

Unidad de Política Migratoria,
Registro e Identidad de Personas

ESTUDIOS SOBRE MOVILIDAD
Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL



ESTUDIOS
Núm. 3

**ESCENARIOS Y ESTRATEGIAS
DE ATENCIÓN MÉDICA**
de la población mexicana,
migrante y móvil, entre
Estados Unidos y México,
y los impactos por
la pandemia de COVID-19



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Estados

ESTUDIOS SOBRE MOVILIDAD
Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL



**ESCENARIOS Y ESTRATEGIAS
DE ATENCIÓN MÉDICA**
de la población mexicana,
migrante y móvil, entre
Estados Unidos y México,
y los impactos por
la pandemia de COVID-19

D.R. 2020 © Rutas. Estudios sobre Movilidad y Migración Internacional, año 1, número 3, julio-septiembre de 2020, es una publicación trimestral, editada por la Coordinación del Centro de Estudios Migratorios/Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas/Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración/Secretaría de Gobernación, calle Abraham González núm. 48, edificio L, piso 2, col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México. Tel. 55 5128 0000, <http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria> Editor responsable: Diana Marcela Márquez Canales. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2021-083116515700-102, ISSN 2683-3158, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Dirección de Publicaciones y Difusión de la UPMRIP. Calle Abraham González núm. 48, edificio L, piso 2, col. Juárez, alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México. Fecha de última modificación: septiembre de 2020.

Coordinación general de la obra:

Rocío González Higuera
Miguel Ángel Virgilio Aguilar Dorado

Coordinación de investigación:

Gustavo Pineda Loperena

Autores:

Luis Arturo Cortés Rosas
Rocío del Carmen Osorno Velázquez

Dirección editorial:

Diana Marcela Márquez Canales

Cuidado editorial:

Juan Góngora Cruz
Jesús García González

Revisión editorial y de estilo:

Manuel Camargo Sánchez

Diseño editorial y portada:

Laura Jaime Villaseñor

Cartografía:

David Colín González

Fotografía:

Portadilla: Rafael Urdaneta Rojas
Tabla 1: Ream Gottimukala
Tabla 2: Skeeze
Final del texto: Josemara Friorilli Lemes
Todas en Pixabay

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales, citando la fuente. Las opiniones vertidas en este documento son responsabilidad de sus autores y no reflejan, necesariamente, la opinión de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas.

Este es un producto de la Dirección General Adjunta del Centro de Estudios Migratorios (CEM) de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación.

www.politicamigratoria.gob.mx

Hecho en México

Secretaría de Gobernación

OLGA SÁNCHEZ CORDERO
Secretaria de Gobernación

ALEJANDRO ENCINAS RODRÍGUEZ
Subsecretario de Derechos Humanos,
Población y Migración

RABINDRANATH SALAZAR SOLORIO
Subsecretario de Desarrollo Democrático,
Participación Social y Asuntos Religiosos

PRESENTACIÓN

Rutas. Estudios sobre Movilidad y Migración Internacional es un proyecto editorial de investigación y análisis del Centro de Estudios Migratorios de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación. A partir de una visión crítica de la realidad nacional, esta publicación busca, junto con los boletines, Atlas e infografías, generar evidencia con base empírica tendente a coadyuvar en la formulación de las políticas de movilidad humana del Gobierno de México.

El tercer número se dedica al análisis de las condiciones de acceso a la salud de las personas mexicanas migrantes que radican en Estados Unidos y se mueven entre ese país y México, así como a las estrategias que utilizan para recibir este tipo de atención y los impactos que ha tenido la pandemia por COVID-19.

Esta investigación nos permite reflexionar sobre algunos de los retos prevaecientes para que las personas en contexto de movilidad puedan ejercer su derecho a la salud en ambos lados de la frontera. A partir de datos de la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte) y otras fuentes especializadas, se analiza su situación, necesidades y las estrategias utilizadas para acceder a la salud en Estados Unidos y en México.

La pandemia por COVID-19 ha evidenciado que es preciso generar acciones de atención y prevención específica para ciertos grupos poblacionales, y las personas migrantes o en contexto de movilidad no son la excepción en ese sentido. La información da cuenta de la existencia de diabetes e hipertensión, que pudieran dar paso a un mayor riesgo de sufrir un caso severo de esta enfermedad y de encontrarse imposibilitadas para acceder al cuidado y la atención médica necesaria. Sin duda, estos retos deben ser atendidos, pero también dejan en claro que la salud pública ha cambiado.

A partir de la información generada por este tipo de estudios será posible continuar fortaleciendo la política migratoria de México, reconociendo las necesidades específicas de los distintos grupos de personas en contexto de movilidad, a la par de impulsar una visión integral.

El Gobierno de México continúa fomentando una visión de los derechos humanos de las personas migrantes como centro de la política migratoria. En este contexto, además de la identidad, la educación y el empleo, desde el inicio de la gestión se reconoce que la salud es uno de los pilares más importantes para el bienestar de estas personas, sin importar su condición migratoria o su contexto de movilidad.

Alejandro Encinas Rodríguez
Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración
de la Secretaría de Gobernación

I. Introducción

En la 61a. Asamblea Mundial de la Salud realizada en 2008 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), se estableció como un punto de discusión, por parte de los Estados miembros, la atención a la salud de las personas migrantes desde dos importantes perspectivas: 1) las necesidades sanitarias de las personas migrantes vulnerables, y 2) las repercusiones de la migración en la salud pública.

Una década después, estas prioridades fueron retomadas y se reflejaron en el texto del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018a y 2018b). El tema de salud de las personas migrantes forma parte de algunas de las acciones vinculadas a la realización de varios objetivos (1, 2, 6, 7, 16), además de ser un elemento central del Objetivo 15 (“Proporcionar a los migrantes acceso a servicios básicos”) y del Objetivo 22 (“Establecer mecanismos para la portabilidad de la seguridad social y prestaciones adquiridas”).

Entre las principales acciones para el cumplimiento del Objetivo 15 destaca: la incorporación de las necesidades sanitarias en las políticas y planes de salud nacionales y locales a través de a) reforzar su capacidad del préstamo de servicio; b) facilitar el acceso asequible y sin discriminación; c) formar a proveedores de atención sanitaria que tomen en cuenta las diferencias culturales, y d) promover la salud física y mental de las personas migrantes y sus comunidades. Mientras, el Objetivo 22 tiene como base la prestación de asistencia para que las personas trabajadoras migrantes “puedan acceder a la protección social en los países de destino y aprovechar la portabilidad de la seguridad social y las prestaciones adquiridas aplicables en sus países de origen”.

Ante este marco, la relación entre *migración* y *acceso a la salud* cobra mayor importancia en la discusión sobre la planeación, diseño, formulación e implementación de las políticas públicas correspondientes y la forma en que la población migrante puede o debe ser integrada a los sistemas de salud para su atención, cuidado y protección. Sobre ello, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, s.f.) señala que las poblaciones

migrantes y poblaciones móviles se enfrentan a diversos obstáculos a la hora de acceder a los servicios de atención de salud esenciales debido a una serie de factores, entre ellos: su condición de migrantes irregulares, las barreras lingüísticas, la carencia de políticas sanitarias que tengan debidamente en cuenta a los migrantes, y la inaccesibilidad a servicios.

Si bien migrar en situación irregular es un factor que acentúa las restricciones al acceso a la salud y la atención médica, como se verá en este estudio las personas en situación migratoria regular no están exentas de ello, principalmente derivado de factores como las prestaciones sociales y los marcos legales y procedimentales.

Un ejemplo de esto es la población migrante mexicana en Estados Unidos que vive con algún documento que acredite su estancia regular. Como es sabido, la migración mexicana cuenta con una larga historia, con carácter prácticamente unidireccional y concentra alrededor de 98% de los flujos migratorios internacionales, posicionándose, así, como el primer corredor migratorio Sur-Norte del mundo. En 2018, la población de origen mexicano en Estados Unidos representaba 38.5 millones de personas (31.9% de población migrante mexicana, 35% de población de origen nacional de segunda generación y 32.9% de tercera generación) (CONAPO y BBVA, 2019).

Se ha identificado a partir de la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte) a una población mexicana que ha migrado y vive en Estados Unidos con una situación migratoria regular. Se ha captado que este mismo grupo poblacional es móvil, al realizar viajes o visitas entre México y Estados Unidos, y expresa tener intenciones de volver a Estados Unidos, donde radica. Para fines de esta investigación, a esta población se le denominará como “Población Mexicana Migrante y Móvil” (PMMYM).

No obstante, la migración mexicana representa uno de los mayores grupos de personas inmigrantes no autorizadas en Estados Unidos.¹ A la vez, se caracteriza por conformarse por otros subgrupos que cuentan con ciudadanía estadounidense, residencia permanente (*green card*) o algún otro documento. Tomando en consideración datos del Pew Research Center (2019) y del *Anuario de migración y remesas* (2019), de un total de 11.6 millones de personas inmigrantes mexicanas, en 2017, en Estados Unidos, alrededor de 42.7% no tenía autorización para estar en el país; 32.8% poseía la ciudadanía, y 24.5% contaba con otra documentación.

El acceso a algún tipo de documentación, además de la cercanía geográfica, las relaciones históricas, culturales, económicas y sociales, han propiciado que los flujos migratorios no solo sean unidireccionales, sino que paralelamente algunos de ellos sean bidireccionales, es decir, hay un número importante de personas de origen mexicano que residen en Estados Unidos y viajan, se mueven o migran a México. Una parte

¹De acuerdo con Passel y Cohn (2019), el número de personas inmigrantes mexicanas no autorizadas disminuyó en dos millones, al pasar de 6.9 millones en 2007 a 4.9 millones en 2017.

de estas personas adquieren un *carácter móvil*, al cruzar en ambos sentidos la frontera entre México y Estados Unidos para dar respuesta a determinadas necesidades e intereses como trabajo, educación, acceso a la salud y atención médica.

Cabe destacar en este último –acceso a la salud y atención médica– que aun cuando las personas migrantes mexicanas que se mueven entre México y Estados Unidos tengan derecho a la salud, no siempre les es fácil ejercerlo. Si bien hay retos para lograr el ejercicio al derecho a la salud en ambos países, de manera general ello puede deberse al desconocimiento de los sistemas de salud, la falta de afiliación a alguno de ellos, el no contar con un diagnóstico de haber desarrollado o contraído una enfermedad o hasta la incapacidad de usar un mismo historial clínico entre ambos países. Incluso, como indican Ornelas *et al.* (2020), la situación migratoria regular y la estancia legal de las personas migrantes tienen fuertes implicaciones para su salud, pues ello determina sus posibilidades de entrar y residir en el país, su acceso a un empleo o a los servicios.

Conocer, entender y atender las vulnerabilidades de las personas migrantes en Estados Unidos y México, así como los impactos de ello sobre el acceso a la salud es de suma importancia para dar forma a las políticas públicas en esta materia o de protección a la población móvil mexicana, tanto para otorgar una respuesta inmediata como en la elaboración de políticas públicas de mediano y largo plazos.

Esta situación cobra una mayor relevancia en contextos de emergencia sanitaria como la que actualmente se está viviendo a nivel mundial. Desde principios de 2020, el panorama migratorio y de la movilidad humana internacional ha sufrido grandes cambios a partir de la crisis ocasionada por la enfermedad denominada COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Se trata de una enfermedad infecciosa provocada por el coronavirus más recientemente identificado en diciembre de 2019 en China a raíz de un brote epidémico. Al afectar a prácticamente todos los países y haber cruzado fronteras, en la actualidad se le considera una pandemia (OMS, 2020a).

Ante este contexto, la salud pública se vuelve un punto nodal no solo para la contención y mitigación en el número de contagios por el virus SARS-CoV-2, sino también para considerar el acceso, cuidado y atención por parte de los servicios médicos a las personas que radican y se mueven al interior o fuera de los límites geográficos de un país. De igual forma, las acciones de mitigación y contención como el cierre (parcial o total)

de las fronteras o el establecimiento de políticas restrictivas a viajes o movimientos migratorios han puesto en evidencia la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas en contexto de movilidad respecto de las políticas de atención médica y sanitaria.

Por lo anterior, el presente trabajo de investigación tiene los siguientes objetivos: 1) identificar las condiciones de acceso a la salud y los posibles escenarios que puede utilizar la población mexicana migrante y móvil que viaja entre México y Estados Unidos, y 2) analizar las probables formas en que estos escenarios se han visto limitados como alternativas para brindar atención y cuidado a este grupo de personas durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos y en México.

En consecuencia, con datos de la EMIF Norte, se detalla el acceso a la salud de las personas migrantes mexicanas radicadas en Estados Unidos durante 2017 y, posteriormente, se vinculan los escenarios con la crisis sanitaria por la COVID-19. En cuanto a los resultados, análisis y discusión, antes y durante esta pandemia, se retoman tres escenarios a los cuales las personas mexicanas en Estados Unidos recurren para obtener atención médica. Se concluye con los retos para ejercer su derecho a la salud en México y se ofrecen recomendaciones de política pública.

II. Metodología

Con el fin de identificar las necesidades y condiciones de salud de las personas mexicanas migrantes que se mueven entre México y Estados Unidos, la metodología tiene como base tres elementos: revisión de la literatura, selección de bases de datos y un rastreo hemerográfico.

En primer lugar, la revisión de la literatura disponible en torno a la relación e interacción que se encuentra entre migración y acceso a la salud se complementa con un segundo elemento: el procesamiento de datos de la *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte)² de 2017, correspondientes a los flujos de las personas “Migrantes Procedentes de Estados Unidos vía aérea” y “Migrantes Procedentes de Estados Unidos vía terrestre”, que en lo sucesivo se denominarán *flujos*.³

La selección de las bases de datos correspondientes a ambos flujos radicó en que permiten la identificación de una *población mexicana migrante y móvil* (PMMYM) entre Estados Unidos y México, entendida como aquellas personas que radican en Estados Uni-

² Personas de 15 años o más, nacidas en México y residentes en México o en Estados Unidos, que no viven en la ciudad de la entrevista, que proceden de la frontera norte o de Estados Unidos, cuyo desplazamiento resultó por motivos laborales, cambio de residencia u otra razón, siempre y cuando su estancia haya sido superior a un mes. Pueden ser captadas en 11 puntos de la zona fronteriza cuando llegaran a México por vía terrestre (en autobuses) o en cuatro aeropuertos (Ciudad de México, Guadalajara, Morelia y León) si llegan por vía aérea. Para mayor referencia, véase el sitio <https://www.colef.mx/emif/pobjetivo.html>

³ La información de ambos instrumentos corresponde a un número de eventos y no de personas, ya que alguien pudo haber entrado a México varias veces. La información para los flujos por vía aérea se recaba en los aeropuertos de la Ciudad de México, Guadalajara, Morelia y León. En el caso de los flujos por vía terrestre, la información se recopila en la frontera norte en Matamoros, Nuevo Laredo, Piedras Negras, Ciudad Juárez, Nogales, Mexicali y Tijuana (El Colegio de la Frontera Norte *et al.*, 2020).

dos con una situación migratoria regular,⁴ que se encuentran de visita en México y tienen intenciones de regresar a ese país. Es importante reconocer que, por las limitaciones de los datos para este estudio, no sería posible determinar si su migración tiene un carácter circular, estacional o responde a una migración de retorno, así como su relación con otras categorías.

El instrumento utilizado se seleccionó porque brinda información sobre los flujos procedentes de Estados Unidos tanto por vía terrestre como aérea; respecto de la percepción que tienen las personas encuestadas sobre su estado de salud, y conocer si se les ha diagnosticado alguna enfermedad. Tal declaración resulta de gran importancia si se reconoce la limitación de los instrumentos existentes para identificar las enfermedades que enfrentan las personas migrantes. En este punto fue posible determinar a la hipertensión, diabetes y problemas de grasas en la sangre (asociados a colesterol alto) como tres enfermedades crónicas que presentaron las PMMYM entre México y Estados Unidos.

En este sentido, para el análisis de la EMIF Norte 2017 se usaron tres criterios para la selección del grupo de estudio:

1. Condicionar a Estados Unidos como país de residencia; de este modo es posible advertir los eventos asociados a personas nacidas en México que emigraron a Estados Unidos y que, en 2017, declararon radicar en ese país.
2. Identificar los eventos en que las personas migrantes encuestadas declararon tener alguna enfermedad y quienes no.
3. Seleccionar aquellos eventos que permitieran referir los movimientos de la PMMYM entre México-Estados Unidos.

Con la delimitación para la PMMYM, en 2017 se identificaron 735 209 eventos de personas nacidas en México, procedentes de Estados Unidos (por vías terrestre y aérea), que declararon radicar y tener la intención de volver a ese país. Del total, 60% (440 931) correspondió a movimientos por vía terrestre y 40% (294 278) por vía aérea.

La mayoría de las personas de la PMMYM contaba con algún documento (ciudadanía o residencia) o permiso de estancia en Estados Unidos. En el caso de los flujos terrestres procedentes de Estados Unidos, este grupo representó alrededor de 98%, mientras que para los flujos aéreos esto constituyó 99.6 por ciento.

Por sus características sociodemográficas, en ambos flujos se observa una composición mayormente

masculina, con un nivel de escolaridad menor o igual a 12 años y un estado civil predominantemente unido (matrimonio o unión libre). Otra característica importante de ambos flujos es que la mayoría de los movimientos corresponde a personas responsables de la jefatura del hogar y son los principales sostenes económicos.

En cuanto al tercer elemento metodológico, a partir del mes de marzo de 2020, cuando se comenzaron a registrar los primeros contagios de coronavirus en el continente americano, desde la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP) se empezó a realizar un monitoreo de carácter hemerográfico, informativo y estadístico correspondiente a la situación de COVID-19 y su relación con la migración y la movilidad humana. Tal monitoreo contribuye no solo a identificar algunas de las medidas desarrolladas por Estados Unidos y México para contener y mitigar los contagios por el virus SARS-CoV-2, sino también registrar y recopilar algunas de las experiencias y testimonios de personas mexicanas radicadas en Estados Unidos en contexto de movilidad en ambos países durante la crisis.

Cabe destacar que 2017 se eligió como límite temporal por tres razones. En primer lugar, a nivel de la base de datos, permitía establecer así un criterio de comparación entre los flujos por vía terrestre y por vía aérea, pues la información disponible en materia de salud para la PMMYM que viajó a México por vía aérea solo llega hasta ese año. Este elemento se convirtió en una limitante para la comparabilidad por periodo de aplicación de las encuestas para los flujos procedentes de Estados Unidos por vía terrestre. Asimismo, la información disponible para ambos flujos (de vía terrestre y de vía aérea) permitió identificar las características, estado de salud y enfermedades de la población objetivo.

En segundo lugar, la riqueza de la información analizada derivada de 2017 no solo permitió establecer e identificar las condiciones de salud de la población objetivo hasta ese año, sino que permitió generar insumos para delimitar antecedentes al contexto actual por la pandemia de COVID-19. Si bien se trata de una situación sin precedentes, las condiciones de acceso a la salud de las personas migrantes y particularmente de la PMMYM se mantienen y la EMIF es un instrumento crucial para lograr un análisis sobre la percepción, situación de acceso, uso y disponibilidad de los servicios de salud de 2017 al momento actual.

En tercer lugar, a nivel estadístico, se eligió a 2017 por ser el último dato disponible sobre la estimación de la población inmigrante no autorizada en Estados Unidos que realiza el Pew Research Center, y permite

⁴ En la EMIF Norte se puede establecer la regularidad migratoria cuando las personas encuestadas declaran tener alguno de los siguientes documentos: ciudadanía, tarjeta de residencia o alguna tarjeta o documento que les permita estar por tiempo limitado (p.e. visado) en Estados Unidos.

establecer la comparabilidad con otras mediciones relacionadas con las características de la migración mexicana en ese país.

III. Escenarios de atención médica entre México y Estados Unidos para la población mexicana, migrante y móvil (PMMYM)

Para entender las características específicas de la PMMYM, es importante primero considerar a este grupo como personas migrantes en Estados Unidos. En general, las personas migrantes continuamente enfrentan múltiples retos para comprender y navegar en sistemas nuevos; además, pueden afrontar barreras de lenguaje o un acceso limitado a oportunidades educativas y de empleo (Abraído-Lanza *et al.*, 2016; Castañeda *et al.*, 2015).

Esto las lleva a ajustarse a una nueva vida y a tomar decisiones para satisfacer necesidades de educación, trabajo y salud. En este último aspecto, las personas migrantes, como resaltan Leyva, Quintino y Mora (2011), enfrentan riesgos de salud derivados no necesariamente de la migración, sino de las condiciones e interacciones en el proceso migratorio, que las colocan en una situación de vulnerabilidad social,⁵ tanto en el trayecto como en el destino.

Si bien se puede pensar que quienes emigran tienen un mejor estado de salud que la población general, como indica la “teoría del migrante saludable”, derivado de una autoselección, proceso en el cual las personas más sanas migran, mientras que las enfermas no lo hacen o regresan a su país (De la Sierra *et al.*, 2016), ello no significa que estén exentas de desarrollar o adquirir enfermedades durante su estancia en el exterior,⁶ o que no requerirán posteriormente ser atendidas, ya sea en su lugar de origen, destino o, incluso, en la frontera.

Al considerar un panorama con opciones limitadas para que las personas migrantes tengan acceso a la atención médica en Estados Unidos, Nigenda *et al.* (2009) han identificado seis estrategias –organizadas en **tres escenarios de atención**– que utilizan estas personas cuando enfrentan algún problema de salud (véase la Tabla 1).

Se trata de una categorización general de las acciones realizadas por las personas migrantes para conseguir atención médica dependiendo de su contexto y necesidades específicas. Se perfilan tres grandes escenarios de atención unidos a la ubicación geográfica de las personas (México, Estados Unidos o la zona fronteriza). Dentro de cada uno de ellos se identifican estrategias de atención (como los remedios caseros o viajes cortos a su lugar de origen, entre otras).

TABLA 1. ESCENARIOS Y ESTRATEGIAS DE LAS PERSONAS MIGRANTES MEXICANAS RADICADAS EN ESTADOS UNIDOS PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

ESCENARIOS DE ATENCIÓN	ESTRATEGIA
I. En Estados Unidos	Remedios caseros o automedicación
	Consulta médica o con familiares y envío de medicamentos desde México
	Servicios privados o comunitarios
II. Traslado a México	Traslado a ciudades fronterizas
	Retorno al lugar de origen
III. Durante visitas cortas a México	En su comunidad de origen



Fuente: Elaboración propia con base en Nigenda *et al.* (2009).

⁵ La noción de *vulnerabilidad social* puede ser definida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan las personas, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar (Leyva, Quintino y Mora, 2011).

⁶ González *et al.* (2008) señalan que la salud tiende a empeorar a medida que se asimilan estilos de vida locales asociados a la dieta o al consumo de alcohol y tabaco, entre otros.

Las estrategias y escenarios son de aplicabilidad general, pues todas las personas migrantes mexicanas utilizan una o más estrategias para recibir atención médica cuando la necesitan. Su uso ha sido categorizado en escenarios para facilitar el análisis. Incluso, se observan entre personas con una situación migratoria regular, aunque los retos para quienes no tienen documentación serán diferenciados, en especial si se considera que la irregularidad puede traducirse en obstáculos para el acceso a servicios de todo tipo.

De tal forma, es posible evaluar cómo la PMMYM se inserta en estos escenarios y cómo la situación actual debido a la pandemia por COVID-19 modifica el uso y acceso a los mismos en México y en Estados Unidos.

Las medidas restrictivas para contener la propagación del virus SARS-CoV-2 se han propuesto de manera temporal y, a pesar de que no eliminan ninguna de las estrategias de atención (traslados a la zona fronteriza o viajes cortos a México), sí las suspenden *de facto* y orillan a las personas a recurrir a las estrategias disponibles. Para entender este complejo panorama es importante comenzar por considerar las condiciones de acceso a la salud de las personas migrantes mexicanas en Estados Unidos.

En Estados Unidos, la falta de acceso a servicios médicos es un factor crucial para garantizar la condición de salud de las personas migrantes. En este sentido, es claro que su estado de salud puede verse afectado por el tipo de trabajo que realizan, por la falta de seguro médico o porque el endurecimiento de la política migratoria limita o impide que se adquieran otros seguros médicos más asequibles (como *Medicaid*).⁷

Ante este contexto, la salud de las personas migrantes puede ir deteriorándose, ya que “en Estados Unidos la salud no es un derecho universal [...], la salud es un bien, una mercancía que se compra o vende de acuerdo con muchas características y condiciones, incluyendo el estado de documentación [...]” (Castañeda, 2018). Por ello, los centros comunitarios de salud son muy importantes para las personas migrantes, tanto en situación migratoria regular como irregular. Son una opción asequible para más de 29 millones de personas en Estados Unidos, pues reducen las barreras del costo, falta de seguro, distancia e idioma (NACHC, 2019).

Ahora, si bien es necesario conocer las condiciones de acceso a la salud de las personas migrantes en Estados Unidos, es importante establecer que, al moverse entre México y Estados Unidos, la PMMYM podría tener necesidades en ambos lados de la frontera. Incluso, éstas pueden ser mayores al considerar cambios en el control fronterizo y en las políticas mi-

gratorias ante situaciones extraordinarias, como en el contexto de COVID-19.

Con respecto a la pandemia, al mismo tiempo que los contagios cruzaban diversas fronteras nacionales e internacionales, las reacciones al interior de los países fueron dando lugar a medidas paliativas para mitigar y contener la transmisión del virus, tales como los cierres de fronteras o la cancelación masiva de vuelos internacionales. De esta manera, se buscaba reducir el ritmo de propagación. Particularmente, desde marzo de 2020, el presidente de Estados Unidos, Donald Trump, anunció la prohibición temporal de los cruces no esenciales en la frontera con México (Vidal, 2020).

Las restricciones para viajar y cruzar las fronteras internacionales tuvieron repercusiones para quienes efectuaban distintos tipos de movimientos entre México y Estados Unidos, desde personas turistas, visitantes o trabajadoras temporales, hasta personas con diferentes tipos de visado o permiso de residencia en ese país. No sorprende decir que uno de los principales impactos relevantes para la PMMYM fue el impedimento para cruzar la frontera compartida de ida y vuelta, sin importar su motivación para hacerlo.

Aun cuando México fue de los pocos países que no cerraron sus fronteras en la región, la falta de opciones para salir de Estados Unidos, e incluso la incertidumbre o imposibilidad de regresar posteriormente, en la práctica pusieron a la PMMYM en una situación de inmovilidad. En algunos casos, esto pudo significar que un viaje corto a su comunidad de origen se llegara a extender más allá de lo planeado.

Ante estas particularidades, el siguiente apartado está dedicado al análisis de cómo la PMMYM se inserta en cada uno de los escenarios y estrategias identificados por Nigenda *et al.* (2009), contrastándolo con el contexto actual de pandemia por COVID-19 en ambos países.

Análisis de los escenarios de atención médica

La crisis sanitaria de COVID-19 y el aceleramiento de los contagios en Estados Unidos no solo ha visibilizado aún más las inequidades sociales y económicas de larga data en ese país, sino que también han puesto de manifiesto las particularidades y condiciones en torno al acceso a la salud. En este sentido, se han identificado interacciones entre el origen étnico y la situación migratoria de las personas y el uso y acceso a la atención médica.

El índice de hospitalizaciones asociadas a COVID-19 ajustadas por edad, raza y grupo étnico de los Cen-

⁷ *Medicaid* es un programa federal de Estados Unidos, operado y financiado en conjunto con los estados y que provee de cobertura médica y de salud a millones de personas elegibles, incluyendo personas adultas con bajos ingresos, niñas y niños, mujeres embarazadas, personas adultas mayores y personas con discapacidades (*Medicaid*, 2020). Sin embargo, en agosto de 2019 se hicieron cambios en los lineamientos del Departamento de Seguridad Interior (USDHS) para determinar la elegibilidad de entradas regulares o de residencias permanentes a partir de la afiliación al programa.

tros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) evidencia que las mayores tasas de hospitalización o muerte por covid-19 se concentran en algunos grupos étnicos minoritarios, en quienes se observa un mayor riesgo de contraer el virus SARS-CoV-2 o de experimentar la enfermedad con mayor seriedad. Tan solo en junio de 2020 la tasa de hospitalización ajustada por edad de las personas de origen latinoamericano o hispano fue aproximadamente cuatro veces más que las del grueso de la población (a excepción de la población afroamericana y las personas indígenas o nativas) (CDC, 2020).

Tanto la población de origen latinoamericano, junto con la población afroamericana, como distingue la embajadora Martha Bárcena (2020):

ha sido de las más vulnerables por diversas razones: el hacinamiento en que algunos viven, la comorbilidad con enfermedades crónicas que padecen como diabetes, obesidad, presión alta, colesterol alto, así como la falta de acceso a servicios de salud, ya que en EE. UU. no existe una cobertura universal de salud. También, la comunidad se ha visto afectada por la pérdida de empleos, ya que muchos de ellos trabajaban en sectores que han sido muy perjudicados: hotelería, restaurantes y servicios.

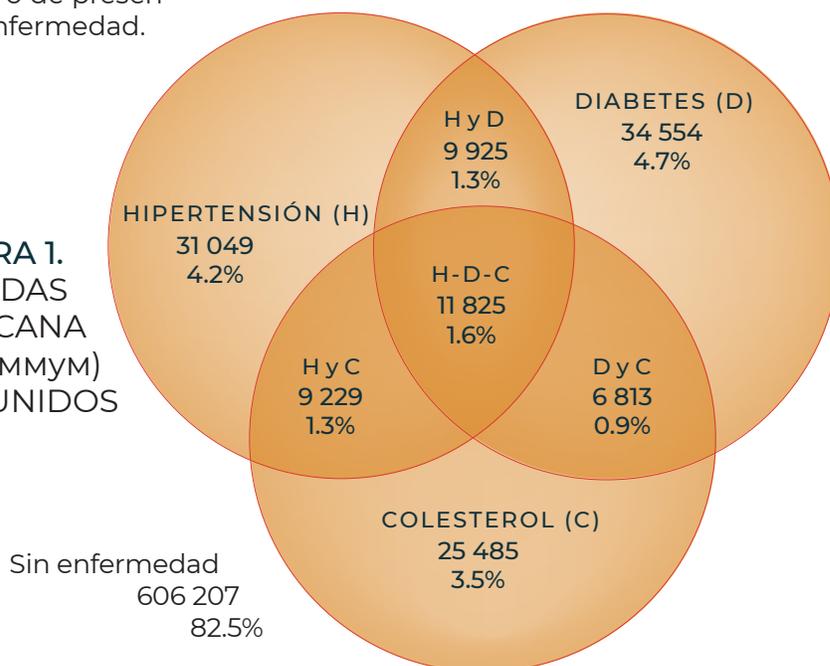
La presencia de alguna comorbilidad puede ser un factor importante en el desarrollo de la covid-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) advierte que las personas con afecciones crónicas existentes⁸ o con sistemas inmunes comprometidos tienen un mayor riesgo de muerte por la covid-19 o de presentar algún cuadro clínico grave de esta enfermedad.

Esta situación adquiere gran relevancia si se considera que la PMMYM entre México y Estados Unidos no está exenta de presentar alguna de estas comorbilidades. De acuerdo con los datos de la EMIF Norte (2017), en el flujo vía terrestre se identificó que 23.6% (104 118 eventos) estaba asociado a personas que declararon tener alguna enfermedad. En el caso del flujo vía aérea, 10.4% (30 600 eventos) correspondía a personas que padecían alguna enfermedad.

Por lo que respecta a la edad, el mayor porcentaje de personas con alguna afección se concentra en los grupos etarios de más de 50 años. En el caso de los flujos por vía terrestre, 67.1% de las personas con enfermedad estaba en este grupo de edad, mientras que para los flujos por vía aérea este porcentaje fue de 73.3%. Tales proporciones representan más del doble del porcentaje de los movimientos de personas menores de 49 años (32.7% vía terrestre y 26.7% vía aérea) que reportaron tener hipertensión, diabetes o colesterol alto.

Del flujo total (vías terrestre y aérea), cerca de 17.5% corresponde a personas mexicanas en contexto de movilidad que declararon tener alguna enfermedad. Por su parte, en la Figura 1 puede observarse la combinación y distribución de 1 hasta 3 enfermedades que se identificaron en los flujos.

FIGURA 1.
ENFERMEDADES REPORTADAS
POR LA POBLACIÓN MEXICANA
MIGRANTE Y MÓVIL (PMMYM)
ENTRE MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS



Fuente: Elaboración propia con datos de la EMIF Norte 2017.

⁸Entre ellas, la afección de las arterias coronarias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la diabetes.

De un total de 128 880 eventos⁹ correspondientes a los flujos (vías terrestre y aérea) asociados a personas que declararon tener alguna enfermedad, en 24.1% de los eventos solo hay un diagnóstico de hipertensión; 26.8 % únicamente de diabetes y 19.8% solo de colesterol alto. Por su parte, 7.7% reportó hipertensión y diabetes; 7.2% hipertensión y colesterol alto; 53% diabetes y colesterol alto, y 9.2% señaló tener las tres enfermedades.

De acuerdo con el análisis de ambos flujos, se identificó que, en la mayoría de los casos relacionados con personas diagnosticadas con alguna enfermedad, la mayoría percibe su estado de salud como *bueno* (42.8% para vía terrestre y 53.5 para vía aérea), *regular* (40.3% para vía terrestre y 29.1 para vía aérea) y, en menor medida, *muy bueno* (13.1% para vía terrestre y 14.5 para vía aérea).

Cabe destacar que estas cifras solo dan cuenta de quienes han recibido un diagnóstico por parte de algún profesional de la salud para estas tres enfermedades, por lo que no reflejan la prevalencia total entre las personas migrantes mexicanas. Esto puede deberse no solo a un desconocimiento del estado de salud por la ausencia de diagnósticos sino, en la mayoría de los casos, por un limitado o nulo acceso a los servicios de prevención, atención y seguimiento médico tanto en México como en Estados Unidos.

Asimismo, es importante reconocer la dificultad para identificar algún tipo de padecimiento o enfermedad como hipertensión o diabetes en las personas migrantes y la PMMYM. Este tipo de cuestiones no se contemplan en otros flujos como los registrados en la EMIF Norte, lo cual imposibilita la identificación de enfermedades y comorbilidades del COVID-19 entre personas en situación migratoria irregular en Estados Unidos ("Flujo de Devueltos por autoridades estadounidenses"). Sin duda, esto ofrece una oportunidad no solamente para fortalecer instrumentos especializados y de larga data, como las EMIF, sino que evidencia la necesidad de incorporar estos aspectos en otros instrumentos de captación de información.

De igual forma, debido a las condiciones de desigualdad y bajo acceso a los servicios de salud en las que viven las personas migrantes y el contexto socio-político en el que se desenvuelven, es probable que algunas enfermedades pasen inadvertidas, que se desarrollen o se adquieran nuevas, o que las personas (y sus familiares) no reciban atención médica ni seguimiento durante su estancia en Estados Unidos.

Ante la exposición y riesgo de contagio por COVID-19 de las personas migrantes, esta información adquiere mayor importancia si se considera la posible presencia de alguna comorbilidad entre la PMMYM. Sobre todo si también se toma en cuenta el creciente número de contagios y fallecimientos de personas mexicanas en Estados Unidos por esta causa.

En este punto es importante mencionar que las personas más vulnerables a esta enfermedad son las adultas mayores o con condiciones médicas crónicas. Por ello, a pesar de que la comunidad inmigrante tiende a ser joven y gozar de buena salud,¹⁰ la prevalencia de diabetes, uno de los factores de riesgo para padecer un caso severo de COVID-19, se sitúa en 22% entre las personas latinas, el cual constituye el valor más alto para cualquier grupo étnico o racial en Estados Unidos (Page *et al.*, 2020).

Según datos de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), para el 10 de abril de 2020 ya se habían identificado en Estados Unidos 80 casos positivos de personas mexicanas contagiadas por COVID-19 y 181 fallecimientos acumulados a causa de esta enfermedad. Para el 31 de agosto de 2020, el número de casos y decesos reportados a la red consular mexicana en ese país ya registraba 2 270 fallecimientos de personas mexicanas por COVID-19 (véase la Gráfica 1).

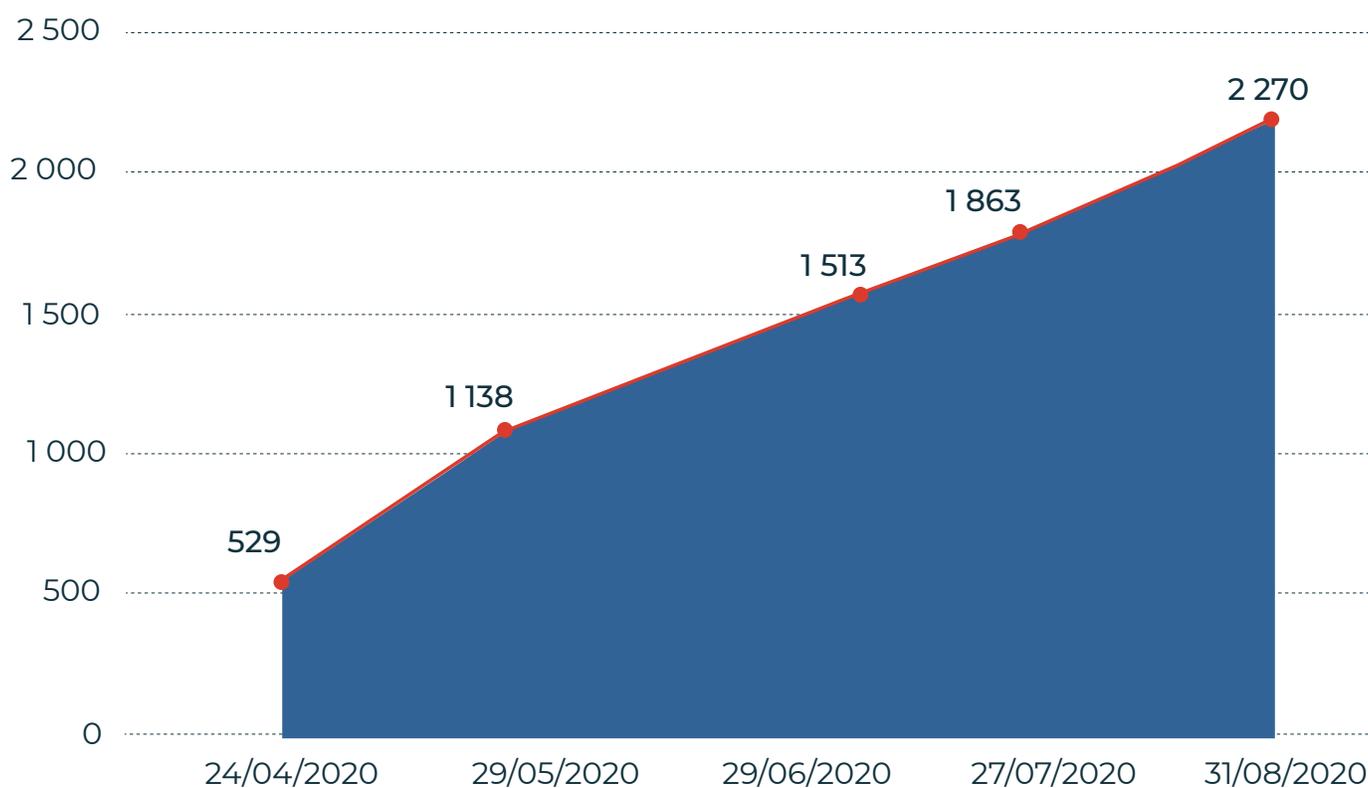
La mayoría de estos fallecimientos se produjeron en los estados de Nueva York,¹¹ California, Illinois, Arizona y Texas, con un total acumulado para el 31 de agosto de 2020 de 1 701 casos. Estos cinco estados concentraron 74.9% del total de fallecimientos de personas mexicanas por COVID-19 en un periodo de cinco meses (abril-agosto) (véase el Mapa 1).

⁹ No se consideraron los eventos en los que una o más respuestas indicaba "No especificado", por lo que la suma de los datos puede no coincidir.

¹⁰ Eso se refiere a la "teoría del migrante sano", por la cual se entiende que las personas más sanas son quienes migran, y que, al contrario, quienes padecen alguna enfermedad suelen retornar a su país de origen.

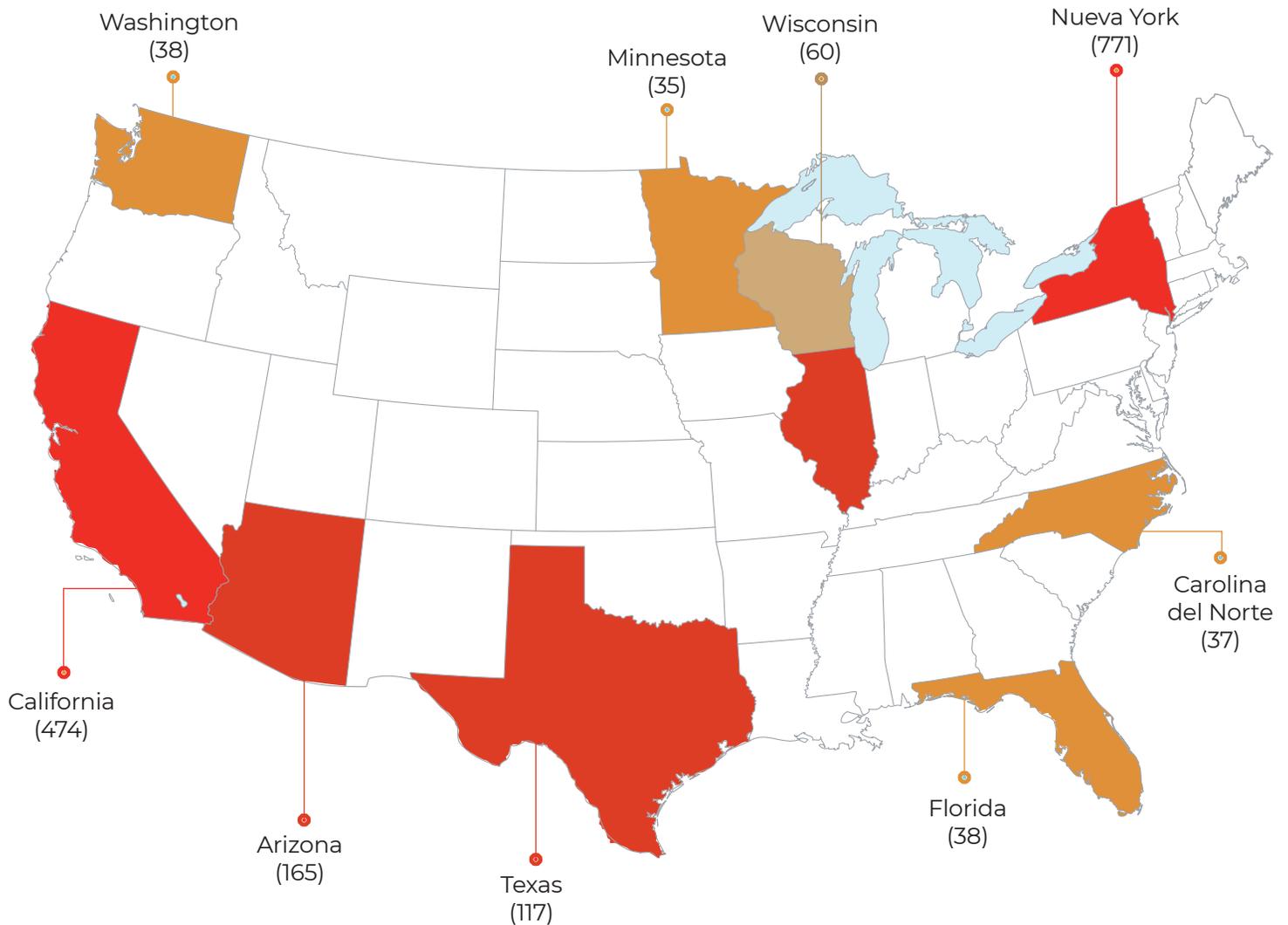
¹¹ Incluyendo Connecticut y los condados de Nueva Jersey.

GRÁFICA 1.
FALLECIMIENTOS DE PERSONAS MEXICANAS
POR COVID-19 EN ESTADOS UNIDOS



Fuente: Elaboración propia con datos reportados a los consulados de la SRE en Estados Unidos, 2020.

MAPA 1. FALLECIMIENTOS DE PERSONAS MEXICANAS POR COVID-19 EN ESTADOS UNIDOS, SEGÚN LOS ESTADOS CON MAYORES REGISTROS



Fuente: Elaboración propia con datos de la SRE, agosto de 2020.

En la presente investigación se ha identificado que la PMMYM exhibe algunas de las comorbilidades asociadas con un mayor riesgo de mortalidad por COVID-19, específicamente diabetes e hipertensión. Entonces, además de los retos inherentes a la falta de acceso a los servicios médicos por ser personas migrantes en Estados Unidos, la PMMYM también puede tener considerables riesgos de desarrollar síntomas graves por COVID-19 debido a la alta prevalencia de estas comorbilidades.

A pesar de ello, hay una limitada información con relación al número de casos de contagio y fallecimiento de las personas mexicanas en Estados Unidos. Esta situación plantea la necesidad de conocer los impactos de la COVID-19 sobre las personas migrantes, especialmente en lo relativo a la presencia de comorbilidades o si enfrentan algún tipo de limitantes para acceder al sistema de salud, para obtener atención médica o para recibir algún tipo de ayuda o prestación gubernamental.

Primer escenario: atención médica en Estados Unidos

La PMMYM entre México y Estados Unidos, a lo largo del tiempo, ha tenido que implementar diversas estrategias de atención médica ante un limitado acceso al sistema de salud en Estados Unidos. Esto ocurre por múltiples motivos –como los elevados costos para la adquisición de un servicio médico privado, la falta de un seguro médico como una prestación laboral o por alguna otra restricción asociada a la situación migratoria.

En un primer escenario, en Estados Unidos, este grupo de personas se caracteriza por poner en marcha tres importantes estrategias de atención médica: 1) los remedios caseros o la automedicación, 2) la consulta médica a distancia o con familiares y 3) los servicios médicos privados o comunitarios.

Los remedios caseros forman parte de la curación tradicional mexicana, cuyas prácticas, como advierte De los Santos (2020), “son medicina de supervivencia. Los primeros migrantes mexicanos que llegaron al área de Chicago sobrevivieron la vida en los vagones de carga durante inviernos duros con remedios caseros como té, masajes y ungüentos”. La medicina tradicional surge como un recurso para quienes enferman en Estados Unidos (Fagetti, *et al.*, 2012) y cuyos elementos, como hierbas medicinales, infusiones, ungüentos, aceites y otros productos, pueden comprarse en negocios, pequeños expendios natu-

ristas, tiendas mexicanas o zonas comerciales donde confluyen poblaciones de origen latino.

Estos remedios también han sido utilizados por algunas personas migrantes para hacer frente a los síntomas y malestares de la COVID-19. En algunos casos, es “el único medio para tratar de paliar el virus [a través de] remedios naturales aprendidos en la tierra de origen, como eucalipto, canela y otras especias, así como algunos medicamentos básicos” (Ramos, 2020), cuya efectividad contra esta enfermedad no está comprobada.

Da evidencia de ello el testimonio de Joan M. Solís, quien antes de ser ingresado al hospital optó por tomar té, realizar gárgaras de agua con sal, usar paños húmedos para bajar la temperatura alta y consumir algunos medicamentos para controlar los dolores (Vega, 2020).

Además de los remedios caseros, otra estrategia de atención médica utilizada en Estados Unidos por las personas migrantes en general y por la PMMYM se concentró en los servicios médicos privados o comunitarios. De acuerdo con el análisis de los datos incluidos en la EMIF Norte al respecto, la utilización de los servicios médicos en Estados Unidos está condicionada a dos importantes factores: el acceso a ellos a través de una prestación laboral o contratación de un servicio privado y una situación migratoria regular.

En el primer caso, la mayoría de los eventos asociados a PMMYM con alguna enfermedad tienen acceso a servicios médicos en Estados Unidos a través de un empleador o la contratación de un seguro privado y, en menor medida, mediante el *Medicaid*. Llama la atención que, para el flujo de vía terrestre, el acceso a la atención médica se da principalmente a través de su empleador, mientras que para el flujo de vía aérea se produce mediante un seguro privado (véase la Tabla 2).

TABLA 2. ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS EN ESTADOS UNIDOS DE LOS FLUJOS PROCEDENTES DE ESTADOS UNIDOS, 2017



ATENCIÓN MÉDICA

	Flujos terrestres		Flujos aeropuertos		
	Categoría	Con enfermedad	Sin enfermedad	Con enfermedad	Sin enfermedad
Recibió atención médica en los últimos 12 meses	Sí recibió	56.2%	29.4%	55.1%	39.5%
	No recibió	40.7%	69.5%	44.9%	60.1%
	No responde	3.1%	1.1%	0.0%	0.4%
Derechos a servicios médicos en Estados Unidos	Flujos terrestres		Flujos aeropuertos		
	Categoría	Con enfermedad	Sin enfermedad	Con enfermedad	Sin enfermedad
	A través de su empleador	42.1%	41.2%	28.4%	33.9%
	Seguro privado	31.7%	33.7%	44.2%	38.5%
	<i>Medicare</i>	10.5%	6.2%	14.2%	5.5%
	<i>Medicaid</i>	9.1%	3.4%	4.2%	4.6%
	<i>Medical Assistance</i>	4.6%	5.0%	1.2%	4.0%

Otro aspecto por resaltar es que más de 40% de ambos flujos con alguna enfermedad no recibió atención médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta. Como sugiere la literatura, esto podría estar asociado a la falta en el uso de los servicios médicos entre la población mexicana que sí tiene acceso a la atención médica (Romo y Bojórquez, 2018). El bajo uso de los servicios de salud puede deberse no solo a su alto costo sino también a barreras culturales y lingüísticas.

Como es posible observar con estos datos, existe una fuerte relación entre el acceso al servicio médico y la incorporación al mercado laboral formal. No obstante, ante la pandemia, esta conexión puede verse afectada por algunas estrategias de reducción del número de contagios. Particularmente, se incluye la suspensión parcial y total de varias actividades económicas calificadas como “no esenciales”, sobre todo en los sectores secundario y terciario. Varias de ellas son una importante fuente de trabajo para la población mexicana que reside en Estados Unidos. De acuerdo con Li (2020), el mayor porcentaje de las personas migrantes mexicanas en Estados Unidos se inserta en el sector de la construcción (17%), seguido por el del alojamiento y el entretenimiento (14%), el manufacturero (13%) y el comercio (11 por ciento).

Asimismo, las actividades calificadas como “esenciales”, que están asociadas con necesidades básicas (agricultura, alimentación, salud, labores de cuidado de personas, traslado de personas, bienes y mercancías, limpieza, etc.), también cuentan con una importante participación de población migrante mexicana. Como hace hincapié Arreola (2020), presidente de la Federación de Clubes Michoacanos en Illinois, “[las personas migrantes] fuimos nombrados trabajadores esenciales, no nos podemos quedar en casa, [tenemos] que salir a trabajar”.

No obstante, algunos medios (*La Jornada*, suplemento “Sin Fronteras”, 2020; Brooks, 2020) han seguido las denuncias que varias asociaciones y organizaciones civiles y laborales han manifestado sobre tales trabajos. Señalan que la mayoría de los empleos a los que accede la población migrante se caracteriza por salarios mínimos, falta de seguros médicos y otras prestaciones, además de contar con limitadas medidas de protección sanitaria para el ejercicio de sus labores diarias, aun cuando pueden estar en mayor exposición de contagio. Esto evidencia la forma en que las personas mexicanas en situación migratoria irregular en Estados Unidos son uno de los grupos

más vulnerables, no solo por el constante riesgo de ser detectadas y deportadas, sino que durante la actual administración se han aprobado cambios que limitan severamente sus opciones de acceso a la salud.

De igual forma, las estrategias de mitigación y contención de la covid-19 llevan a suponer que a medida que el mercado productivo frena, se interrumpen procesos y actividades económicas, traduciéndose en desempleo. Como consecuencia, la posibilidad de las personas migrantes mexicanas en Estados Unidos para acceder al servicio médico a través de su empleador también se disipa. Tan solo durante los primeros meses de la crisis por covid-19, la tasa de desempleo de las personas migrantes mexicanas se duplicó, al pasar de 6.2% en marzo a 14.7% durante mayo de 2020 (CONAPO y BBVA, 2020).

Por la excepcionalidad de la crisis sanitaria global por la covid-19, las autoridades migratorias de Estados Unidos han anunciado que todas las personas, incluso las migrantes, deberían buscar atención médica si presentan síntomas y que recibir tratamiento o cuidados preventivos no se traducirá en efectos negativos dentro de las valoraciones de su situación migratoria. Sin embargo, aun cuando las acciones de salud pública podrían no afectar a las personas migrantes, tanto en los hechos como en el discurso, se vive sin duda en un escenario de exclusión y desconfianza en las autoridades. Ello desincentiva el uso de servicios de salud por esta población, particularmente entre las personas en situación migratoria irregular, por temor a ser identificadas y deportadas (Page *et al.*, 2020).

El estancamiento económico asociado a las medidas de mitigación y contención de covid-19, el distanciamiento social y el aumento en las tasas de desempleo en Estados Unidos de los últimos meses permiten ver importantes desigualdades y vulnerabilidades que, directa o indirectamente, afectan a la población mexicana radicada en Estados Unidos.

Como lo sugiere Badillo (2020), tanto la comunidad migrante conformada por aquellas personas

que no tienen documentos migratorios en regla, como los que están en algún estatus de residencia regular, se enfrentan a las consecuencias de la rápida expansión de la pandemia: riesgos de contagio, temor de acudir a hospitales o centros de salud por el temor de ser deportados, recrudecimiento de actos de discriminación, fuertes presiones económicas porque si no trabajan no tienen ingresos, imposibilidad de acceder a los apoyos económicos gubernamentales para enfrentar la emergencia y el asedio de las autoridades migratorias, además del riesgo de contraer el covid-19 en los centros de detención migratoria.

Asimismo, la situación migratoria regular juega un papel esencial para la atención médica, especialmente al considerar que en Estados Unidos la ciudadanía está asociada a contar con un seguro médico. Así, González *et al.* (2008) han identificado que hasta 70% de las personas migrantes con ciudadanía tienen seguro médico, contra 40% de quienes no son ciudadanas.

Esta información evidencia la vinculación del trabajo, la situación migratoria regular y el derecho a la salud. En consecuencia, la falta de un puesto laboral o de documentación deviene en la limitación del acceso a los servicios médicos y al ejercicio del derecho a la salud. Tal escenario se puede exacerbar ante una situación migratoria irregular, la cual restringe la posibilidad de contar con un seguro médico en Estados Unidos, con lo cual las personas migrantes se quedan sin atención médica, más allá de los servicios básicos de los centros comunitarios.

Es decir, las dificultades para acceder a servicios médicos se incrementan considerablemente cuando las personas mexicanas en Estados Unidos están en una situación migratoria irregular y que, por carecer de documentación, son invisibilizadas e, incluso, perseguidas por las autoridades migratorias.¹²

En particular, en el contexto de la pandemia de COVID-19, se han detectado algunos cambios en los lineamientos en Estados Unidos que les dificultan la atención y acceso a servicios médicos o a obtener algún apoyo gubernamental, aun contando con una situación migratoria regular.¹³ Ejemplo de esta situación es la Regla Final de la Carga Pública¹⁴ y el Coronavirus Aid, Relief and Security Act (CARES Act).

En el primer caso, como argumenta Vidal de Haymes (2020):

la carga pública está desalentando personas migrantes y sus familiares que son ciudadanos de inscribirse a programas [sociales]. [...] Uno de siete adultos en familias migrantes evitaron programas de gobierno por miedo de arriesgar su estatus de residencia o el estatus de algún miembro de la familia. Incluso entre adultos de familias migrantes donde todos los miembros de la familia que viven en el hogar son ciudadanos.

Este tipo de medidas altera la forma en que los lineamientos para el acceso a la ciudadanía o residencia son valorados y definidos. Pero también tiende a afectar en las decisiones de las personas migrantes para solicitar algún recurso o apoyo económico o social por parte del Estado por temor a que esto pueda tener un impacto negativo sobre la resolución de su situación migratoria regular o la de sus familiares.

Para Aaron Reichlin-Melnick (EFE, 2020), asesor del American Immigration Council, los cambios en la valoración de la *carga pública* ya no perjudican únicamente a quienes son dependientes de subvenciones financieras, sino que también abarcan los planes de ayuda de alimentos, salud y vivienda, que, en su mayoría, se otorgan a quienes ya poseen un permiso de residencia. Esto genera un obstáculo para que las personas migrantes que requieren de este tipo de apoyos los utilicen, pues podrían tener temor de que ello repercuta sobre su condición migratoria o en los procesos de ajuste de la misma o la de sus familias debido a la *regla de la carga pública*.

En cuanto al CARES Act, cabe señalar que fue aprobado en marzo de 2020 por el Congreso de Estados Unidos y contempla medidas económicas de rescate por más de dos billones de dólares.¹⁵ Una de sus principales intenciones es proteger al público estadounidense de los impactos económicos y de salud por la COVID-19. Se hace a través de asistencia económica directa para personas trabajadoras, familias y pequeños negocios (USDT, 2020).

De acuerdo con un análisis realizado por Chishti y Bolter (2020), las personas inmigrantes no autorizadas –con excepción de quienes cuentan con autorización para trabajar, tales como algunos beneficiarios(as) de la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA) y el Estado de Protección Temporal (TPS)– quedan excluidas de esta ley, sin posibilidad de obtener algún apoyo o beneficio. También descarta a aquellas personas que presentan su declaración de impuestos usando un Número de Identificación Personal del

¹²Tal como se ha señalado en apartados anteriores de esta misma investigación, hay evidencia en la literatura de que las personas en situación migratoria irregular tienen más dificultades para acceder y usar servicios básicos y que, debido a las condiciones de vulnerabilidad, desigualdad y exclusión, esta circunstancia les orilla a aceptar empleos riesgosos o, incluso, de verse imposibilitadas para cumplir con una cuarentena o seguir las recomendaciones epidemiológicas sin poner en riesgo su sustento.

¹³En el caso de los flujos seleccionados en 2017, casi la totalidad de los eventos asociados con alguna enfermedad se caracterizó por contar con un permiso o documentación migratoria (ciudadanía, residencia o visado). En el caso del flujo por vía terrestre, 53% tenía tarjeta de residencia y 45.6% ciudadanía. Para el flujo por vía aérea, el porcentaje de personas con alguna enfermedad que tenía ciudadanía fue mayor, con 52.6%, mientras que 47.1% contaba con tarjeta de residencia.

¹⁴En agosto de 2019, la administración a cargo del presidente Donald Trump publicó una regla final del Departamento de Seguridad Interior (USDHS) para cambiar las políticas de inadmisibilidad por carga pública (*public charge*). Bajo una política migratoria de larga data, las y los oficiales federales pueden negar la entrada a Estados Unidos o efectuar el ajuste a la condición de residencia permanente legal (*green card*) a una persona a quien determinen como *carga pública*. La regla redefine el concepto y expande los programas que el gobierno federal toma en consideración. Se incluyen programas antes excluidos de salud, nutrición y vivienda, como el *Medicaid* para personas adultas no embarazadas. También establece factores que aumentan la probabilidad de que una persona sea considerada una *carga pública*, incluyendo a quienes tienen un ingreso por debajo de 125% de la línea federal de pobreza (26 663 dólares para una familia de tres) (Artiga *et al.*, 2019).

¹⁵El texto de origen en inglés se refiere al término *trillion*, que corresponde al de “billones”, en español (millones de millones). No se debe confundir con el vocablo *billions* que, en español, corresponde a “miles de millones”.

Contribuyente (ITIN)¹⁶ en lugar de un Número de Seguridad Social, o a familias en cuya declaración conjunta uno de sus integrantes presente un ITIN sin importar si tiene ciudadanía o residencia estadounidense.

Esto muestra que las familias mixtas, cuyos integrantes tienen una mezcla diversa de condiciones migratorias, y las personas migrantes en situación irregular son particularmente vulnerables a los efectos económicos de la crisis. Ello es producto tanto de la pérdida de ingresos como de la dificultad para acceder a apoyos o beneficios económicos por parte del gobierno federal.

Para asociaciones como Mexican American Legal Defense and Educational Fund (MALDEF, 2020), la negativa del gobierno federal a aprobar los beneficios de CARES Act a familias mixtas conformadas por personas ciudadanas estadounidenses casadas con personas inmigrantes que no tienen un Número de Seguridad Social es inconstitucional, pues genera en estas familias un proceso de estigmatización al recibir un trato diferenciado y hasta discriminatorio.

En la emergencia de la crisis sanitaria por la COVID-19, este tipo de lineamientos restrictivos hace que las personas migrantes en contexto de movilidad no solo se enfrenten a procesos de exclusión para obtener determinados apoyos y beneficios económicos, sino que también afronten múltiples barreras legales y prácticas para acceder a servicios médicos de atención primaria y preventiva, así como a recibir asesoría médica. Asimismo, contribuye a profundizar las vulnerabilidades y desigualdades por la situación migratoria de esas personas o la de sus familiares.

Ante estas limitantes, como se ha observado, las personas migrantes continúan optando por utilizar remedios caseros o la automedicación; por establecer estrategias de medicina a distancia e, incluso, viajan a la frontera o a su lugar de origen. No obstante, en todos estos casos, el seguimiento adecuado de algunas condiciones de salud es incompatible con un modelo de atención médica esporádica o autogestionada.

Segundo escenario: traslado a México

La atención médica en la frontera entre México y Estados Unidos se ha convertido en una importante alternativa para la atención de la salud de la PMMYM. Por varias décadas, personas migrantes documentadas radicadas en Estados Unidos han cruzado del lado mexicano para tener o dar seguimiento a alguna revisión médica u odontológica o para comprar medicinas (Nigenda *et al.*, 2009; González-Vázquez *et al.*, 2013).

Antes de acudir a los servicios de salud en México o Estados Unidos, las personas migrantes requieren realizar una valoración de la gravedad de la enfermedad y la fecha tentativa de retorno a su localidad de origen. Cuanto más próxima está la fecha de regreso a su comunidad hay menor probabilidad de buscar servicios de salud en Estados Unidos (Nigenda *et al.*, 2009). Asimismo, la decisión puede estar ligada a otros aspectos como las restricciones o facilidades de movilidad, el conocimiento del sistema de salud mexicano y la cercanía geográfica (Bustamante, 2017).

En lo relativo a la PMMYM, llama la atención que, en el caso del flujo por vía terrestre, los eventos asociados a personas con una enfermedad ubican a California (73.3%) y Texas (11.9%) (estados fronterizos) como los principales lugares donde radica la población seleccionada. Ambos estados se encuentran dentro de los primeros lugares en el registro de contagios confirmados dentro de Estados Unidos.

La proximidad geográfica, en el caso de las personas con alguna enfermedad, hace viable una estrategia alternativa a la atención médica al considerar las restricciones de los seguros médicos, los diferenciales de precios y el desarrollo de una demanda de servicios médicos transfronterizos (Manzanares, 2017). Tan solo para 2019, según la Medical Tourism Association, en la región fronteriza norte de México, las cirugías y los tratamientos médicos de especialidad (cardiología,

¹⁶ Es un número de tramitación de impuestos emitido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) a aquellas personas que no tienen ni reúnen los requisitos para obtener un Número de Seguridad Social pero que tienen la obligación de proporcionar un número de identificación para los impuestos federales (IRS, 2020).

oftalmología, oncología, odontología y cirugía estética, entre otros) eran entre 40 y 80% más baratos con relación a Estados Unidos, de donde provenía alrededor de 80% de las personas que viajan a la zona por motivos de salud.

Si se considera el contexto de la pandemia de COVID-19, esta dinámica en los movimientos fronterizos se ha visto paralizada por diferentes restricciones a la movilidad regional y el cierre parcial de fronteras. En la frontera entre Estados Unidos y México, desde marzo de 2020, se restringieron los viajes no esenciales,¹⁷ con el fin de permitir que los viajes esenciales continuaran, a la par de reducir la propagación del virus en ambos países (SRE, 2020b).

Desde esta perspectiva, como argumenta Bojórquez (2020), los movimientos a través de las fronteras llegaron a observarse más como un riesgo a la salud por considerarse como un vector de transmisión de enfermedades, lo cual, sin embargo, desestima las necesidades de atención que requieren las personas migrantes y quienes se encuentran en movilidad. En este sentido, al menos cuatro millones de personas mexicanas residentes en ciudades fronterizas del lado de Estados Unidos se han visto afectadas por la restricción de viajes no esenciales. En la práctica, se invalidó el visado que permite cruces cortos para visitar a familiares, recibir atención médica o hacer compras en México. Por consiguiente, esto tiene fuertes repercusiones para el sector de servicios, el comercio, la industria y la agricultura (Reuters, 2020) en ambos lados de la frontera.

Un ejemplo de ello es el estado de Baja California. De acuerdo con su Secretaría de Economía Sustentable y Turismo (SEST), de generar 500 millones de dólares al año a través de 190 clínicas y 4 000 cruces diarios por la aduana, su operatividad cayó a 10% o menos durante las medidas aplicadas para la mitigación y contención de la COVID-19, a excepción de Mexicali y Tijuana, cuyas funciones representan alrededor de 20% asociado a los servicios de medicina regenerativa y atención a enfermedades crónicas como cáncer o traumatología (De León, 2020).

Esta diferencia en la operatividad podría estar asociada, de acuerdo con Gilberto Leyva, presidente del Comité de Turismo y Convenciones de Tijuana (COTUCO), a que “las personas que tienen enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, hipertensión, entre otras, son las que mayormente se están atendiendo, dado que son más vulnerables al COVID-19” (Villa, 2020).

Sin embargo, en su paso a través de la frontera, este grupo de personas no solo debe enfrentarse a un número reducido de garitas disponibles y horarios

acotados para su tránsito, sino que también durante su proceso de movilidad puede afrontar mayores riesgos de exposición a contagio o sufrir discriminación al considerarse como agente de riesgo para la salud.

Estas creencias han despertado algunas inquietudes y manifestaciones por parte de habitantes de la frontera norte, quienes con letreros de “Quédate en casa” o “Exigimos el cierre de la frontera”, han manifestado su descontento ante los cruces fronterizos procedentes de Estados Unidos y han expresado su interés por restringir las entradas a México, sobre todo aquéllas con fines turísticos, médicos o para la compra de víveres (*Síntesis*, 2020).

Ante el cierre parcial de fronteras, restricciones a la movilidad y énfasis de las poblaciones móviles como sujetos de riesgo a la salud, la PMMYM puede verse no solo en la necesidad de aplazar sus revisiones médicas en la zona límite con Estados Unidos o ampliar su tiempo de estancia en esta área, sino también debe declarar y justificar su viaje como *esencial por motivos de salud*.

Tal práctica no ha sido común a lo largo de la historia de los movimientos entre México y Estados Unidos. De acuerdo con datos de la EMIF Norte 2017, solo en alrededor de 1% de los eventos correspondientes a los flujos terrestres y aéreos se señaló tener a la atención de la salud como principal motivo de movilidad entre México y Estados Unidos. En la mayoría de los registros se indicó como motivo primordial la visita de familiares, amistades o eventos sociales o religiosos (véase la Tabla 3). Ante ello, puede inferirse que las visitas a la frontera por motivos médicos no siempre llegan a ser declaradas y pueden pasar inadvertidas o contabilizadas en términos de turismo, visitas familiares o compras.

Como se observa en los datos, se debe considerar que estas respuestas podrían tener implícitos otros motivos subyacentes. En algunos casos, durante sus visitas a México, la PMMYM sería susceptible de buscar consultas médicas, adquirir medicamentos o, inclusive, realizarse intervenciones quirúrgicas (González-Vázquez, 2013) que en Estados Unidos pudieran conllevar elevados costos. De igual forma, los vínculos familiares en México y las barreras culturales y de comunicación pueden ser otros motivos para que opten por acudir a los servicios de salud en su país de origen (De la Sierra *et al.*, 2016).

En cuanto a la atención médica en sus comunidades de origen, el retorno (temporal o definitivo) puede convertirse en otra opción para que las personas migrantes satisfagan algunas necesidades de salud, sobre todo cuando no cuentan con acceso a estos

¹⁷ Los viajes “no esenciales” incluyen aquellos que se consideran de naturaleza turística o recreativa.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DEL REGRESO DE PERSONAS MEXICANAS PROCEDENTES DE ESTADOS UNIDOS, 2017

REGRESO A MÉXICO					
	Categoría	Flujos terrestres		Flujos aeropuertos	
		Con enfermedad	Sin enfermedad	Con enfermedad	Sin enfermedad
Principal razón de regreso	Visitar familiares, amistades, evento social o religioso	96.6%	91.5%	96.1%	94.9%
	Viajar o trabajar en México, establecer un negocio	1.7%	1.7%	1.7%	2.8%
	Motivos de salud	1.1%	2.9%	1.0%	0.3%
	Otra razón	0.4%	3.9%	1.2%	2.0 %
	No responde, no sabe, no especificado	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%
Seguridad social en México	Sí	6.3%	6.4%	2.1%	1.9%
	No	93.7%	93.6%	97.9%	98.1%
Tiempo en que piensa regresar a Estados Unidos	Horas	0.7%	0.2%	0.0%	0.2%
	Días	64.6%	60.6%	45.9%	54.4%
	Semanas	22.8%	27.2%	37.2%	36.4%
	Meses	6.8%	8.0%	16.1%	7.4%
	No responde, no sabe, no especificado	5.0%	4.0%	0.7%	1.5%

servicios en Estados Unidos (Wallace *et al.*, 2009; Su *et al.*, 2014).

Más allá de las limitantes extraordinarias y temporales por la pandemia, al considerar los resultados de los flujos por vías terrestre y aérea, se observa que ambas estrategias podrían seguir limitadas por la falta de acceso al sistema de salud mexicano, ya que solo 1 de cada 10 personas connacionales radicadas en Estados Unidos que visita México cuenta con seguridad social, lo cual revela un problema de fondo en el sistema nacional de salud.

Ante el panorama actual de movilidad internacional restringida por la pandemia de COVID-19 y al contar únicamente con acceso a servicios de salud en Estados Unidos, la PMMYM podría verse en una condición de vulnerabilidad en México al no poder acceder al sistema de salud para recibir tratamiento para otro tipo de padecimientos, a pesar de ser nacionales mexicanos(as).

Tercer escenario: visitas cortas a México

Un elemento importante por resaltar de los eventos analizados para la PMMYM es la constante movilidad entre ambos países. En el caso del flujo por vía terrestre, alrededor de dos terceras partes de los movimientos asociados a personas con alguna enfermedad mantienen periodos de visita a México de pocos días. Para el flujo por vía aérea disminuye al representar un poco menos de la mitad de los movimientos.

Asimismo, alrededor de 50% del flujo por vía terrestre se caracteriza por permanecer en Estados Unidos por periodos relativamente cortos (hasta seis meses). Ello contrasta con el flujo por vía aérea, ya que solo 26.4% tiene estancias cortas en Estados Unidos menores a seis meses, mientras que 44.5% del flujo tiene un promedio de entre 1 y 5 años en su última estancia. Esta información puede referir una constante movilidad en la región fronteriza México-Estados Unidos por parte de personas con alguna enfermedad.

A partir de la información y los datos recabados de la población objetivo es necesario que en los sistemas de salud se considere la historia migratoria de las personas atendidas. La movilidad de PMMYM entre Estados Unidos y México requiere esquemas integrales de atención en ambos países, mediante la protección en el exterior y la atención en México ante un posible retorno temporal o voluntario.

Además, en un escenario de retorno a México, es probable que las personas en contexto de movilidad desconozcan su propio estado de salud, pues no tuvieron acceso a la atención o seguimiento médico

o, bien, difícilmente tuvieron cuidados básicos o preventivos durante su estancia migratoria. Esta situación también podría tener consecuencias en su retorno y proceso de reinserción en México, ya que es posible que desconozcan el funcionamiento del sistema de salud nacional y el modo de acceder al mismo, o bien, porque tienen años de radicar en otro país y les es ajeno o porque el sistema sufre cambios de manera constante.

Con el contexto actual en el que la pandemia de la COVID-19 ha generado fuertes retos para el sector salud en ambos países, la vulnerabilidad social de las personas migrantes aumenta. Esto es especialmente notorio ante la limitación a la movilidad interna e internacional, lo que ha orillado a que varias personas en situación de movilidad deban prolongar sus visitas cortas y enfrentarse a un retorno temporal, aunque no necesariamente voluntario, al quedarse varadas en sus lugares de origen o visita.

Un ejemplo de ello, como documenta Silva (2020), son las experiencias de la familia Vaquero, para quienes “la mitad de su vida se quedó en Estados Unidos y la otra en su pueblo”. Ante la restricción de los viajes entre Estados Unidos y México, así como del incremento de contagios por COVID-19, algunas personas migrantes tuvieron que prolongar su estancia en México con el fin de minimizar el riesgo de enfermarse por el virus. Tal es el caso de Baltazar Vaquero, quien se identificó a sí mismo dentro de los grupos de riesgo al narrar que él sabía que la COVID-19 “venía para los mayores de edad, los que estaban propensos a azúcar o presión arterial, y yo tengo esos síntomas”. Ante ello, se vio en la necesidad de postergar su viaje de regreso a Estados Unidos, lugar en el que radica (Silva, 2020).

Otra arista de esta compleja situación tiene que ver con procesos de discriminación o exclusión de las personas migrantes mexicanas en retorno a sus comunidades. Por ejemplo, se han registrado casos de personas migrantes mexicanas que han optado por volver a sus comunidades desde Estados Unidos y que se han enfrentado a un rechazo social por temor al contagio. En ocasiones se les permite la entrada a las comunidades, bajo el entendido de acceder a un aislamiento de dos semanas, aunque en otras coyunturas se les excluye (Bellinghausen, 2020).

Esto exacerba, aún más, las condiciones de vulnerabilidad de las personas migrantes en retorno, pues no tienen manera de acceder a servicios o de recibir la protección de sus redes de apoyo. Por lo tanto, la atención tras el retorno cobra relevancia si se considera que varias de estas personas se verán obligadas

a dejar sus hogares en Estados Unidos para reducir el riesgo de contagio o como consecuencia de los efectos económicos de la pandemia.

Reflexiones y recomendaciones de política pública

A partir de lo encontrado en la literatura sobre salud y migración, así como de los datos obtenidos en la EMIF Norte sobre la población mexicana, migrante y móvil (PMMYM) entre México y Estados Unidos, es importante recuperar los retos que estas personas enfrentan.

Como se puede observar en los tres escenarios analizados (I. En Estados Unidos, II. Traslado a México y III. Durante visitas cortas a México), hay importantes factores no siempre visibles para el acceso a la atención médica por parte de las personas migrantes. En el caso de la PMMYM, estas limitaciones o posibilidades estarían asociadas a otros factores como su situación migratoria, ubicación geográfica y disponibilidad de los servicios de salud. A su vez, el entramado institucional en ambos países (lineamientos de elegibilidad para programas sociales o seguros médicos y acceso al sistema de salud) también puede influir en el uso de las estrategias y en el acceso a la atención médica a través de alguno de tales escenarios.

Por ende, es imprescindible que las políticas públicas y programas gubernamentales contemplen las necesidades de salud física y mental de esta población en ambos lados de la frontera. Asimismo, la respuesta pública debería ayudar a reducir los rezagos en la atención y acceso a la salud, que se continúe brindando protección a connacionales en Estados Unidos y que ellas y ellos puedan ejercer en México plenamente su derecho a la salud.

En primera instancia, es necesario reconocer que la información vertida en este documento refleja los datos disponibles hasta 2017 para la población objetivo, en parte por la ausencia de instrumentos específicos de recolección de datos sobre la salud de estas personas. Esto tiene algunas implicaciones, entre ellas la necesidad de seguir generando información sobre el perfil y situación que viven las personas migrantes para contribuir a su atención. Dado el contexto sanitario global actual, se requiere producir insumos para identificar tendencias de mediano y largo plazos, además de estrategias que correspondan a las coyunturas en la atención de estos rezagos históricos.

Si bien ello implica un reto para el diseño, planeación e implementación de políticas públicas que atiendan a estas personas, sí deja en claro la necesidad de continuar generando instrumentos que permitan

identificar las necesidades de salud de las personas migrantes considerando las diferentes etapas de su movilidad. Es necesario resaltar que, hasta ahora, esto se limita únicamente a algunos módulos dentro de encuestas especializadas, como la EMIF Norte.

A pesar de las limitantes, a partir de la información y de la literatura, ha sido posible identificar algunos retos generales en ambos países, como la falta de acceso a servicios de salud debido a que las personas no tienen cobertura o no cuentan con la información necesaria para acceder a la atención médica, por ser una población móvil o, incluso, de virtual inmovilidad debido al cierre de fronteras y a la suspensión de actividades productivas.

Por un lado, durante la estancia en el país de destino, las personas migrantes pueden encontrarse ante diversos obstáculos, incluso médicos y sanitarios. Las desigualdades socioeconómicas debido a la situación migratoria de muchas personas mexicanas en Estados Unidos han producido diferentes formas de desventajas acumulativas que se traducen en un empeoramiento más acelerado de su salud y la de sus hijos o hijas, en comparación con otros grupos a lo largo del tiempo, en parte por un acceso mucho menor a los servicios médicos (Beltrán y Riosmena, 2017).

En una revisión de la literatura realizada por Ornelas, Yamanis y Ruiz (2020), hay evidencia de que las personas en situación migratoria irregular, quienes viven en ambientes donde le temen a la deportación debido a las políticas restrictivas, son menos propensas a acceder a servicios de salud, tienen dificultades para seguir las recomendaciones de sus médicos(as) y muestran más síntomas de depresión y ansiedad que sus contrapartes en una situación migratoria regular.

Esta problemática se profundiza al considerar los cambios y ajustes en los esquemas de salud que se han dado en ambos países en años recientes. Particularmente, en el caso de Estados Unidos, algunos programas públicos que habían sido fuentes importantes de acceso para las personas migrantes han sufrido notables cambios, mientras otros han sido cancelados o se ha limitado el acceso a las personas migrantes, incluso ante situaciones excepcionales como la pandemia de la COVID-19.

Entre estas posibilidades se encontraban la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Accesible (también conocida como *Obamacare*) y *Medicaid*. Los cambios en este tipo de programas han hecho que las opciones de las personas migrantes para ejercer su derecho a la salud sean extremadamente limitadas, creando una situación que profundiza su vulnerabilidad social. Ello también podría ser la antesala al retorno

de personas mexicanas cuyo estado de salud empeoró en Estados Unidos y que, al volver a México, tampoco cuentan con opciones viables y podrían enfrentar, en consecuencia, un retorno hostil, al ser consideradas un riesgo a la salud por venir de Estados Unidos.

A su regreso, las personas mexicanas migrantes se enfrentan con las dificultades de un sistema de salud segmentado. Por un lado, el sector público está constituido por instituciones de seguridad social para quienes laboran en la economía formal: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina. Por el otro lado, el resto de la población podría acceder a servicios médicos a través de la Secretaría de Salud y del Seguro Popular¹⁸ (De la Sierra *et al.*, 2016).

A partir de esta nueva administración federal surgió el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), en sustitución del Seguro Popular. El INSABI comenzó operaciones en enero de 2020 y es un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud que brinda servicios de salud gratuitos a las personas que en México no cuentan con seguridad social y no es necesaria una afiliación ni pago de cuotas. Ante la situación actual por la pandemia, es crítico difundir ampliamente esta información.

Si bien el acceso ya no requiere de una afiliación, la falta de documentos de identidad mexicanos sí puede ser una limitante para las personas migrantes, complicando aún más la entrada a un sistema sanitario segmentado y en constante cambio. Para atender estas necesidades, es preciso que las personas migrantes cuenten con la información adecuada y oportuna para obtener los documentos probatorios de su nacionalidad mexicana. Las alteraciones en los procedimientos, presupuesto y nomenclatura de los apoyos y programas dificultan que estas personas tengan conocimiento de los beneficios e instituciones a su servicio en México.

Lo anterior puede imposibilitar que se identifique la preexistencia de condiciones de salud que requieran una atención específica, tanto por las autoridades

como por la propia persona. No se les realizan pruebas ni se recolecta información de manera oficial sobre su estado de salud, dejando nuevamente a la persona migrante sin la orientación, seguimiento o cuidado médico que podría necesitar.

Asimismo, la falta de información puede traducirse en una infravaloración del riesgo de contagio de la COVID-19, o las personas, incluso, llegan a desconocer la existencia de comorbilidades y otros factores de riesgo para su salud.

Resulta claro que las personas migrantes raramente son incluidas dentro de la población objetivo de las políticas públicas nacionales. Cambiar esta situación permitirá visibilizar sus necesidades y ejercer sus derechos, ya sea que estén en territorio nacional temporalmente antes de volver a Estados Unidos (o cualquier otro país) o que deseen reintegrarse a México de forma permanente.

Usar un enfoque interseccional puede mejorar el entendimiento sobre cómo la estigmatización por COVID-19 confluye con elementos tales como género, etnia, situación migratoria, seguridad de vivienda, estado de salud y otras identidades. Equilibrar las tensiones entre la mitigación de la estigmatización con la prevención y contención de la COVID-19 puede ayudar a generar estrategias inmediatas y de largo plazo para construir empatía y justicia social en estos contextos (Logie, 2020).

Asimismo, hay una amplia diversidad de políticas y respuestas comunitarias a la salud migrante en Estados Unidos y en México. No obstante, tales acciones se encuentran dispersas y sin conexión entre los diversos sectores que las originan. Existe, en consecuencia, la necesidad de tener una política unificadora que fomente la coordinación entre acciones, sectores, gobiernos y comunidades (González *et al.*, 2008). Sin duda, también se ha enfatizado en la necesidad de construir esquemas binacionales de acceso a la salud, que les permitan a las personas ejercer plenamente sus derechos en ambos lados de la frontera.

Por ende, la colaboración binacional constituye un tema clave no solo para la identificación y control de algunas enfermedades, sino también para contribuir

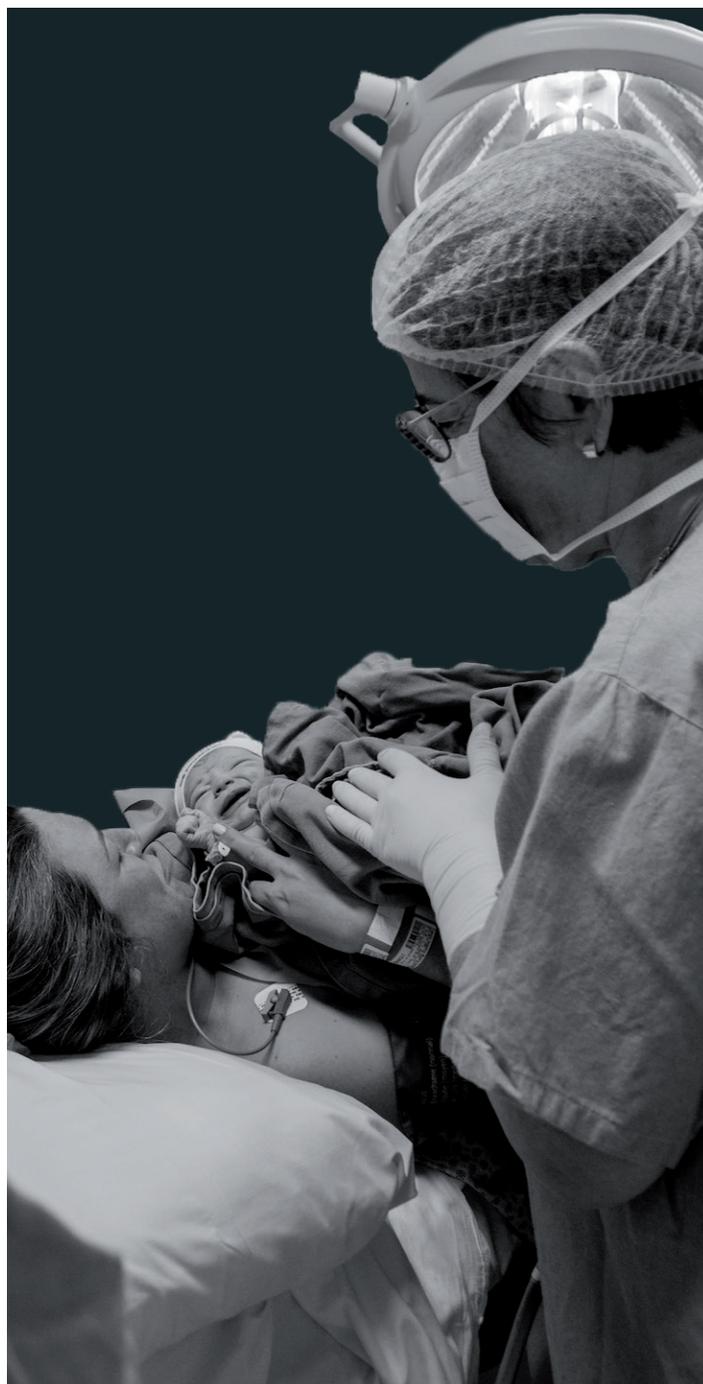
¹⁸ El Seguro Popular fue un sistema médico voluntario creado en 2003 por el gobierno federal, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios médicos a la población sin seguridad social y disminuir los catastróficos gastos en este rubro. La atención de las personas afiliadas se otorgaba en las unidades de la Secretaría de Salud. El sector privado también participaba pues atendía a todos los sectores de la población. Las personas migrantes de retorno tienen predilección por estos servicios (De la Sierra *et al.*, 2016).

en su prevención, atención, seguimiento, monitoreo y cuidado. Si bien es necesario continuar e incluso ampliar el trabajo de prevención y educación para la salud que se realiza en Estados Unidos a través de las Ventanillas de Salud de los consulados mexicanos, no es suficiente. También es importante que las personas migrantes tengan acceso a atención médica primaria y seguimiento para sus condiciones de salud y, así, complementar la oferta de los centros comunitarios.

Para conseguir que las personas migrantes, incluyendo a la PMMYM, puedan ejercer plenamente su derecho a la salud en México, es necesario avanzar en los objetivos del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Particularmente, en el establecimiento de mecanismos para la portabilidad de la seguridad social, del historial médico y de las prestaciones en la materia entre ambos países. Esto implicaría la posibilidad de compartir no solamente medios de acceso a los servicios médicos, sino también contar con instrumentos compartidos (como fondos de bienestar o de jubilación).

La colaboración binacional siempre ha sido necesaria para que las personas mexicanas en situación de movilidad entre ambos países tengan acceso a los cuidados básicos y que puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, no solo en el extranjero sino en su propio país. La pandemia por la COVID-19 ha evidenciado una serie de problemas estructurales que históricamente han puesto en riesgo y hasta deteriorado el estado de salud de la PMMYM.

De no contar con programas que hagan valer los derechos a la salud de las personas mexicanas en contexto de movilidad entre Estados Unidos y México, se genera un proceso de exclusión en ambos países, donde las situaciones de vulnerabilidad no pueden superarse y seguirán obstaculizando el acceso y ejercicio del derecho a la salud de estas personas, antes, durante y después de fenómenos extraordinarios como esta pandemia.



Referencias

- Abraído-Lanza, A. F., Sandra E. Echeverría y Karen R. Flórez (2016). "Latino Immigrants, Acculturation, and Health: Promising New Directions in Research". En *Annual Review of Public Health*, 37, 219-236. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735431/>
- Agenda Migrante (2020). Conversatorio "Indocumentados en Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19: obstáculos en el acceso a servicios de salud". Disponible en https://www.facebook.com/AgendaMigranteOficial/videos/2662396520698529/?__so__=channel_tab&__rv__=all_videos_card
- Artiga, S., Rachel Garfield y Anthony Damico (2019). "Estimated Impacts of Final Public Charge Inadmissibility Rule on Immigrants and Medicaid Coverage". En *Disparities Policy*. Disponible en <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/estimated-impacts-of-final-public-charge-inadmissibility-rule-on-immigrants-and-medicaid-coverage/>
- Badillo, Diego (4 de abril de 2020). "COVID-19 acentúa vulnerabilidad de migrantes en Estados Unidos". *El Economista*. Disponible en <https://www.eleconomista.com.mx/politica/COVID19-acentua-vulnerabilidad-de-migrantes-en-Estados-Unidos-20200404-0009.html>
- Bárcena Coqui, Martha (12 de junio de 2020). "COVID-19: la comunidad mexicana en Estados Unidos". *El Economista*. Disponible en <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/COVID-19-la-comunidad-mexicana-en-Estados-Unidos-20200607-0048.html>
- Beltrán-Sánchez, H. y Fernando Riosmena (2018). "Capítulo IV. Desigualdades socioeconómicas en el riesgo de contraer enfermedades crónicas entre mexicanos residentes en EE. UU., sus contrapartes estadounidenses, y aquellos que viven en México". En Consejo Nacional de Población (CONAPO) (Ed.), *Migración y salud. Reflexiones y retos sobre la salud de la población migrante* (pp. 51-66). México: CONAPO-Secretaría de Gobernación. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/390663/Migraci_n_y_salud_2017_web_final.pdf
- Bellinghausen, H. (16 de abril de 2020). "Pueblos rechazan a migrantes provenientes de EE. UU. tras huir del COVID-19". *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/16/rechazan-a-migrantes-provenientes-de-eu-tras-huir-del-covid-19-3613.html>
- Brooks, D. (21 de mayo de 2020). "Trabajadores 'esenciales, pero desechables', al rescate de EE. UU.". *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/05/21/trabajadores-esenciales-pero-desechables-al-rescate-de-eu-5074.html>
- Castañeda, H., Seth M. Holmes, Daniel S. Madrigal, María Elena DeTrinidad Young, Naomi Beyeler y James Quesada (2015). "Immigration as a Social Determinant of Health". *Annual Review of Public Health*, 36, 375-392. Disponible en <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *COVID-19 in Racial and Ethnic Minority Groups*. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/racial-ethnic-minorities.html>
- Chishti, M. y Jessica Bolter (2020). "Vulnerable to COVID-19 and in Frontline Jobs, Immigrants are Mostly Shut Out of U.S. Relief". Migration Policy Institute (MPI). Disponible en <https://www.migrationpolicy.org/article/covid19-immigrants-shut-out-federal-relief>
- El Colegio de la Frontera Norte, Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Consejo Nacional de Población, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Relaciones Exteriores, Secretaría de Bienestar (2017). (Coeds.) *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte). "Metodología". México: Coeditores. Disponible en <https://www.colef.mx/emif/pobjetivo.html>
- (2017). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México* (EMIF Norte). "Migrantes Procedentes de Estados Unidos vía aérea, 2017". México: Coeditores. Disponible en <https://www.colef.mx/emif/basescuestionarios.html>
- El Colegio de México-Coordinación de Educación Digital/Colmex Digital (2018). Cápsula "Migración de retorno y salud" Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=SE2uZSv3lWw>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] y Banco Bilbao Vizcaya [BBVA]. (2020). "4. Acciones y política migratoria de Estados Unidos". *Anuario de migración y remesas. México 2020*. México: Coeditores.
- (2019). "4. Acciones y política migratoria de Estados Unidos". *Anuario de migración y remesas. México 2019*. México: Coeditores. Disponible en <https://www.bbvaesearch.com/publicaciones/mexico-anuario-de-migracion-y-remesas-2019/>
- De la Sierra de la Vega, L. A., Miguel Ángel González Block, Yetzi Rosales Martínez y Juan Carlos Cruz Valdez (2016). "La salud como motivo de retorno de migrantes a México", pp. 119-133. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/286780694.pdf>
- De León, Nicolle (26 de abril de 2020). "Golpea COVID-19 a turismo médico en BC". *El Imparcial*. Disponible en <https://www.elimparcial.com/mexicali/mexicali/Golpea-duro-pandemia-al-turismo-medico-20200425-0009.html>
- De los Santos, Laura (22 de abril de 2020). "Remedios caseros: la curación tradicional significa plantas, rezos y manos para sanar". *South Side Weekly* (newsletter). Disponible en <https://southsideweekly.com/remedios-caseros-la-curacion-tradicional-significa-plantas-rezos-y-manos-para-sanar/>
- EFE (25 de febrero de 2020). "Nueva decisión de Trump sobre visas preocupa a migrantes". *El Tiempo*. Disponible en <https://www.eltiempo.com/mundo/eeuu-y-canada/trump-veta-a-inmigrantes-que-sean-una-carga-publica-para-el-pais-465664>
- Fagetti, A., Rivermar, M.L, D'Aubeterre, M.E. (2012). "Migración transnacional y medicina tradicional. Otomíes de San Pablito Pahuatlán, Puebla, en Carolina del Norte". *Anales de Antropología*, 46. Disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/30947/pdf>
- González Block, Miguel Ángel, Sylvia Becker-Dreps, Luz Angélica de la Sierra de la Vega, Pamela York Frasier, Sydney L. Gardner, Luz María González Robledo, Mark A. Grey, Juan Carlos Olivares, Scott S. Robinson y Michele Yehieli (2008). *Salud migrante. Propuesta de un seguro binacional de salud*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp35.pdf
- González-Vázquez, T., Cristian Armando Torres-Robles y Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte (2013). "Utilización transnacional de servicios de salud por parte de los migrantes mexicanos en Estados Unidos". *Salud Pública de México*, Vol. 55. Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5152/10144>
- Internal Revenue Service [IRS]-Department of Treasury (2020). Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN). Disponible en <https://www.irs.gov/es/individuals/individual-taxpayer-identification-number>
- Leyva Flores, René, Frida Quintino y Luis Mora (2011). "Introducción". En Leyva Flores, René, y Germán Guerra y Guerra (Eds.). *Fronteras y salud en América Latina: migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva*. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Disponible en https://www.researchgate.net/publication/291347646_Fronteras_y_salud_en_America_Latina_Migracion_VIH-SIDA_violencia_sexual_y_salud_sexual_y_reproductiva
- Li, Juan José (2020). "Pese al COVID-19 las remesas a México continúan creciendo: discerniendo posibles argumentos y explicaciones". *Brújula Ciudadana*. Disponible en <https://www.revistabrujula.org/b119-pese-a-covid-remesas-mx-siguen>
- Logie, Carmen H. y Janet Turan (2020). "How Do We Balance Tensions Between COVID-19 Public Health Responses and Stigma Mitigation? Learning from HIV Research". *AIDS and Behavior*, 24, 2003-2006. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02856-8>
- Mexican American Legal Defense and Educational Fund [MALDEF] (2020). "MALDEF Sues Federal Government Over Denial of COVID-19 Relief to Mixed-Status Married Couples". Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en

- <https://www.maldef.org/2020/04/maldef-sues-federal-government-over-denial-of-covid-19-relief-to-mixed-status-married-couples/>
- Manzanares Rivera, José Luis (2017). "¿Es importante la frontera en el debate sobre cobertura de salud? Un análisis de la localización de los proveedores de servicios médicos en el lado mexicano de la frontera". *Estudios Fronterizos* (18) 33, 151-168. <https://doi.org/10.21670/ref.2017.36.a07>
- Medicaid (2020). Medicaid.gov. Keeping America Healthy. Consultado el 29 de abril de 2020. Disponible en <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>
- National Association of Community Health Centers [NACHC] (2019). "What is a Community Health Center?" Consultado el 15 de mayo de 2020. Disponible en <http://www.nachc.org/about/about-our-health-centers/what-is-a-health-center/>
- Nigenda, Gustavo, José Arturo Ruiz-Larios, Rosa María Bejarano-Arias, Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal y Pastor Bonilla-Fernández (2009). "Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud". *Salud Pública de México*, 51(5), 407-416. Consultado el 12 de mayo de 2020. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-363420090005000008&lng=es&tng=es.
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (s.f.). "Migrantes saludables en comunidades saludables". *Migración y Salud*. Disponible en <https://www.iom.int/es/migracion-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (20 de abril de 2020). *Orientación internacional para la certificación y clasificación (codificación) del COVID-19 como causa de muerte*. Disponible en <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097690/orientacion-causa-de-muerte-covid-19-270420.pdf>
- (2020a). "Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)". Consultado el 7 de julio de 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- (19-24 de mayo de 2008). *61a. Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones/Anexos*. Ginebra: Autor. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (11 de julio de 2018a). *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*. Disponible en https://refugeemigrants.un.org/sites/default/files/180711_final_draft_0.pdf
- (30 de julio de 2018b). *Proyecto de documento final de la Conferencia*. Conferencia Intergubernamental encargada de Aprobar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Disponible en <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c0eac944.pdf>
- Ornelas, I., Tesmina J., Yamanis, y Raymond A. Ruiz (2020). "La salud de los inmigrantes latinx indocumentados: lo que sabemos y direcciones futuras". *Annual Review of Public Health*, 41, 289-308. Disponible en <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094211>
- Page, Kathleen, Maya Venkataramani, Chris Beyrer y Sarah Polk (2020). "Undocumented U.S. Immigrants and COVID-19". *New England Journal of Medicine*, 382 (21), e62. Disponible en <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005953>
- Passel, Jeffrey, y D'Vera Cohn (12 de junio de 2019). "Mexicans decline to Less than Half the U.S. Unauthorized Immigrant Population for the first time". Washington: Pew Research Center. Disponible en <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/12/us-unauthorized-immigrant-population-2017/>
- Ramos, Antonieta (5 de junio de 2020). "Saúl, migrante indígena, narra cómo se vive la pandemia en Nueva York". *Unotv.com*. Disponible en <https://www.unotv.com/noticias/portal/internacional/detalle/migrantes-indigenas-en-nueva-york-coronavirus-infecta-sueno-americano-289921/>
- Redacción (26 de marzo de 2020). "Ahora los mexicanos niegan el acceso a los estadounidenses". *Síntesis*. Disponible en <https://sintesis.com.mx/2020/03/26/ahora-los-mexicanos-niegan-el-acceso-a-los-estadounidenses/>
- Redacción "Sin Fronteras" (12 de junio de 2020). "Demandan a Donald Trump alivio legal migratorio para trabajadores 'esenciales' ". *La Jornada Sin Fronteras*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/sin-fronteras/2020/06/12/demandan-a-donald-trump-alivio-legal-migratorio-para-trabajadores-20cesenciales20id-1633.html>
- Reuters (31 de marzo de 2020). "Paraliza el coronavirus la frontera México-EE. UU., la más transitada". *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/03/31/paraliza-el-coronavirus-la-frontera-mexico-eu-la-mas-transitada-3974.html>
- Romo, M., y Bojórquez C., I. (2018). "Características de la migración de retorno a México por motivos de salud, 2014-2016." *Salud Pública de México*, 60 (5). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21149/9135>
- Secretaría de Relaciones Exteriores [SRE]. (2020). "Nota informativa Relaciones Exteriores respecto al seguimiento de connacionales con COVID-19 en EE. UU." México: Autor. Disponible en https://www.gob.mx/sre/es/archivo/documentos?filter_id=2342&filter_origin=archive&idiom=es&page=5
- (2020). Comunicado Núm. 92, "Iniciativa conjunta de México y Estados Unidos para combatir la pandemia de COVID-19". México: Autor. Disponible en <https://www.gob.mx/sre/prensa/iniciativa-conjunta-de-mexico-y-estados-unidos-para-combatir-la-pandemia-de-covid-19?idiom=es>
- Silva, V. (2 de julio de 2020). "Sin trabajo y sin poder enviar remesas: estos migrantes mexicanos en EE. UU. están varados en Puebla por la pandemia". *Noticias Telemundo*. Disponible en <https://www.telemundo.com/noticias/2020/07/02/sin-trabajo-y-sin-poder-enviar-remesas-estos-migrantes-mexicanos-en-eeuu-estan-varados-en-tmvo9498647>
- Su, Dejun, William Pratt, Jim Stimpson, Rebeca Wong y José A. Pagán (2014). "Uninsurance, Underinsurance, and Health Care Utilization in Mexico by US Border Residents". *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16 (4), 607-612. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9828-2>
- United States Department of the Treasury [USDOT]. (2020). *The CARES Act Works for All Americans*. Consultado el 10 de julio de 2020. Disponible en <https://home.treasury.gov/policy-issues/cares>
- Vega, Andrea (22 de abril de 2020). "Entre la inconsciencia y las pesadillas por la fiebre: un mexicano con COVID-19 en Nueva York". *Animal Político*. Disponible en <https://www.animalpolitico.com/2020/04/covid-19-mexicano-nueva-york-historia/>
- Vidal, A. (18 de marzo de 2020). "Anuncia Trump cierre parcial de frontera con México". *La Voz de la Frontera*. Disponible en <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/eeuu-mexico-garita-trump-covid-19-coronavirus-frontera-4985913.html>
- Vidal de Haymes (15 de mayo de 2020). "COVID-19 en Chicago, Illinois. Foro virtual Migrantes mexicanos en Chicago y la pandemia del COVID-19".
- Villa, A. (27 de abril de 2020). "Pierde Tijuana con la caída del turismo médico". *El Imparcial*. Disponible en <https://www.elimparcial.com/tijuana/dinero/Turismo-medico-en-Tijuana-reporta-perdidas-millonarias-por-Covid-19-20200426-0025.html>
- Wallace, Stephen P., Mendez-Luck, C., y Xóchitl Castañeda (2009). "Heading South: Why Mexican Immigrants in California Seek Health Services in Mexico". *Medical Care*, 47 (6), 662-669. Disponible en <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318190cc95>
- Zong, Jie, y Jeanne Batalova (2018). "Mexican Immigrants in the United States". Migration Policy Institute. Disponible en <https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states#DistributionStateCity>

rutas

ESTUDIOS SOBRE MOVILIDAD
Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL

ESCENARIOS Y ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN MÉDICA

de la población mexicana,
migrante y móvil, entre
Estados Unidos y México,
y los impactos por la
pandemia de COVID-19

El presente documento se realizó en el Centro de Estudios Migratorios de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP) de la Secretaría de Gobernación. La información fue analizada por la Dirección de Investigación para Políticas Públicas y se formó en la Dirección de Publicaciones y Difusión.

Las opiniones vertidas en este documento son responsabilidad de sus autores y no reflejan, necesariamente, la opinión de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas ni de la Secretaría de Gobernación.

Se permite la reproducción total o parcial sin fines comerciales del presente documento con la debida mención de la fuente.

Cualquier comentario referente al documento favor de comunicarse al 5128 0000, ext. 33994

septiembre de 2020