

# Movilidad<sup>es</sup>

EDICIÓN ESPECIAL

Julio de 2020

ANÁLISIS  
DE LA  
MOVILIDAD  
HUMANA

## Movilidad, salud pública y derechos humanos



Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas



GOBIERNO DE  
MÉXICO

GOBERNACIÓN  
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

D.R. 2020 © MOVILIDADES. Análisis de la movilidad humana, año 2, número Especial, julio-septiembre de 2022 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 04-2021-070519243600-102, ISSN: 2683-3131, 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 julio de 2020.

**Coordinación general de la publicación:**

Rocío González Higuera  
Miguel Ángel Virgilio Aguilar Dorado

**Coordinación de investigación:**

Gustavo Pineda Loperena

**Autores:**

Nicéforo Delgadillo Aguilar  
María Rita Díaz Ferraro  
María de los Ángeles Calderón  
Ietza Bojórquez Chapela  
Claudio Frausto Lara  
Manuel Camargo Sánchez

**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

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 Coordinación 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](http://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

**RICARDO PERALTA SAUCEDO**  
Subsecretario de Gobierno

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

# Movilidades

ANÁLISIS DE LA MOVILIDAD HUMANA

Secretaría de Gobernación  
Subsecretaría de Derechos Humanos, Población y Migración  
Revista electrónica bimestral de la Unidad de Política Migratoria,  
Registro e Identidad de Personas  
2020



Vectores: Freepik



# 8

ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS SOLICITANTES DE LA CONDICIÓN DE REFUGIADO, REFUGIADAS Y BENEFICIARIAS DE PROTECCIÓN COMPLEMENTARIA.

**Los costos económicos para el Estado mexicano**

# 15

EL IMPACTO DE LAS PANDEMIAS EN LA MOVILIDAD HUMANA:  
**cierre de fronteras y cuarentena**

# CONTENIDO

## 22

SALUD PÚBLICA,  
ÉTICA Y MIGRACIÓN

en la pandemia  
de COVID-19



Fotografía: Retha Ferguson en Pixabay



Fotografía: Rubén Chávez Cruz

## 26

ENFOQUE DE  
DERECHOS HUMANOS  
EN POLÍTICAS PÚBLICAS  
en materia de salud dirigidas  
a personas migrantes

## 33

PERSONAS MIGRANTES  
EN MÉXICO,  
COVID-19  
y derechos humanos

## 36

DE DÓNDE VIENEN  
las palabras...



Vectores: Freepik



Fotografía: Freepik



# EDITORIAL

La Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas presenta este número especial de la revista MOVILIDADES, dedicado a la investigación y análisis del cruce entre *movilidad humana* y *salud*. Dada la importancia de entender y atender las necesidades de salud de las personas en situación de movilidad, este número ofrece un análisis en torno al actual contexto sanitario global.

El artículo central de este número está dedicado a analizar el costo para el Estado mexicano de la integración al sector salud de las personas solicitantes de la condición de refugiado y de protección complementaria; para hacerlo, revisa los datos generados por la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas y por la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, y luego se calculan y discuten los costos asociados a la prestación de servicios de salud para esta población en situación de vulnerabilidad.

Este número brinda, además, un espacio de divulgación y reflexión para pensar la forma en que las pandemias han afectado la movilidad humana; cuál es el punto de encuentro entre la salud pública y la migración; cómo se pueden hacer valer los derechos humanos en las políticas públicas y cuál es su importancia para el ejercicio del derecho a la salud y, por último, cuál es el impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19 sobre los derechos humanos de las personas migrantes en nuestro país.

En este especial de MOVILIDADES también contamos con la valiosa participación de personas expertas que comparten su experiencia investigativa sobre la salud pública y la migración desde la frontera norte. Esperamos que este número de MOVILIDADES sea del interés de nuestras y nuestros lectores y que nos permita continuar con el diálogo sobre estos temas tan importantes.

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

ACCESO A LA SALUD DE LAS  
PERSONAS SOLICITANTES DE  
LA CONDICIÓN DE REFUGIADO,  
REFUGIADAS Y BENEFICIARIAS  
DE PROTECCIÓN  
COMPLEMENTARIA  
**los costos económicos**  
**para el Estado mexicano**



## INVESTIGACIÓN

---

Nicéforo Delgadillo Aguilar  
María Rita Díaz Ferraro

**Resumen:** Al ser la salud pública un derecho fundamental, éste debe ser garantizado por el Estado mexicano sin importar si se trata de personas solicitantes de la condición de refugiado, refugiadas o beneficiarias de protección complementaria. Por ello, el costo económico que implica la integración al sector salud nacional de esas personas es un elemento que debe ser considerado en su justa dimensión, pues ello contribuye a generar acertadas políticas públicas de inclusión, así como para calcular con suficiencia la erogación de recursos en este rubro con el fin de cubrir las demandas de la población nacional y proveniente de otras naciones.

**Palabras clave:** Refugio, protección internacional, sistema de salud, costo, integración, presupuesto.

### INTRODUCCIÓN

México como país de acogida de personas solicitantes de la condición de refugiado

En diciembre de 2018 más de 150 países adoptaron el Pacto Mundial sobre los Refugiados; entre ellos, México. El principal objetivo de tal instrumento consiste en aligerar la carga que tienen las naciones que acogen importantes volúmenes de personas que buscan el reconocimiento de la *condición de refugiado*, a partir del fortalecimiento de mecanismos de cooperación internacional que permitan afianzar una responsabilidad compartida entre los países.

México se ha constituido como una nación clave en este contexto, pues es un importante receptor de flujos de destino, es decir, de personas que lo eligen como lugar para residir y que, por lo tanto, deben ser contempladas en las políticas y estrategias que apoyen su inclusión social, económica y cultural.

Si bien llegan al país personas con distintas condiciones migratorias, el Estado mexicano tiene un mayor compromiso en el diseño e implementación de políticas públicas con aquellas que poseen necesidades de protección internacional,<sup>1</sup> en contraste con quienes se encuentran en México de manera regular y vienen a estudiar o trabajar. Esa diferencia se establece debido

a que a las primeras les resulta más difícil la integración, pues no suelen contar con una red de apoyo y enfrentan mayores obstáculos para acceder a diversos servicios, entre otras cosas debido a la necesidad de poseer documentos de identidad, a barreras como el idioma y a la falta de información y acompañamiento.

Sin importar el hecho de que no todas las personas que solicitan la condición de refugiado en México buscan quedarse en el país –pues muchas lo utilizan como un medio para regularizar su estancia y, posteriormente, emigrar a Estados Unidos–, es incuestionable que el ejercicio de sus derechos básicos debe ser garantizado.

Esto ejerce sin duda una presión adicional para el Estado mexicano, pues implica necesariamente un ajuste en el presupuesto federal que se destina a la protección de los derechos humanos y la no discriminación, las políticas de empleo, la seguridad pública, la estabilidad social, la educación, las relaciones exteriores, el desarrollo y, por supuesto, la salud pública.

Así, el objetivo de esta investigación es estimar el *costo económico por persona*, que implica la integración

<sup>1</sup> Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la protección internacional de las personas refugiadas comienza por garantizar su admisión en un país de asilo seguro, garantizar el reconocimiento del refugio y asegurar el respeto de sus derechos fundamentales, incluyendo el derecho a no ser regresado forzosamente a un país donde su seguridad o supervivencia estén amenazadas (principio de no devolución, o *non refoulement*). La protección termina solo con la obtención de una solución duradera, como la repatriación voluntaria y en condiciones dignas y seguras al país de origen, la integración local en el país de acogida a partir del reconocimiento de la condición de refugiado o el reasentamiento a un tercer país de asilo.

al sector salud de aquellas personas que solicitan la condición de refugiado, así como de aquellas que tramitaron su residencia permanente al ser reconocidas con la condición de refugiado o ser beneficiarias de protección complementaria (PC).<sup>2</sup>

El motivo de haber seleccionado a estos dos grupos es que, por un lado, las personas solicitantes de la condición de refugiado –al encontrarse en el país en espera de su resolución– deben poder acceder a los servicios médicos necesarios, puesto que el derecho a la salud es un derecho humano y su ejercicio pleno no debe estar condicionado a una condición migratoria determinada. Por otro lado, se contempla a las personas que han obtenido una resolución positiva y que tramitan su residencia permanente, ya que tienen el interés de permanecer en el país, pues al estar en un proceso de integración a la sociedad mexicana se les debe garantizar también el acceso a la salud.

La estimación que se realiza es diferenciada para cada grupo en función de los tiempos de permanencia en México. En el caso de las personas solicitantes es de tres meses, debido a que es el tiempo máximo marcado por la ley para que se dictamine una resolución,<sup>3</sup> y de un año para el segundo caso, pues se trata de personas que permanecerán en el país de manera permanente.

En esta estimación no se toma en cuenta a las personas que tuvieron una resolución positiva y no tramitaron su residencia permanente pues se podría pensar que no tienen el interés de permanecer en el país y porque es difícil saber en qué parte de nuestra nación se encuentran, por lo que es complejo contemplarlas en las políticas de integración.

### Estimación del costo económico *per cápita* de la integración al sector salud en México de personas solicitantes de la condición de refugiado, personas reconocidas como refugiadas y beneficiarias de protección complementaria

Para este ejercicio se contempló al Seguro Popular,<sup>4</sup> el cual se dirige a la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social –como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros– y que garantiza a las y los connacionales el acceso a un paquete de servicios de salud.

Para realizar la estimación se tomaron en cuenta los recursos federales ejercidos para la operación del

Seguro Popular, los cuales se dividieron entre el número de personas mexicanas afiliadas al programa, dando como resultado el gasto anual por persona. Este egreso *per cápita* para la población mexicana se multiplicó por la cantidad de personas solicitantes de la condición de refugiado y por la cifra de personas reconocidas como refugiadas que obtuvieron su residencia permanente en México, para así conocer el gasto que implica la integración de cada uno de estos grupos a este sector, en un periodo trimestral para el primer caso y en un periodo anual para el segundo.

Las cifras sobre refugio se obtuvieron de los *Boletines Estadísticos de Solicitantes de Refugio en México* de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP); sin embargo, cabe aclarar que las de 2018 y 2019 corresponden a estadísticas de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

Como puede observarse en la Tabla 1, en 2019 el costo *per cápita* de la atención médica<sup>5</sup> durante tres meses para personas solicitantes de la condición de refugiado (que es el tiempo en promedio que permanecen en el país según lo que establece la ley) habría costado \$347.90 pesos, lo que ascendería durante ese año a 24 millones de pesos para todas las personas solicitantes (véase la Tabla 2). Este monto constituye 0.03% del recurso federal ejercido por este programa en 2019.

Aunque podría parecer poco significativo, es fundamental que se contemple el recurso adicional que se requeriría cada año en el presupuesto de este programa, de modo que se pudiera brindar atención médica tanto a las y los connacionales como a la población extranjera que se encuentre en el país.

Para el caso de las personas que obtuvieron el reconocimiento como refugiadas o a quienes se otorgó protección complementaria y que tramitaron la residencia permanente se considera que el costo económico anual *per cápita* ascendió a \$1 391.58 pesos para 2019 (véase la Tabla 3), lo cual representa más de nueve millones de pesos si se contempla a todas las personas que adquirieron esta condición en el mismo año (véase la Tabla 4). Esto constituye 0.01% del recurso federal ejercido en 2019.

La estimación para esta población es anual debido a que se asume que, al contar con la residencia y estar en proceso de integración, debe tener acceso de una manera permanente al sector salud.

<sup>2</sup> Según la Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político, la protección complementaria (PC) es una protección que el gobierno mexicano otorga a las personas extranjeras que no han sido reconocidas como refugiadas y consiste en no devolverlas al territorio de otro país donde su vida se vería amenazada o se encontraría en peligro de ser sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

<sup>3</sup> La Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político, en su artículo 24, establece que la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) analizará y evaluará las solicitudes de refugio dentro de los primeros 45 días hábiles a partir de que éstas se presentan, lapso que puede extenderse hasta el doble a juicio de esa instancia. En la práctica, sin embargo, el plazo se alarga debido a las formalidades plasmadas en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, como es el caso de la notificación. Así, las personas solicitantes pueden estar en el país hasta por 90 días en espera de una resolución.

<sup>4</sup> El Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular, a partir del 1 de enero de 2020 se convirtió en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

<sup>5</sup> La atención médica cubre 294 intervenciones divididas en 1 807 diagnósticos, 618 procedimientos, 633 medicamentos y 37 insumos específicos señalados en el documento *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)* (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2020).

TABLA 1.

## Estimación trimestral del costo económico *per cápita* del acceso a servicios de salud, 2013-2019

Año	Total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular	Recursos federales ejercidos para el funcionamiento del Seguro Popular	Costo <i>per cápita</i> estimado trimestral
2013	55 637 999	71 317 500 000	\$320.45
2014	57 300 000	75 650 400 000	\$330.06
2015	57 105 622	78 191 800 000	\$342.31
2016	54 923 952	73 850 800 000	\$336.15
2017	53 505 187	72 651 400 000	\$339.46
2018	53 313 765	67 110 300 000	\$314.69
2019*	51 375 497	71 493 300 000	\$347.90

\*Total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular al 30 de junio de 2019 y recurso federal autorizado para el ejercicio fiscal de ese año.

**Nota:** La información del total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular de 2013 a 2018 corresponde al Sexto Informe de Gobierno de Enrique Peña Nieto (2017-2018), mientras que la información de 2019 fue incluida en el Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, enero-junio de 2019, 66 y 104 pp. (Secretaría de Salud).

**Fuente:** Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), Secretaría de Gobernación (SEGOB).

TABLA 2.

## Costo económico estimado trimestral para el acceso a los servicios de salud de personas solicitantes de la condición de refugiado, 2013-2019

Año	Total de personas solicitantes de la condición de refugiado	Costo <i>per cápita</i> estimado trimestral	Costo total estimado trimestral
2013	1 296	\$320.45	\$415 307.35
2014	2 137	\$330.06	\$705 344.26
2015	3 424	\$342.31	\$1 172 076.91
2016	8 796	\$336.15	\$2 956 777.57
2017	14 563	\$339.46	\$4 943 550.32
2018	29 630	\$314.69	\$9 324 412.70
2019	70 609	\$347.90	\$24 564 581.92

**Nota 1:** La información del total de personas solicitantes de refugio de 2013 a 2017 corresponde a los *Boletines Estadísticos de Solicitantes de Refugio en México* de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP), mientras que la de 2018 y 2019 pertenece a las estadísticas de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR).

**Nota 2:** Algunas cifras pueden variar por efectos de redondeo.

**Fuente:** UPMRIP, SEGOB.

TABLA 3.

### Estimación anual del costo económico *per cápita* del acceso a servicios de salud, 2013-2019

Año	Total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular	Recursos federales ejercidos para el funcionamiento del Seguro Popular	Costo <i>per cápita</i> estimado anual
2013	55 637 999	71 317 500 000	\$1 281.81
2014	57 300 000	75 650 400 000	\$1 320.25
2015	57 105 622	78 191 800 000	\$1 369.251
2016	54 923 952	73 850 800 000	\$1 344.60
2017	53 505 187	72 651 400 000	\$1 357.84
2018	53 313 765	67 110 300 000	\$1 258.78
2019*	51 375 497	71 493 300 000	\$1 391.58

\*Total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular al 30 de junio de 2019 y recurso federal autorizado para el ejercicio fiscal de ese año.  
**Nota:** La información del total de personas beneficiarias afiliadas al Seguro Popular de 2013 a 2018 corresponde al Sexto Informe de Gobierno de Enrique Peña Nieto (2017-2018), mientras que la información de 2019 fue incluida en el Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, enero-junio de 2019, 66 y 104 pp. (Secretaría de Salud).  
 Fuente: UPMRIP, SEGOB.

TABLA 4.

### Costo económico total estimado anual del acceso a los servicios de salud de personas reconocidas como refugiadas o con protección complementaria, 2013-2019

Año	Total de personas reconocidas como refugiadas y PC	Costo <i>per cápita</i> estimado anual	Costo anual estimado
2013	258	\$1 281.81	\$330 707.71
2014	334	\$1 320.25	\$440 963.94
2015	600	\$1 369.25	\$821 549.23
2016	1 956	\$1 344.60	\$2 630 039.53
2017	3 180	\$1 357.84	\$4 317 926.26
2018	5 727	\$1 258.78	\$7 209 032.94
2019	6 893	\$1 391.58	\$9 592 185.88

**Nota 1:** La información del total de personas reconocidas como refugiadas y PC corresponde a los *Boletines Estadísticos* de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP).

**Nota 2:** Algunas cifras pueden variar por efectos de redondeo.

Fuente: UPMRIP, SEGOB.

Como puede observarse, el costo económico *per cápita* del acceso a servicios de salud de personas solicitantes de la condición de refugiado es mucho más alto que el de las personas refugiadas o con PC (casi tres veces más alto), a pesar de que la estimación solo comprende tres meses. Esto tiene que ver con la cantidad de personas que se encontraban en esta situación en 2019 (70 609 personas solicitantes y 6 893 personas refugiadas).

Así, considerando que el número de personas solicitantes de la condición de refugiado y el de aquellas que obtuvieron una resolución positiva ha crecido de manera exponencial desde 2013,<sup>6</sup> el presupuesto estatal tendría que ajustarse en la misma proporción.

Si el costo económico del acceso a este servicio *per cápita* de ambas poblaciones (personas solicitantes y refugiadas o con PC con residencia permanente) se compara con el presupuesto destinado a este programa representa apenas 0.05% del recurso total ejercido en este rubro, con \$ 34 156 767.8 pesos en 2019.

Si se buscara ajustar el presupuesto que se asigna al sector salud a nivel federal con estos parámetros, éste habría aumentado 69% de 2013 a 2019 en lo que respecta al acceso de las personas solicitantes a este servicio, y 245% en el mismo periodo para la atención médica de las personas reconocidas como refugiadas o con PC.

Por otra parte, es fundamental conocer las características sociodemográficas de las personas solicitantes y reconocidas como refugiadas, tales como la edad, el sexo y la condición de salud, pues permite ofrecer los servicios médicos de manera diferenciada e integral, respondiendo a necesidades específicas.

En este sentido, de enero a septiembre de 2018, 56% de los hombres que solicitaron la condición de refugiado y 54% de los reconocidos como refugiados o con PC se encontraban entre los 20 y 39 años, mientras que 52% de las mujeres solicitantes y de las reconocidas como refugiadas o con PC se encontraba en el mismo intervalo de edad.

El hecho de conocer que un importante número de estas personas con necesidad de atención médica se encuentren en estos rangos de edad permite enfocar al cuidado integral de la salud las acciones de política pública para este grupo, las cuales incluyen la prevención y los derechos sexuales y reproductivos,

entre otros. Esto, además, trae beneficios a largo plazo para las personas y, por ende, es menos caro para el Estado.

Sin embargo, no debe descartarse el tratamiento de enfermedades crónicas o degenerativas pues, aunque éstas suelen presentarse en edades más avanzadas, se pueden padecer en cualquier momento de la vida y resultan más caras en términos de gasto estatal. En cualquiera de los casos, resulta importante tener contemplado el costo económico que representa para el Estado mexicano brindar este servicio.

Adicional a esto, es importante contemplar que la integración de las personas a la sociedad mexicana trae consigo diversas implicaciones. Una de ellas es que el marco normativo mexicano limita el acceso a determinados servicios en función de los documentos de identidad oficiales que se solicitan, pues no todas las personas cuentan con ellos (generalmente para cualquier trámite se pide acta de nacimiento, credencial para votar o pasaporte, Clave Única de Registro de Población [CURP] y comprobante de domicilio), por lo que éste debe ser modificado ante la inminente necesidad de construir espacios para dar acogida al creciente número de personas solicitantes de refugio que han llegado a México.

Otra implicación es que su llegada puede exacerbar los retos preexistentes en el país, pues ejerce presión sobre un sistema de salud que, de por sí, es insuficiente para la población mexicana. Si a esto se suma el hecho de que el acceso a servicios para la atención está determinado por medio del empleo formal y que en México el nivel de empleo informal es muy alto,<sup>7</sup> un importante número de personas nacionales no pueden ejercer este derecho. Lo mismo sucede con las personas que se encuentran en situación de pobreza<sup>8</sup> como consecuencia de los niveles de desempleo.

A pesar de que se han creado programas dirigidos a esta población que no está cobijada con un esquema de seguridad social, como se buscaba inicialmente con el Seguro Popular, no se ha logrado una cobertura amplia, situación que se agudiza en las comunidades rurales que tienen poca accesibilidad a las clínicas. A esto se suma la falta de recursos destinados para este sector que resulta en infraestructura, personal, insumos y medicamentos insuficientes para atender a toda la población.

<sup>6</sup> Este aumento es consecuencia de diversas situaciones que llevan a las personas a huir de sus países de origen. Según los motivos declarados por las personas de enero a septiembre de 2018, los principales son violación masiva de derechos humanos, conflictos internos y violencia generalizada.

<sup>7</sup> Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la tasa de desocupación para febrero de 2020 era de 3.7% de la Población Económicamente Activa, mientras que la de informalidad laboral fue de 56.3% para el mismo mes.

<sup>8</sup> Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, para 2018, 52.4 millones de personas se encontraban en situación de pobreza y 9.3 millones en pobreza extrema.

## Conclusiones

El aumento en las solicitudes de la condición de refugiado en México impone sin duda una presión a las instituciones públicas mexicanas y a su capacidad de respuesta, pues implica un reajuste en el presupuesto que se destina a sectores clave como el de la salud, que es un derecho humano. Si bien los recursos públicos con los que se cuenta son un factor determinante, y necesario, no son suficientes para lograr una política pública.

De ahí que sea necesario conocer las características de esta población, así como sus naciones de origen,<sup>9</sup> para tener herramientas que permitan avanzar en la cooperación regional y global en el marco del Pacto Mundial sobre los Refugiados con miras a la responsabilidad compartida. Ello significa reconocer que el impacto de acoger a esta población es diferenciado para cada país.

Sin embargo, el impacto también es diferenciado al interior de México, pues hay entidades que reciben a gran parte de las personas solicitantes de refugio, como es el caso de Chiapas, Ciudad de México, Veracruz y Tabasco, por lo que las políticas públicas y el presupuesto deben contemplar los contextos y las necesidades locales.

Si se parte de la premisa de que la política migratoria mexicana está basada en el respeto, promoción y garantía de los derechos humanos de las personas migrantes y de que la protección de la salud es un derecho constitucional (artículo 4o.), como se abordará en otros textos de esta publicación, se deben establecer esquemas de atención médica dirigidos tanto a personas solicitantes de refugio (que son de corto plazo o de emergencia), como a las que tienen residencia permanente en México por ser reconocidas como refugiadas o por estar en condición de protección complementaria (que son de largo plazo).

Este derecho debe ser garantizado para todas las personas que se encuentren en territorio nacional, ya sea que se trate de connacionales o de personas extranjeras, sin importar su condición migratoria. Asimismo, estas políticas públicas deben ajustarse a las necesidades de atención y prevención en función de las edades, sexo y condiciones de salud de las poblaciones a partir de un enfoque pluridimensional, corresponsable, transversal, incluyente y con perspectiva de género.

La plena integración de esta población no solo incluye la garantía de su derecho a la salud, sino también de sus derechos a la educación, a la vivienda y al trabajo, entre otros, por lo que cada institución pública debe tener un presupuesto etiquetado para

atender esta población. Para ello se debe trabajar de manera cercana y permanente con los tres niveles de gobierno, así como con los sectores social y empresarial, de modo que se asegure que estas personas puedan formar parte del desarrollo y bienestar nacionales.

## Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2020). *Protección* (boletín). Consultado el 12 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.acnur.org/proteccion.html>
- Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. *Ley sobre Refugiados, Protección Complementaria y Asilo Político* (2011). Consultada el 18 de abril de 2020. Disponible en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRPCAP\\_301014.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRPCAP_301014.pdf)
- Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (2020). *Estadísticas. Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados*. México: Autor. Documento electrónico consultado el 13 de abril de 2020. Disponible en <https://www.gob.mx/comar/documentos/estadisticas-comar-2013-2017>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2020). *¿Tienes alguna duda del Seguro Popular? Consulta las preguntas frecuentes*. México: Autor. Documento electrónico consultado el 23 de abril de 2020. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/articulos/tienes-alguna-duda-del-seguro-popular>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). *Medición de la pobreza*. México: Autor. Documento electrónico consultado el 18 de abril de 2020. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). "Indicadores de ocupación y empleo". México: Autor. Documento electrónico consultado el 18 de abril de 2020. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=5625>
- Orden Jurídico Nacional-Secretaría de Gobernación. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (1917). Consultada el 18 de abril de 2020. Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (2018). *Pacto Mundial sobre los Refugiados*. Nueva York: Autor. Documento electrónico consultado el 27 de marzo de 2020. Disponible en [https://acnur.org/5c782d124#\\_ga=2.247511687.1611901063.1585334248-1849361400.1585334248](https://acnur.org/5c782d124#_ga=2.247511687.1611901063.1585334248-1849361400.1585334248)
- Presidencia de la República (2018). *Sexto Informe de Gobierno 2017-2018*. México: Autor. Documento electrónico consultado el 13 de abril de 2020. Disponible en <https://datos.gob.mx/busca/dataset/sesto-informe-de-gobierno>
- Secretaría de Salud (2019). *Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Enero-junio de 2019*. México: Autor. Documento electrónico consultado el 13 de abril de 2020. Disponible en [http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/InformedeResultadosdelSPSSenero\\_junio2019.pdf](http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/InformedeResultadosdelSPSSenero_junio2019.pdf)
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación (2013-2018). *Boletín Estadístico de Solicitantes de Refugio en México*. Consultado el 10 de abril de 2020. Disponible en [http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/RefugioInformedeResultadosdelSPSSenero\\_junio2019.pdf](http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/RefugioInformedeResultadosdelSPSSenero_junio2019.pdf)

<sup>9</sup> Los principales países de origen de las personas solicitantes de la condición de refugiado en 2019 fueron Honduras (43%), El Salvador (13%), Cuba (12%), Venezuela (11%) y Haití (8 por ciento).

# EL IMPACTO DE LAS PANDEMIAS EN LA MOVILIDAD HUMANA: **cierre de fronteras y cuarentena**



## DIVULGACIÓN

María de los Ángeles Calderón San Martín



*Enterrando a las víctimas de la peste en Tournai*  
Detalle de ilustración medieval sobre la peste negra  
Autor desconocido  
1349  
Dominio público  
Creative Commons  
(CC BY 2.0)

A lo largo de la historia, la humanidad ha padecido una gran cantidad de enfermedades que se convirtieron en epidemias. Tras cruzar diversas fronteras, éstas se transformaron en pandemias,<sup>1</sup> unas de larga data, como la viruela, hasta el más reciente coronavirus (SARS-CoV-2). Probablemente las más conocidas son aquellas que dejaron una gran cantidad de víctimas mortales.

El objetivo de este artículo es presentar un breve recuento histórico de las cinco pandemias más representativas en el contexto de la movilidad humana. Es decir, aquellos casos en los que la enfermedad puso en riesgo la salud y la vida de la población a nivel mundial, por lo que se tomó la decisión de limitar el libre tránsito con medidas restrictivas: por ejemplo, el cierre de fronteras y la cuarentena impuestas por los gobiernos de cada país para evitar la propagación de la enfermedad.

### Peste negra

No se puede hacer un recuento histórico de las pandemias sin mencionar la peste negra, causada por la bacteria *Yersinia pestis*, que en el siglo XIV afectó a los ratones cuyos parásitos infectaron al ser humano. También se le denominó *peste bubónica*, porque provocaba la inflamación del ganglio linfático llamado “bubón” (Pérez, 2020). Proveniente de China se expandió a toda Europa por las rutas comerciales a través de los barcos mercantes en los cuales se llevaba a bordo a los roedores. Emblemática por la gran cantidad de personas que por su causa perecieron en esa época, se estima que solo en Europa fueron 25 millones los decesos (Fayanas, 2020).

Entre 1346 y 1353 se produjo el mayor número de muertes, pues sin tener claro cómo se transmitía, las personas se movilizaban al campo, lo cual no ayudó porque en sus ropas llevaban al agente infeccioso y con ello se ponía en riesgo a una gran parte de la población que vivía alejada de las ciudades. Décadas después, en 1377 las autoridades medievales adoptaron medidas drásticas para controlar la transmisión

<sup>1</sup>El presente texto se enfocará solo en aquellos casos en que la enfermedad se consideró pandemia. Por ello, se hace necesario distinguir entre un brote epidémico y una epidemia, conceptos que se suelen confundir como sinónimos, pero su diferencia radica en el nivel de contagio, espacio y tiempo, como lo explica la *Gaceta Médica Española*. El brote epidémico es la aparición repentina de una enfermedad a causa de una infección, en un lugar específico y en un momento determinado. La epidemia, por su parte, surge cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta. Así, para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a distintos países y que los casos en cada nación ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria (Pulido, 2020).

de la peste; por ejemplo, se estableció que todo habitante contagiado debía ser expulsado de la zona intramuros y asentarse fuera de las ciudades, pues allí se curaría o moriría.

En años posteriores se tomó como mejor opción aislar a las personas que ya estaban enfermas. Medida similar era que aquel que viajase a una región con una elevada tasa de mortalidad no podría regresar a la ciudad. Quien incumpliese la norma sería ejecutado (Barreira, 2020).

La práctica de aislar a las personas enfermas de la población sana data de tiempos remotos. Tanto la Biblia como el Corán contienen referencias al confinamiento de personas con lepra. En el siglo VII, China ya contaba con una política bien establecida de detener a los marineros y a los extranjeros que padecían la peste (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). Esta forma de aislar a las personas enfermas se hizo popular para controlar y combatir la peste, a partir de *cordones sanitarios* y de una cuarentena aplicada a los barcos.

Esto condujo al cierre de fronteras marítimas e impedimentos para que personas ajenas entraran a las ciudades, porque si había una posibilidad de contagio debían esperar a que pasara el periodo de incubación de la enfermedad (Torres, 2020). Se ha establecido que la cuarentena y las restricciones a los ingresos a las ciudades, es decir, el acotamiento para la movili-

dad de las personas y el aislamiento de la población enferma sirvió para combatir la peste. Actualmente, ésta no se encuentra totalmente erradicada, pero se controla con antibióticos y no tiene las mismas tasas de mortalidad que en el siglo XIV.

## Cólera

En el siglo XIX se propagó una enfermedad que sigue vigente hasta nuestros días, el cólera, enfermedad diarreica aguda que, si no se trata, puede causar la muerte rápidamente (OMS, 2019). Seis pandemias sucesivas de cólera marcaron el siglo XIX, cuyo saldo fue la muerte de millones de personas en todos los continentes. La séptima pandemia, ya en el siglo XX, comenzó en el sur de Asia en 1961, llegó a África en 1971 y a América en 1991.

La medida más eficiente para controlarla fue el aislamiento. Al llegar a América, algunos países establecieron cordones sanitarios bajo control militar para impedir la movilidad fuera del área y evitar la propagación. Por ejemplo, Chile cerró sus fronteras con Perú y Argentina, pero la medida resultó ser ineficiente (Sánchez y Pérez, 2014). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que las restricciones de los viajes y de comercio entre países o entre diferentes zonas dentro de una nación



Guardia fronteriza rumana rechaza a los viajeros que buscan cruzar la frontera rusa, durante la pandemia del cólera  
Ilustración de Hermanus Willem Koekkoek basado en bocetos de Rook Carnegie 1905

no previenen la propagación del cólera. Además de ser ineficaces, promueven la supresión de información en lo referente a los brotes de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

En la actualidad el cólera es endémica, pues se le considera una enfermedad constante en cierto tiempo y localidad (Higashida, 2001), es decir, no es importada de otros lugares. Los brotes de cólera se dan en muchos países, pero sobre todo en aquellas regiones que cuentan con niveles de pobreza y con poco acceso a servicios como el agua potable. Se calcula que cada año hay en el mundo entre 1 y 4 millones de casos de cólera y 143 000 defunciones relacionadas con ella (OMS, 2019).

Los efectos del cólera sobre la migración de personas han sido indirectos. Si bien no ha traído consigo movilizaciones masivas, ha provocado el establecimiento de cordones sanitarios mediante los cuales se ha limitado en cierta forma la movilidad de las personas. Aun así, estas medidas no evitaron que se siguiera propagando la enfermedad, haciendo de tales limitantes una política inefectiva.

### La gripe española

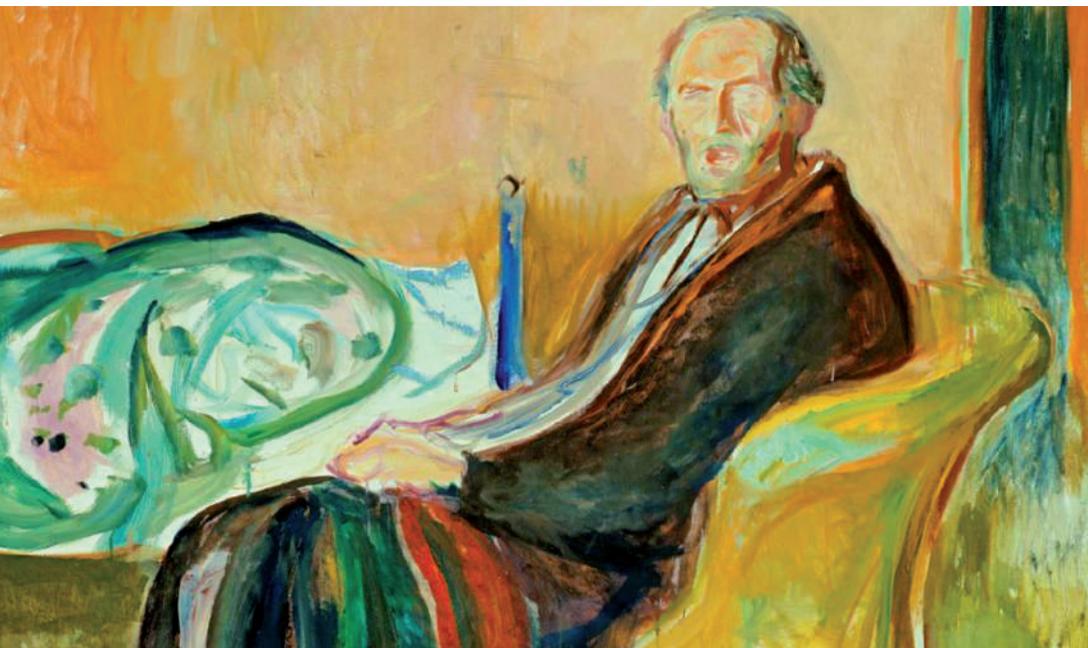
Se dice que la pandemia de influenza de 1918 causada por el virus H1N1, con genes de origen aviar, fue la pandemia más grave de la historia del siglo xx. Infectó a cerca de un tercio de la población mundial (unos 500 millones de personas) y se calcula que, cuando se dio por finalizada después de dos años, había matado a 50 millones de personas, cifra muy superior a los cerca de 17 millones de defunciones causadas por la Primera Guerra Mundial. El nombre de *gripe española* se debe a que las noticias sobre la pande-

mia empezaron a aparecer cuando se declararon los primeros casos en España, país neutral durante la guerra y donde no había censura (OMS, 2018).

A diferencia de otras pandemias durante las cuales se cerraron las fronteras, ésta ocurrió en la Primera Guerra Mundial, haciendo imposible el cierre total de los límites nacionales. Así, la magnitud de la pandemia derivó de la movilización de los combatientes que iban y venían de un lugar a otro durante el desarrollo de la confrontación. En aquel momento la respuesta médica fue muy limitada porque no había cura para la enfermedad. Los profesionales de la salud solo podían aplicar los remedios de la época, desde la administración de oxígeno hasta recetar aspirinas en grandes cantidades, que hoy se considerarían contraproducentes. Posteriormente, se empezaron a desinfectar espacios públicos como teatros, fábricas y el transporte público. También se recomendó el cierre de universidades y escuelas y el uso de mascarillas para las y los empleados que trabajaban en atención al público (Blanch, 2020).

La gripe española también alcanzó a México, donde cobró miles de vidas, sobre todo en el norte, por lo cual se cerraron fronteras con Estados Unidos y se utilizó creolina en las calles como desinfectante. Se suspendió el tráfico de Monterrey y Torreón, y los barcos que llegaban eran dirigidos al puerto de Veracruz para hacer cuarentena (Ramírez, Soto y Palacios, 2020).

Esta pandemia fue muy relevante debido a la gran cantidad de personas muertas que dejó en poco tiempo y porque se dio en medio de la guerra. Independientemente del cierre de fronteras en México, se desconoce si en otros países ocurrió lo mismo porque las noticias de la enfermedad más allá de los medios españoles eran limitadas durante la contienda.



*Autorretrato después de la gripe española*

Edvard Munch, pintor noruego expresionista, se pinta a sí mismo después de superar la pandemia 1919

Dominio público  
Creative Commons  
(CC BY 2.0)



Detalle del mural *Juntos podemos parar el SIDA* que decora una de las paredes del Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona (MACBA)  
Keith Haring  
Artista pop-urbano  
1989

Fotografía: Fred Romero en Flickr

## SIDA

Después de la gripe española, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es la pandemia más grande que se vio en el siglo xx. Desde que se declararon los primeros casos de VIH hace más de 35 años, 78 millones de personas han contraído el VIH y 35 millones han muerto por enfermedades relacionadas con el SIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2020). Al igual que el cólera, es una enfermedad vigente que se sigue propagando. No hay una cura para el SIDA, pero se han encontrado tratamientos que permiten a las personas alargar su esperanza de vida y realizar sus actividades cotidianas. Asimismo, se han desarrollado métodos preventivos que reducen la propagación del VIH.

En la actualidad, las personas que viven con VIH/SIDA en gran cantidad de países ven obstaculizado su derecho al libre tránsito debido a las medidas restrictivas para su movilización. De acuerdo con el ONUSIDA (2019), 48 países y territorios mantienen restricciones;<sup>2</sup> al menos 30 siguen prohibiendo la entrada, la estancia o la residencia a personas no ciudadanas en función del estado del VIH, y 19 deportan a personas extranjeras por esta condición, con base en el supuesto riesgo para la salud pública de la población local supondría recibir a personas con el virus. Otros países y territorios pueden requerir pruebas de VIH o un diagnóstico como requisito para obtener un visado de trabajo o entrada. La mayoría de naciones que mantienen restricciones de viaje para personas que viven con VIH/SIDA se concentran en Oriente Medio y el norte de África, pero muchos países en Asia, en el

Pacífico, en Europa del Este y Asia Central también imponen limitantes en este sentido (ONUSIDA, 2019). De este modo, las personas que viven con VIH/SIDA no pueden ejercer libremente su derecho a la libre circulación en aquellas naciones que cuentan con cierto tipo de restricción al respecto.

## COVID-19

Por último, se aborda la más reciente pandemia. Al momento de escribir este artículo ya ha registrado millones de casos a nivel mundial.

La enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2 que se ha descubierto recientemente,<sup>3</sup> llamada COVID-19, provocó que gran parte del mundo entrara en un estado de emergencia de salud pública y que diversos países cerraran sus fronteras como medida sanitaria para evitar que el virus se siguiera propagando. Esto dejó a millones de personas migrantes internacionales con dificultades para regresar a sus países de origen en el futuro cercano debido a las crecientes restricciones de viaje, por ejemplo, con el cierre de aeropuertos y la imposibilidad de acceder a otros medios de transporte (Connor, 2020). Por el grado de contagio y de expansión, el COVID-19 es la enfermedad que ha provocado más cierres de fronteras alrededor del mundo, además de poner en cuarentena a ciudades y hasta a países enteros.

Por el rápido y casi simultáneo cierre de fronteras internacionales, algunas personas que se encontraban temporalmente en otros países quedaron varadas por la limitación de los vuelos para regresar a sus lugares de origen. Asimismo, en diferentes partes del

<sup>2</sup>Lista de países que para viajar mantienen algún tipo de restricción para las personas que viven con VIH/SIDA: [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/june/20190627\\_hiv-related-travel-restrictions](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/june/20190627_hiv-related-travel-restrictions)

<sup>3</sup>Para ser exactos, en diciembre de 2019, de ahí el nombre.

mundo las personas migrantes se quedaron a la mitad del camino en un país de tránsito, limitadas de recursos y sin acceso a servicios de salud.

Esta situación pone a las personas migrantes en un mayor riesgo de contraer la enfermedad, en gran medida por la imposibilidad de realizar una cuarentena en un país donde no radican y donde su situación migratoria puede ser un factor que les impida el acceso a diversos servicios.

La Organización de las Naciones Unidas y la Organización Internacional para las Migraciones han declarado que las restricciones de viaje y circulación impuestas por la pandemia de COVID-19 no detienen la movilidad de las personas que huyen de los conflictos, la violencia o los abusos a los derechos humanos. Además, han señalado, es probable que las consecuencias económicas provoquen un aumento del contrabando de personas migrantes y de trata de personas de los países más afectados a destinos más prósperos (Organización de las Naciones Unidas, 2020).

En el caso del continente americano, son diversos países los que han cerrado sus fronteras, empezando por Estados Unidos. Cabe señalar que éste es el país con el mayor número de decesos por COVID-19; asimismo, es una de las naciones con más cantidad de solicitudes de asilo o refugio de personas centroamericanas. Actualmente las personas migrantes se han mantenido en centros de detención por tiempo indefinido, lo que las pone en un riesgo mayor por las condiciones de hacinamiento y de insalubridad.

En el caso mexicano se ha optado por medidas para que, en apego a sus derechos humanos, las personas que se encontraban en estaciones migratorias salgan y puedan volver a sus países, y a quienes no estén en posibilidad de hacerlo se les brinden condiciones adecuadas que no pongan en riesgo su salud ante la contingencia.

## Reflexiones finales

Desde la peste negra hasta la COVID-19, eventualmente los gobiernos han impuesto como una medida sanitaria el cierre de fronteras y la cuarentena con el fin de combatir las pandemias. En la actualidad, el cierre de fronteras se ha hecho de forma gradual hasta llegar a un mínimo de movilidad internacional de personas. En este contexto, es importante repensar cómo este tipo de emergencias sanitarias han impactado al mundo y a la movilidad humana en distintos momentos, desde el cierre de fronteras para que las personas no entren ni salgan de las aldeas y

ciudades hasta el aislamiento conocido como cuarentena y el bloqueo de los límites nacionales para el tránsito de personas y mercancías.

Sin embargo, el escenario es distinto cuando las personas se encuentran en condiciones de movilidad durante una pandemia y no cuentan con una estancia regular en el país, ya sea de tránsito o de destino, o bien no tienen los recursos para regresar a su lugar de origen. Este hecho sin duda las deja en una situación de vulnerabilidad, en la que habría que considerar medidas específicas que les garanticen el derecho a la salud durante una pandemia.

Por último, es importante mencionar que el cierre de fronteras no ha demostrado ser una medida efectiva para mitigar las epidemias. Al contrario, muchas veces ha derivado en violaciones a derechos humanos y procesos de estigmatización a las personas que han contraído tales enfermedades.

## Referencias

- Barifouse, R. (2 de abril de 2020). "Coronavirus: por qué la gripe A-H1N1 no paró la economía mundial como lo está haciendo la pandemia de COVID-19". *BBC News*. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52115504>
- Barreira, D. (13 de marzo de 2020). "La primera ciudad de la historia que declaró una cuarentena: así se controló la peste negra". *El Español*. Disponible en [https://www.elespanol.com/cultura/historia/20200313/primera-ciudad-historia-declaro-cuarentena-controlo-peste/474204053\\_0.html](https://www.elespanol.com/cultura/historia/20200313/primera-ciudad-historia-declaro-cuarentena-controlo-peste/474204053_0.html)
- Blanch, J. (24 de marzo de 2020). "La gran epidemia de gripe de 1918". *La Vanguardia*. Disponible en <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20200323/4853162450/epidemia-gripe-espanola-1918-historia-coronavirus.html>
- Connor, P. (1 de abril de 2020). "More than nine-in-ten People Worldwide Live in Countries with Travel Restrictions Amid COVID-19". *Fact Tank* (Pew Research Center). Disponible en <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/04/01/more-than-nine-in-ten-people-worldwide-live-in-countries-with-travel-restrictions-amid-covid-19/>
- Fayanas, E. (3 de marzo de 2020). "La peste negra". *Nueva Tribuna*. Disponible en <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/lapestenegro-historia-salud-pandemia-eurasia-sigloxiv-edad-media/20200330114109172817.html>
- Franco-Paredes, C., Lorena Lammoglia y José Ignacio Santos-Preciado (mayo-junio de 2004). "Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo". *Gaceta Médica de México*, vol. 140, núm. 3. México.
- Higashida, B. (2001). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Ledermann, W. (2003). *El hombre y sus epidemias a través de la historia*.
- Revista Chilena de Infectología*. Disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182003020200003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020200003)
- Médicos sin Fronteras (s.f.). *Cólera*. Documento electrónico disponible en <https://www.msf.es/nuestra-accion/colera>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (17 de enero de 2019). *Cólera*. Documento electrónico disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera>

— (22 de mayo de 2018). *Influenza. Pandemic Influenza: An Evolving Challenge*. Documento electrónico disponible en <https://www.who.int>

— (27 de abril de 2009). *Gripe por A (H1N1): preguntas frecuentes*. Documento electrónico disponible en <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/faq/es/#whois>

— (2007). *Evolución de la seguridad sanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización de las Naciones Unidas (15 de mayo de 2019). "La pandemia de coronavirus puede provocar un aumento del contrabando de migrantes y la trata de personas". *Noticias ONU*. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474412>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). "Información del cólera para situaciones de desastre". *Emergencias en Salud*. Publicación electrónica disponible en [https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=article&id=543:cholera-in-disaster-situations&Itemid=1169&lang=es](https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=543:cholera-in-disaster-situations&Itemid=1169&lang=es)

Pérez Barnes, S. (30 de marzo de 2020). "Pandemias que han azotado al mundo". *Diario Social RD*. Disponible en <https://diariosocialrd.com/pandemias-que-han-azotado-al-mundo/situations&Itemid=1169&lang=es>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (1 de abril de 2020). "Poner fin a la epidemia de SIDA para 2030". Disponible en <https://www.unaids.org/es/whoweare/about>

— (27 de junio de 2019). "ONUSIDA y PNUD hacen un llamamiento en 48 países y territorios para retirar todas las restricciones de viaje relacionadas con el VIH". Disponible en [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/june/20190627\\_hiv-related-travel-restrictions](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2019/june/20190627_hiv-related-travel-restrictions)

Pulido, S. (12 de marzo de 2020). "¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia?" *Gaceta Médica*. Disponible en <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>

Ramírez, F., Jessica Soto y Fernando Palacios (25 de enero de 2020). "La pandemia de gripe de 1918 por la que México cerró sus fronteras". *El Universal*. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/cultura/la-pandemia-de-gripe-de-1918-por-la-que-mexico-cerro-sus-fronteras>

Ríos, B. (7 de abril de 2020). "El cólera: la gran epidemia del siglo XIX". *Geografía Infinita*. Disponible en <https://www.geografiainfinita.com/2020/04/el-colera-la-gran-epidemia-del-siglo-xix/>

Sánchez Lera, M. e Isael Armando Pérez (mayo-agosto de 2014). "Cólera: historia de un gran flagelo de la humanidad". *Humanidades Médicas*. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000200018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200018)

Torres, C. (20 de marzo de 2020). "Peste negra y coronavirus: El paralelo de dos pandemias surgidas en Asia y que afectaron duramente a Italia". *Emol.com*. Disponible en <https://www.emol.com/noticias/Internacional/2020/03/20/980424/Peste-negra-coronavirus-semejanzas.html>

Anónimo mexicano  
Exvoto mexicano de Bartolo Martínez  
pintado durante la *peste bubónica*  
1903  
Dominio público  
Publicado en +DEMEX, marzo de 2020



# SALUD PÚBLICA, ÉTICA Y MIGRACIÓN en la pandemia de COVID-19

Ietza Bojórquez Chapela\*  
Autora invitada



## DIVULGACIÓN

La salud pública se ha definido como “el arte y ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través del esfuerzo organizado de la sociedad” (Povlsen y Borup, 2015). Se trata de un área tanto de investigación como de práctica, que se interesa en procurar el mejor estado de salud a nivel de la población.

¿Qué significa esto? Por un lado, que la salud pública se ocupa de acciones que no están solamente orientadas al cuidado de la salud individual (como sería el caso de las consultas médicas), sino principalmente de aquellas que garantizan las condiciones de salud generales: control sanitario, vacunación y campañas de prevención en salud serían algunos ejemplos. Estas acciones son colectivas, en el sentido de que requieren la participación coordinada de diferentes personas e instituciones, y además tienen consecuencias a nivel poblacional, que no necesariamente se reflejan en una mejor salud de cada individuo que participa en ellas. Por lo anterior, las acciones en salud pública implican la solidaridad social, en la que los diferentes agentes colaboran en busca del bien común.

Por otro lado, la visión a nivel de la población significa que la salud pública debe considerar no solo los determinantes individuales, sino el modo en que la organización de una sociedad en su conjunto contribuye o no a que las personas que la componen alcancen o mantengan una buena salud, y la manera en que la salud se distribuye de manera diferencial entre los distintos grupos sociales (Verweij y Dawson, 2007).

Desde el punto de vista de la salud pública, la migración puede entenderse como uno de los componentes del mundo social asociados a una probabilidad diferencial de presentar problemas de salud (Castañeda *et al.*, 2015). En la relación entre *migración* y *salud* hay múltiples temas que pueden estudiarse, incluyendo las comparaciones del estado de salud general o la mortalidad entre migrantes y no migrantes (el “fenómeno del migrante sano”) (Rubalcava *et al.*, 2008); los problemas de salud asociados a riesgos laborales o durante el tránsito migratorio; la relación entre migración y salud mental; los cambios en las prácticas relacionadas con la salud al llegar al país de destino, o el acceso a servicios de salud.

Desde la práctica en salud pública, sin embargo, uno de los temas más frecuentemente abordados es

el de la migración como un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas, y la política en salud y migración se ha dedicado en buena medida a tratar el tema del control sanitario en las fronteras.

Al momento de escribir este texto, la pandemia de COVID-19 ha alcanzado a casi todos los países del mundo, y se han reportado casi cinco millones de casos y más de 300 000 defunciones (OMS, 2020). Las personas migrantes se han visto particularmente afectadas por esta pandemia, tanto en términos del riesgo de contagio como por las medidas de contención y mitigación implementadas por los diferentes países (OIM, 2020).

En el primer aspecto, aunque las circunstancias de las personas migrantes son muy variadas, un número importante de quienes transitan de un país a otro por motivos económicos, en busca de trabajo o escapando de violencia o desastres naturales, lo hacen en condiciones difíciles, que pueden constituir riesgos para la salud. En los países de tránsito o destino, las personas migrantes en general tienen peores condiciones de vida que las poblaciones locales, lo que implica menor capacidad de seguir recomendaciones higiénicas como el lavado de manos frecuente o el distanciamiento físico.

En el segundo aspecto, las medidas de contención han dificultado la movilidad de las personas migrantes, y medidas de mitigación como la suspensión de labores o la prohibición de salir a la calle han limitado las opciones de quienes obtienen su ingreso principalmente mediante trabajo informal o actividades en espacios públicos. Además, en la mayoría de los países las personas migrantes no tienen acceso a seguridad social o a las medidas de apoyo económico que los gobiernos han implementado para proteger a sus poblaciones de las consecuencias sociales de la pandemia.

Así, los impactos de la pandemia en la salud de las personas migrantes pueden ser múltiples, desde los directamente relacionados con el COVID-19 hasta los problemas asociados a la inseguridad alimentaria, las limitaciones al acceso a servicios de salud y medicamentos para atender otras enfermedades, y las afectaciones a la salud mental, entre otros.

Estos impactos tienen múltiples causas, una de las cuales es la falta de atención a las personas migrantes en la planeación en salud pública. Como se mencionó más arriba, desde la práctica de la salud pública es frecuente pensar en la relación entre *migración* y *enfermedades infecciosas* como un tema de control sanitario. En cambio, es menos frecuente considerar a las personas migrantes como un grupo de población cuyo derecho a la salud debería ser asegurado (pese a que la legislación así lo contempla).

En este sentido, una revisión de los planes de preparación ante una pandemia de influenza de 21 países de ingreso medio y bajo (Wickramage *et al.*, 2018) mostró que solo tres de ellos incluían provisiones para el cuidado a personas migrantes ante una situación de pandemia. En México, el plan de preparación ante una pandemia de influenza emitido en la administración pasada menciona a las personas migrantes únicamente como un grupo al que se debe educar en medidas para prevenir la transmisión, pero no se dice cómo se protegerá la salud de esta población en riesgo en una situación pandémica.

Aunque acuerdos internacionales como el Pacto para una Migración Segura, Ordenada y Regular, o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señalan que los países deben cuidar la salud de las personas independientemente de su condición de migración, en la práctica esto casi nunca sucede (Abubakar *et al.*, 2018). En países como México, en los que el principal fenómeno migratorio en términos numéricos ha sido tradicionalmente el de la emigración y migración de retorno, las políticas de salud se han orientado principalmente a las necesidades de estos migrantes mexicanos (Bojórquez Chapela *et al.*, 2020), y es solo más recientemente, con el impacto mediático de las *caravanas migrantes* de fines de 2018, que la Secretaría de Salud ha desarrollado un plan específico para la atención de personas de otras nacionalidades que se encuentran en México.

Aunque los principios éticos que deben regir las acciones en salud pública son aún un tema de discusión, uno de sus aspectos centrales es el balance entre el respeto a las libertades individuales y el cuidado de la salud de la población. En este sentido, se acepta generalmente el “principio de daño” de John Stuart Mill, siguiendo el cual la única razón por la que el Estado puede interferir en esas libertades es cuando existe la posibilidad de que el proceder individual dañe a otros. Bajo este principio, se justifican medidas como las cuarentenas o el cierre del paso a ciertos territorios, si permitir el libre movimiento pone en riesgo de contagio a otras personas.

Sin embargo, además de este principio, se ha discutido más recientemente la importancia de otros principios como la equidad, la justicia o la solidaridad, y el balance de los riesgos y beneficios de las acciones de salud pública en la población. Desde estos argumentos, la salud pública tiene como fin la consecución del mejor estado de salud posible para el mayor número de personas, pero además debería cuidar que la salud no tuviera una distribución inequitativa entre grupos sociales. Cuando uno o varios problemas de salud se concentran en un grupo de

personas, y esta concentración no puede atribuirse a factores biológicos, sino que es resultado de condiciones de vida que son a su vez producto de relaciones sociales, se trata de una inequidad en salud. Eliminar este tipo de inequidades debería ser uno de los objetivos de la salud pública (Goldberg, 2014; Verweij y Dawson, 2007).

Así, más allá del requisito mínimo de no interferir con las libertades individuales, siguiendo los principios éticos mencionados, las acciones en salud pública deberían orientarse a disminuir o eliminar las desigualdades evitables en salud. Si analizamos las medidas de mitigación y contención a la luz de estos principios, y los aplicamos a la situación de las personas migrantes, encontramos que esas medidas tienen varios aspectos problemáticos.

En primer lugar, la limitación a la libertad individual, en este caso la libertad de movimiento, estaría justificada bajo el principio de daño únicamente cuando es una restricción necesaria para evitar el daño a otras personas. El cierre de fronteras, que ha afectado a cientos de miles de personas en movilidad en todo el mundo, no ha demostrado ser una medida efectiva para detener la transmisión de una enfermedad infecciosa, a menos que se trate de un cierre focalizado en los principales puntos de entrada de personas potencialmente transmisoras. Aun en ese caso, se conseguiría solamente retrasar la transmisión, sin evitarla por completo (Mateus *et al.*, 2014). En el caso de las fronteras terrestres, el grado de porosidad de las mismas implica que el cierre podrá dificultar, pero nunca impedir por completo, el paso de personas, de modo que el objetivo de contener la transmisión no se conseguirá, mientras que el daño a las libertades permanece (Fernández-Niño *et al.*, 2020).

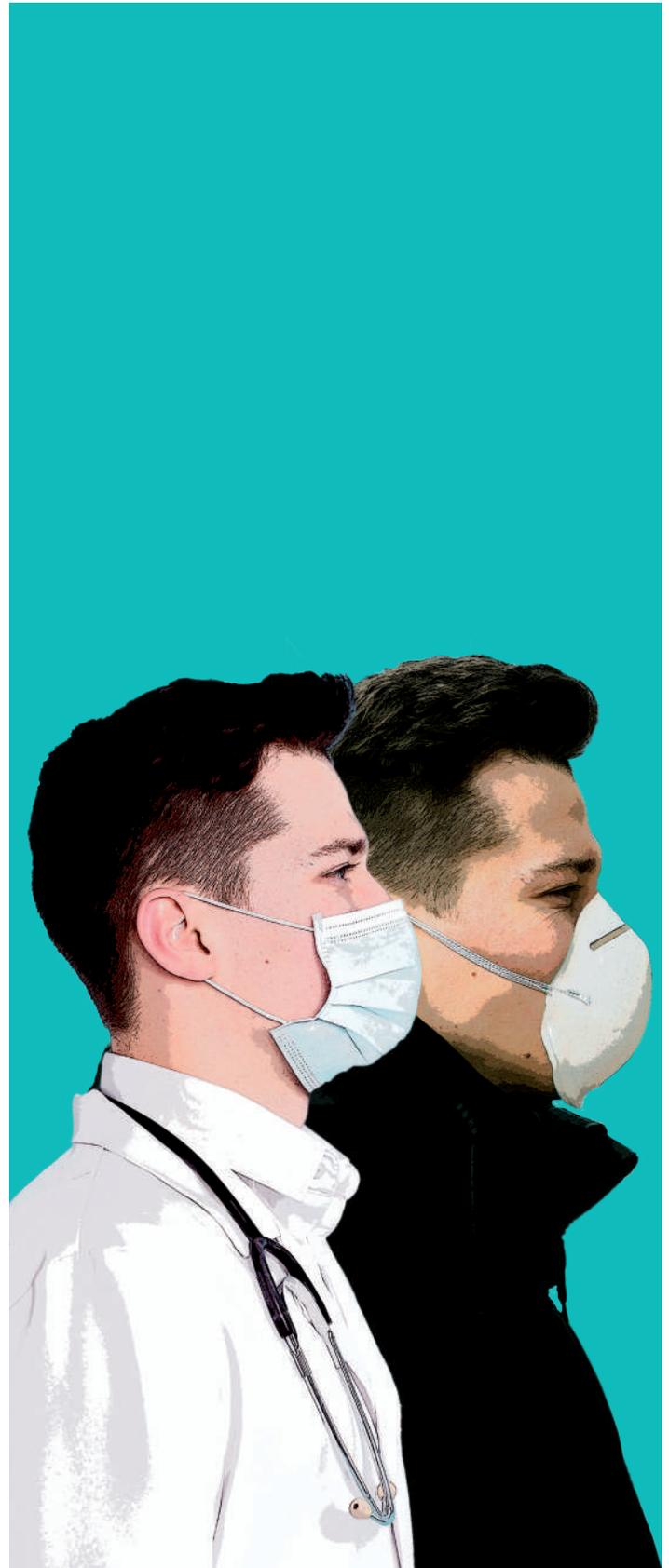
En segundo lugar, las medidas para proteger la salud colectiva deberían balancear los riesgos y beneficios, sin incrementar la vulnerabilidad de algunas poblaciones. Las consecuencias sociales y económicas de las medidas de mitigación, inevitablemente, han afectado de manera desproporcionada a las personas de menor ingreso y aquellas con empleos precarios. Las personas migrantes se han visto especialmente afectadas.

¿Qué sería recomendable, entonces, para una práctica de la salud pública orientada por principios éticos? Quizá lo primero sería no separar el diseño de estrategias efectivas, en un sentido epidemiológico, de las consideraciones acerca de sus efectos adversos en las poblaciones desfavorecidas. Teniendo presentes los principios de solidaridad (Verweij y Dawson, 2007) y equidad en salud (Goldberg, 2014), la planeación de acciones debería, desde el comienzo, tomar

en cuenta a quienes pueden verse más afectadas(os) por ellas. En el caso de la respuesta a pandemias, las personas en movilidad deberían ser consideradas desde el primer momento de la planeación, y no solamente como potenciales transmisores de la enfermedad, sino como sujetos de derechos (Wickramage *et al.*, 2018). Se trata de un reto importante que la pandemia de COVID-19 nos obliga a abordar.

## Referencias

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M.L., ... *et al.* (2018). "The ucl-Lancet Commission on Migration and Health: the Health of a World on the Move". *The Lancet*, 392 (10164), 2606-2654. DOI:10.1016/S0140-6736(18)32114-7
- Bojórquez Chapela, I. Florez-García, V., Calderón-Villarreal, A., Fernández-Niño, J. A. (2020). "Health Policies for International Migrants: A Comparison between Mexico and Colombia". *Health Policy Open*. 1: 100003. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590229620300010>
- Castañeda H., Holmes, S.M, Madrigal D. S., *et al.* (2015). "Immigration as a Social Determinant of Health". *Annual Review of Public Health*. 36: 375-392. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419#:~:text=Being%20an%20immigrant%20limits%20behavioral,the%20state%20and%20its%20institutions%20>
- Fernández-Niño, J. A., Cubillos-Novella, A., Bojórquez I., Rodríguez, M. (2020). "Recommendations for the Response Against COVID-19 in Migratory Contexts under a Closed Border: The Case of Colombia". *Biomédica*. 40 (Supl.2). doi: 10.7705/biomedica.5512
- Goldberg, Daniel S. "The Implications of Fundamental Cause Theory for Priority Setting" (2014). *American Journal of Public Health*. 104: 1839-1843. 2014/08/15. doi: 10.2105/AJPH.2014.302058.
- Mateus, A. L. P., Otete, H. E., Beck, C. R., Dolan, G. P., Nguyen-Van-Tam, J. S. (2014). "Effectiveness of Travel Restrictions in the Rapid Containment of Human Influenza: A Systematic Review". *Bull World Health Organ*. 92:868-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25552771/>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2020). *IOM Statement on COVID-19 and Mobility, 20 March 2020*. Disponible en [https://www.iom.int/sites/default/files/iom\\_covid\\_key\\_messages\\_19-03\\_final.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/iom_covid_key_messages_19-03_final.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). "Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak Situation. Situation Reports". Consultado el 18 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports>
- Povlsen, L. y Borup, I. (2015). "Health Promotion: A Developing Focus Area Over the Years". *Scand J Public Health*. 43: 46-50. 2015/08/28. doi: 10.1177/1403494814568595
- Rubalcava, L. N., Teruel, G. M., Thomas, D., *et al.* (2008). "The Healthy Migrant Effect: New Findings from the Mexican Family Life Survey". *Am J Public Health*. 98: 78-84. 2007/12/01. DOI: 10.2105/AJPH.2006.098418.
- Verweij, M., Dawson, A. (Eds.) (2007). "The Meaning of 'Public' in 'Public Health' ". En A. Dawson, M. Verweij, M. F. Verweij. *Ethics, Prevention and Public Health*. Oxford: University Press. 13-29 pp.
- Wickramage, K., Gostin, L. O., Friedman E. *et al.* (2018). "Missing: Where Are the Migrants in Pandemic Influenza Preparedness Plans?". *Health Hum Rights*. 20: 251-258. 2018/07/17. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30008567/>



ENFOQUE DE  
DERECHOS HUMANOS  
EN POLÍTICAS PÚBLICAS  
**en materia de salud  
dirigidas a personas  
migrantes**



## DIVULGACIÓN

Claudio Frausto Lara

### INTRODUCCIÓN

Escuchar que las políticas públicas deben tener un enfoque de derechos humanos se ha convertido en algo frecuente. Este paradigma no es menor pues representa una victoria, al menos discursiva, de organizaciones, instituciones y personas defensoras de derechos humanos que desde hace tiempo emprendieron una larga lucha por el reconocimiento de estos derechos. Esta lucha continúa ya que, a pesar de ser ampliamente reconocidos y aceptados, los derechos humanos aún son, en muchas ocasiones, una herramienta retórica que no incide determinadamente en el marco teórico con el fin de orientar acciones concretas que mejoren la vida de las personas.

Es necesario traducir los principios e ideas, por los que muchos y muchas han luchado, en hechos que permitan que todas las personas, sin distinción alguna, puedan disfrutar de estos derechos. En este documento se abordará el derecho a la salud y su ejercicio por parte de las personas migrantes en México, con el objetivo de identificar elementos indispensables para la elaboración de políticas públicas desde un enfoque de derechos humanos en materia de salud.

#### El marco jurídico de los derechos humanos y el derecho a la salud de las personas migrantes

Antes de tratar el tema específico del derecho a la salud de las personas migrantes, es necesario señalar la interdependencia que existe entre los diferentes derechos humanos, situación que conduce a la imposibilidad de hablar de un derecho de manera aislada. La interdependencia se refiere a la indivisibilidad e imbricación de los derechos. En lo que respecta al derecho a la salud, esto quiere decir que “el ejercicio pleno del derecho a la salud no puede llevarse a cabo sin el respeto y cumplimiento de otros derechos, como el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho al trabajo y la libertad de expresión” (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2013: 22). Este derecho también se encuentra compleja e

íntimamente relacionado con derechos como el derecho a una alimentación apropiada, a la seguridad social, a una vivienda adecuada, a la información, entre otros. Así, para explorar el significado del enfoque de derechos humanos en una política pública de salud dirigida a personas migrantes, es importante definir algunos conceptos básicos.

Los derechos humanos son “estándares sobre cómo tratar a los seres humanos” (Cárdenas, 2010: 4); es decir, “derechos fundamentales de las personas, de respeto a su integridad física, dignidad personal y ejercicio social de sus capacidades” (Roniger, 2018: 13). Los derechos se han detallado y traducido en compromisos puntuales para alcanzar estos estándares, por medio de acuerdos y normas internacionales. Por supuesto, los derechos humanos deben siempre interpretarse a la luz de la soberanía de las naciones, pues estas normas internacionales reconocen la imposibilidad de entrometerse en los asuntos internos de los Estados.<sup>1</sup>

El *derecho a la salud* fue enunciado de manera formal, en el ámbito internacional, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada en 1946 en Nueva York. Tal documento señala como un derecho fundamental “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”. (OMS, 1946: 1) Por otra parte, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se enuncia en conjunto con otros derechos:

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros caso de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*(Organización de las Naciones Unidas, 2018)

El “derecho al más alto nivel de salud” se reconoce en múltiples instrumentos y normas internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (artículo 5), la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 25), la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (artículos 28, 43 y 54), la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículo 12), entre otros.

De manera específica, en materia migratoria, el Pacto Mundial para una Migración Ordenada, Segura y Regular establece no solo la posibilidad de obtener

<sup>1</sup> Para una discusión sobre las tensiones entre derechos humanos y soberanía, puede consultarse a Serrano, 2010: 7.

datos sobre la salud de las personas migrantes (objetivo 1), sino también incluye como propósito invertir en programas que reduzcan los factores que orillan a las personas a salir de su país, lo cual incluso abarca la falta de provisión de servicios de salud o la detección de factores que la pongan en riesgo (ONU, 2018).<sup>2</sup>

Este marco internacional ha sido reconocido y adoptado por el Estado mexicano. La reforma constitucional que se realizó en 2011 fue una modificación “que permitió integrar los principios de respeto, protección, garantía y satisfacción de los derechos humanos, haciendo coincidir la Constitución con los estándares y tratados internacionales, integrándolos en la jurisdicción interna” (Jiménez y Pacheco, 2016: 33).

Además, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) enuncia el “derecho a la protección de la salud” en su artículo 4o., el cual se reglamenta en la Ley General de Salud. Adicionalmente, la CPEUM establece, en su primer artículo, que

*Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*

En este sentido, de acuerdo con la propia legislación nacional, la condición migratoria de las personas no limita en forma alguna el derecho a la salud. Esto se señala en el artículo 8 de la Ley de Migración (2011), el cual establece:

*Los migrantes tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado, independientemente de su situación migratoria, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables. Los migrantes independientemente de su situación migratoria, tendrán derecho a recibir de manera gratuita y sin restricción alguna, cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida.*

Estas “disposiciones legales y reglamentarias aplicables” se encuentran en diversos instrumentos normativos de nuestro marco legal. Por ejemplo, de manera importante, el artículo 27 de la misma Ley de Migración determina como función de la Secretaría de Salud “Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a las personas extranjeras, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”.

Otras legislaciones que pueden aplicarse en materia de derecho a la salud y personas migrantes son la Ley del Seguro Social, la cual establece como parte de

sus objetivos “garantizar el derecho a la salud” y la Ley de Desarrollo Social, que regula la atención a grupos sociales en situación de vulnerabilidad. Asimismo, la Ley General de Población contempla, en su capítulo V, una sección sobre repatriación, la cual ha servido como fundamento para la aplicación de programas específicos para personas que regresan a nuestro país.

Muchas son las leyes y reglamentos que pueden funcionar como base para proveer servicios de salud para las personas migrantes en nuestro país. A pesar de esto, la falta de acceso a ellos es una realidad. Es cierto que la dificultad para hacer uso de los servicios de salud es una barrera que no solo las personas migrantes enfrentan en nuestro país, pero a ellas, además, se les suman procesos de discriminación y maltrato que tienen su origen en desconocimiento, estigmas, estereotipos y desinformación.

### Políticas públicas en materia de salud para personas migrantes

El reto para nuestro país con respecto a la posibilidad de hacer efectivo el derecho a la salud parece no estar en el plano normativo, sino más bien en cómo este aparato legislativo se utiliza para generar políticas públicas y acciones que garanticen el derecho a la salud de la población y, en particular, de las personas migrantes, tanto en el ámbito de la atención como en el de la prevención.

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), las acciones de una política pública con enfoque de derechos humanos deben buscar cumplir, al menos, con tres objetivos generales: 1) la eliminación de violaciones de derechos humanos, 2) la promoción del ejercicio de los derechos y 3) la eliminación de situaciones de vulnerabilidad que impidan su ejercicio (OIM, 2013). Estos tres objetivos deben ser aplicados a cada uno de los derechos, tomando en cuenta que éstos nunca se encuentran aislados.

En el caso del derecho a la salud hay violaciones claras que es preciso eliminar; por ejemplo, la tortura, algunas prácticas tradicionales nocivas (como matrimonios infantiles o la ablación) y diversas formas de violencia contra las mujeres. Con respecto a la promoción del ejercicio del derecho a la salud, se pueden identificar algunos elementos como el derecho a la intimidad, la no discriminación y el derecho a la participación. Asimismo, la eliminación de situaciones de vulnerabilidad que impiden el ejercicio del derecho a la salud está relacionada con el derecho al agua, a la alimentación, a la educación y a la información. Como se puede observar, existe una fuerte interde-

<sup>2</sup> Para tener mayores referencias sobre el marco internacional en materia de salud y migración, puede consultarse OMS, 2010: 43.

pendencia no solo entre el ejercicio de los derechos sino también entre las violaciones a éstos; en este mismo sentido, es posible puntualizar que el ejercicio de un derecho refuerza el ejercicio de otros.

Por otra parte, además de referir estos tres objetivos al derecho que se quiera atender, es indispensable analizar cómo se relacionan con poblaciones en específico, priorizando aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Esto permite identificar las dificultades para ejercer este derecho o las violaciones de derechos que enfrentan por las situaciones que atraviesan.

Las personas migrantes, sobre todo las que se movilizan en condiciones de irregularidad, afrontan situaciones de alta vulnerabilidad que tienen impactos sobre su condición de salud y sobre sus posibilidades de acceder a los servicios de salud. Diferentes estudios han mostrado que las personas inmigrantes indocumentadas y las deportadas presentan afectaciones a su salud originadas, en buena medida, por las condiciones del viaje, la infraestructura para la provisión de servicios de salud y políticas migratorias restrictivas (Rosales, 2019).

Se debe tener claro que las personas migrantes provienen de distintos contextos que guardan particularidades y que se traducen en diferentes necesidades. Algunas investigadoras e investigadores utilizan la división de fases del proceso migratorio propuesta por Zimmerman, Kiss y Hossain para analizar esas necesidades específicas (véase Zimmerman, Kiss y Hossain, 2011) (origen, tránsito, destino, detención por autoridades y retorno). Tal proceso debe ser complementado con información sociodemográfica que ofrecen herramientas de observación y medición.<sup>3</sup>

La información que brindan este tipo de herramientas permite identificar algunos de los determinantes sociales de la migración. Esto resulta útil para elaborar políticas públicas que tengan el objetivo

*de poder equilibrar las acciones y políticas que deben implementarse para eliminar o disminuir las circunstancias que pongan en peligro la salud, la cual bajo dicha perspectiva [de derechos humanos], no representa solo la carencia de una patología, sino que comprende también las condiciones socioeconómicas.* (Ruiz de Chávez Ramírez, Almeida Perales, García Zamora y Al., 2014: 5)



Entre esos determinantes sociales deben contemplarse el ingreso, las condiciones laborales y las prestaciones sociales, en caso de que se tenga acceso a un empleo, entre otros. Estos determinantes sociales deben ser tomados en cuenta a fin de atender los tres objetivos mencionados en líneas anteriores, pues a partir de ellos es que se pueden observar cuáles son los momentos en que existen violaciones a los derechos humanos, la ausencia de su promoción y las condiciones que hacen que ciertos sectores enfrenten situaciones de mayor vulnerabilidad.

Así, el análisis por fase del proceso migratorio, en conjunto con las características sociodemográficas que arrojan información sobre los determinantes sociales de la migración, permiten tener una perspectiva más amplia sobre las necesidades de las personas migrantes y las situaciones de vulnerabilidad que enfrentan en diferentes momentos. Entre esas necesidades es posible identificar aquellas que se refieren específicamente a los servicios de salud. Se sabe, por ejemplo, a partir de diversos estudios, que la falta de acceso a servicios de salud puede ser una de las razones que motivan la migración (véase Bojórquez

Chapela, Peña Muñoz, Hernández Campos, Calva Sánchez y Zambrano Gil, 2019; Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018; Rosales, 2019). Hay otros factores que afectan de una u otra forma la salud, como la carencia de alimentos y la falta de empleo para conseguirlos, lo cual también motiva algunas formas de migración.

Asimismo, sabemos que el tránsito, sobre todo en condiciones de irregularidad, puede ocasionar daños a la salud física y psicológica. “Se ha documentado que son las condiciones en las que se migra y no la migración en sí misma lo que determina la situación de salud de los migrantes.” (Leyva Flores, 2015: 1) En la migración de tránsito es especialmente difícil que las personas puedan acceder a servicios de salud.

También se ha identificado que las personas migrantes suelen no acceder a los servicios de salud en los países de destino, ya sea por desconocimiento, por no tener posibilidad de acceso, por el costo o por miedo a ser identificadas por las autoridades migratorias. En el proceso de detención, muchas veces las

<sup>3</sup> En el caso de México, estos datos pueden obtenerse en las Encuestas sobre Migración en las Fronteras Norte y Sur (El Colegio de la Frontera Norte et al., 2019).

condiciones son de hacinamiento y difícilmente se mantiene un monitoreo de las implicaciones que pueda haber sobre la salud mental y física. Además, las consecuencias en la salud mental de un regreso no voluntario pueden tener afectaciones importantes en diferentes ámbitos de la vida de las personas migrantes.

En el retorno se ha observado que la falta de documentación oficial dificulta el acceso a los servicios de salud, aun cuando se trate de personas con nacionalidad mexicana; incluso se ha identificado que las personas migrantes tienen desconfianza con respecto a la calidad de la atención en el sistema de salud pública. En ocasiones, son las mismas barreras para acceder a servicios de salud las que hacen que se repitan los procesos de emigración.

Estos son solo algunos ejemplos de los hallazgos que deben tomarse en consideración para el diseño de políticas públicas en materia de personas migrantes y su derecho a la salud. Sin embargo, como se ha señalado, el análisis de las necesidades debe hacerse de manera específica y a partir de una constante revisión de datos para identificar cambios en las situaciones de vulnerabilidad, tomando en cuenta las complejidades y heterogeneidad de los procesos migratorios.

Como consecuencia, una política pública federal sobre el derecho a la salud de las personas migrantes debe contener directrices generales que tendrán que ser adecuadas para cada población, situación e, incluso, espacio geográfico. Así, el diseño de semejante política debe contener los elementos necesarios para eliminar las violaciones al derecho a la salud, para promover este derecho y reducir las vulnerabilidades.

Además, esta política deberá contemplar las dificultades para su aplicación por parte de las autoridades implementadoras, así como procesos de capacitación que permitan superarles. Autores como Lipsky han señalado que la política pública es la que hacen quienes la implementan, las y los servidores públicos “a nivel de calle” (véase Lipsky, 1980). En este sentido, el fortalecimiento de capacidades del personal en materia de derechos humanos debe ser un elemento in-

dispensable, al igual que la aplicación de sanciones a quienes perpetúen violaciones de derechos humanos o impidan el ejercicio de éstos.

Para ello, es importante que una política sobre el derecho a la salud de las personas migrantes contemple mecanismos de evaluación de la efectividad en términos de la atención que recibe la población objetivo, así como herramientas de monitoreo que permitan identificar fallas en la implementación de la política. Resulta fundamental la generación y análisis de datos constantes que posibiliten ajustar el diseño de la política a las necesidades cambiantes de las personas migrantes.

### Reflexiones finales

Las líneas esbozadas hasta ahora bastan para comenzar a dimensionar la transversalidad de temas como la migración y la salud, así como la imbricación e interrelación que existe entre los diferentes derechos humanos. Asimismo, han servido para ilustrar la complejidad de las políticas públicas integrales.

Al tomarse esto en consideración, se pueden señalar algunos elementos que la Organización Internacional para las Migraciones ha indicado como indispensables

para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes. Así, se debe establecer un sistema de provisión de servicios de salud que cuente con los componentes de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.<sup>4</sup> Esto es, que exista un número suficiente de instalaciones y capacidades; que las personas puedan hacer uso de ellas sin discriminación alguna; que sean apropiadas en términos de las características de la población, y que sean adecuadas desde el punto de vista médico. Para lograr que los servicios de salud cuenten con estas características, es fundamental que su instalación y operación esté informada por los datos actualizados en torno a la migración, lo

que permitirá prevenir posibles alzas en la demanda, así como atender necesidades específicas de sectores de personas migrantes.



<sup>4</sup> Para tener mayores referencias sobre estos componentes se puede consultar OIM, 2013.

Es necesario señalar que una política pública federal sobre derecho a la salud de personas migrantes que atienda los elementos mencionados no implica la creación de servicios específicos para las personas migrantes. Al contrario, el fortalecimiento integral del sistema de salud debe contemplar las necesidades y demandas de diferentes sectores, tales como el de las personas migrantes.

México ha tomado importantes pasos hacia la incorporación de un enfoque de derechos humanos en las políticas de salud y migración, sobre todo en lo que se refiere a la adaptación del marco normativo. En este sentido, cabe destacar la firma de nuestro país a la Declaración Ministerial de Mesoamérica sobre Salud y Migración, que busca establecer vínculos entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales para la atención de la salud de las personas migrantes; el compromiso con el Consenso de Montevideo, que se enfoca en diversos aspectos de la salud, como la salud sexual y reproductiva de diversas poblaciones, incluyendo a las personas migrantes, y la firma del Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, que busca generar condiciones para que las personas migrantes contribuyan al desarrollo sostenible.

La complementariedad entre instrumentos internacionales y nacionales ha dado pie a avances en materia de políticas públicas de migración y salud en nuestro país. Estrategias como “Somos Mexicanos”<sup>5</sup> han enfocado sus esfuerzos en las personas que son devueltas a México por autoridades estadounidenses y en facilitar el proceso de integración. De igual forma, con el propósito de atender a las personas devueltas desde Estados Unidos, se han llevado a cabo programas como el de “Módulos de Atención Integral a la Salud del Migrante Repatriado en la Frontera Norte”;<sup>6</sup> por su parte, el de “Ventanillas de Salud”<sup>7</sup> tiene el objetivo de facilitar el acceso a servicios de salud a personas mexicanas que se encuentran en Estados Unidos, al igual que el programa “Juntos por la Salud”,<sup>8</sup> que se enfoca en zonas de difícil acceso.<sup>9</sup>

Así, se puede establecer que la salud de las personas migrantes no ha estado ausente en los programas y acciones del Estado; sin embargo, es necesario reconocer que estos esfuerzos han sido insuficientes para proveer cuidados a la salud de la población en general y de las personas migrantes en particular. En especial, las personas migrantes en tránsito, quienes son también titulares de derechos humanos, han enfrentado dificultades para acceder en nuestro país a estos servicios.



Fotografías: de arriba hacia abajo, Pisauikanu y Jeyaratnam en Pixabay

<sup>5</sup> <https://www.gob.mx/inm/acciones-y-programas/estrategia-somos-mexicanos>

<sup>6</sup> <https://www.saludfronterizamx.org/modulo-salud-migrante/index.php>

<sup>7</sup> <https://www.gob.mx/ime/acciones-y-programas/ventanilla-de-salud>

<sup>8</sup> <https://www.gob.mx/ime/acciones-y-programas/unidades-moviles-de-salud>

<sup>9</sup> Para tener mayores referencias sobre los programas, pueden consultarse los prontuarios elaborados por el Centro de Estudios Migratorios de la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas de la Secretaría de Gobernación. Véase en [http://portales.segob.gob.mx/es/PolíticaMigratoria/Prontuario\\_poblaciones\\_migrantes\\_vulnerabilidad](http://portales.segob.gob.mx/es/PolíticaMigratoria/Prontuario_poblaciones_migrantes_vulnerabilidad)

Una política pública de salud para personas migrantes, desde un enfoque de derechos, requiere fortalecer el sistema de salud en su totalidad y, a la vez, adaptarlo para que pueda satisfacer las necesidades de poblaciones específicas. Este es el caso de las personas migrantes, de la comunidad LGBTTTI, mujeres, niños, niñas y adolescentes, poblaciones indígenas y afrodescendientes, o con discapacidades, las cuales se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, y de las cuales debe hacerse cargo el Estado mexicano.

El enfoque de derechos humanos en una política pública implica también la mirada integral que busque que el ejercicio de derechos refuerce las posibilidades y condiciones de ejercer otros. Este planteamiento se hace reconociendo la escasez de recursos que caracteriza a muchos de los aparatos burocráticos en el mundo. En México, la falta de recursos suficientes ha sido agravada por políticas neoliberales que han adelgazado el aparato estatal y su capacidad de recaudación fiscal, y que ha tenido una mala administración presupuestal.

Por lo demás, es imperante señalar que la construcción de políticas públicas, desde un enfoque de derechos humanos, demanda el fortalecimiento de las capacidades estatales para administrar bienes públicos y, así, satisfacer la demanda de servicios de salud, educación, alimentación, vivienda, etc. Ésta es la magnitud de las transformaciones que se requieren para garantizar el ejercicio de los derechos humanos para todas las personas, sin importar, entre otras circunstancias, su condición migratoria.

## Referencias

- Bojórquez Chapela, I. R., Peña Muñoz, J. J., Hernández Campos, C. M., Calva Sánchez, L. E. y Zambrano Gil, E. A. (2019). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México. Informe anual de resultados 2018*. México: El Colegio de la Frontera Norte et al. (Coeditores). Disponible en [https://www.colef.mx/emif/informes\\_publicaciones.html](https://www.colef.mx/emif/informes_publicaciones.html)
- Cámara de Diputados (1917). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. Disponible en [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_201219.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_201219.pdf)
- (2011). Ley de Migración. México. Disponible en [https://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntos\\_migratorios/docs/legislacion/LEY\\_MIGRACION.pdf](https://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntos_migratorios/docs/legislacion/LEY_MIGRACION.pdf)
- Cárdenas, S. (2010). *Human Rights in Latin America: A Politics of Terror and Hope*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH] (2018). *Los desafíos de la migración y los albergues como oasis. Encuesta Nacional de Personas Migrantes en Tránsito por México*. México: Autor.
- El Colegio de la Frontera Norte et al. (Coeds.) (2019). *Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte y Sur de México* (EMIF Norte y Sur). México: Coeditores. Recuperado el 1 de febrero de 2020. Disponible en <https://www.colef.mx/emif/>
- Fronteriza, C. de S. (2020). Módulo de salud del migrante.
- Gobierno de México (2020a). Unidades Móviles de Salud ums.
- (2020b). Ventanilla de Salud.
- (2020). Estrategia Somos Mexicanos. México. Disponible en <https://www.gob.mx/inm/acciones-y-programas/estrategia-somos-mexicanos>
- Jiménez, S. hincapié y Pacheco, J. A. López (2016). "Ciclos de movilización y crisis de derechos humanos. La acción colectiva de las ONG nacionales y los derechos humanos en México". *Revista de Estudios Sociales*, 26-38. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5753520>
- Leyva Flores, René (2015). *Acceso a servicios de salud para migrantes centroamericanos en tránsito por México* (F. E. Quintino Pérez, Ed.) (primera edición). Guadalajara, México: Central America-North America Migration Dialogue (CANADIM)-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-MacArthur Foundation Georgetown University.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Organización de las Naciones Unidas (2018). Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2013). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra: OIM-OMS-OACNUDH
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Nueva York.
- (2010). *Health of Migrants-The Way Forward. Report of a Global Consultation*. Madrid. Disponible en <https://publications.iom.int/books/health-migrants-way-forward-report-global-consultation>
- (1946) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. Disponible en [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Roniger, L. (2018). *Historia mínima de los derechos humanos en América Latina*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Rosales, Y. (2019). "Migración indocumentada y derecho social a la salud: Una trayectoria difuminada en Estados Unidos y México". *Estudios Fronterizos*, 20. <https://doi.org/10.21670/ref.1910031>
- Ruiz de Chávez Ramírez, D., Almeida Perales, C., García Zamora, P. G., & Al., E. (2014). "Principales necesidades de salud y trabajo en migrantes de retorno". *Revista Electrónica Semestral en Ciencias de la Salud*, 2, 1-11.
- Serrano, M. (2010). "The Human Rights Regime in the Americas: Theory and Reality". En M. Serrano & V. Popovsky (Eds.), *Human Rights Regimes in the Americas* (pp. 1-29). New York: United Nations University Press.
- Unidad de Política Migratoria de la Secretaría de Gobernación (2018). *Prontuario sobre poblaciones migrantes en condiciones de vulnerabilidad*. México: Autor. Disponible en [http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Investigacion/Prontuario\\_vul.pdf](http://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Investigacion/Prontuario_vul.pdf)
- Zimmerman, C., Kiss, L., y Hossain, M. (2011). "Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making (Policy Forum)". *PLoS Medicine*, 8 (5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

PERSONAS  
MIGRANTES  
EN MÉXICO,  
**COVID-19 y**  
**derechos humanos**



## DIVULGACIÓN

---

Claudio Frausto Lara

La pandemia de COVID-19 ha traído retos sin precedentes para todos los países. En México, la sociedad y el gobierno han tomado acciones para protegerse, para atender a quienes han enfermado y para resguardar el ejercicio de los derechos humanos. Desde el inicio de la contingencia, México tomó la firme determinación de no limitar las libertades de las personas, incluida la de tránsito.

Las regulaciones se enfocaron en las actividades sociales como el empleo y la educación, y no en las labores individuales. Esto ha ayudado a generar un frente común entre gobierno y sociedad civil para reducir la velocidad del contagio y evitar una saturación de los servicios del sistema de salud.

Enfrentar un problema de esta magnitud no requiere el uso de métodos represivos, sino de poner en práctica estrategias como el distanciamiento social y la comunicación efectiva. Es decir, medidas que no deriven en la violación de los derechos humanos de las personas, sino que contribuyan a sobrellevar esta contingencia de forma conjunta, con apego irrestricto a los compromisos internacionales adquiridos por México y salvaguardando la integridad de las personas.

La propagación del virus SARS-CoV-2 ha afectado a todos los sectores, pero también ha ocasionado consecuencias diferenciadas. Este virus puede tener efectos más graves en personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Este es el caso de las personas migrantes, sobre todo quienes han migrado por necesidad y de manera irregular, quienes –incluso antes de la pandemia– experimentaban altos grados de pobreza, violencia y marginación. Este escenario les ha dejado con pocos recursos y posibilidades para atender las medidas de seguridad y protección que las autoridades sanitarias han indicado para contener el ritmo de contagio.

La pandemia ha dejado claras las dificultades que enfrentan las personas migrantes para acceder a la seguridad social y atención médica. Este es el caso

no solo de muchas de las personas que están en tránsito por México, sino también de quienes regresan a nuestro país después de haber pasado tiempo en otro y que no necesariamente conocen el sistema de salud o los trámites para hacer uso de los servicios que éste provee.

Además, muchas personas migrantes son vulnerables en particular debido a su pertenencia a sectores históricamente excluidos. Tal es el caso de personas migrantes con discapacidad, mujeres, niñas y niños, adolescentes y personas LGBTQI+. Por otra parte, hay grupos que, más allá de ser excluidos, son especialmente sensibles a las afectaciones de esta enfermedad, como son las personas de la tercera de edad o quienes sufren padecimientos crónicos.

A todo ello se añaden las condiciones de acceso a la salud en su país de origen, a los riesgos de un tránsito peligroso o la estancia en otra nación sin el pleno ejercicio de sus derechos. Es imprescindible reconocer que las personas migrantes deben poder ejercer libremente el derecho a la salud, sin importar su nacionalidad o condición migratoria.

Ante este panorama, el Gobierno de México, desde una perspectiva de derechos humanos, ha tomado decisiones para salvaguardar el bienestar de las personas migrantes en nuestro país. Esto se ha traducido en acciones como la desocupación de 65 estaciones migratorias donde se encontraban más de 3 700 personas migrantes en espera de resolución de trámites. Aun así, estas medidas evidencian la difícil realidad a la que se enfrentan las personas migrantes, quienes incluso fuera de las estaciones no necesariamente cuentan con mejores condiciones de vida, pueden no tener empleo, vivienda o redes de apoyo que les permitan hacer frente a esta situación excepcional.

En estos casos, ha sido fundamental la labor de las organizaciones de la sociedad civil que han ofrecido lugares para la estancia de estas personas. Esto demuestra la importancia de fortalecer las relaciones entre el gobierno y diversas organizaciones, teniendo

claro que este tipo de colaboraciones no le restan responsabilidad al Estado para atender las necesidades de las personas migrantes.

Esta pandemia reafirma la urgencia de fortalecer los sistemas gubernamentales que atienden a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad o desventaja. También confirma que la provisión de servicios estatales como la educación, la seguridad y la salud debe convertirse en una de las máximas prioridades públicas. Todo esto, sin duda, requerirá del ejercicio bien planeado de los recursos.

En este tenor, es necesario contemplar que la atención a las personas migrantes debe proveerse desde una perspectiva transversal, lo que requiere de una fuerte coordinación interinstitucional, que vincule a las áreas especializadas en migración con todas las dependencias de gobierno. De esta forma, la atención que

se brinde a las personas migrantes será también parte de los trabajos para reducir las desigualdades y para garantizar el ejercicio de los derechos humanos.

En consecuencia, los sistemas de atención y de provisión de servicios para personas migrantes deben integrarse a los mecanismos para la población en general. Ello tiene como fin evitar un aumento en la cantidad de recursos necesarios y evitar que se generen nuevos procesos de exclusión. Para lograr una plena integración de las personas migrantes, tanto las personas extranjeras que tienen como destino a México como de nuestras y nuestros connacionales que vuelven al territorio nacional, es imprescindible garantizar las condiciones para el ejercicio de sus derechos humanos, en especial el derecho al trabajo, a la salud, a la educación y a la identidad.



# De dónde vienen

Manuel Camargo Sánchez

# las palabras...

En esta oportunidad esta sección propiamente no hace referencia a una palabra, sino que aporta los aspectos más relevantes sobre la *equidad en salud*, concepto relacionado de manera íntima con la *movilidad humana*, la *salud pública* y los *derechos de las personas migrantes*.

## Equidad en salud

Pareciera que la *equidad en salud* en general es una entelequia que solo llega a darse en países avanzados, no así en nuestra región de América Latina. Baste mencionar al respecto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) reconoció que la desigualdad en materia de salud en esta parte del continente se debía sobre todo a estructuras sociales que, además, propician formas de discriminación que inciden en los ámbitos educativo, laboral, de ingresos y de protección social, entre otros. Lamentablemente diversos estudios coinciden con lo anterior y destacan que en América Latina y el Caribe se “presenta la mayor inequidad social y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud” (Linares-Pérez, Nivaldo y Oliva López-Arellano, 2008).

Pero cabe puntualizar al respecto que en términos generales la equidad en salud implica que cada persona tenga la posibilidad de desarrollar su máxima capacidad de salud, con independencia de su posición social u otros aspectos determinados por su condición comunitaria. De acuerdo con la OPS, la

equidad en salud incluye varias características: 1) “es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”; 2) “la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud”, y 3) la equidad en salud debe propiciar por parte del Estado llevar a cabo “esfuerzos por lograr la equidad en salud a través del trabajo sobre equidad de género; etnicidad y salud; garantizar el derecho a la salud; los determinantes sociales y ambientales de la salud; medir, analizar y monitorear las desigualdades en salud; fortalecimiento de los sistemas de salud, y gestión y difusión del conocimiento, entre otras áreas de enfoque”.

Sin duda, hablar de equidad en salud es un tema complejo, pues alrededor de él confluyen diversas posiciones filosóficas, ético-valorativas, teóricas y ope-

rativas. No obstante, distintas opiniones coinciden en admitir que *equidad* significa *justicia*, por lo que las necesidades de las personas, en vez de los privilegios sociales, son las que deben guiar la distribución de las oportunidades de bienestar.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) establece que el objetivo primordial de la salud pública es evitar desigualdades entre las personas migrantes y la población de acogida en cuanto a la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud. Ello, sin duda, es parte del reconocimiento, respeto y ejercicio pleno de los derechos de todas las personas. En este sentido, quienes se encuentran en situación de movilidad, en general, y aquellas personas en condiciones de vulnerabilidad, en particular, requieren tener un acceso efectivo a los servicios de salud.

Al respecto, la OMS enuncia la necesidad de garantizar los derechos sanitarios de las y los migrantes, para lo cual recomienda por todos los medios posibles limitar actitudes de discriminación o estigmatización, así como suprimir los obstáculos que impiden el acceso de esas



personas a las intervenciones preventivas y curativas, las cuales son consideradas como prestaciones sanitarias básicas de la población de acogida.

De esta manera, resulta imprescindible seguir garantizando el beneficio de la salud pública y el ejercicio y respeto irrestricto de los derechos de las personas migrantes a partir de un riguroso sentido de equidad en salud.

## Referencias

Gobierno de España-Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud*. España: Autor. Documento electrónico disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm#:~:text=Alcanzar%20la%20EQUIDAD%20EN%20SALUD,sean%20asignados%20seg%C3%BAn%20la%20necesidad>.

Linares-Pérez, Nivaldo y Oliva López-Arellano (2008). "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". *Medicina Social*, vol. 3, núm. 3. Disponible en <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/226/484>.

López Pardo, Cándido M. (2007). "Conceptualización y valoración de la equidad en salud". *Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300005)

Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud de los migrantes*. Informe de la Secretaría. Documento electrónico disponible en [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB122/B122\\_11-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB122/B122_11-sp.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2019). "Las inequidades impiden lograr buenos resultados de salud para todos en la Región de las Américas". Washington. Documento electrónico disponible en [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15478;persistent-inequity-prevents-achievement-of-health-for-all-in-the-americas-says-new-report&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15478;persistent-inequity-prevents-achievement-of-health-for-all-in-the-americas-says-new-report&Itemid=1926&lang=es)

——(s.f.). *Equidad en salud*. Washington: Autor. Documento electrónico disponible en [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es)

Sen, Amartya (2002) "¿Por qué la equidad en salud?" *Revista Panamericana de Salud Pública*. Disponible en <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/>

Whitehead, Margaret (1991). "Los conceptos y principios de la equidad en salud". Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/docs/taller\\_analisis\\_datos\\_bibliografia\\_27.pdf](http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/docs/taller_analisis_datos_bibliografia_27.pdf)

Conoce nuestra página Web  
politicamigratoria.gob.mx

# Movilidad es

ANÁLISIS DE LA MOVILIDAD HUMANA



Ya está disponible el Número 4

**GOBERNACIÓN** UNIDAD DE POLÍTICA MIGRATORIA, REGISTRO E IDENTIDAD DE PERSONAS

# rutas

ESTUDIOS SOBRE MOVILIDAD Y MIGRACIÓN INTERNACIONAL



Ya está disponible el Número 2

**GOBERNACIÓN** UNIDAD DE POLÍTICA MIGRATORIA, REGISTRO E IDENTIDAD DE PERSONAS

# Contextos

Investigaciones sobre movilidad humana

## Migración interna por violencia o inseguridad en México

Análisis sociopolítico basado en datos de la ENHID 2018

Conoce la nueva publicación del Centro de Estudios Migratorios



**GOBERNACIÓN** UNIDAD DE POLÍTICA MIGRATORIA, REGISTRO E IDENTIDAD DE PERSONAS

escaparrate



Síguenos en Twitter: @RocioGonzalezH8