.4: Implementación del programa piloto para profesionales de la salud solicitantes de la condición de refugiado y refugiados en Chiapas.

- Actividad 4.5: Visitas bimestrales a terreno en Tapachula y Palenque.

Objetivo específico 5

Fortalecer los procesos de canalización, inclusión y atención de salud en los servicios de salud del primer nivel de atención en Chiapas, 2021.

Resultado esperado 5

Implementación de cursos y capacitaciones por expertos en sistemas de salud, proceso y registro de solicitudes de la condición de refugiado, APS y discapacidad, dirigido a profesionales de la salud y administrativos. Con el fin contribuir a la mejora de la atención de salud para población local, refugiada y solicitante de la condición de refugiado durante el periodo 2021-2022.

Actividades

Para las actividades del objetivo, se espera contar con el apoyo de la COMAR, SSA y ACNUR para coordinar un programa de capacitación en cuatro temas prioritarios:

1. Estructura y funcionamiento del sistema de salud mexicano. La mesa temática de salud de la Mesa Interinstitucional bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, en conjunto con la COMAR, con el apoyo del ACNUR y de la OPS/OMS diseñarán e implementarán un curso para fortalecer conocimientos y habilidades relacionadas con la estructura y funcionamiento del sistema de salud nacional (por confirmar),.

2. Atención Primaria a la Salud. En coordinación con la Secretaría de salud federal y estatal de Chiapas y a través del Campus Virtual de Salud Pública organizan y coordinan un periodo de capacitación para fortalecer competencias de

personal de salud en primer nivel de atención en los distritos sanitarios (por confirmar),.

3. Atención centrada en las necesidades de salud de las personas solicitantes de la condición de refugiado en México. Un grupo interinstitucional de ACNUR, COMAR, OPS/OMS (por confirmar), diseñan e implementan un curso formativo para oficiales de registro/protección/ Dirección de atención y vinculación institucional.

4. Adecuada atención de personas con discapacidad y necesidades en salud. Con apoyo de OPS-OMS y de la Coalición México por los Derechos de las Personas con Discapacidad (COAMEX) se imparte un curso de capacitación con respecto a conocimientos técnicos sobre la discapacidad en México.

- Actividad 5.1 Curso virtual básico del sistema de salud mexicano para COMAR y ACNUR en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (40 personas).

- Actividad 5.2 Curso sobre el proceso de solicitud de refugio y navegación del sistema de salud mexicano para Secretaría de salud federal, estatal, municipal (25 personas)

- Actividad 5.3 Actividad Curso virtual sobre APS con profesionales de la salud en Palenque y Tapachula (15 personas)

- Actividad 5.4 Capacitación virtual para oficiales de registro/protección/dirección de atención y vinculación institucional para brindar una atención centrada en las necesidades de las personas de interés (25 personas)

- Actividad 5.5 Curso de capacitación para ACNUR y COMAR para adecuada atención de personas con discapacidad y sus necesidades (25 personas)

Objetivo específico 6

Favorecer la inclusión e integración de personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugio a los servicios de salud en Chiapas, a través de un plan integral.

Resultado esperado 6

Propuesta de un plan integral de atención a la salud de población solicitante de asilo y refugiada, con el fin de contribuir a la mejora de la atención de salud para población refugiada y solicitante de la condición de refugiado.

Actividades

Trabajar en coordinación con la Secretaría de Salud Federal y estatal, así como con la COMAR, agencias de Naciones Unidas tales como OPS-OMS y ACNUR para actualizar el contenido del Plan integral de atención a migrantes para que se incluya explícitamente a la población solicitante de la condición de refugio y refugiada.

- Actividad 6.1 Realizar un plan integral de atención a la salud y por COVID-19 de población solicitante de asilo y refugiada a través de una contratación para una consultoría en la Dirección de atención y vinculación institucional de la COMAR que permita desarrollar y sistematizar procesos y mecanismos para la referencia a los servicios de salud.

- Actividad 6.2 Visitas a terreno a Tapachula y Palenque.

3. Beneficiarios

Los beneficiarios de la iniciativa propuesta serán personas locales, refugiadas y solicitantes de la condición de refugio en Chiapas.

En 2019, del total de personas solicitantes de la condición de refugiado que lo hicieron vía Chiapas (45,821), de ellas 2,828 personas (3% del total nacional) expresaron necesidad del apoyo de incidencia de la COMAR para acceder a servicios públicos de salud¹⁵.

Del total de solicitudes de acompañamiento a nivel nacional; el 60% se realizó en la frontera sur del país; esto con base en información recabada y compartida por la Dirección de Atención y Vinculación Institucional de la COMAR.

Por el momento no es posible determinar cuántas personas por cada grupo prioritario serán atendidas, ya que nos enfrentamos a una brecha en la sistematización de la información a nivel nacional y estatal.

¹⁵ Información proporcionada por la COMAR para este ejercicio de cuantificación 2020.

Grupos prioritarios

1. Niñez y adolescentes en riesgo. Las necesidades en salud de las niñas, niños y adolescentes que llegan al país solicitando la condición de refugiado requieren atención de cuidados de primera infancia, nutrición, aplicación de vacunas y atención a enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, salud mental, entre otras.

2. Mujeres en riesgo. El ACNUR ha documentado las razones por las cuáles las mujeres deciden abandonar sus países de origen. De igual forma, se ha visibilizado la necesidad de garantizar el respeto a la salud como un derecho y contribuir al acceso efectivo a los servicios de salud^{16,17}. Debido a que enfrentan diversas experiencias durante su viaje y llegada a México se identifican los siguientes puntos:

- Acceso a protocolos de atención integral en salud por parte del sistema de salud para víctimas de violencia sexual. Se han registrado casos de mujeres, incluso niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual en sus países de origen o bien que esta sucede durante su trayecto, por lo que es necesario garantizar el acceso a los servicios de salud correspondientes.
- Acceso a planificación familiar. La educación para la salud, incluida la salud sexual y reproductiva es fundamental para que las mujeres se perciban como sus propias agentes de acción por lo que la planificación familiar representa un medio por el cual se toman decisiones informadas.
- Embarazo, parto y puerperio. En 2020, del total de mujeres que solicitaron asilo en México, el 10% se encontraban embarazadas. Se ha observado un aumento en el número de mujeres embarazadas que llegan al país, entre ellas no solo provenientes de Centroamérica sino también de países del Caribe que buscaron refugio y quienes llegaron al país vía Chiapas.
- Revelación de la VBG. Se identifica que las mujeres (adolescentes y adultas) solicitantes de asilo, protección internacional y refugiadas, así como personas pertenecientes a la comunidad LGBTI+, viven una normalización de la violencia, ya que ésta ocurre frecuentemente en las comunidades de donde provienen¹⁸.
- Personas con discapacidad. Hasta el 19 de junio del 2020, se registraron 369 personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas que viven con discapacidad en México.²⁹ Los principales tres tipos de discapacidad que se presentaron fueron físicas, mentales y visuales. Los hombres solicitantes de la condición de refugiado y hombres refugiados se ven más afectados por la discapacidad en comparación con las mujeres. Las edades en donde se presenta con mayor prevalencia son las económicamente productivas (25 y 49 años).²⁹ Del total de personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiados que registraron contar con alguna discapacidad, el 10% fueron niñez entre los cinco y once años¹⁹.

3. LGBTI+ en riesgo o personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Este grupo de personas presentan una brecha de acceso a los servicios de salud desde sus países de origen, por lo que a su llegada al país se requiere un abordaje integral de atención a su salud psicológica, física y sexual.

4. Personas adultas mayores en riesgo (68+). Este grupo de personas, generalmente toman diferentes tipos de medicamentos, entre los cuales son más comunes los padecimientos crónicos.

16 ACNUR. Relatos de primera mano de refugiadas que huyen de El Salvador, Guatemala, Honduras y México. Disponible en : <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10666.pdf?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10666>

17 Amnistía Internacional. Sin lugar que me proteja : Solicitantes de asilo en México por razón de su orientación sexual y/o identidad provenientes de El Salvador, Guatemala y Honduras. Disponible en : <https://www.unhcr.org/en-ie/5a2ee6754.pdf>

18 ACNUR. El silencio que cargo : Revelando la violencia de género en desplazamiento forzado, Guatemala y México, Informe Exploratorio 2018. Disponible en: https://www.acnur.org/publications/pub_prot/5c081f094/el-silencio-que-cargo-revelando-la-violencia-de-genero-en-el-desplazamiento.html

19 ACNUR. Situational context of refugees and migrants with disabilities in Mexico. Informe interno, junio del 2020.

4. Presupuesto estimado

OBJETIVO	FINANCIAMIENTO REQUERIDO*
1. Diagnosticar las capacidades de absorción de población refugiada y solicitante de asilo en 11 centros de salud de Chiapas, 2015- 2021.	\$38,572.00
2. Mejorar la capacidad de infraestructura y suministros de centros de salud de Chiapas con énfasis en tres ejes prioritarios: salud de la mujer, salud mental y enfermedades crónicas en 2021-2022.	\$263,142.85
3. Mejorar la capacidad de recursos humanos en 11 centros de salud de Chiapas en 2021-2022.	\$800,000.00
4. Diseñar una propuesta de un programa piloto de inserción laboral al sistema de salud mexicano para profesionales de la salud solicitantes de asilo y refugiados en 2021.	\$75,714.28
5. Fortalecer los procesos de canalización, inclusión y atención de salud en los servicios de salud del primer nivel de atención en Chiapas, 2021.	\$36,071.43
6. Favorecer la inclusión e integración de personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugio a los servicios de salud en Chiapas, a través de un plan integral.	\$32,857.14
TOTAL	\$1,246,357.70

*Nota. Los precios mostrados son estimados actuales bajo supuestos, se actualizarán y ajustarán con base en el año de cotización. Montos en USD. Tasa de cambio \$21.00 MXN a \$1.00 USD.

Con base en los resultados de la consultoría “Mapeo de capacidades institucionales de los servicios de salud y oportunidades de fortalecimiento en las comunidades de acogida del sur de México” liderada por ACNUR con asesoría técnica de OPS-OMS y PNUD se obtuvieron los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos de la población local y la solicitante de asilo en Chiapas.

Este estudio consideró una metodología cuantitativa y cualitativa para analizar las capacidades de absorción de población refugiada y solicitante de asilo en los establecimientos de salud en Chiapas, 2019-2020.

El desarrollo de la iniciativa, se requiere una segunda fase de cuantificación para identificar el financiamiento de las instituciones del estado mexicano actual y planeado. Esta análisis mostrará cual es la brecha de financiamiento que requiere apoyo eterno para realizar las actividades propuestas.

a. Componente cuantitativo

Se consultaron sistemas de información estadística para obtener bases de datos nacionales, estatales y municipales para el cálculo de los indicadores propuestos para población local, en los siguientes rubros de interés:

1. Condiciones de salud
 - a. Perfil sociodemográfico
 - b. Perfil epidemiológico
2. Capacidades instituciones de los servicios de salud
 - a. Estructura
 - b. Proceso
 - c. Resultados
 - d. Rectoría

De igual forma, se consultaron sistemas de información internos de ACNUR para la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población solicitante de asilo e identificación de necesidades en salud.

b. Componente cualitativo

- Se revisaron documentos estratégicos del Sistema de Naciones Unidas, así como otros organismos/organizaciones internacionales, regionales y nacionales para identificar los derechos, compromisos, y estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas de interés para el ACNUR.
- Se realizó análisis de los diagnósticos participativos realizados por ACNUR de 2015 a 2019, para identificar necesidades en salud y estrategias de solución para personas solicitantes de la condición de refugiado
- Se realizó un mapeo de actores clave con las oficinas de ACNUR en CDMX, Palenque y Tapachula, así como con OPS-OMS en CDMX y Chiapas, para identificar a las personas que participaron en una entrevista semi-estructurada.
- Se diseñó una guía de entrevista para actores clave identificados por ACNUR, OPS-OMS y PNUD, para explorar las siguientes categorías de interés: necesidades significativas

en salud de personas solicitantes de la condición de refugio y refugiadas, lecciones aprendidas de la respuesta a la emergencia sanitaria por la COVID-19, oportunidades para la mejora en la capacidad de absorción de los establecimientos de salud y soluciones para la mejora en la atención de las personas solicitantes de la condición de refugio a corto, mediano y largo plazo.

Adicionalmente, se consultó a la COMAR y Secretaría de Salud para determinar las necesidades en salud de la

población solicitante de asilo, así como de necesidades financieras en infraestructura, insumos, recursos humanos y materiales.

Posteriormente se consideraron los programas/actividades y estrategias que actualmente implementa ACNUR en temas de salud y se organizaron reuniones de trabajo para conocer más a fondo la operación y necesidades de los mismos.

Consideraciones técnicas de las Normas Oficiales Mexicanas

Finalmente, considerando los tres ejes prioritarios de este trabajo (salud de la mujer, salud mental y enfermedades crónicas) se consultaron las Normas Oficiales Mexicanas que detallan los requerimientos de infraestructura, equipo, insumos y profesionales de la salud requeridos para la operación de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

A continuación, las normas consultadas:

- NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus²⁰.
- NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica²¹.

Priorización: Centros de salud en Palenque y Tapachula, Chiapas.

Se realizaron consultas al interior de ACNUR con las oficinas de Tapachula y Palenque para identificar los establecimientos de salud que reciben mayor concentración de población solicitante de la condición de refugiado y refugiada para focalizar las intervenciones en estos centros.

De igual forma, se hizo la misma consulta en las oficinas de COMAR en Tapachula y Palenque. Con respecto a la Secretaría de Salud, se envió un oficio al Secretario de Salud presentando el proyecto y solicitando una reunión, aún pendiente de respuesta.

Adicionalmente, se sostuvieron reuniones con el coordinador de atención a población migrante y desastres naturales del Distrito Sanitario VII en Tapachula. Con respecto a Palenque, se sostuvo una reunión de presentación del proyecto con la jefa del Distrito de Salud VI y se identificaron igualmente establecimientos de salud.

A continuación, se enlistan los municipios en donde se localizan dichos centros de salud:

Palenque	Benemérito de las Américas, Centro, Frontera Corozal, Pakal-Nah
Tapachula	5 de febrero, Huixtla, Mapastepec, Raymundo Enriquez, Santa Clara y Suchiate

Consideraciones y supuestos para las estimaciones de costos

Las estimaciones de costos se realizaron para 11 centros de salud distribuidos entre Palenque (4) y Tapachula (7), como un primer ejercicio exploratorio para las actividades relacionadas con adquisición de equipos, insumos y suplementos, así como la contratación de profesionales de la salud.

Las cantidades se adecaurán dependiendo a las necesidades reales de cada centro de salud una vez que se compartan los diagnósticos situacionales de los centros de salud ubicados en los Distritos Sanitarios VI y VII, con el fin de identificar la capacidad instalada y requerida. Una vez que se conozcan las características de cada centro de salud en infraestructura, personal adscrito e inventario de insumos se conocerá la inversión nacional.

20 DOF. NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Disponible en : https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020#:~:text=Esta%20Norma%20tiene%20por%20objeto,proporcionen%20servicios%20a%20pacientes%20ambulatorios.

21 DOF. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Los costos estimados para el caso del diagnóstico de capacidades instaladas de los servicios de salud en Chiapas se basan en la consultoría actual llamada “Mapeo de capacidades institucionales de los servicios de salud y oportunidades de fortalecimiento en zonas de acogida del sur de México”.

Con respecto a las adquisiciones, se tomó en cuenta la infraestructura mínima necesaria de acuerdo con la normativa mexicana para brindar servicios de atención médica y comunitaria en centros de salud^{20,21,22,23} con el apoyo técnico de la OPS-OMS. Por otro lado, se complementó la información a partir de las donaciones que ha realizado ACNUR al sector salud en Chiapas.

Para el caso de la contratación de profesionales de la salud se utilizó el Tabulador de sueldos y salarios para el personal de la rama médica, paramédica y ramas a fines con vigencia al 20 de mayo del 2020²⁴.

De igual forma en la propuesta de un programa piloto en 2021 de inserción laboral al sistema de salud mexicano para personas solicitantes de la condición de refugiado y refugiadas profesionales de la salud, las estimaciones se hicieron a partir de la convocatoria de reclutamiento de profesionales de la salud para dar respuesta a la emergencia sanitaria por COVID-19.

En ese sentido, ACNUR trabajó en la identificación y canalización de personas solicitantes de asilo que pudieran incorporarse a la fuerza laboral de los servicios de salud públicos.

Finalmente para el temas de capacitaciones nacionales, estatales y municipales para mejorar los procesos de canalización a los servicios de salud, se consideraron los costos por participante del Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Pública²⁵ así como del programa anual de capacitaciones en ACNUR México.

5. Partes interesadas

INSTITUCIÓN	MANDATO	PAPEL EN IMPLEMENTACIÓN
Federal, estatal: Instituto Nacional de Salud para el Bienestar	Provee la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando el derecho a la protección social en salud de toda persona que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Técnico, estratégico y operativo
Federal, estatal, municipal: Secretaría de Salud y distritos sanitarios	Ley general de salud. Artículo 10. La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el Sistema Nacional de Salud, de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.	Técnico, estratégico y operativo
Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados	Gestiona servicios a fin de atender las necesidades temporales que presentan los usuarios desde el inicio del procedimiento de reconocimiento de la condición de refugiado, o hasta lograr la integración.	Técnico, estratégico y operativo
Nacional y regional: OPS-OMS	Solicita a sus países miembros remitir pronta y regularmente a la Oficina todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional. Obtiene toda la ayuda posible para hacer estudios científicos completos de los brotes de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países. Proporciona su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones. Busca construir y mantener sistemas de salud fuertes y resilientes, haciendo hincapié en la gobernanza y financiamiento en el ámbito de la salud, políticas, estrategias y planes de salud, en la organización, servicios integrados, centrados en las necesidades de las personas y de buena calidad; así como el mejoramiento del acceso y del uso racional de medicamentos, productos médicos y tecnologías sanitarias seguros, eficaces y de buena calidad; y en la disponibilidad suficiente y adecuada de recursos humanos para la salud competentes, culturalmente apropiados, bien regulados y distribuidos.	Técnico, estratégico y operativo

22 DOF. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

23 DOF. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en : https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642

24 Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Tabulador de sueldos y salarios para el personal de la rama médica, paramédica y ramas a fines. Disponible en: http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicios/TABULADOR_2020.pdf

25 Instituto Nacional de Salud Pública. Programa de Actualización en Salud Pública y Epidemiología. Disponible en: <https://paspeinsp.org.mx/>

INSTITUCIÓN	MANDATO	PAPEL EN IMPLEMENTACIÓN
Nacional y regional: ACNUR	Asegurar que todas las personas con necesidades de protección internacional tengan el derecho a solicitar la condición de refugiado y encontrar protección; buscar soluciones duraderas para las personas refugiadas y beneficiarias de protección complementaria, especialmente a través de la integración en México.	Técnico, estratégico y operativo
Nacional: PNUD	Ayudar a los países a lograr el desarrollo sostenible mediante la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, la aceleración de las transformaciones estructurales para el desarrollo sostenible y la creación de resiliencia ante las crisis y las perturbaciones.	Técnico, estratégico y operativo
Municipal: Médicos del Mundo	Trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, enfermedades, conflictos armados o violencia política.	Técnico, estratégico y operativo
Municipal: Una Mano Amiga	Generar procesos de enseñanza-aprendizaje en salud sexual integral entre las poblaciones en mayor riesgo para prevenir las ITS, el VIH y el SIDA. Incide a nivel local, estatal y nacional para asegurar el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento libres de estigma y discriminación para las poblaciones en mayor riesgo. Contribuyen en la promoción y defensa de los derechos humanos vinculados al VIH/ SIDA, las ITS y la diversidad sexual en las poblaciones en mayor riesgo (PEMAR).	Técnico, estratégico y operativo

6. Temas transversales

COVID-19. La respuesta a la emergencia por la COVID-19 continúa siendo una prioridad dentro de la Secretaría de Salud. Hasta el día de hoy (4 de noviembre del 2020) la mayoría de las entidades federativas aún se encuentran en semáforo rojo y naranja. Es por esto que, es relevante continuar apoyando a la autoridad sanitaria en la atención por esta enfermedad.

Otras enfermedades transmisibles. Es importante continuar brindando la atención a otros padecimientos que tienen alta prevalencia en la población local y solicitante de la condición de refugiado y refugiada en México, como son el Chikungunya y el Dengue, ya que la frontera sur debido al clima húmedo es un lugar de alta ocurrencia de casos.

Seguridad alimentaria y nutricional. Garantizar el acceso a una alimentación adecuada y suficiente contribuye a un adecuado estado nutricional lo cual es un factor protector para el desarrollo de enfermedades infecciosas y crónicas.

Violencia Basada en Género. El número de mujeres que abandonan sus países de origen por razones de VBG ha aumentado en los últimos años. De igual forma, a causa del trayecto que recorren para llegar a México son víctimas de diferentes formas de violencia, por lo que es necesario incorporar salud en todas las políticas con perspectiva de género.

Vacunación. La intervención en salud pública preventiva más costo eficiente es la vacunación, ya que previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles. Esto, para lograr que las personas que las requieran cuenten con acceso, así como prevenir de vacunación repetida que pueda afectar gravemente el sistema inmunológico.

7. Riesgos y supuestos

RIESGOS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	INTENSIDAD DEL IMPACTO DEL RIESGO	ESTRATEGIA MITIGADORA
Presupuesto insuficiente al sector salud nacional particularmente para el tercer nivel de salud.	Media	Alta	Buscar garantizar un etiquetado en el presupuesto de salud para población solicitante de la condición de refugiado y refugiada mediante un proceso coordinado entre la COMAR, ACNUR y OPS-OMS.
La falta de atención a otras necesidades en salud que no sean COVID-19.	Alta	Alta	En coordinación con la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, ACNUR y OPS-OMS se nombra a una persona para dar seguimiento con Secretaría de salud.
Disminución en el presupuesto de la COMAR del 14.34% para el 2021, con respecto al autorizado en 2020.	Alta	Alta	Acompañar los procesos que requiera la COMAR para la abogacía por aumento en el presupuesto. Búsqueda de financiamiento internacional.

8. Monitoreo y evaluación

Las actividades se realizarán una vez confirmada la participación de cada integrante, idealmente en coordinación con las y los jefes de los Distritos Sanitarios VI y VII en Palenque y Tapachula respectivamente, Secretarías de Salud municipales, asesoría técnica de OPS-OMS y colaboración de la COMAR.

ACNUR, llevará registro de las intervenciones realizadas en conjunto con la Secretaría de Salud estatal, así como municipal, en conjunto con OPS-OMS.

