



EL ACCESO A LA SALUD DE LA MIGRACIÓN IRREGULAR EN MÉXICO

Comisión Americana de Salud, Bienestar y
Seguridad Social

Edgar Daniel Manchinelly Mota





Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Daisy Corrales Díaz
Directora

Investigador
Edgar Daniel Manchinelly Mota (Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social)

368.40970 / C163nt.2

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México

El acceso a la salud de la migración irregular en México / Daniel Manchinelly Mota. -- México: CISS: CIESS: CASBSS, 2021.

36 p.: gráficas; 28 cm. -- (Nota técnica; 2)

Incluye referencias bibliográficas p. 32-36.

1. Inmigrantes – Atención médica - México. I Manchinelly Mota, Edgar Daniel, autor. II Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. III. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

Primera edición, 2021.

ISBN: en trámite.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice
Alcaldía Magdalena Contreras,
C. P. 10100, Ciudad de México.
Tel. (55) 5377 4700

Impreso en México.

*Creer en el derecho sin realizarlo es la más poderosa
de las contradicciones*
Jean Hyppolite

Resumen

El objetivo de esta nota técnica es mostrar la situación del acceso a la salud de las personas migrantes en condición irregular en México, durante la pandemia por COVID-19 en el 2020. Por lo tanto, se destacan las condiciones de salud que han padecido estas personas antes y durante la pandemia en las Américas y en México. También se indican las principales acciones gubernamentales del gobierno de México que han estado orientadas al acceso de esta población migrante a la salud. Se concluye que la situación del acceso a la salud está limitada para la población migrante en condición irregular en México. En consecuencia, en el contexto de pandemia durante el 2020, aumentó su vulnerabilidad sanitaria. Por lo que es necesario ajustar las prácticas institucionales con las normas jurídicas, para el cumplimiento cabal del acceso a la salud para esta población.

Argumentos centrales

- Hay un marco jurídico en México que procura el acceso a la salud de los migrantes, el cual se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de los Derechos Humanos, Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. Tam-

bién se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y en la Ley de Migración.

- Ya existían obstáculos al acceso a la salud en las Américas antes de la pandemia por COVID-19, lo que complicó más la situación en el 2020 para los migrantes irregulares en esta región. Estos obstáculos también ya existían en México antes de esta pandemia.
- Hay un flujo considerable de población migrante irregular en México, y además este país tiene bajos niveles en el acceso a la salud para su población. Lo que hace suponer que la población migrante irregular se encuentra actualmente en una situación difícil.
- A pesar de que se han aplicado algunas acciones llevadas a cabo por el gobierno federal con base en una política migratoria que asegura el acceso a la salud de la población migrante irregular durante el 2020, hay algunas experiencias que señalan lo contrario, lo que hace suponer que el acceso a la salud de los migrantes sigue siendo más o menos limitado.
- La garantía legal al acceso a la salud para la población migrante irregular en México es una condición necesaria pero no suficiente. Se necesita cumplir a cabalidad dichas normas jurídicas en las prácticas institucionales.

Introducción

A continuación, se mostrará la situación del acceso a la salud de las personas migrantes en condición irregular en México, durante la pandemia por COVID-19 en el 2020. En primer lugar, se menciona el marco legal al que México está alineado respecto al acceso a la salud de la población migrante en condición irregular. Después, se destacan las condiciones de salud que han padecido estas personas antes y durante la pandemia en las Américas y en México. Luego, se hace un especial énfasis en los datos sobre el flujo de personas migrantes en condición irregular en México, y sobre la situación en general de su acceso a la salud en este país. En seguida, se señala la política migratoria en México respecto a su acceso a la salud. Posteriormente, se indican las principales acciones gubernamentales del gobierno de México, a nivel nacional, que han estado orientadas al acceso de esta población migrante a la salud. Por último, se indica que estas personas migrantes padecieron de dificultades en el acceso a la salud durante la pandemia.

Ahora bien, según la Royal Society of Medicine, el acceso a la salud tiene por lo menos cuatro dimensiones a considerar: 1) disponibilidad de los servicios de salud referido al equipo y la infraestructura, 2) capacidad de los servicios para

ser utilizados por el personal médico, 3) la existencia de barreras (personales, económicas, organizacionales y socioculturales), y 4) resultados en materia de salud a partir de evaluaciones para su optimización (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015). Asimismo, para Sánchez-Torres (2015) el acceso a la salud se puede abordar desde tres vertientes: a) como parte del proceso de implementación de la política pública; b) como un componente de la política pública integral de la salud; y c) como el eslabón que une los procesos de oferta de los servicios de salud y de demanda de la población. Por lo tanto, para este trabajo el acceso a la salud es un componente de la política pública de la salud con base en el uso de los bienes y servicios a partir de la disponibilidad y capacidad médica, los cuales procuran la disminución de las barreras a la accesibilidad.

Por otra parte, se considera la definición de Castles (2010) de la migración irregular: es cuando una persona ingresa o vive en un país en el no tiene estancia legal, transgrediendo sus leyes y regulaciones de inmigración. Este autor considera que estos migrantes pueden ser trabajadores, pero no necesariamente, ya que pueden ser personas que buscan reunirse con su familia¹.

Estas personas padecen de una situación muy vulnerable porque están más expuestas a experimentar discriminación, violencia y obstáculos

1 Normalmente en la literatura se menciona que los migrantes irregulares tienen un origen internacional (algo que incluso se da por sentado), pero pueden tener un origen nacional, por ejemplo, en los migrantes de retorno quienes pueden carecer de documentos que los acrediten como ciudadanos de su propio país. Además, se considera que estas personas siempre han sido migrantes irregulares, pero también hay situaciones en que estas personas, al no poder regularizar su estatus en el país de acogida o de tránsito, se convierten en migrantes irregulares después de un periodo en el que fueron migrantes regulares. Los estudiantes y los trabajadores temporales pueden tener esta situación cuando pierden su situación regular cuando condiciones adversas los obligaron a no realizar un trámite a tiempo.

institucionales, al carecer de documentos oficiales, habilidades lingüísticas, marcos culturales y recursos económicos, lo que les impide un pleno acceso a la salud. Por lo tanto, en este documento los migrantes irregulares tienen un origen internacional, y son los migrantes más vulnerables.

Esbozo general del marco jurídico y la Agenda 2030

Según la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Agrega que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición socioeconómica o social”. Asimismo, el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos considera que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”. Además, el Pacto Internacional de Derechos Humanos, Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) señala en su Artículo 12 “la obligación de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil; asegurar el sano desarrollo de los niños; mejorar la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, así como asegurar la asistencia médica a

todos” (CNDH, 2012). A su vez, el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular indica en su Objetivo 15 la necesidad de proporcionar a los migrantes accesos a servicios básicos, en específico “incorporar las necesidades sanitarias de los migrantes en las políticas y los planes de salud nacionales y locales”. Lo anterior significa que las personas migrantes, cualquiera que sea su condición migratoria (ya sea retorno, tránsito o destino), pueden gozar de salud física y mental a través del derecho a la asistencia médica en tanto acceso a las instalaciones, como clínicas y hospitales, para el uso de los bienes y servicios que le puedan proveer de salud.

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos indica en el Artículo 4º que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Agrega que se garantizará “la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la protección integral y gratuita de las personas que no cuentan con seguridad social”. La Ley General de Salud ratifica el Artículo 4º de la Constitución y agrega en su Artículo 3º “la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables”. De igual forma, en el Artículo 25 menciona que “se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables”. Además, en el Artículo 27 considera que los servicios básicos de salud incluyen “la asistencia social a los grupos más vulnerables”. El Artículo 27 de la Ley de Migración considera que la Secretaría de Salud debe promover la prestación de

servicios de salud que se otorguen a los extranjeros, establecer requisitos sanitarios para los que ingresen al territorio, ejercer vigilancia de los servicios de sanidad en espacios destinados al tránsito internacional de personas, y diseñar y difundir campañas en estos espacios para promover la salud. Por último, esta ley señala en el Artículo 107 que las estaciones migratorias deben cumplir con la prestación de servicios de asistencia médica y psicológica, garantizar los derechos humanos del extranjero y evitar el hacinamiento en las estaciones, entre otros elementos.

La Agenda 2030 si bien no es una ley, sí es una guía con base en el marco jurídico internacional de los derechos humanos que destaca una serie de objetivos, en el que cada uno contiene metas concretas para combatir la desigualdad y la pobreza en todas sus formas complejas en el mundo². Este documento acepta que la migración es primordial para el desarrollo no sólo de las personas en movimiento, sino también el de los países de destino. Varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) hacen referencia directa a la migración, mientras que otros lo hacen de forma indirecta. En lo que concierne a la migración en relación con la salud destaca que los migrantes deberían tener cobertura sanitaria universal y todas las metas de salud, se debería fortalecer la preparación para emergencias sanitarias, y desarrollar políticas de salud inclusivas para mejorar el acceso a los servicios de salud para los migrantes, que es

una condición previa fundamental para trabajar, ser productivos y contribuir a la sociedad de acogida (OIM, 2018). A pesar de que la pandemia ha impactado en el cumplimiento de las metas de los ODS, este documento establece la necesidad del acceso universal a la salud de los migrantes de condición irregular, que son los más vulnerables porque están más expuestos a la violencia física, sexual y simbólica en los territorios de origen, de tránsito y de destino forzado.

Como se puede observar, las personas migrantes en condición irregular que provienen de otros países tienen un marco jurídico en México que asegura su salud por medio del acceso al uso de los bienes y servicios de la atención médica. Además, a recomendación de la Agenda 2030, se debe mejorar el acceso a la salud y desarrollar políticas de la salud inclusivas para los migrantes. No obstante, como veremos más adelante, durante la pandemia en México varias intervenciones institucionales estuvieron lejanas en algunos casos de cumplir con lo establecido en la ley y con las recomendaciones de la Agenda 2030. Esto implica que aún falta asegurar el acceso a la salud a la población migrante irregular internacional en México.

² La Agenda 2030 es un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) los cuales contienen 169 metas complementarias. Esta agenda es una continuación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por lo que pretende ser un conjunto integral de objetivos para combatir las desigualdades y la pobreza. Además, reconoce que los migrantes irregulares conforman un grupo vulnerable que requiere protección y del aseguramiento de sus derechos humanos.

La situación en las Américas sobre el acceso a la salud antes y durante la pandemia

La población migrante irregular de origen extranjero en el mundo normalmente tiene restricciones en el acceso a los servicios de salud, principalmente por factores estructurales, como barreras legales y económicas (Ager, 2014; OPS/OMS, 2016; OIM, 2019a). Antes de la pandemia estaba claro que existían barreras al acceso a la salud para la población migrante. En un estudio en las Américas, la OIM (2019a) concluye que el acceso a la salud en general es limitado, colocando a los migrantes en una situación vulnerable en este aspecto. Si bien hay una ventaja inicial (porque las personas más saludables son las que migran), esta puede desaparecer durante la experiencia migratoria, al tener complicaciones para la obtención de los recursos necesarios para asegurar la salud. Por ejemplo, hay más riesgos a la salud física y a la salud mental en la población de mujeres migrantes embarazadas, que en las mujeres de los países de destino (OIM, 2019b)³. El limitado acceso a los bienes y servicios de la atención médica para esta población migrante es un obstáculo más o menos común en América Latina (Pierola y Rodríguez, 2020). En este sentido, hay una *vulnerabilidad sanitaria* que es “el grado de incapacidad de una persona de prever enfermedades o epidemias, hacerles frente, resistir a ellas o recuperarse de sus efectos” (OIM, 2019b:232). Esta

vulnerabilidad sanitaria en los grupos migrantes dependerá principalmente de las acciones gubernamentales efectivas del Estado, aunque también de las acciones de las asociaciones civiles nacionales o internacionales.

En relación con lo anterior, hay que tomar en cuenta que los migrantes tienen diferentes necesidades de salud que varía por género, grupo étnico y grupo etario. Puede existir una aculturación negativa de parte de la población migrante trabajadora, que es la adopción de hábitos alimenticios perjudiciales, prevalentes en la sociedad receptora (OPS/OMS, 2016). La asimilación de hábitos alimenticios del país anfitrión, como una forma de adaptación cultural, puede provocar daños en la salud, por ejemplo, el consumo frecuente de hamburguesas en los migrantes latinos en edad adulta (Dubowitz, et al. 2010). Asimismo, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres presentan un grupo muy vulnerable respecto a su salud. Por ejemplo, los menores de edad que residen en hogares con padres migrantes irregulares tienen también problemas para acceder a la salud (OPS/OIM, 2018). En el caso de los adolescentes, se ha detectado que bajos niveles de conectividad emocional con la comunidad de acogida incrementa el riesgo de la salud, al brotar enfermedades mentales como depresión y comportamientos suicidas, así como abuso de sustancias y embarazo adolescente (OPS/OIM, 2018).

³ En cambio, la resiliencia sanitaria es producto del acceso a recursos de salud que les permitan afrontar las emergencias sanitarias o resistir a sus impactos (OIM, 2019b).

La violencia de género en la experiencia migratoria daña la salud de las mujeres, afectándolas no sólo físicamente, sino psicológica y socialmente. De manera que las mujeres es el grupo más vulnerable al padecer violencia sexual, física y psicológica durante su experiencia migratoria (OPS/OIM, 2018). Además, cuando las mujeres migrantes están embarazadas son muy vulnerables ante el entorno, lo que puede tener consecuencias negativas en el parto. Se ha detectado que están más en riesgo de experimentar mortalidad materna y nacimientos prematuros las mujeres en condición migrante irregular que las mujeres no migrantes (OIM, 2019a). Aunado a lo anterior, se puede considerar la existencia de una *interseccionalidad* de las desventajas, en el que por las adscripciones sociales del cuerpo y su condición biológica, las personas migrantes, especialmente las mujeres, pueden padecer daños a la salud por su género, edad y condición migratoria irregular⁴.

Además, hay otros elementos que exponen a los migrantes a un riesgo mayor a enfermedades de infección sexual como el VIH/sida, tuberculosis y hepatitis (OPS/OMS, 2016). La malaria también es una enfermedad muy común que han padecido los migrantes en las Américas, principalmente en América Latina (OPS/OIM, 2018). Por ejemplo, el colapso del sistema de salud de Venezuela ha producido un rebrote de enfermedades alguna vez ya controladas en la población en general y en la población migrante, como la malaria, el VIH y la tuberculosis (Pierola y Rodríguez, 2020).

Además de estas enfermedades, estos migrantes pueden experimentar depresión y ansiedad debido a que en la experiencia migratoria pueden padecer de episodios traumáticos, lo que afecta su salud mental, como se ha detectado en América Latina (Pierola y Rodríguez, 2020). Altos niveles de extorsión, secuestro, amenazas de muerte, violencia sexual son experiencias más o menos regulares durante la migración a los países de destino, como en México, Guatemala, El Salvador y Honduras (OPS/OIM, 2018). Tales experiencias pueden desencadenar daños irreversibles en la salud mental. Por lo tanto, esta vulnerabilidad sanitaria hace significativo el acceso a la salud para las personas migrantes irregulares en el país de tránsito y destino.

En efecto, en las Américas, los migrantes irregulares y los forzados normalmente tienen un acceso limitado a los servicios de salud y a la protección financiera en salud, en donde factores asociados a las políticas migratorias y a las políticas de salud pueden constituir barreras que impiden su acceso (OPS/OIM, 2018). De manera que una política restrictiva desencadena una serie de medidas formales como la obstrucción legal a los servicios médicos, e informales como la discriminación y el racismo, que impactan negativamente en la salud de los migrantes irregulares provenientes de otros países. Por ejemplo, la política migratoria estadounidense se caracteriza por ser restrictiva hacia la migración irregular aumentando los arrestos al interior y las deportaciones desde el 2001

⁴ La interseccionalidad se refiere a la yuxtaposición de las marcas sociales de identidad como la clase, el género, la sexualidad y el grupo étnico que aumentan exponencialmente la discriminación a ciertos grupos (Collins, 2000).

(Durand, 2017). Limitando, de esta forma, el acceso a los servicios de salud de esta población en el territorio estadounidense. Sin embargo, hay otros países que han mantenido una política menos restrictiva en el acceso a la salud para las personas migrantes, como sucede con Argentina y Brasil (OPS/OIM, 2018).

Además, hay otros factores que han sido obstáculos en el acceso a la salud, tales como: bajos niveles de educación en la salud, diferencias lingüísticas, percepciones hacia el sistema de salud y discriminación y racismo (OPS/OIM, 2018). Una barrera que se ha detectado es la poca información que tienen los migrantes respecto a sus derechos a la salud en el país de destino, así como el desconocimiento del idioma local (OIM, 2019a). Esta barrera puede estar relacionada con la diferencia de idioma entre la población migrante y la población del país de destino. En cambio, las percepciones se refieren a que muchas veces los migrantes irregulares no acuden a los servicios de salud del país de destino por miedo a ser devueltos a sus países de origen. Se ha demostrado que el miedo a ser deportado o la imposibilidad de pagar un servicio médico puede amedrentar a los migrantes irregulares, impulsándolos a desistir de ir a la clínica o al hospital (Asgary y Segar, 2011). Por último, uno de los obstáculos más frecuentes ha sido la discriminación, la estigmatización y la xenofobia hacia los migrantes, el cual puede amenazar el acceso a los medios institucionales para la salud (OPS/OMS 2016; Pierola y Rodríguez, 2020; Guadagno, 2020). También el racismo es

un componente que han afectado a los migrantes en el proceso de inclusión social en el país de acogida. De manera que existe un *racismo institucional* en cuanto barrera que impide el acceso y el ofrecimiento a los servicios públicos a determinadas personas a causa de su color de piel, cultura u origen étnico (Macpherson, 1999), que puede impedir un acceso pleno a la salud.

También pueden ser obstáculos a la salud el bajo presupuesto asignado a las instituciones médicas para atender a los grupos vulnerables, incluido a los migrantes irregulares de origen internacional. Por ejemplo, muchos países han declarado ante los organismos internacionales de derechos humanos la imposibilidad de cumplir con la protección sanitaria, en la que se incluye el acceso a los servicios médicos, principalmente a los migrantes irregulares (OIM, 2019b). Y es que los sistemas de salud en gran parte de las Américas distan de disponer de los recursos económicos para ello. Por ejemplo, las tasas de morbilidad y de mortalidad son altas en algunos países de Sudamérica, y están vinculadas con la saturación de los hospitales, el número insuficiente de recursos humanos y por los escasos recursos económicos disponibles (OPS/OMS, 2020). En México, Guatemala, El Salvador y Guatemala hay una precariedad económica en los sistemas de salud que se observa con los niveles de esperanza de vida al nacer, con la mortalidad materna y con la mortalidad infantil en menores de 5 años (CEPAL, 2019). En el tema del acceso cabe suponer que los centros de salud tienen recursos precarios para atender a los

migrantes irregulares, al estar saturados por la población no migrante, lo que impide la atención a la salud.

Ahora bien, la vulnerabilidad sanitaria se radicalizó en el mundo durante la pandemia provocada por el COVID-19 (OIM, 2020b; Pierola y Rodríguez, 2020; Riggirozzi, Grugel y Cintra, 2020). Los migrantes pueden ser particularmente vulnerables a los impactos directos o indirectos de esta pandemia, y la habilidad para amortiguar estos impactos de la situación en tanto asegurar la recepción de bienes y servicios para la salud y asegurar la sobrevivencia a la crisis económica, depende de varios factores como sus condiciones laborales, la consideración de su diferencia lingüística y cultural, las expresiones de xenofobia y discriminación, el conocimiento práctico que le proveen sus redes sociales, y el nivel de goce de los derechos humanos en el país de destino (Guadagno, 2020). Esta población migrante comprende una diversidad de grupos vulnerables como las mujeres, adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, indígenas y personas LGBT+, entre otros. Cabe suponer que dichos grupos se han visto doblemente afectados por su condición migratoria irregular y por su condición de género, grupo etario, grupo étnico y sexualidad. Por ejemplo, algunos miembros de minorías étnicas en el grupo migrante han sido sobrerrepresentados entre las personas que han sido infectadas, hospitalizadas y han muerto por el COVID-19 (Guadagno, 2020). Esto significa que es más probable que sean afectados por esta

pandemia los migrantes irregulares y, entre ellos, a los que pertenecen a los grupos más vulnerables. En otros términos, la vulnerabilidad sanitaria en los migrantes irregulares depende de la posesión de recursos económicos, sociales y simbólicos, así como el tipo de cobijo legal y del cumplimiento efectivo de las instituciones de salud en el país de acogida. Pero como estos migrantes están en una condición muy vulnerable por su situación indocumentada, sus desventajas pueden multiplicarse hasta conducirlos a una situación de calle⁵.

Muchos países todavía tienen barreras legales para el acceso a la salud, al depender del estatus migratorio, si es regular o irregular, por lo que los migrantes en una situación irregular pueden encontrarse en una profunda desventaja que a diferencia de otros tipos de migrantes durante esta pandemia (Milan y Cunnoosamy, 2020). Y como ya se apuntó, los sistemas de salud de América Latina tenían recursos precarios cuando estalló la pandemia, por lo que asegurar el acceso a la salud de los migrantes más vulnerables resulta una tarea difícil, al sobrecargar al sistema público de salud de por sí mal financiados por un contexto de austeridad (Riggirozzi, Grugel y Cintra, 2020). Esto coloca a los migrantes irregulares de origen internacional en una serie de desafíos: por su alta movilidad en relación con la dificultad de encontrar una vivienda, muchos migrantes se encuentran en situación de calle o se integran en asentamientos informales u organizados, lo que produce

5 Otra forma de llamar a los migrantes irregulares es migrantes indocumentados, a razón de que no tienen documentos que prueben su residencia legal en el país de destino y de tránsito (Castles, 2010).

mayores problemas para la higiene, así como la imposibilidad del distanciamiento social y de permanecer en cuarentena; además por falta de documentación su situación irregular condiciona su acceso a los servicios públicos de salud (BID, 2020). Y, como ya se mencionó, si antes no acudían a la atención médica por miedo a ser arrestados para ser devueltos, ahora en el contexto de la pandemia esto resulta un peligro mortal.

En efecto, una de las consecuencias de la pandemia del COVID-19 ha sido el varamiento de los migrantes en las fronteras y al interior de los países de acogida por el cierre de las fronteras, el distanciamiento social y la cuarentena (estricta o flexible). Este contexto ha provocado que muchos migrantes queden varados en las fronteras, como ocurrió en la frontera entre Chile y Bolivia, y en la frontera norte y sur de Panamá (OIM, 2020a). Esta situación de emergencia sanitaria aumentó la posibilidad de estar desempleado, sin recursos económicos y sin poder retornar al lugar de origen, empujando a los migrantes a una situación de calle (OIM, 2020a). Esto abrió la probabilidad de contagio por COVID-19, al no tener los recursos para obtener los insumos de higiene (como agua y jabón), ni la oportunidad de tener distanciamiento social al estar en albergues o centros de detención para migrantes con sobrepoblación. El acceso a la salud en las fronteras de los principales corredores de migrantes irregulares ya era una preocupación para las organizaciones internacionales antes de la actual pandemia. En primer lugar, la salud en las fronteras depende de

las políticas migratorias de ambos países, aunque hay ocasiones en que el país de destino está más preocupado por esto que el país de tránsito, como sucede entre Estados Unidos y México (OPS/OIM, 2018). No obstante, estas políticas de salud para la población migrante pueden estar politizadas para restringir más la movilidad irregular, que para ofrecer un acceso universal a la salud (OPS/OIM, 2018). Y, en segundo lugar, se han reportado inadecuadas condiciones (como en Italia) para el cuidado de la salud y condiciones insalubres en los centros de detención de los migrantes, situación que hace peligrar su salud y aumentar la posibilidad de contagio de COVID-19 (Giammarinaro y Palumbo, 2020). En las Américas también se ha detectado un hacinamiento y un acceso inadecuado a los servicios médicos en los centros de detención migratoria, lo que ha contribuido a los contagios (UNHCR, 2020a).

En suma, en este contexto de pandemia, en América Latina hay todavía una falta de cobertura total en los servicios de la salud que incluya a los migrantes más vulnerables, como los de condición irregular, además hay expresiones de discriminación y racismo que puede impedir el acceso a la atención médica, asimismo hay barreras lingüísticas y culturales que impiden comunicar los padecimientos y entender las instrucciones médicas, de igual forma hay una falta de manejo de la información sobre la salud a razón de su posición marginal en la sociedad de acogida y, por último, hay un miedo a la deportación, en algunos casos correcta y en otros no, en el que se desiste por

conseguir ayuda profesional (Pierola y Rodríguez, 2020). En otras palabras, hay mecanismos de exclusión de la salud legales e institucionales, pero también hay mecanismos de autoexclusión formados por la condición de grupo dominado que impiden la búsqueda de los servicios públicos de salud. Esta autoexclusión revela una interiorización de la estructura social en tanto divisiones sociales objetivas del mundo que se expresan en prácticas y significados subjetivos, que se conectan con la capacidad de exclusión formal e informal de las instituciones⁶. El resultado es la normalización de la exclusión de las instituciones, que no es más que una sincronización entre una postura estigmatizada de individuos y las prácticas y significados excluyentes de las instituciones. Esto impacta de forma negativa en la no búsqueda de los servicios de salud por desaliento e impotencia asumida antes de la experiencia, por lo que *a priori* se descartan a sí mismos como personas con derechos a la salud. Por eso es importante el combate a la normalización de los mecanismos excluyentes (como la discriminación y el racismo), ya que es más fácil su permanencia que ponerla en duda⁷.

La migración irregular y acceso a la salud en México

La intensidad de la migración irregular internacional en México es de considerable relevancia. Esto a razón de que la migración hacia Estados Unidos de América es una característica muy importante en los países de América Latina, principalmente para México, Centroamérica y el Caribe. Cabe agregar que Estados Unidos ha sido el principal país de destino en el continente americano, por lo que es significativo el flujo migratorio extrarregional sur-norte al ser el flujo de mayor densidad poblacional en la región (OIT, 2016)⁸. La mitad de la migración de los países de las Américas se dirige hacia Canadá y Estados Unidos, la otra mitad se divide entre la migración al interior de las Américas y la migración hacia Europa y Japón (OCDE-OEA, 2015)⁹. Lo anterior significa que hay un flujo migratorio considerable de personas extranjeras en condición irregular en México, en la que sólo una parte son registrados y devueltos a sus países, mientras que otra parte permanecen en México de forma indocumentada en su viaje a

6 Según Bourdieu (2013:13), “hay una correspondencia entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, entre las divisiones objetivas del mundo -especialmente en dominantes y dominados dentro de los diferentes campos- y los principios de visión y de división que los agentes les aplican”. Esto significa que hay una primacía de las fuerzas estructurales que moldean los cuerpos, las conciencias y los discursos en perjuicio de las posiciones dominadas, como los migrantes irregulares, y en beneficio de las posiciones dominantes. Esta primacía de la estructura se puede romper en ciertas situaciones, como en los actos revolucionarios.

7 Esto no quiere decir la inexistencia de expresiones de disidencia que cuestionan el estado injusto de la situación, no obstante, la persistencia de las desigualdades en el tiempo, que han generado cierta normalización, sólo indica que aquellas expresiones son más débiles ante la fuerza de continuación de las inequidades sociales. En un sentido filosófico, es la “débil fuerza mesiánica” que aparece en cada generación para detener, por un momento nada más, la “catástrofe única” por medio del acto revolucionario en tanto interrupción de la continuación del flujo de la historia (Benjamin, 2001).

8 El flujo migratorio extra-regional sur-norte es considerado el que se da entre los países de Latino América y el Caribe hacia Estados Unidos y Canadá. También se considera la migración de los países de Ecuador, Perú, Colombia y Argentina hacia España. La migración intra-regional es la que acontece entre los países de América Latina, como entre los de la región andina y Argentina, y el triángulo del norte centroamericano y Costa Rica. Cabe agregar que según la OIT (2016:58): “Estados Unidos es el principal destino para los migrantes de la región [de América Latina y el Caribe] y de otras partes del mundo. La población inmigrante en ese país era de 45 millones de personas en 2015, esto es aproximadamente el 13,9 por ciento de la población del país”.

9 Básicamente hay tres patrones de migración en el continente americano: 1) la migración sur-norte, que va de América Latina hacia los Estados Unidos de América y hacia Canadá, 2) la migración intra-regional, que se lleva a cabo entre los países de América Latina, y 3) la migración transoceánica hacia España y Japón (Donato et al, 2010).

Estados Unidos. Esto sugiere que México es un país de tránsito y destino involuntario de personas en situación de migración irregular, en la medida en que Estados Unidos sigue siendo un país que atrae a numerosas poblaciones migrantes de las Américas y del mundo. México es un país de tránsito porque los migrantes se dirigen hacia Estados Unidos, y es de destino involuntario porque se quedan en México sin poder cruzar la frontera por diversas razones, principalmente porque las autoridades migratorias de Estados Unidos no lo permiten.

Aunque desde el 2001 Estados Unidos ha aplicado estrategias de control migratorio militarizadas, durante la administración del presidente Donald Trump se agregaron dos medidas más: 1) quédete en México y 2) tercer país seguro. El primero se refiere a que “algunas personas que solicitan asilo en la frontera entre México y EUA son retornadas a territorio mexicano para esperar a que las cortes migratorias estadounidenses resuelvan sus casos” (IMUMI, 2019: 1). El segundo indica que “todas las personas que cruzaran por México en su camino hacia EUA para solicitar asilo, tendrían que solicitar asilo en México y no podrían solicitarlo en EUA” (IMUMI, 2019: 2). Ambos son mecanismos institucionales con el objetivo de dificultar la espera del resultado legal respecto a la obtención de residencia legal en Estados Unidos, dentro de un marco de política migratoria sin respeto a los derechos humanos. Esto provoca que México sea un país de tránsito y de destino involuntario, predominantemente.

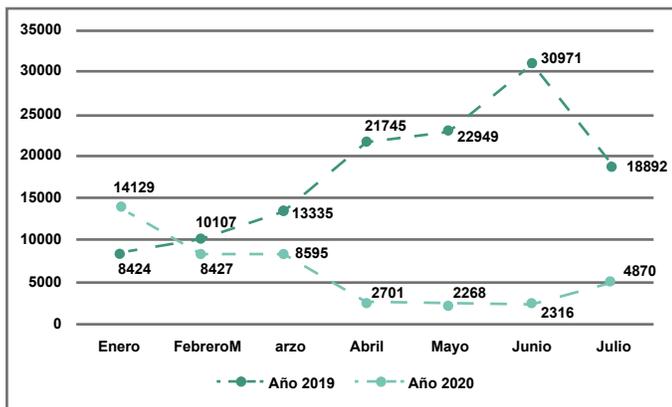
Ahora bien, la migración irregular es difícil de medir porque al ser personas indocumentadas que se movilizan por vías informales, se carece de registros confiables (Castles, 2010; OIM, 2018, Centro de Estudios Migratorios, 2019). Hay *proxys* que pueden acercarnos a una idea sobre el flujo migratorio de personas en condición irregular. Por ejemplo, en el informe regional “Flujos de migrantes en situación migratoria irregular” de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2016), se utilizan los eventos de migrantes ingresados en las estaciones migratorias, y los eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria del Instituto Nacional de Migración de México. Otro *proxy* son aquellas personas que están esperando la resolución de su petición de refugio, cuyo tiempo de espera puede durar meses, lo que provoca que una parte desista (Asylum Access México, 2019), lo que puede motivar a la migración irregular. Esto está relacionado con un escenario cada vez más difícil para cruzar la frontera y permanecer en Estados Unidos, por lo que han aumentado las solicitudes de refugio para una estancia legal en México (UNHCR, 2019; Nájera, 2016)¹⁰.

Un *proxy* es la medición de los eventos de extranjeros registrados. La Gráfica 1 muestra los eventos de extranjeros a los que se le inició un procedimiento administrativo por no aclarar su situación migratoria ante la autoridad en México. Como se puede observar el flujo para cada mes del año 2019 varía, en el que junio se destaca al tener el pico máximo de 30,971 eventos, en cambio para

10 Según el Anuario de Migración y Remesas (Fundación BBVA Bancomer, 2020), la cifra de solicitudes de refugio en México aumentó entre 2017 y 2019, pasando de aproximadamente de 14 mil solicitudes a 70 mil.

el año 2020 comenzó en enero con 14,129 eventos para descender en los meses siguientes con una leve recuperación en julio. Se pueden observar dos cosas: 1) el año 2020 comenzó con un gran aumento de estos eventos respecto al año anterior, pero con la emergencia sanitaria provocada por la pandemia del COVID-19, disminuyó drásticamente; y 2) la diferencia entre el año 2019 y 2020 durante su primer semestre indica que esta emergencia sanitaria sí tuvo un impacto en el flujo de la migración irregular.

Gráfica 1. Eventos de extranjeros presentados ante la autoridad migratoria, enero-julio 2019-2020.

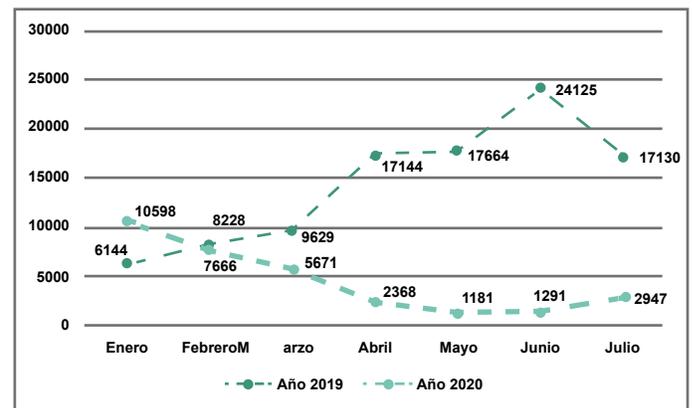


Fuente. Elaboración propia con información de Estadísticas Migratorias 2020 de la Unidad de Política Migratoria.

Otro proxy son los extranjeros devueltos a su país. La Gráfica 2 muestra los eventos de los extranjeros deportados al no aclarar su situación migratoria y de retorno asistido cuando acuden a la autoridad para regresar a su país de origen (también incluye a los menores de edad devueltos). De igual forma, hay una diferencia entre los años 2019 y 2020, durante el primer semestre. El mes de enero de 2020 a comparación del año anterior

es resultado de una tendencia: el aumento constante del flujo migrante irregular a partir del 2011 (Centro de Estudios Migratorios, 2019). De ahí que el mes de enero de 2020 tenga 10,598 eventos de devolución, mientras que el mismo mes en el año anterior tenga 6,144 eventos.

Gráfica 2. Eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana, enero-julio 2019-2020



Fuente. Elaboración propia con información de Estadísticas Migratorias 2020 de la Unidad de Política Migratoria.

Respecto a las solicitudes de refugio, como ya se mencionó anteriormente, cuando las personas esperan la resolución de su solicitud pueden caer en una situación irregular. Según información de Asylum Access México (2019), los solicitantes de asilo en México del periodo de 1 de enero de 2018 hasta el 25 de octubre de 2019 fueron 90,397 personas. La mayoría solicitó asilo en el estado de Chiapas (62%), y en segundo lugar en la Ciudad de México (11.3%). La Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) denegó la condición de refugiado al 2.7%. Además, en este mismo periodo están pendientes el 70.6% de solicitudes.

Lo que implica que hay un retraso en las solicitudes de 63,860 personas. Aunque la ley marca que dichas solicitudes deben resolverse en un periodo de 45 días hábiles o en 90 días hábiles, muchas veces estas solicitudes se tardan más tiempo. De ahí que el 11.1% de las solicitudes de este periodo fueron registradas como abandonadas o desistidas por el solicitante, lo que puede motivar a una estancia irregular migratoria en México cuando vuelvan a intentar migrar hacia Estados Unidos (Asylum Access México, 2019).

Cabe destacar que cuando las personas migrantes son detenidas y conducidas a las estaciones migratorias, pueden solicitar refugio a las autoridades. Sin embargo, se estima que sólo el 20% piden esta solicitud, esto porque las personas migrantes no tienen acceso a la información sobre su derecho a solicitar refugio, y también porque consideran que podría tomar más tiempo su detención (París, 2019). Otro elemento a resaltar es que las personas pueden primero ser migrantes en condición irregular y después solicitar refugio. Por ejemplo, hay solicitudes que se tramitan en la Ciudad de México, lo que puede implicar que las personas transitan de la irregularidad a una búsqueda de una situación regular migratoria. Si bien el estado de Chiapas es donde más se solicita refugio al ser parte de la frontera sur de México, hay otras entidades en el interior que también experimentan esto, como la Ciudad de México.

En suma, hay dos *proxys* para la medición de la migración irregular, los eventos de extranjeros presentados ante la autoridad migratoria, y los

eventos de extranjeros devueltos por la autoridad migratoria mexicana. Las solicitudes de refugio también pueden dar una idea de la migración irregular, principalmente cuando se exige este derecho al interior de México o en la frontera norte. Según los datos anteriores, México se encuentra en el principal corredor de las Américas en lo que concierne al flujo de la población migrante en condición irregular. Antes de la pandemia había un crecimiento continuo de personas en esta situación, así como de personas en búsqueda de refugio. Con la pandemia, este flujo disminuyó abruptamente durante el 2020.

Acceso a la salud en México

Lo mismo ocurre con la medición de la situación de la salud con la población migrante irregular, que si bien hay grandes esfuerzos, siguen siendo deficientes, principalmente en las mediciones en los países de ingreso bajo y mediano (OIM, 2019b). Normalmente los sistemas de información sanitaria no incluyen variables relativas a la migración (OIM, 2019b). Por tal motivo, una de las fuentes principales de información son las investigaciones cualitativas de campamentos, estaciones migratorias y de zonas fronterizas. También se han capturado encuestas (en las estaciones migratorias, por ejemplo), pero sin representación estadística. Por lo tanto, la medición tanto del flujo migratorio irregular como de sus condiciones de acceso a la salud por el momento está acotada cuantitativamente, pero ya se están explorando

diversos caminos metodológicos, como el Índice de Políticas de Integración de Migrantes (MIPEX por sus siglas en inglés) (OIM, 2019b).

Se puede contextualizar la situación institucional de la salud en México con el Índice Global de Seguridad Sanitaria (GHS por sus siglas en inglés) del año 2019, que califica la seguridad sanitaria de 195 países, y es llevado a cabo por el *Johns Hopkins Center for Health Security* junto con *The Economist Intelligence Unit*. Se toma en cuenta seis categorías para la construcción del índice: prevención, detección, respuesta, salud, normatividad y riesgo. La categoría de prevención se refiere a las primeras acciones para controlar una emergencia sanitaria. La detección se refiere a la temprana detección y registro ante la emergencia sanitaria. La respuesta se refiere a las acciones para mitigar la propagación de la emergencia sanitaria. La categoría de salud se refiere a un suficiente y robusto sistema de salud para tratar las enfermedades. La categoría de normatividad se refiere al compromiso para la mejora de la capacidad nacional, del financiamiento y del apego normativo. Y la categoría de riesgo se refiere al riesgo ambiental y la vulnerabilidad del país ante las amenazas a la salud.

Este índice califica de 0 a 100, en donde 100 son las mejores condiciones institucionales para la salud. México tiene una calificación en prevención de 45.5 puntos, en detección 71.2 puntos, en respuesta 50.8 puntos, en salud 46.9 puntos, en normas 73.9 puntos y en riesgo 57 puntos. Considerando las seis categorías, México tiene 57.6

puntos ocupando el lugar 28 de 195 países. Lo anterior se puede observar en el Cuadro 1.

Cuadro 1. México según el Índice Global de Seguridad Sanitaria, 2019.

	Prevención	Detección	Respuesta	Salud	Normatividad	Riesgo	Total
Puntos	45.5	71.2	50.8	46.9	73.9	57.0	57.6
Puesto	49/195	32/195	39/195	24/195	6/195	89/195	28/195

Fuente. Elaboración propia con datos del Índice Global de Seguridad Sanitaria, 2019.

Cabe resaltar que en lo normativo México está dentro de los primeros 10 países ocupando el sexto lugar a nivel mundial. Y la peor calificación es en prevención y en salud, lo que evidencia una debilidad institucional en la prevención a tiempo de enfermedades, y en el funcionamiento del sistema de salud. En otras palabras, esto muestra una separación entre la ley y la situación institucional de la salud, lo que muestra una división entre el discurso legal y la práctica institucional. Esta situación ha sido apuntada por varios autores y en diferentes conceptos, pero todos se refieren a lo mismo: orden formal y orden real, dimensión fáctica y dimensión ideal, desfases entre el discurso y en las prácticas, valores proclamados y valores asumidos, separación entre la normalidad y la normatividad (Girola, 2011).

En el Índice Global de Seguridad Sanitaria 2019 la categoría de salud es construida por seis indica-

dores: 1) capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica, 2) respuesta médica y despliegue de personal, 3) acceso a los servicios médicos, 4) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria, 5) prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos, y 6) capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas. El puntaje por cada indicador se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Indicadores de la categoría salud para México.

Indicadores	Puntos	Puesto
Capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica	51.2	25/195
Respuesta médica y despliegue de personal	33.3	24/195
Acceso a los servicios médicos	30.1	144/195
Comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria	50.0	18/195
Prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos	50.0	6/195
Capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas	75.0	14/195

Fuente. Elaboración propia con información del Índice Global de Seguridad Sanitaria, 2019.

Como se puede apreciar, México tiene la peor calificación en acceso a los servicios médicos entre todos los indicadores considerados, obteniendo el lugar 144 de 195 países a nivel mundial. Se puede sugerir que esta baja calificación impacta a toda la población, dejando prácticamente afuera a los grupos más vulnerables, como los migrantes

irregulares. En efecto, en general en México se carece de acceso a la salud, afectando más a las posiciones vulnerables que a las posiciones privilegiadas. Según datos del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS) de la Secretaría de Salud, en 2016, continua una brecha más profunda en la población que tiene menos ingresos que a diferencia de los que tienen más ingresos, en acceso efectivo de salud, a pesar de que ha aumentado ligeramente dicho acceso en la población en general pasando del 49% en 2008 al 50.3% en 2016¹¹. Asimismo, en general están disminuyendo los problemas de salud no atendidos en México, pero sigue padeciendo más de este problema la población con menos ingresos. Esto se relaciona con las conclusiones de otro estudio en el que expresa que persiste la desigualdad en indicadores de acceso a servicios de salud, tanto por nivel socioeconómico como por otros estratificadores sociales como sexo, ámbito de residencia y condición étnica (Gutiérrez, 2016:639).

En suma, México padece de un acceso a la salud limitado, principalmente para las posiciones sociales más precarias y vulnerables. Lo que hace suponer que hay una situación catastrófica para la población migrante irregular, en la medida en que se carece de una capacidad institucional para el acceso a la salud de un flujo considerable de personas. Esto impacta negativamente en el bienestar de este tipo de personas.

¹¹ Para empezar el Observatorio Nacional de Inequidades en Salud el indicador acceso efectivo “se refiere a individuos con aseguramiento público en salud que reportan utilizar los servicios para los cuales tienen ese aseguramiento”. Por otra parte, este Observatorio presenta información incompleta y poco clara al no mostrar los valores de cada quintil, no explicar la definición de los indicadores, ni hacer un análisis por escrito de lo que expresan las gráficas.

Política migratoria y acceso a la salud

El acceso a la salud de la población migrante irregular ya era un tema prioritario en la agenda gubernamental de México antes de la pandemia por COVID-19¹². De hecho, el documento Nueva Política Migratoria del Gobierno de México 2019-2024 considera importante la atención a la migración irregular para asegurar su bienestar a lo largo del territorio. Antes de la actual pandemia, el gobierno federal de México se había comprometido a la creación de una nueva política migratoria para todas las personas en condición migratoria, en el que se incluye a la población migrante irregular. Este documento menciona que es necesario “impulsar programas de regularización migratoria, así como la flexibilización de los procesos burocráticos”. Asimismo, considera que para llevar a cabo esta nueva política migratoria es necesario mejorar las instituciones que se pueden encargar del bienestar de los migrantes. Esto por medio de:

(...) programas fundamentales en diagnósticos en los que se identifiquen los perfiles y las necesidades de las y los migrantes, desde las perspectivas de género y de la niñez, con el propósito de minimizar los obstáculos o riesgos que pueden estar asociados al acceso de oportunidades en los ámbitos laboral, escolar, *de salud física, mental y reproductiva*, de seguridad social, entre otros (Centro de Estudios Migratorios, 2019: 20) (el énfasis es mío).

El documento “Nueva Política Migratoria del Go-

bierno de México 2019-2024” subraya la atención a la migración irregular proporcionando a este grupo “medidas de protección a su integridad física y psicológica”. Para ello establece el fortalecimiento a las capacidades de las instituciones para lograr una integración o reintegración de las personas migrantes irregulares. Por último, considera que es necesario fortalecer las medidas para asegurar su bienestar, como el acceso a la salud, ya que son una población vulnerable y normalmente desprotegida.

Aunque en los lineamientos de la nueva política migratoria están encaminados al aseguramiento del bienestar de la población migrante, en especial para los de condición irregular, en realidad la política migratoria en México se ha basado en la securitización de las fronteras y del territorio. Incluso desde el gobierno del presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018) la política migratoria se realizó con base en la securitización, en el que, por ejemplo, el Instituto Nacional de Migración (INM), tuvo más un perfil de seguridad, que de derechos humanos (Movimiento ciudadano, 2019). En particular, en la frontera sur se aplicó esta política migratoria restrictiva, a partir de la creación de la Coordinación para la Atención Integral de la Migración de la Frontera Sur, bajo las órdenes de la Secretaría de Gobernación. También hay que tomar en cuenta que dicha política migratoria es producto de la subordinación a los intereses del gobierno estadounidense, al mando del pre-

12 El gobierno de Enrique Peña Nieto (2012-2018) desarrolló el Plan Especial para la Migración 2014-2018, convirtiéndose en el primer gobierno en diseñar un plan específico para el tema migratorio en general, incluyendo a la población migrante irregular, no obstante, con este documento inicia el endurecimiento de la política migratoria, principalmente en la frontera sur del país (Movimiento ciudadano, 2019).

sidente Donald Trump (2016-2020). Esta presión se puede observar cuando amenazó imponer 5% de aranceles a los productos mexicanos si México no detenía a las caravanas de migrantes, principalmente personas de Guatemala, El Salvador y Honduras (Movimiento ciudadano, 2019).

Esta política migratoria fue continuada por el gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador, a pesar de los principios plasmados en el documento “Nueva Política Migratoria del Gobierno de México 2019-2024”. Por ejemplo, el principal resultado de varias reuniones entre el gobierno estadounidense y el gobierno mexicano fue que el segundo garantizaría fortalecer el cumplimiento normativo para detener la migración irregular, que incluye el despliegue de la Guardia Nacional, principalmente en la frontera sur. Aunado a esto, se ha observado un incremento significativo en el primer semestre de 2019 de detenciones y devoluciones de migrantes irregulares en la frontera sur¹³. El trato a las caravanas se ha destacado por una ambivalencia, por un lado, los recibieron ofreciéndoles un permiso de paso para que llegaran a la frontera y, por otro, también han sido recibidos por elementos de la policía federal en la frontera sur (Martínez, 2019).

Antes de la pandemia, ya se había detectado algunos obstáculos específicos relacionados al acceso a la salud. En un estudio cualitativo, se encontró que hay una percepción negativa hacia los migrantes irregulares, en la medida de que “hay una queja reiterada de que los recursos y servi-

cios escasean y deberían hacerse disponibles en primera instancia a los lugareños (...) el rechazo se daría sobre todo en las zonas con mayores rezagos económicos y sociales” (Dolores et al, 2015:28). Esto se relaciona con la discriminación y racismo hacia la población migrante irregular en México, “cuando se ven en la necesidad de acudir a los servicios médicos, muchas veces los migrantes no son atendidos”, y en el que sólo son atendidos mediante la presión de las asociaciones civiles y de los medios de comunicación (Dolores, et al, 2015:45). Hay que tomar en cuenta que la discriminación hacia estos migrantes es más fuerte que incluso la padecida hacia los migrantes de origen nacional en México (CONAPRED, 2019). Y es más severa en los grupos vulnerables como mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, indígenas, entre otros grupos.

Esta percepción discriminatoria se complementa con el hecho de que hay restricciones económicas que impiden el acceso a la salud de la población migrante en condición irregular, por ejemplo, el Congreso no aprobó recursos económicos para fortalecer a las instituciones en este ámbito (Dolores et al, 2015). Asimismo, un estudio de *The Economist Intelligence Unit* (2016) agrega que los migrantes irregulares podrían tener acceso a los servicios de salud básicos, pero no tiene un acceso completo a estos, y afirma que también este acceso depende de la información que tienen sobre sus derechos a la salud. Lo anterior sugiere que uno de los problemas podría ser la escasez

13 Esta información se extrajo de la página Observación de Legislación y Política Migratoria.

de recursos económicos de las instituciones de salud en México. A su vez, la Red de Documentación de las Organizaciones Defensoras de Migrantes (REDODEM, 2020) también realizó un estudio sobre la población migrante irregular en el que menciona la existencia de personas migrantes que no pueden acceder a sus derechos humanos (como el de la salud), hay otras que acceden, pero de forma limitada, y algunas que por desconocimiento no saben que tienen esos derechos.

Un hecho en específico sobre las condiciones al acceso a la salud puede iluminar mejor este problema. A partir de la aprobación y aplicación del “Protocolo de Protección de Migrantes (MPP por sus siglas en inglés) por las autoridades estadounidenses bajo el gobierno del presidente Donald Trump en el 2019, las condiciones para el acceso a la salud empeoraron inmediatamente en la frontera norte¹⁴. El objetivo de este programa es que los solicitantes de refugio a Estados Unidos permanezcan en México mientras su situación es valorada por la institución migratoria. Esto ha obligado a muchos migrantes a quedar varados en la frontera esperando una respuesta favorable o no de las autoridades estadounidenses. Esto tuvo efectos negativos en la salud de la población migrante, al no tener acceso inmediato a los refugios, a la comida y a la atención médica pública, dejando a varios migrantes en situación de calle, enfrentando el peligro de secuestro, extorsión,

asalto y explotación por el grupo criminal que controla la zona fronteriza (Human Rights First, 2019). Asimismo, las condiciones sanitarias están limitadas en los campamentos, al haber pocos baños públicos, poca agua para beber y para lavar la ropa, por lo que se han visto obligados a utilizar el agua del Río Bravo, frontera natural que marca la división entre Estados Unidos y México (Human Rights First, 2019)¹⁵.

Otros estudios destacan que a raíz del MPP en Tijuana crecieron los campamentos en terrenos baldíos, y en Matamoros brotó un enorme campamento cercano a la frontera, en el que ambos campamentos se encuentran en situaciones muy precarias, donde hay escasez de agua y hacinamiento que provocaron enfermedades respiratorias y enfermedades gastrointestinales (REDODEM, 2020). Un estudio de Diamond et al (2020) encontró que básicamente hay una crisis migratoria de salud pública en la frontera norte de México a causa de la política migratoria con base en el MPP y el aumento, año con año, de personas migrantes que solicitan refugio en Estados Unidos. Lo anterior ha implicado un crecimiento en el número de personas que permanecen varadas en la frontera. Conforme fue creciendo esta población los recursos para proporcionar servicios de salud fueron cada vez más limitados. A su vez, brotaron campamentos informales sobrepoblados en el que se carece de servicios sanitarios básicos,

¹⁴ En octubre de 2020 el máximo tribunal de justicia estadounidense aceptó revisar el MPP que obliga a los migrantes a esperar en México la resolución de su petición de refugio en Estados Unidos (Observatorio de Legislación y Política Migratoria, 2020).

¹⁵ Según Human Rights First (2019:S/N), “(...) los migrantes están varados en México en condiciones a menudo inhumanas y terribles. Más de mil niños, familias y adultos duermen en las calles frente al puerto de entrada de Matamoros sin acceso adecuado al agua o al saneamiento, demasiado temerosos de entrar en la ciudad debido a la extrema violencia de allí. Una enfermera estadounidense, de visita como voluntaria, dijo a los investigadores de Human Rights First que muchos de los niños sufrían diarrea y deshidratación”.

por lo que aparecieron enfermedades infecciosas. Además, se agrava la salud de los migrantes porque están expuestos a situaciones de violencia, producto del control fronterizo de los grupos criminales. En este contexto los migrantes también han padecido de su salud mental. En pocas palabras, hay poca acción gubernamental, de manera que el acceso a la salud ha recaído en las organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales.

En suma, antes de la pandemia el gobierno de México ya tenía dificultades en el aseguramiento del acceso a la salud en los migrantes irregulares. A pesar de que se hizo un esfuerzo por cambiar la política migratoria, en la práctica es una política que sigue restringiendo su acceso a la salud (y a otros derechos). Esto está relacionado a que sigue siendo una política restrictiva, más preocupada por la securitización de las fronteras y del territorio, que una práctica del cumplimiento de los derechos humanos. Por lo tanto, continua la tendencia de plasmar los derechos en documentos oficiales sin llevarlos a cabo en la realidad de los migrantes irregulares¹⁶. Básicamente México ha funcionado como país de contención de la migración irregular hacia los Estados Unidos, bajo la presión de las autoridades estadounidenses (Dolores et al, 2015).

Acciones del gobierno federal durante la pandemia del COVID-19

Cuando brotó la enfermedad del COVID-19 en México, el sistema público de salud se encargó de aplicar varias acciones encaminadas al acceso de la salud, entendido como la condición de posibilidad del uso de los bienes y servicios de la atención médica. Tales acciones estuvieron dirigidas para una procuración de la salud de las personas migrantes, en especial para los de condición irregular. No obstante, continuaron apareciendo ciertos obstáculos al acceso a la salud, incluso algunos se acentuaron con más fuerza, colocando en riesgo profundo a los grupos más vulnerables, entre los que están los migrantes irregulares de origen extranjero. A continuación, se mostrarán las acciones gubernamentales durante la pandemia que fueron dirigidas a los migrantes según información oficial.

El segundo Informe de labores de la Secretaría de Salud de México del año 2020, señala que en hospitales y clínicas pertenecientes al Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) de la división de Bienestar, se “instrumentó una nueva estrategia para acercar a los migrantes atención médica, preventiva y asistencial, tanto en la frontera norte como en la frontera sur del país” (Secretaría

¹⁶ Al respecto, Dolores et al (2015:46) concluyen que “Al escuchar los discursos políticos de los diversos actores y al revisar los diarios de debates de la Cámara de Senadores en torno a política y legislación migratoria, sorprende la coincidencia de actores aparentemente totalmente opuestos en la gama política, tanto partidos políticos, como funcionarios públicos o miembros de las osc. Es decir, hay una suerte de consenso discursivo en torno a la defensa de los derechos humanos de los migrantes e incluso en torno a la necesidad de facilitar el tránsito regular de personas en México y evitar políticas restrictivas como las que predominan en Estados Unidos. Sin embargo, este discurso contrasta con las prácticas institucionales y con la gestión migratoria, se concentra en el control y verificación migratoria con una orientación restrictiva”.

de Salud, 2020a:38). Menciona que se ha dado atención médica a migrantes en tránsito “sobre todo centroamericanos, brindando solidaridad internacional a personas en una situación de extrema vulnerabilidad cumpliendo con los compromisos establecidos como país con respecto a los derechos humanos, pudiendo prestar atención en medio de la pandemia” por COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020a:38). El Informe destaca que la reforma a la Ley General de Salud publicada el 29 de noviembre de 2019 en el Diario Oficial indicó un gran esfuerzo para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, ya que establece que es obligatorio brindar servicios de salud a todo habitante sin seguridad social. Considera que “este cambio normativo permitirá garantizar la atención, entre otros grupos vulnerables, a la población migrante que cruza nuestro país” (Secretaría de Salud, 2020a:40).

También destaca que para atender a todas las personas que necesitaran servicios de salud, se reestructuraron los recursos económicos, los cuales fueron de origen federal para que los costos no se transfirieran de manera directa a los pacientes. Agrega que esto fue un enorme reto, incluso “para la atención de pacientes con COVID-19 implicó la utilización de las áreas de terapia intensiva que generan un mayor de insumo y medicamentos, no obstante, se logró ofrecer servicios de calidad (...)” (Secretaría de Salud, 2020a:41). Para lograr lo anterior se realizaron acuerdos para mantener la gratuidad en los servicios de Atención Médica de Alta Especialidad, mientras se establecen las

reglas de operación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), las cuales todavía no estaban aprobadas. Esto contribuyó en la atención de los pacientes durante la pandemia por COVID-19, “que implicó la atención sin restricciones laborales, económicas o sociales de los afectados”, lo que sugiere que los migrantes irregulares tuvieron acceso a servicios gratuitos de salud (Secretaría de Salud, 2020a:41).

Se organizó un taller durante la XIX Semana Bicenacional de Salud en Tijuana para la comunicación de experiencias e ideas referentes a los mecanismos para acercar a la población migrante a los servicios de salud. En otras actividades realizadas, se facilitó el diálogo entre diversos actores para que contribuyeran a la promoción de la salud en grupos vulnerables, “quienes por su condición social, económico o migratoria, no tienen acceso a la salud” (Secretaría de Salud, 2020a:40). Relacionado a lo anterior, se realizaron 17,324 pláticas individuales, 1,340 talleres, se distribuyeron 26,841 impresos educativos, se transmitieron 1,152 mensajes de salud y 12,213 de saneamiento básico, entre 2019 y 2020. A su vez, se implementaron caravanas de salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios de salud durante la actual emergencia sanitaria, esto se realizó por medio de 140 unidades médicas móviles y 184 brigadas de salud.

Desde el 2019 se incluyó la variable migrante en los sistemas de vigilancia epidemiológica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) para obtener información sobre la salud de

este grupo vulnerable¹⁷. Se emitió un diagnóstico y plan de trabajo en el Centro Integrador para Migrantes en Ciudad Juárez, Chihuahua para la prevención, detección y control de la enfermedad por COVID-19. De igual forma, se organizaron grupos de trabajo “con la finalidad de implementar las acciones para que el gobierno de México se encuentre en posibilidad de atender y dar respuesta institucional e integral a las necesidades de la población migrante” (Secretaría de Salud, 2020a:72). Además, se llevaron a cabo dos reuniones de carácter interinstitucional para abordar el tema de emergencias en la salud durante la pandemia por COVID-19, entre las cuales el objetivo era identificar las acciones en torno a la población migrante.

El programa Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo se convirtió en el programa de Asistencia Social Alimentaria a Personas en Situación de Emergencia o Desastre, a causa de la actual pandemia, cuyo objetivo es asistir con alimentos saludables a las personas en situación migratoria y de calle: “los programas alimentarios continuaron operando en coordinación con los SEDIF y Sistemas Municipales DIF, al ser una actividad prioritaria, en espacios alimentarios o entrega directa a beneficiarios, inclusive a su domicilio, priorizando las medidas de prevención y sana distancia” (Secretaría de Salud, 2020a:102). Durante la pandemia, se validaron 18 albergues para migrantes como promotores de la salud repartidos en Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Jalisco,

Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tamaulipas y Zacatecas, “lo que permitió desarrollar competencias en salud en esta población y propiciar un entorno saludable” (Secretaría de Salud, 2020a:104).

A su vez, durante la emergencia sanitaria se reportaron actividades de promoción a la salud en las entidades federativas con población migrante (nacional e internacional) “en albergues, refugios, centros de salud, comedores, puntos de tránsito, para fortalecer las medidas de higiene, información sobre la sintomatología de la enfermedad, sana distancia y otros métodos de protección” (Secretaría de Salud, 2020a:108). Se ha difundido información sobre el impacto de la pandemia en la salud mental, con especial atención a la población afectada por la violencia, desastres naturales o situación de emergencia humanitaria. En específico, se difundió una serie de recomendaciones de la Agencia de la ONU para los Refugiados, para que fueran tomadas en cuenta por los tomadores de decisiones del sistema público de salud.

Por otra parte, la Secretaría de Salud realizó un Plan operativo de atención a la población migrante ante el COVID-19, el cual cuenta con “lineamientos para la atención de esta emergencia en salud, que incluya la implementación de acciones preventivas y facilite el acceso a la atención integral y de calidad” (Secretaría de Salud, 2020b:4). Este Plan promueve un alcance institucional en los estados con población migrante en movimien-

17 Esta información no es pública.

to, pero con especial atención a la frontera norte y sur, y sus acciones se realizarán de forma intensiva hasta que se declare el fin de la pandemia. Cabe destacar que este Plan se refiere a todos los tipos de migrantes, en el que se incluyen los migrantes irregulares. Para lograr lo anterior, se requiere de un diagnóstico de la situación en la que se actualicen los servicios de salud ofrecidos por las casas, albergues y refugios para migrantes, y de la identificación de la existencia de hacinamientos y otras condiciones de riesgo, con lo que se recomienda acciones preventivas y de control, principalmente.

El ámbito de acción del Plan son las casas, albergues, refugios, unidades del sector salud y puntos de paso en la frontera y al interior del territorio. En específico, lo anterior se refiere a: los servicios estatales de salud, IMSS, IMSS-Bienestar, Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), DIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México), Instituto Nacional de Migración (INM), autoridades estatales y municipales, organizaciones de la sociedad civil, casas, albergues y refugios, y todas las instancias nacionales e internacionales que puedan ofrecer ayuda respecto al acceso a la salud para los migrantes.

El Plan despliega ocho líneas de acción para facilitar el acceso a la salud de los migrantes, a saber: 1) vinculación local y con jurisdicciones sanitarias, 2) implementación de acciones preventivas en los ámbitos de acción, 3) mecanismos de notificación a la autoridad de salud y verificación del evento,

4) acciones de atención y seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos, 5) instalación de un centro de aislamiento, 6) hospitales de referencias para atención de COVID-19, 7) sistemas de información y 8) abasto de insumos para la prevención y protección social. A continuación, se expone un breve resumen por cada una de las ocho líneas de acción.

- Vinculación local y con jurisdicciones sanitarias. La autoridad gubernamental de salud llevará a cabo contactos con los responsables de los puntos de acceso terrestre, casas, albergues y refugios para migrantes, con el objetivo para coordinar y organizar diversas acciones destinadas al acceso a la salud de los migrantes.
- Implementación de acciones preventivas en los ámbitos de acción. Se llevará a cabo una organización y revisión general para que las acciones de prevención se realicen de forma adecuada y rutinaria al anterior de las instalaciones que atienden a los migrantes.
- Mecanismos de notificación a la autoridad de salud y verificación del evento. Se realizará notificaciones a tiempo de los casos y rebrotes entre la población migrante, según los lineamientos vigentes.
- Acciones de atención y seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos. En caso de confirmar un caso contagiado por COVID-19, se deberá aislar a la persona por un periodo de 14 días, siempre y cuando sea factible realizarlo en el establecimiento. En caso

de que no se pueda se deberá identificar otro lugar para el aislamiento.

- Instalaciones de un centro de aislamiento. Se deberá organizar un equipo para seleccionar y habilitar el sitio seleccionado con todos los servicios básicos para el aislamiento de las personas contagiadas.
- Hospitales de referencia para atención de COVID-19. Se ubicarán los hospitales en los que se ofrezcan atención de COVID-19 en los municipios con mayor afluencia de migrantes.
- Sistema de información. Para el monitoreo de los casos se utilizará la plataforma del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias (SISVER), el cual ya cuenta con la variable migrante.
- Abasto de insumos para la prevención y protección personal. Se llevará a cabo una red de vínculos con las instancias federales, estatales y municipales, y también con las asociaciones civiles, religiosas y de la sociedad civil para generar apoyos de recursos económicos, humanos y materiales.

Por lo tanto, por medio de las anteriores líneas de acción se espera que los migrantes tengan un adecuado disfrute de los bienes y servicios del sistema de salud, a razón del contexto de la pandemia por el COVID-19. Cabe destacar que todas las líneas de acción se pueden referir al acceso a la salud, excepto la referente al sistema de información y a los mecanismos de notificación a la autoridad de salud y verificación del evento,

las cuales indican como prioritario el registro de datos sobre las personas en situación migrante sospechosos y enfermos de COVID-19.

Por último, la Secretaría de Gobernación emitió un Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales, cuyo objetivo general es “asegurar la salud de las personas que ingresan a diversas actividades y las que se encuentran alojadas en las estaciones” (Secretaría de Gobernación, 2020:S/N). En los objetivos específicos se destaca la identificación de manera oportuna de casos sospechosos de COVID-19 en la población dentro de las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales, esto bajo los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo y respeto a los derechos humanos.

El Protocolo expone una serie de medidas preventivas para las estaciones en donde las autoridades migratorias mexicanas depositan a los migrantes, tales como la reducción del personal y de los migrantes que transitan por las estaciones, el aseguramiento del suministro de agua y jabón para realizar el lavado de manos, y el acondicionamiento de las áreas de aislamiento y de ciertos medicamentos (como Paracetamol de 500 mg). También considera necesario difundir a todas las personas que se encuentran al interior de las estaciones, las medidas preventivas de higiene, asimismo considera obligatorio que en el acceso a las instalaciones se debe de tomar la temperatura para detectar casos con COVID-19. A su vez, en-

fatiza las medidas de higiene al interior de las instalaciones, sobre el trato al interior de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19, y sobre los casos de fallecimiento. Por último, subraya el cuidado de la salud mental en las estaciones, a través de brindar primera ayuda psicológica.

En suma, el gobierno federal de México ha aplicado algunas medidas para asegurar el acceso a la salud a la población migrante irregular, que son una continuación de los objetivos planteados desde la Nueva Política Migratoria del Gobierno de México 2019-2024. En particular, se han realizado una serie de acciones para asegurar la salud de estos migrantes durante la pandemia por COVID-19. Para ello se adaptaron algunos propósitos ya existentes para que funcionaran en un contexto de emergencia sanitaria. Asimismo, el Plan operativo de atención a la población migrante ante el COVID-19 marca una serie de procedimientos dirigidos para que las instituciones aseguren la salud de estas personas. De la misma forma, el Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales establece una serie de lineamientos para proteger la salud de las personas migrantes en las estaciones migratorias.

Algunos obstáculos al acceso a la salud durante la pandemia por COVID-19

Es evidente que el gobierno federal se ha esforzado por asegurar el acceso a la salud de la población migrante irregular en México. Sin embargo, se han detectado algunos obstáculos que pueden afectar a estos migrantes. Esto significa que a pesar de los esfuerzos gubernamentales hay que esperar un destino magro para esta población migrante, quien ya experimentaba una situación de por sí muy vulnerable. A continuación, se mostrarán algunos casos en los que los migrantes han experimentado algunos obstáculos al acceso a la salud durante la pandemia del COVID-19.

En concreto, un estudio de El Colegio de la Frontera Norte (2020a) señala que, en el primer semestre del año 2020, estos migrantes experimentaron una transición a un estatus irregular no considerado antes, a razón del aplazamiento de las audiencias, lo que generó una continuidad en la situación irregular, que se vincula con el peligro a la deportación aún cuando se solicitó refugio. Esto a consecuencia de las medidas tomadas por los gobiernos nacionales para mitigar la pandemia, como el distanciamiento social y el confinamiento. En el caso de Tijuana el contexto de emergencia sanitaria acentuó la vulnerabilidad que ya se encontraban los migrantes irregulares. Según este estudio, en los primeros meses se detectó una repentina reducción de donaciones, patrimonios y financiamientos, impactando princi-

palmente a los albergues y los comedores comunitarios. Otros efectos fueron la limitación de las asesorías legales, la coacción policiaca, y riesgos de padecer violencia y discriminación.

En el aspecto de la salud, el estudio de El Colegio de la Frontera Norte (2020a) observó que los migrantes en Tijuana carecen de un acceso a la salud, principalmente por la saturación de las clínicas y los hospitales públicos, y por los costos en el servicio privado de salud. Aunque también se detectaron obstáculos a la atención médica por falta de documentación de los migrantes irregulares tanto internacionales como nacionales. Como señala también el estudio de Marina y Deschak (2020): la identificación oficial que pide el INSA-BI para que las personas tengan acceso a la salud es un obstáculo, ya que deja a la población migrante irregular excluida. Asimismo, el estudio de El Colegio de la Frontera Norte (2020a) menciona que antes de la pandemia algunos podían acceder a los servicios baratos de salud de índole privado, pero ante la escasez de ingresos por el efecto de la crisis económica, esto se torna cada vez más complicado. A su vez, los procesos de atención a la salud, como las jornadas de salud de la Dirección Municipal de Salud en los albergues y comedores, y los apoyos voluntarios de grupos de estudiantes y médicos estadounidenses, se detuvieron o por lo menos disminuyeron sus actividades filantrópicas. Por último, se destacó que por la situación de incertidumbre y ansiedad por

los efectos de la pandemia se detectaron traumas sociales sin la posibilidad de ser atendidos. Esto se agravó porque los servicios psicológicos para la salud mental públicos han disminuido profundamente.

En efecto, la población migrante irregular está en riesgo de ser contagiados por la enfermedad del COVID-19 de forma desproporcionada, por eso se debe de garantizar su acceso a la salud (Bojórquez, et al, 2020)¹⁸. Otro estudio de El Colegio de la Frontera Norte (2020b) señala que las condiciones de salud de los migrantes irregulares, quienes son los más vulnerables en México, se relacionan con las condiciones de pobreza material. De manera que durante los primeros meses de la pandemia se detectó que esta situación de escasez provocó que no encontraran donde pernoctar o lugares con hacinamiento. Por lo que la letalidad de la enfermedad del COVID-19 puede impactar en las personas que están en movimiento de forma irregular en condiciones de pobreza. Esto se acentuó en un contexto de crisis económica como un principal efecto de esta pandemia. Este estudio considera que: “Por tratarse de grupos humanos vulnerables de paso, posiblemente sean quienes tengan menos acceso o nulo a la protección social en salud del Estado Mexicano, hasta no tratarse visiblemente de casos positivos a COVID-19” (El Colegio de la Frontera Norte, 2020b:18).

18 Según datos de la OIM (2020b:36), producto de una encuesta, se encontró una “prevalencia de enfermedades crónicas en el grupo de migrantes que constituyen la muestra de este sondeo es de 2 de cada 10; con una marcada prevalencia de estas enfermedades en las mujeres”. Además, hay un “alto porcentaje de las personas migrantes ha experimentado el incremento en afectaciones como estrés, tristeza y ansiedad”.

En detalle, el anterior estudio destaca una serie de situaciones de riesgo como: el hacinamiento, falta de higiene en las personas, falta de limpieza en los lugares, salida constante de los albergues, falta de aplicación de protocolos sanitarios, y una continua movilidad de los trabajadores de los albergues (El Colegio de la Frontera Norte, 2020b). Además, subraya que el gobierno estadounidense ha deportado personas de Guatemala, El Salvador y Honduras a México con síntomas de COVID-19, así como algunos casos en los que no se aplicó el protocolo de atención a personas con síntomas de COVID-19 en los centros de detención migratoria en México. El trabajo concluye: “Es fundamental garantizar las recomendaciones de la CNDH y la Secretaría de Salud relativas al cumplimiento de los Derechos Humanos de la población migrante y garantizar su acceso al derecho a la salud, evitando su confinamiento en condiciones precarias y de hacinamiento” (El Colegio de la Frontera Norte, 2020b:33).

Ahora bien, aunque el cierre de los albergues y casas para migrantes sirve para evitar el contagio entre sus residentes, para los migrantes irregulares es peligroso porque la mayoría de ellos tienen acceso a la salud por medio de estos lugares, que directamente de los servicios públicos (Marina y Deschak, 2020). Esto coloca en un dilema a los albergues y a las casas migrante: el cierre intenta proteger a los que están en su interior, pero

excluye a los que se encuentran afuera. Esta es una situación éticamente contradictoria, en el que cualquier solución coloca en riesgo a algún número de personas de contagio por COVID-19. Esto puede dejar a varias personas en condición migrante irregular en la intemperie, obligándolas a que se ocupen individualmente de su salud¹⁹.

Por otra parte, el Observatorio de Legislación y Política Migratoria destacó algunas noticias en su portal de internet vinculadas a los obstáculos al acceso a la salud en los migrantes irregulares. Por ejemplo, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) reveló que en una estación migratoria en Tapachula, Chiapas, hay 19 casos confirmados con COVID-19, en contraposición con la postura del Instituto Nacional de Migración (INM) que asegura el seguimiento de los protocolos de protección ante esta enfermedad. En específico, la CNDH observó que escasea el servicio de la luz, el agua, las condiciones de higiene son pésimas y encontraron que mujeres y menores de edad sanos estaban conviviendo con personas con síntomas de COVID-19 (Ureste y Pradilla, 2020). Asimismo, se encontró que el INM no hace regularmente pruebas COVID-19 a los migrantes detenidos en las estaciones migratorias (Ureste, 2020). Además de las estaciones migratorias, hay campamentos improvisados en donde residen los migrantes irregulares construidos con desechos y basura, los cuales han crecido exponencialmente

¹⁹ Esto es otra situación del proceso de individualización, en el que las personas se tienen que encargarse de sí mismas, con sus propios recursos de las situaciones de riesgo de la modernidad tardía, “buscar soluciones biográficas a contradicciones sistémicas” (Beck y Beck-Gernsheim, 2003). En este caso, se les deja encargados del cuidado de su salud, con los recursos que poseen, lo que resulta en un escenario catastrófico para la población migrante en condición irregular. En este sentido, este proceso de individualización está acorde con la expresión de Pablo en “Carta a los filipenses” que dio título a una obra filosófica de Kierkegaard: “sigan procurando su salvación con temor y temblor” (González y Parceró, 2019).

desde la ejecución del MPP en el 2019 (Coronado, 2020). Lo que puede contribuir a una situación constante de riesgo a la salud, que se puede empeorar durante la pandemia.

Por último, según un informe de la asociación civil Asylum Access México (2020), el presupuesto considerado para el 2021 plantea recortes al tema migratorio en México, colocando tres temas en crisis, a saber: 1) la falta de mantenimiento de las estaciones migratorias, 2) la falta de presupuesto para mantener a las personas migrantes que solicitan refugio, y 3) la falta de presupuesto para la atención integral de las personas migrantes. Este informe menciona que el 85.8% del presupuesto total está asignado al Instituto Nacional de Migración, mientras se redujo el presupuesto de otras agencias gubernamentales, que de por sí ya era bajo. Otro estudio encontró que la creación del nuevo INSABI no está acompañada de la definición de un modelo de atención que garantice la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados. Además, la reforma no resuelve la fragmentación y segmentación del sistema, e incluso abre la posibilidad de que se incrementen. Y, por último, el financiamiento no es claro y el presupuesto asignado es insuficiente (Ramírez y Romero, 2020). Esta disminución del presupuesto implica que las instituciones no operarán como deberían, en este caso, para asegurar el acceso a la salud de esta población. Con otras palabras, la escasez económica puede implicar un alejamiento de los objetivos establecidos para mantener un mínimo

andamiaje institucional para el acceso a la salud.

En suma, no cabe duda que la pandemia por COVID-19 ha profundizado las condiciones de riesgo a la salud en la población migrante más vulnerable en México, entre los que se encuentran los migrantes irregulares. Varios estudios han reportado limitaciones al acceso a la salud en los migrantes irregulares en México durante la pandemia por COVID-19 (El Colegio de la Frontera Norte, 2020a; El Colegio de la Frontera Norte, 2020b; Diamond et al, 2020; OIM, 2020a; Marina y Deschak, 2020). Lo que puede generar una serie de efectos negativos en las vidas de estos migrantes, a partir de la acumulación de desventajas. En la que un evento catastrófico puede llegar a provocar impactos cada vez más amplios que afectan otros aspectos de la vida, que a su vez produce situaciones en la que las personas se vuelven cada vez más vulnerables, lo que delinea una espiral de desventajas que se profundizan conforme pasa el tiempo (González de la Rocha, 2007). Esto puede profundizar y mantener por largo tiempo una vulnerabilidad sanitaria en la población migrante en condición irregular en México, la cual puede provocar una serie de estragos que cambien la trayectoria inicial de vida hacia una situación inesperadamente catastrófica.

Conclusiones

El COVID-19 brotó como un acontecimiento, esto es, como una ruptura del curso normal de la realidad, en el que se cristalizó una posibilidad que era más o menos invisible, e incluso impensable. Esto cambió de forma brusca la vida para muchas personas, lo que ha forzado a que se reconstruya un mapa cognitivo que pueda hacer comprensible y legible esta cristalización abrupta de esta nueva realidad. Este acontecimiento enfatizó la fuerza de las desigualdades, al ser evidente su producción de consecuencias desastrosas con efectos adversos a largo, mediano y corto plazo en las vidas de las personas más vulnerables. Los obstáculos para el acceso a la salud siempre habían contribuido a la producción y reproducción de las desigualdades, pero a raíz de la pandemia por COVID-19, se resaltó más las estructuras del porvenir que constriñen los proyectos de vida, en este caso, de los migrantes en condición irregular. Con este acontecimiento se ha podido observar la potencia estructural que ejerce sobre la vida de estas personas, es decir, la primacía de las fuerzas sociales en cuanto patrones consistentes en el tiempo que determinan las formas de vida²⁰. Y al mismo tiempo ha dado cuenta de la debilidad

de la agencia de estas personas, que con los recursos de la pobreza y con una pobreza de estos mismos recursos es casi imposible continuar con un proyecto migratorio de vida²¹.

En conclusión, hay una dificultad en el acceso a la salud para los migrantes irregulares que contribuye en la construcción de un tipo de política migratoria. Por un lado, la política migratoria oficial en México, con base en leyes y planes de acción, asegura el acceso a la salud y, por otro lado, en la realidad siguen apareciendo algunos obstáculos al acceso a la salud para esta población. Lo anterior significa que una restricción en este derecho a la salud, contribuye a la construcción y permanencia de una política migratoria de carácter restrictivo. De manera que esta situación limita más o menos el acceso a la salud en la población migrante irregular, realizando una política migratoria restrictiva en la práctica institucional, en contraposición a una política migratoria de derechos humanos colocada en el discurso institucional. En otras palabras, las autoridades migratorias van de la política humanística en el discurso a una política restrictiva en la práctica, distancia entre la norma oficial y la realidad de la práctica administrativa²².

20 A diferencia de Sewell (1992) que critica la primacía de la estructura sobre la agencia en las investigaciones sociológicas, me parece que la pandemia del COVID-19 evidenció que en los países con Estados débiles, esta primacía es real y palpable constriñendo más de lo que habilita a la acción social de las posiciones no privilegiadas de la estructura social.

21 La agencia es la habilidad para actuar o ejercer poder, se refiere a la acción o actividad para cambiar el rumbo de las cosas (Franco, 2015). Esta capacidad puede ser individual o colectiva.

22 Por ejemplo, a partir del mes de septiembre se han detectado algunas caravanas que arribaron a la frontera sur de México (Reina, 2020). Ante una caravana de más de mil personas originarias de Honduras, el INM advirtió que puede haber sanciones para los migrantes que ingresen a México sin las medidas sanitarias por la pandemia por COVID-19 (Vergara, 2020). Sin embargo, hay que considerar que los migrantes irregulares están dispuestos a seguir las medidas preventivas como portar tapabocas, lavado de manos continuo e incluso cierto distanciamiento social (OIM, 2020b). Por lo que cabe suponer que hay prácticas institucionales que expresan

En efecto, lo anterior se puede considerar como una situación ambivalente. Si la política migratoria es “el conjunto de acciones, medidas regulatorias, legislativas y presupuestales orientadas a las personas migrantes y su integración al tejido social” (Ortega y Garrido, 2019: 311), entonces, por un lado, hay acciones gubernamentales y presupuestarias que impiden un acceso total a la salud en la población migrante irregular y, por otro, hay medidas regulatorias y legislativas que aseguran un acceso pleno a su salud²³. Esto significa que la garantía legal es una condición necesaria pero no suficiente para el acceso a la salud en la población migrante irregular en México. Por eso es preciso cumplir a cabalidad la ley que da acceso a la salud a las personas en condición de migración irregular en México, por medio de las prácticas institucionales. En otras palabras, es imperioso el esfuerzo del arduo y espinoso trabajo de la difícil reconciliación entre el marco de la legalidad, y su realización en el devenir del ser social por medio de las instituciones gubernamentales²⁴.

discriminación y racismo contrario a lo establecido en las leyes. Esto puede impedir su acceso a los servicios públicos de salud en México, entre otras cosas.

23 Desde Hegel, para quien “la verdad de la intención es el acto mismo” (Inwood, 1999:33), esto significaría que, más bien, hay una primacía del resultado de las acciones sobre las intenciones, por lo que no habría una ambivalencia, sino más bien una inclinación totalmente restrictiva de la política migratoria de salud, en el que el marco jurídico no es más que una abstracción en potencia sin realización en el acto, lo cual es la cristalización del concepto.

24 También desde el pensamiento de Hegel, hay que considerar que siempre estará desfasado el concepto de la experiencia de la realidad social, porque el devenir de esta realidad se desenvuelve constantemente, para después ser capturado por el concepto de forma tardía, por eso el conocer llega siempre al final en relación con la realidad social. De ahí que, en Filosofía del derecho, Hegel (2002) se refiera a que el Búho de Minerva levanta el vuelo en el ocaso del día. No obstante, desde esta misma perspectiva, el Estado tiene el deber de realizar la ley constitucional por medio del poder gubernativo de sus instituciones, en la medida en que su principal objetivo es proteger el derecho de las personas (Hegel, 2002).

Bibliografía

Agenda 2030.

Ager, Alistair (2014) "Health and Forced Migration", en Elena Fiddian, Gil Loescher, Katy Long y Nando Sigona, *The Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*, Oxford, Oxford, University Press.

Asgary, Ramin y Segar, Nora (2011), Barriers to health care access among refugee asylum seekers, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 22, núm. 2, pp. 506-522.

Asylum access México (2019), Hoja informativa sobre el asilo en México.

Asylum access México (2020), Hoja informativa sobre el presupuesto 2021 para la atención de la población migrante en México.

Beck, Ulrich y Beck-Gernsheim, Elisabeth (2003), *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona, Editorial Paidós.

Benjamin, Walter (2001), *Ensayos escogidos*, Ciudad de México, Ediciones Coyoacán.

BID (2020), *Políticas sociales en respuesta al coronavirus. La migración en América Latina y el Caribe ante el impacto del coronavirus*, Banco Interamericano de Desarrollo.

Bojórquez, Ietza et al (2020), *Migrants in transit an asylum seekers in México: an epidemiological analysis of the COVID-19*

pandemic. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/341367195_MIGRANTS_IN_TRANSIT_AND_ASYLUM_SEEKERS_IN_MEXICO_AN_EPIDEMIOLOGICAL_ANALYSIS_OF_THE_COVID-19_PANDEMIC/link/5ebc9d8292851c11a86779a2/download

Bourdieu, Pierre (2013), *La nobleza de estado. Educación de élite y espíritu de cuerpo*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Castles, Stephen (2010), "Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales", *Migración y desarrollo*, vol. 7, núm. 15, pp. 49-80.

Centro de Estudios Migratorios (2019), *Nueva Política Migratoria del Gobierno de México 2018-2024*, Centro de Estudios Migratorios/Unidad de Política Migratoria.

CEPAL (2019), *Hacia un nuevo estilo de desarrollo. Plan de Desarrollo Integral El Salvador-Guatemala-Honduras-México. Diagnóstico, áreas de oportunidad y recomendaciones de la CEPAL*, Ciudad de México, CEPAL.

Collins, Patricia (2000), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, Londres y Nueva York, Routledge.

CONAPRED (2019), *Ficha temática: personas migrantes*, México, CONAPRED.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De Oliveira, Orlandina (1998), “Familia y relaciones de género en México”, en Beatriz Schmukler (coord.), Familias y relaciones de género en transformación, México, Edomex /Population Council.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

CNDH (2012), Pacto Internacional de Derechos Humanos, Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, y su Protocolo Facultativo, México, CNDH.

Diamond, Megan, et al (2020), A Population in Peril: A Health Crisis among Asylum Seekers on the Northern Border of Mexico, Cambridge, Harvard Global Health Institute.

Dolores, María et al (2015), Un análisis de los actores políticos y sociales en el diseño y la implementación de la política y la gestión migratoria en México, México, El Colegio de la Frontera Norte.

Donato, Katharine et al (2010), “Migration in the Americas: Mexico and Latin America in Comparative Context”, Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 630, No.1, pp 6-17.

Dubowitz, Tamara, Lisa M. Bates, and Dolores Acevedo- Garcia. 2010. “The Latino Health Paradox: Looking at the Intersection of Sociology and Health” in Handbook of Medical Sociology, edited by Chloe E. Bird, Peter Conrad, and Allen M. Fremont. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

El Colegio de la Frontera Norte (2020a), “Personas migrantes en Tijuana frente al COVID-19: Impactos y consecuencias de las

medidas sanitarias desde la perspectiva de los actores”, Documentos de contingencia 8, COLEF.

El Colegio de la Frontera Norte (2020b), “Migrantes en el noreste de México y su vulnerabilidad ante el COVID-19”, Documentos de contingencia 2, COLEF.

Fajardo-Dolci Germán, Gutiérrez Juan, García-Saisó Sebastián (2015), “Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud”, Salud Publica de México, vol. 57, núm. 2, pp. 180-186.

Flamand, Laura y Moreno, Carlos (2014), Seguro popular y federalismo en México, Ciudad de México, CIDE.

Franco, Dino (2015), Critical Theory. The key concepts, Londres y Nueva York, Routledge.

Fundación BBVA Bancomer (2020), Anuario de Migración y Remesas México 2020, México, Fundación BBVA Bancomer.

Giammarinaro, Maria y Palumbo, Letizia (2020), “Covid-19 and inequalities: Protecting the human rights of migrants in a time of pandemic”, Migration Policy Practice, A Bimonthly Journal for and by Policymakers Worldwide, vol. 10, núm, 2, pp. 21-26.

Girola, Lidia (2011), “La cultura de la transgresión. Anomia y cultura del “como si” en la sociedad mexicana”, Estudios Sociológicos, vol. 29, núm. 85, pp. 99.129.

González, Darío y Parcero, Óscar (2019), “Introducción” en Soren Kierkegaard, La repeti-

ción. Temor y temblor, Madrid, Trotta.

González de la Rocha, Mercedes (2007), “Espirales de desventajas: pobreza, ciclo vital y aislamiento”, en Gonzalo Saraví (ed.), De la pobreza a la exclusión: continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina, Buenos Aires, Prometeo Libros.

Guadagno, Lorenzo (2020), Migrants and the COVID-19 pandemic: an initial analysis, Génova, OIM.

Gutiérrez, Juan et al (2016), Monitoreo de la desigualdad en protección financiera y atención a la salud en México: análisis de las encuestas de salud 2000, 2006 y 2012, Salud pública en México, vol. 58, núm. 6, pp. 639-647.

Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (2002), Filosofía del derecho, Ciudad de México, Ediciones Casa Juan Pablos.

Human Rights first (2019), “Orders from Above: Massive Human Rights Abuses Under Trump Administration Return to Mexico Policy”, Report october 2019.

Inwood, Michael (2003), A Hegel Dictionary, Oxford, Blackwell Publishers.

IMUMI (2019), ¿Qué es “quédate en México” y “tercer país seguro”?, México, IMUMI.

La Ley General de Salud de México.

Ley de Migración de México.

Macpherson, William (1999), The Stephen Lawrence Inquiry, Londres, Stationery Office.

Marina, Valeria y Deschak, Caroline (2020), “El acceso a la salud de los migrantes centroamericanos en México durante la pandemia po COVID-19”, Reflexiones ístmicas centroamericanas, núm. 1, pp. 45-54.

Martínez, Oscar (2019), “AMLO engañó a una multitud de migrantes”, The New York Times, 2 de mayo de 2019, <https://www.nytimes.com/es/2019/05/02/lopez-obra-dormigrantes-mexico/>

Milan, Andra y Cunnoosamy, Reshma (2020), “Covid-19 and migration governance: A holistic perspective”, Migration Policy Practice, A Bimonthly Journal for and by Policymakers Worldwide, vol. 10, núm, 2, pp. 27-31.

Movimiento ciudadano (2019), La crisis de los migrantes en México (2016-2019), Documento metodológico.

Nájera Aguirre, Jessica Natalia (2016). “El complejo estudio de la actual migración en tránsito por México: actores, temáticas y circunstancias”, Migraciones Internacionales, vol.8, núm. 3, pp. 255-266.

Observatorio de Legislación y Política Migratoria (2020), Corte Suprema revisará caso sobre el muro fronterizo y otro sobre programa que obliga a esperar asilos en México. Disponible en: <https://observatoriocolef.org/noticias/corte-suprema-revisara-caso-sobre-el-muro-fronterizo-y-otro-sobre-programa-que-obliga-esperar-asilos-en-mexico/>

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud, Secretaría de Salud, México.

OCDE-OEA (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (Organización de los Estados Americanos) (2015), Migración internacional en las Américas, Tercer Informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas, Washington, Organización de los Estados Americanos.

OEA (2016), Informe regional. Flujos de migrantes en situación migratoria irregular, Washington, OEA.

OIM (2018), La migración en la Agenda 2030, Ginebra, OIM.

OIM (2019a), Migración extraregional en Sudamérica y Mesoamérica: perfiles, experiencias y necesidades, Costa Rica, OIM.

OIM (2019b), Informe sobre las migraciones en el mundo 2020, Ginebra, OIM.

OIM (2020a), “COVID-19 and Stranded Migrants”, Issue Brief, 2 de junio.

OIM (2020b), “Why migration matter for “recovering better” from COVID-19”, Issue Brief, 25 de junio.

OIT (2016), La migración laboral en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, estrategia y líneas de trabajo de la OIT en la región, Perú, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

OPS/OMS (2016), “La salud de los migrantes, 68a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas”, Punto 4.7 del orden

del día, Washington, OPS/OMS.

OPS/OIM (2018), Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward, OPS/OIM.

OPS/OMS (2020), Monitoreo de la respuesta de países sudamericanos frente a la pandemia de COVID-19, Programa Subregional para América del Sur.

Ortega, Adriana y Garrido, Carlos (2019), “Políticas públicas de gobiernos estatales mexicanos en materia migratoria, estudio comparativo de Puebla y Veracruz”, en Jéssica Nájera, David Lindstrom y Silvia Giorguli (eds.), Migraciones en las Américas, Ciudad de México, CEDUA.

Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular.

París, María (2019), La crisis del refugio en México, Observatorio de Legislación y Política Migratoria de El Colegio de la Frontera Norte.

Pierola, Martha y Rodríguez, Marisol (2020), “Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica”, Documento para discusión, BID.

Ramírez, Miguel y Romero, Frida (2020), “Luces y sombras del INSABI”, Note Técnica 2, CISS.

REDODEM (2020), Migraciones en México: fronteras, omisiones y transgresiones. Informe 2019, México, Red de Documentación

de las Organizaciones Defensoras de Migrantes.

Reina, Elena (2020), “La Pandemia no frena a una nueva caravana de migrantes centroamericanos”, *El País*, 1 de octubre de 2020.

Riggirozzi, Pia, Grugel, Jean y Cintra, Natalia (2020), ¿Protecting Migrants or Reversing Migration? COVID-19 and the risks of a protracted crisis in Latin America, OIM.

Sánchez-Torres, Diana (2015), Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm. 1, pp. 82-89.

Secretaría de Gobernación (2020), Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisoriales del Instituto Nacional de Migración, México, Secretaría de Gobernación.

Secretaría de Salud (2020a), 2do Informe de labores, México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2020b), Plan operativo de atención a la población migrante ante el COVID-19, México, Secretaría de Salud.

Sewell, William (1992), “A Theory of Structure: Duality, Agency and Transformation”, *American Journal of Sociology*, vol. 98, núm. 1, pp. 1-29.

The Economist Intelligence Unit (2016), *Measuring well-governed migration: The 2016 Migration Governance Index*, Londres,

The Economist Intelligence Unit.

UNHCR (2019), *Population Statistics Database*, The UN Refugee Agency, [En línea] <http://popstats.unhcr.org/en/overview>

UNHCR (2020a), *Americas COVID-19 responde update*, UNHCR. 15 de Mayo.

Ureste, Manu (2020), “Pese a contagios, no se hacen pruebas COVID a migrantes, denuncian OSC; “cumplimos con medidas”, dice INM”, *Animal Político*, 15 de octubre de 2020.

Vergara, Rosalía (2020), *El INM amaga con cárcel si caravana migrante ingresa a México sin medidas sanitarias*, *Proceso*, 2 de octubre de 2020.