

La migración en tiempos de pandemia en Nuevo León: respuestas desde Casanciolás.

Philippe Stoesslé, Mariana Burgueño Martínez, Olivia Cristina Castillo Martínez, Raúl Castillo Rodríguez, María José del Bosque Davila, Zoiré de la Rosa Padron, Ana Flores Gómez, Regina Jaffe, Alberto Martínez Garcia, Valeria Martínez Silva, et al.

► To cite this version:

Philippe Stoesslé, Mariana Burgueño Martínez, Olivia Cristina Castillo Martínez, Raúl Castillo Rodríguez, María José del Bosque Davila, et al.. La migración en tiempos de pandemia en Nuevo León: respuestas desde Casanciolás.. [reportType_4] Casa del Migrante Casanicolás. 2020. halshs-02931478

HAL Id: halshs-02931478

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02931478>

Submitted on 7 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



“La migración en tiempos de
pandemia en Nuevo León:
respuestas desde
Casanicolás”

GUADALUPE, NL.
JULIO 2020

Coordinación General

Philippe Stoesslé

Casanicolás

Universidad de Monterrey

Editora en Jefe

Regina Martín Jaffe

Universidad de Monterrey

Editora Auxiliar

Mónica Gabriela Suárez González

Universidad de Monterrey

Equipo de Investigación y Redacción

Mariana Burgueño Martínez

Olivia Cristina Castillo Martínez

Raúl Castillo Rodríguez

María José Del Bosque Dávila

Zoiré De la Rosa Padrón

Ana Martha Flores Gómez

Regina Martín Jaffe

Alberto Martínez García

Valeria Martínez Silva

Andrea Moreno Nava

Mónica Gabriela Suárez González

Bárbara Fabiola Vásquez Bonilla

Universidad de Monterrey

Diseño de Portada

Valeria Martínez Silva

Universidad de Monterrey

Casanicolás

Emiliano Zapata 4417, esq. con Serafin Peña.

Col. Guadalupe Victoria

Guadalupe, Nuevo León, México 67180

Página oficial: <https://www.casanicolas.org>

Facebook: Casa del Migrante Casanicolás

Índice

Prólogo	4
1. Introducción	5
a. ¿Quiénes son las personas exiliadas de nuestros días?	5
b. Una vulnerabilidad reforzada frente al COVID-19.	6
c. Las personas migrantes, responsables sempiternas de las epidemias.	8
2. Vulnerabilidades de salud en el tránsito	10
a. Salud y enfermedad: Aproximación teórica y aspectos psicosociales.....	10
b. Acceso a la salud: marco normativo en México.....	11
c. Actitudes y comportamiento de la sociedad de recepción frente a la migración.....	13
d. Estrategias y recursos de atención médica utilizados por la población migrante.....	14
3. Riesgos y complicaciones ante la pandemia por COVID-19 en Nuevo León	17
a. La epidemia en México y Nuevo León.....	17
i. Datos estadísticos relevantes	17
ii. Las medidas sanitarias gubernamentales.....	22
b. Impactos y consecuencias: agudización de la situación de vulnerabilidad	23
i. Aparición de nuevos factores de riesgo.....	23
ii. El debilitamiento de las redes sociales de apoyo	25
iii. Complicaciones extraordinarias para las familias, las mujeres y los miembros de la diversidad sexual	26
c. Respuestas de la Sociedad Civil	28
i. Una acción compensatoria más necesaria que nunca	28
ii. Retos y problemas ligados al confinamiento.....	29
4. Los retos de la misericordia en tiempos de pandemia: respuestas de Casanicolás frente al COVID-19	30
a. Un nuevo funcionamiento: medidas implementadas ante la pandemia.....	30
b. Necesidades actuales y limitantes en la provisión de servicios.....	34
5. Conclusiones	35
a. Aprendizajes	35
b. La nueva normalidad	36
c. Necesidades y apoyos requeridos	37
6. Referencias	39

Prólogo

La necesidad del presente informe surgió desde las primeras semanas de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), en especial a partir de la aparición de casos de enfermedad en Nuevo León, en marzo 2020. Se multiplicaron entonces las inquietudes de muchas personas solidarias y genuinamente preocupadas por el devenir de las personas migrantes que Casanicolás alberga todos los días del año desde abril de 2008. También, se presentaron legítimas preocupaciones por el bienestar de quienes laboran en el albergue y se entregan día tras día para ofrecer a nuestros huéspedes una estancia decorosa en lo que se convierte en un verdadero hogar temporal.

En estos tiempos de mucha angustia para nuestros seres queridos y allegados, no quisimos dejar de poner la lupa sobre “aquellos que nadie ve”, que no tienen rostro conocido, pero cuya vida importa igual que cualquier otra. Familias enteras, mujeres, hombres, niñas y niños de todos horizontes obligados a salir de su lugar de origen en búsqueda de una vida digna y que permanecen en nuestro Estado de manera especialmente desprotegida.

Como el resto de las organizaciones de la sociedad civil, especialmente las Casas hermanas de la Arquidiócesis de Monterrey, Casanicolás trata de subsanar las necesidades de quienes se encuentran desamparados y expuestos a la enfermedad al no tener un lugar para resguardarse. Es la rudeza de esta vulnerabilidad de las personas migrantes, singularmente incrementada por la pandemia, de la que queremos rendir cuenta aquí; así como de las respuestas inspiradas de la Divina Misericordia que ofrece Casanicolás.

Se presentó la oportunidad de elaborar este documento entre varias manos, gracias a la colaboración virtuosa que entablamos con la Universidad de Monterrey (UDEM) desde hace varios años. En esta ocasión, nos apoyó un grupo de estudiantes en Relaciones Internacionales particularmente indagador y sagaz. Agradecemos su apoyo y esperamos sean ejemplos contagiosos en su vida del “virus” de la solidaridad y de la empatía.

1. Introducción

a. ¿Quiénes son las personas exiliadas de nuestros días?

México es simultáneamente un país de origen, de retorno y de tránsito de migrantes, esta última modalidad se conforma en su mayoría por Centroamericanos que buscan llegar a Estados Unidos. Alrededor del 82.7% de los inmigrantes presentados ante la autoridad migratoria en el año 2019 provenían de Guatemala, Honduras y El Salvador (Unidad de Política Migratoria, 2019). La misma tendencia es identificada en el Estado de Nuevo León, donde 93.4% de los inmigrantes presentados ante la autoridad migratoria en 2019 eran originarios del Triángulo Norte de Centroamérica (Unidad de Política Migratoria, 2019).

Por otro lado, México se ha empezado a conformar como un país de destino debido a la creciente militarización del control fronterizo estadounidense durante estos últimos años. De acuerdo con datos de 2019 del Instituto Nacional de Migración (INM), la mayoría de las personas que recibieron tarjetas de visitantes por razones humanitarias entre finales de 2018 y principios de 2019 eran originarias principalmente de Honduras, El Salvador, Venezuela y Guatemala (CNN Latinoamérica, 2020).

El aumento de la migración irregular en México corresponde a que la situación de violencia en los Estados centroamericanos se ha vuelto insostenible. En 2019, Honduras cerró el año con una tasa de 41.2 homicidios por cada 100,000 habitantes, datos que lo posiciona como el país más peligroso de Centroamérica; a su vez, El Salvador registró una tasa de 36 homicidios por cada 100,000 habitantes. Por su parte, Guatemala reportó una tasa de 21.5 por cada 100,000 habitantes, además de contar con la tasa más alta de extorsiones en Centroamérica (Asmann, y O'Reilly, 2020). Por ende, organismos como la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2019) califican a Centroamérica como la región con

los índices de homicidios más altos en el mundo¹; siendo el tráfico de drogas y las *Maras*² unos de los principales detonantes de violencia.

Aunado a la violencia generalizada, la frágil economía de estos países también ha sido instrumental en la creación de la crisis migratoria. En un reporte elaborado con base en encuestas realizadas a personas centroamericanas con intención de migrar, más del 60% de los encuestados reportaron que tener problemas económicos, como un salario insuficiente, y estar desempleados son razones para migrar (Creative Associates International, 2019). Otro factor determinante para las dinámicas migratorias actuales es el cambio climático. Según el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, los cambios de temperatura también han influido en la movilidad en Centroamérica, sobre todo dentro de las comunidades dependientes de la agricultura, en donde se experimentan sequías que contribuyen a la inseguridad alimentaria de sus poblaciones (OIM, 2020a).

b. Una vulnerabilidad reforzada frente al COVID-19.

Las personas migrantes³ en tránsito por México se encuentran en un estado de vulnerabilidad acrecentado por su movilidad, la inseguridad de las condiciones de viaje y la falta de redes de apoyo. Esta situación provoca que se enfrenten a riesgos como la marginalización social, una mayor exposición al crimen organizado, medios y rutas de transporte peligrosos, condiciones climáticas extremas y poca protección por parte del Estado mexicano; a pesar de las obligaciones marcadas en el derecho nacional e internacional.

¹ Un estudio reciente realizado por Médicos Sin Fronteras (2020) corrobora lo anterior: el 61.9% de los migrantes en México reporta haber estado expuesto a una situación de violencia antes de salir de su país (como la desaparición de un familiar, sufrir la muerte violenta de un familiar o amigo cercano, agresión, extorsión o tortura). Además, casi la mitad (un 45.8%) menciona un evento relacionado con la violencia como determinante importante para migrar.

² Se debe entender por *Maras* los grupos de personas involucradas en actividades ilegales como la extorsión y el tráfico de drogas, que tienen el poder de control sobre la población y el territorio (Jiménez 2016 en Stoesslé y Rodríguez-Maroun, 2019). La extorsión de empresas, residentes de áreas bajo su control, vendedores ambulantes, entre otros, es de hecho su principal fuente de ingreso (Asmann, y O'Reilly, 2020).

³ Con el fin de facilitar la lectura, usaremos en ocasiones el término genérico “los migrantes” para referirnos a las personas migrantes. Sin embargo, es necesario reconocer la heterogeneidad de estos grupos en movilidad y la pluralidad de factores de riesgo que caracterizan sus distintas experiencias migratorias.

En el contexto de la pandemia del COVID-19, los factores que antes ponían en peligro la vida de estas personas se han agudizado por la falta de oportunidades y la reducción de redes de apoyo. Por ejemplo, muchos migrantes se ven obligados a pasar las noches en espacios insalubres, a falta de recursos monetarios suficientes para rentar un cuarto y por el aumento en la demanda del espacio disponible en los albergues. Por consiguiente, ésta y otras situaciones reducen considerablemente sus opciones para seguir las medidas de salubridad dictadas por las autoridades de salud.

En este contexto, el presente documento se enfoca en la población migrante dentro del Estado de Nuevo León, México, con el fin de contribuir a subsanar la escasa documentación que existe hasta ahora sobre las vulnerabilidades que han sido creadas o intensificadas por la encrucijada entre la migración y el COVID-19. La Casa del Migrante Casanicolás, como actor social líder en la atención a migrantes, desea informar, visibilizar y sensibilizar a la ciudadanía acerca de las dificultades extremas a las que se enfrenta la población migrante, regularmente invisibilizada por los prejuicios, el estigma social y la xenofobia. Por ello, daremos a conocer las respuestas ofrecidas para hacer frente a los nuevos riesgos que vive esta población.

Para cumplir con el objetivo establecido, terminamos a continuación esta introducción con un sucinto recorrido histórico de la relación funesta entre estigmatización social, migración y epidemias. En el segundo apartado, se contextualizan las vulnerabilidades de los migrantes en relación con el acceso de salud y subrayamos las estrategias que suelen utilizar las personas migrantes para sobrellevar estas carencias. Por su parte, el tercer apartado expone la situación del COVID-19 en el Estado de Nuevo León, la agudización de la situación de vulnerabilidad entre la población migrante, las medidas adoptadas por las autoridades, así como las estrategias de acción y los retos enfrentados por la sociedad civil organizada para compensar la crisis sanitaria. El cuarto apartado informa sobre las medidas de atención a migrantes que ha adoptado Casanicolás durante la pandemia y algunas limitantes que ha conllevado esta labor. Finalmente, concluimos con una reflexión sobre las recomendaciones, aprendizajes y retos a futuro como consecuencia de los cambios ocasionados por el COVID-19 en la dinámica migratoria en México.

c. Las personas migrantes, responsables sempiternas de las epidemias.

Frente a la impotencia médica para contener la propagación de los virus, las medidas tomadas por los Estados y sus sociedades suelen ser restrictivas, y hasta represivas: aislar los enfermos, cuarentenas de los viajantes, barrios o pueblos con “cerco sanitario”, búsqueda de chivo expiatorio y pánico generalizado. Desde la Peste Negra de 1346 hasta el COVID-19, las personas migrantes son estigmatizadas como las “portadoras de enfermedades” (Von Unger, Scott y Odukoya, 2019). Las personas siempre han buscado darles un rostro a los problemas de salud y, desde su ignorancia, culpabilizar a ciertos grupos poblacionales de introducir un mal ajeno a una comunidad antes impoluta. De esta manera, se trata de encontrar una explicación racional y reconfortante a lo desconcertante e inesperado que puede llegar a ser una enfermedad desconocida, especialmente cuando ésta se vuelve pandémica.

Una manera de construir significados para las enfermedades es mediante el uso de caricaturas donde se relaciona un problema de salud con los grupos más vulnerables a su contagio (Ulaby, 2020). Este estigma suele recaer con mayor crudeza sobre las comunidades que viven en una situación de movilidad constante (Ziegler, 1971). Un ejemplo claro es el caso de la Gripe Española de 1918, durante la cual los inmigrantes españoles sufrieron violencia y discriminación al ser denominados como “fuente” del virus por presentar altos índices de contagio, a pesar de que el verdadero origen de la enfermedad se dio durante la Primera Guerra Mundial en un campamento en Kansas, Estados Unidos (Tognotti, 2013; Gómez y Gómez, 2019).

Imagen 1. Ilustración de la Gripe Española.



Fuente: Bell, 1918 en Farnsworth, 2020⁴

Más cerca de nosotros, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es otro caso de estigmatización hacia grupos de personas específicas. Al ser una enfermedad sin diagnóstico en la década de los ochentas, se atribuyó como fuente de la enfermedad a los cuatro grupos más expuestos: los homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos, siendo denominada así como el síndrome “de las cuatro haches” (Milagros Pérez, 1983). Similarmente, durante la pandemia de la Influenza A H1N1 en el 2009, la comunidad mexicana en el extranjero fue estigmatizada como portadora del virus tras la difusión de que el caso cero ocurrió en México (McCauley, Minsky, y Viswanath, 2013). Asimismo, el nuevo brote de Ébola en el 2014 supuso la grave estigmatización de la comunidad afrodescendiente, hasta tal punto que la enfermedad fue calificada como “un problema africano” (Nunes, 2016)⁵.

Por lo tanto, el uso de etiquetas como la nacionalidad o el grupo étnico para describir a las epidemias crea falsas relaciones entre estas categorías y las enfermedades (Williams, González-Medina y Le, 2011). No es sorprendente presenciar cómo el brote del COVID-19 trae consigo discursos de xenofobia hacia la comunidad asiática y los inmigrantes en general.

⁴ La ilustración hace uso de objetos alusivos a la cultura española, como el sombrero, el bigote y las botas para representar la enfermedad de la “gripe española”; perpetuando así el estigma de que el virus se originó en España.

⁵ En el 2014, los migrantes que llegaron a España fueron acusados de ser portadores del virus del Ébola (EVE). Empero, el primer caso español fue de un misionero repatriado al país. Este caso ilustra la disparidad en el trato a los diferentes tipos de migrantes en un contexto de pandemia (Treceño y López, 2014).

Las personas más indefensas al contagio se vuelven entonces “los culpables ideales” de la propagación de enfermedades “extranjeras”, cuando bien se sabe que los virus no hacen distinciones entre nacionalidades (Shah, 2020 y Mason, 2015). Además, aunque éstos se transmiten por el contacto entre seres humanos, cabe subrayar que quienes fungen como transmisores suelen ser turistas y viajantes por razones profesionales: la actual pandemia no es una excepción.

2. Vulnerabilidades de salud en el tránsito.

Las comunidades migrantes, familias e individuos, se encuentran en una situación de alta vulnerabilidad durante su travesía internacional; son blancos de agresiones físicas, secuestros, abusos sexuales, redes de tráfico de personas, extorsiones, maltratos, rechazo y humillaciones por parte de los civiles, las autoridades o los grupos del crimen organizado. Es decir, su contexto social y material los expone en mayor medida a enfermarse, accidentarse o hasta morir, en comparación con otros grupos vulnerables.

No obstante, los migrantes también cuentan con una fuerte capacidad de agencia⁶, muchas veces subestimada. De ahí su capacidad de adaptarse a cambios drásticos suscitados durante el trayecto: esfuerzos físicos debilitantes, una alimentación precaria rayando en la desnutrición, la deshidratación y el consumo de sustancias nocivas que pueden comprometer su salud; súmese a esto los problemas psicoemocionales producidos por una condición constante de estrés, angustia e incertidumbre.

a. Salud y enfermedad: Aproximación teórica y aspectos psicosociales.

La salud y la enfermedad son aspectos fundamentales de los procesos de vida y muerte del ser humano, tanto así que a través de los milenios distintas culturas les han atribuido múltiples significados a patrones de cambios biológicos y no biológicos mediante códigos, valores e

⁶ La capacidad de agencia se refiere a la habilidad individual de construir e influir en la realidad social propia (Cervantes-Martínez, 2016; Duque-Páramo, 2007).

ideologías propias; de ahí su denominación como constructos sociales. La salud del cuerpo y de la mente es un factor indispensable para el goce de una vida plena y la expresión de la agencia personal, es decir, la capacidad de sobrellevar retos y dificultades, así como también de superarse. En otras palabras, la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, más bien, se trata de un estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1948).

Precisamente, la salud y el bienestar cuentan con una dimensión psicosocial. Desde esta perspectiva epistemológica se conceptualiza al individuo como el producto de sus relaciones e interacciones con la realidad, constituido por “condiciones biológicas, psicológicas, histórico-sociales, culturales, económicas, políticas” (Villa-Gómez, 2012: 353). En un contexto de movilidad, es sencillo imaginarse los profundos cambios que vive la persona migrante, los cuales crean nuevas necesidades materiales y relacionales que, lógicamente, terminan teniendo un efecto sobre su estado psicológico. No obstante, es esencial entender que los problemas de salud mental de los migrantes son fruto de las situaciones sociales adversas a las que se enfrentan y, consecuentemente, no pueden ser calificadas como patologías individuales; al contrario, deben llamarse “problemas psicosociales” (COLEF, 2020a).

Por lo tanto, la migración es considerada como un factor de riesgo psicológico para los migrantes, pues, se necesita de un equilibrio de salud física y psicológica para cumplir con el proyecto migratorio que se busca lograr (Tizón, 1989). Los numerosos factores de riesgo ponen en peligro la salud física y psicosocial de los migrantes, especialmente de aquellos que transitan de manera irregular. Aunado a estas terribles condiciones de viaje, se les agrega una vulneración adicional: el limitado acceso a los servicios de salud pública en México.

b. Acceso a la salud: marco normativo en México.

Con la finalidad de facilitar la lectura, se presenta una síntesis del marco normativo relativo al acceso a la salud en México en la Tabla 1. Vale la pena resaltar que, desde la reforma constitucional en materia de derechos humanos del año 2011, los tratados internacionales que ha suscrito y ratificado el Estado mexicano gozan de la misma jerarquía que la Carta Magna.

Las autoridades están obligadas por ley a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de los ciudadanos y extranjeros en suelo mexicano consagrados en estos documentos.

Tabla 1. Marco Normativo del Acceso a la Salud en México.

Documento legal	Descripción
<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i>	Artículo 1. Cualquier persona que se encuentre en el territorio nacional posee todos los derechos humanos que estipula esta, así también los tratados internacionales en los que México está.
<i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>	Artículo 25. Todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales. Asimismo, la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.
<i>Ley de Migración</i>	Artículo 8. Independientemente de su situación migratoria, los migrantes tienen el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica, provista por los sectores público y privado. Igualmente, no podrán ser sujeto de restricciones adicionales a las establecidas para los mexicanos en la prestación de servicios médicos. Artículo 27. Corresponde a la Secretaría de Salud promover las prestaciones de servicios de salud que se les otorga a los extranjeros, ejercer vigilancia de los servicios de sanidad en los lugares destinados al tránsito internacional de personas, diseñar y difundir campañas en estos mismos lugares para la prevención y control de enfermedades, etc.
<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales</i>	Artículo 12. Los Estados que forman parte de este pacto deben reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental.

Elaboración propia con información de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Ley de Migración y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Debido a lo anterior, el orden jurídico nacional plantea con claridad la obligación del Estado Mexicano de promover, respetar, proteger y garantizar el derecho humano a la salud de todas las personas que se encuentren residiendo o transitando dentro de sus fronteras, sin importar su estatus migratorio. Sin embargo, como se verá más adelante, la normatividad y la realidad suelen existir paralelamente debido a la continua violación de los derechos humanos de las personas migrantes.

c. Actitudes y comportamiento de la sociedad de recepción frente a la migración

La discriminación y el estigma por parte de la sociedad y las instituciones de las ciudades de recepción son unos de los problemas más severos que enfrentan los migrantes durante su tránsito por México. Los nacionales, ya sean simples ciudadanos o autoridades, perciben a las personas migrantes como una amenaza externa, invasora. De esa manera, se justifica el surgimiento de prejuicios y actitudes etnocéntricas y discriminatorias (Sidanius y Pratto, 1999, en Brief et al., 2005) (ejemplo de ello es la creencia común pero inexacta de que los migrantes vienen a México para invadir las comunidades y robarse empleos).

En efecto, los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) del 2010 revelan que los migrantes son el tercer grupo más discriminado en México (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2018). No obstante, la población migrante no comparte una única experiencia de migración, sino que, inclusive entre ellos, existen vulnerabilidades añadidas que exponen a ciertos subgrupos a prejuicios y violencias adicionales. Uno de estos subgrupos son los migrantes en situación irregular, quienes son más propensos a ser víctimas de exclusión y agresión por la concepción errónea de que la irregularidad es justificación para el despojo de los derechos y que los irregulares son agentes de crimen, peligro y violencia (CONAPRED, 2018). Ciertamente, el ambiente de discriminación es bastante crítico: el 84% de los mexicanos encuestados para la ENADIS del 2010 consideró que los derechos de los migrantes centroamericanos se respetan poco, nada o algo (CONAPRED, 2018).

En el caso específico del Estado de Nuevo León, la ciudadanía en general se suele oponer a la recepción y presencia de migrantes, siguiendo claramente la tendencia nacional, pero también intensificándola. De acuerdo con la *Encuesta de Percepción Así Vamos, Cómo*

Vamos Nuevo León (2019), el 75% de los encuestados respondieron que México no debería admitir más migrantes al país. Asimismo, el 54.8% expresaron que el flujo migratorio está relacionado con el incremento de inseguridad que se ha observado en los últimos años en el Estado. De manera adicional, el 50.1% manifestaron que no se debe proporcionar apoyo a las personas exiliadas durante su estancia en la entidad (*Cómo Vamos Nuevo León*, 2020).

El rechazo a los migrantes –especialmente aquellos que viajan sin la documentación requerida– no solo ha sido expresado por la opinión popular, sino también por el gobernador neoleonés, Jaime Rodríguez Calderón, quien ha realizado comentarios despectivos hacia ellos. El funcionario los ha criminalizado al señalar que “no contar con papeles que demuestren la estancia legal de estas personas podría derivar en un problema de inseguridad, al no saber quiénes son” (Guardiola, 2018). En este mismo sentido, Rodríguez Calderón ha declarado que otorgarles un “exceso” de libertades implica que las autoridades no puedan controlar sus actos y que, a su vez, “arrebaten” oportunidades de los mexicanos (Guardiola, 2018).

Por otro lado, el gobernador ha propuesto la iniciativa de agrupar a las personas migrantes y establecer empresas para darles trabajo en el municipio de Anáhuac, Nuevo León. “El migrante podrá trabajar ahí [...] si quiere [...] Nuevo León le da trabajo al que quiera trabajar” (Castillo y Recio, 2020). El mandatario agregó que solo el “güevón” no consigue empleo en el Estado, reciclando de paso el prejuicio de los “migrantes flojos que no quieren trabajar”, cuando, los empleos que se han contemplado para ellos se limitan a la producción agrícola de leche y carne de cabra, así como de hortalizas (León, 2019).

d. Estrategias y recursos de atención médica utilizados por la población migrante.

Aunque la ley reconozca y garantice el derecho al acceso a la salud de la población migrante, la práctica demuestra lo contrario. El rechazo de las instituciones y de la sociedad del país receptor ocasiona que los migrantes eviten acudir a los centros de salud públicos y, en caso de hacerlo, sean atendidos inadecuadamente. Además, existe una gran desmotivación en relación con la calidad de los servicios de asistencia médica por considerarlos ineficaces –

debido al largo tiempo de espera que requiere una consulta–, la falta de especialistas y la carencia de equipo y/o medicamentos suficientes (López Arellano, 2014). Es decir, existen circunstancias estructurales en pie que impiden a los migrantes el goce de este derecho.

Las personas en tránsito internacional también enfrentan limitaciones en su vida cotidiana que propician la abstención de utilizar los servicios de salud públicos, pese al padecimiento de alguna afectación. Dentro de las limitaciones se destaca la poca disponibilidad de tiempo libre a causa de las largas jornadas de trabajo, que a la vez se vincula con los horarios limitados en los que se da atención en los módulos de salud pública, la poca libertad de ausentarse de su trabajo, aún en casos que lo requieran, y los largos trayectos que implica trasladarse a los centros de salud (Stoesslé y González-Salazar, 2020).

Aunado a estas limitaciones sociales, se añaden factores individuales que derivan en la evasión de la ayuda médica. Un ejemplo de ello es cómo el desconocimiento del funcionamiento del Sistema de Salud en el país receptor provoca que las personas migrantes no acudan a los centros de salud públicos (Stoesslé y González-Salazar, 2020). De igual manera, pueden rehuir de la asistencia médica por considerarse a sí mismos ilegítimos de ese derecho a causa de su estatus migratorio o por miedo a ser deportados al dar a conocer sus datos personales (Stoesslé et al., 2015).

Pese a estas barreras, los migrantes cuentan con una capacidad de agencia que externalizan cuando, por ejemplo, toman decisiones relacionadas al tratamiento de sus padecimientos de salud o reflexionan sobre éstos. Y, por supuesto, esta agencia está guiada por la subjetividad sociocultural de la persona: sus creencias, preferencias, costumbres, hábitos y tradiciones (Duque-Páramo, 2007). Empero, las elecciones de los migrantes relativas a su salud se encuentran condicionadas por sus recursos materiales e inmateriales (p. ej., *derechos humanos*) que, cuando son escasos o desvalorizados, los obligan a recurrir a sistemas alternativos de salud, como la medicina popular (Zavaleta, 2006).

De acuerdo con el informe de políticas “Acceso a Servicios de Salud para los Migrantes Centroamericanos en Tránsito por México”, de los 2,231 migrantes encuestados con

síntomas de algún problema de salud a lo largo de todo el país, solo el 60% decidieron recurrir a los servicios de salud (Leyva-Flores et al., 2015). De los migrantes que respondieron que sí decidieron tomar medidas para atender sus síntomas o enfermedades, el 80% recibieron atención médica en casas del migrante, 3.5% lo hicieron en servicios privados, 1.8% en servicios públicos, 1% en farmacias y 3.7% en otros servicios de atención incluyendo curanderos (Leyva-Flores et al., 2015).

Las cifras mencionadas anteriormente indican que las casas del migrante son la alternativa más frecuentada por los migrantes para acceder a la asistencia sanitaria. Cada casa opera de manera diferente en la prestación de estos servicios, pero, en general, lo hacen a partir de la consulta clínica a libre demanda. Sin embargo, la atención médica que proveen las Casas está circunscrita por factores tales como la disposición del personal voluntario y las donaciones. Por consecuencia, optan por formar redes de servicios de salud en colaboración con actores locales e internacionales como Médicos Sin Fronteras y Cruz Roja.

Otra de las alternativas utilizadas por los migrantes para atender sus problemas de salud son los consultorios adjuntos a farmacias. Los motivos que impulsan a que las personas exiliadas acudan a las farmacias se debe a su conveniencia, dada sus múltiples sucursales, la disponibilidad de sus horarios de atención, la confianza que inspiran y el poco tiempo de espera. Estas características suponen una ventaja particular para los migrantes con empleos, pues su fácil acceso y amplios horarios de consulta no interfieren con sus obligaciones laborales.

Sin embargo, la utilización de los consultorios adjuntos a las farmacias puede resultar problemática, ya que con frecuencia se tienden a recetar medicamentos adicionales que no son necesarios. De igual forma, las farmacias también son usadas con frecuencia por las personas migrantes, puesto que cuentan con el libre acceso a la compra de ciertos medicamentos (véase como ejemplo el *paracetamol*). Este sistema permite que los migrantes se *automediquen* basándose en conocimientos previos relacionados a la enfermedad o padecimientos que presenten (García de Alba García, 2012).

Hasta ahora, se han mencionado recursos de atención médica que provienen del sistema de salud formal. No obstante, existen otras alternativas utilizadas por algunas personas migrantes para atender la enfermedad: los remedios tradicionales. Dentro de estas prácticas de salud se identifica el uso de medicinas naturales como hierbas, minerales y materiales orgánicos, lo que comúnmente se conoce como *curanderismo* (Bouché, 2001; García de Alba García, 2012). Asimismo, existe una dimensión espiritual en los procesos curativos que se expresa por medio de rituales, ensalmos y advocaciones, como aquellos utilizados para curar el *mal del ojo* (Almeida-Vera, 2014; Bouché, 2001). De igual modo, la religiosidad suele ejercer una función alternativa y/o complementaria para los migrantes que no tienen acceso a los recursos de salud mencionados anteriormente. Una práctica común consiste en la oración dirigida a figuras religiosas para que intermedien por la salud de las personas (Zavaleta, 2006).

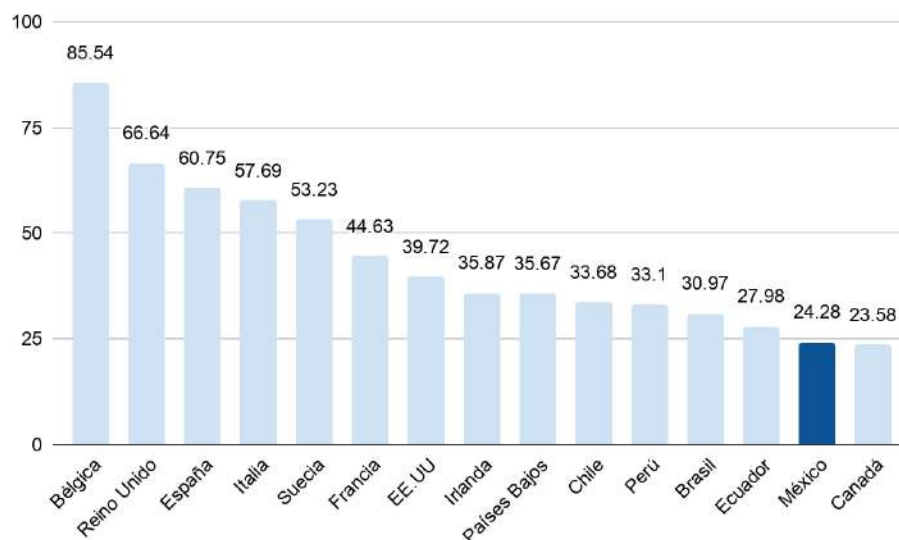
3. Riesgos y complicaciones ante la pandemia por COVID-19 en Nuevo León

a. La epidemia en México y Nuevo León

i. Datos estadísticos relevantes

La crisis sanitaria mundial ha expuesto los problemas estructurales que han abatido a México y América Latina durante décadas, pero que hasta ahora habían sido flagrantemente ignorados por los gobiernos y grandes sectores de la sociedad. A diferencia de otros países – como Nueva Zelanda, que logró erradicar la enfermedad en su territorio –, México ha visto el número de contagios aumentar exponencialmente. Claramente, situaciones tan críticas como ésta afectan a toda la población, sin embargo, es relevante precisar el contexto que le antecede: un sistema de salud deficiente e inequitativo, que se ha traducido en disparidades en el acceso y la calidad de la atención médica pública, particularmente para grupos vulnerables como las personas migrantes. A continuación, se presentarán datos estadísticos esenciales para entender la situación en México y Nuevo León.

Gráfica 1. Tasa de mortalidad por COVID-19 a nivel internacional por 100,000 habitantes desde diciembre de 2019 hasta el 6 de junio de 2020.



Elaboración propia con información de Johns Hopkins University (2020b).

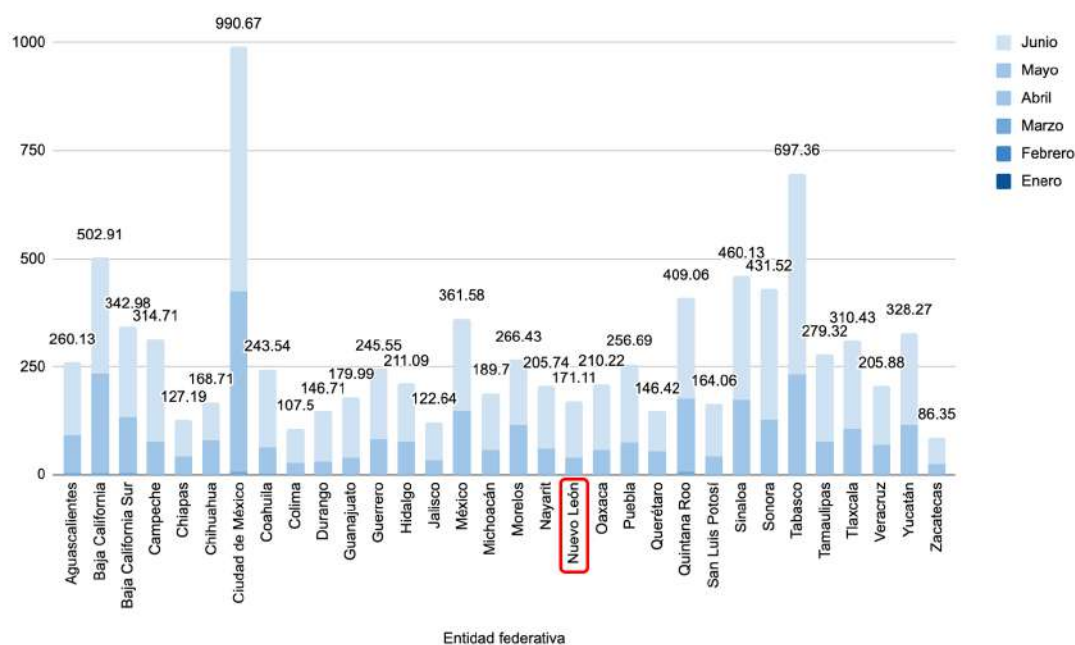
La gráfica 1 mide el número de muertes causadas por el coronavirus a nivel global por cada 100,000 habitantes; que se distingue del número de defunciones totales. Se observa que, a la fecha de corte, los países europeos presentan una tasa de mortalidad por COVID mayor que los de América. Por su parte, México ocupa el catorceavo lugar (24.28 / 100,000).

Por otro lado, si se analiza los casos de mortalidad por COVID-19 a nivel internacional en términos absolutos, se encuentra que, a fecha del 6 de junio, México se posiciona como el quinto país con más muertes en el mundo, llegando a 31,119 (Johns Hopkins University, 2020a). No obstante, de acuerdo con el subsecretario de la Organización Panamericana de la Salud (2020), lo anterior no necesariamente refleja el promedio de números totales globales de sus entidades federativas, por lo que es necesario hacer una revisión de los datos de Nuevo León.

De acuerdo con la directora de la OPS, “se espera, de manera generalizada, en los próximos dos años brotes recurrentes en las Américas” (2020; en Rodríguez, 2020). Después del primer caso de COVID-19 confirmado en México el día 28 de febrero de 2020, se ha visto una tendencia al aumento en el número de infectados en la población mexicana. En el Estado de

Nuevo León, el Secretario de Salud, Manuel de la O Cavazos, anunció el primer caso de contagio por coronavirus el 11 de marzo de 2020.

Gráfica 2. Tasa de casos confirmados acumulados por cada 100,000 habitantes por entidad federativa de México desde el mes de enero al mes de junio de 2020.



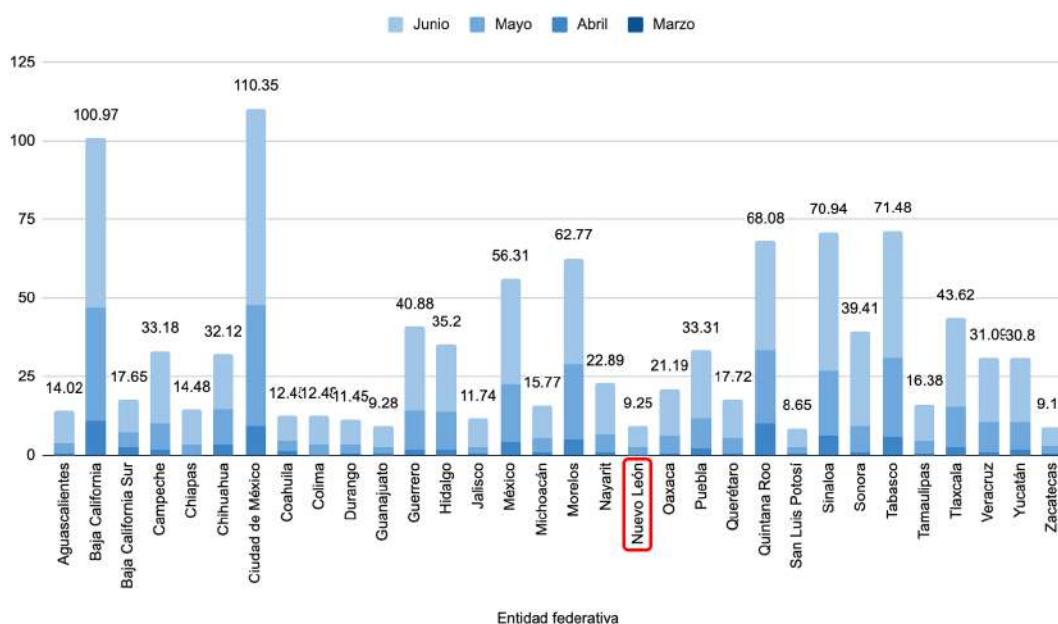
Elaboración propia con información de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y el Gobierno de México.

Como se demuestra en la gráfica 2 que Nuevo León, en comparación con otros Estados de la República Mexicana, no ostenta una tasa tan alta de casos confirmados acumulados por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, de acuerdo con las declaraciones del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de México, Hugo López-Gatell, el 26 de mayo de 2020, estas bajas tasas apuntan a que la pandemia del COVID-19 apenas comienza para ciertas regiones. Además, pronosticó una extensión de la epidemia en Monterrey y Guadalajara hasta el mes de octubre, mientras que la Ciudad de México verá reducida esta tendencia.

Por el contrario, las cifras presentadas en la gráfica anterior demuestran que, al menos en la capital del país, los casos confirmados acumulados han ido al alza. Del mismo modo, es importante destacar la tendencia de crecimiento en la mayoría de las entidades federativas.

Esta tendencia se identifica como consecuencia del incumplimiento por parte de los civiles de las reglas y protocolos de reapertura gradual estipulados por el plan de “la nueva normalidad” anunciado en mayo, el cual anunció el fin de la Jornada Nacional de Sana Distancia para el día 1 de junio. Esto se refleja en las estadísticas de junio, con 130.99% casos más, debido a que las medidas de aislamiento social se fueron suavizando.

Gráfica 3. Tasa de defunciones acumuladas cada 100,000 habitantes por entidad federativa de México desde el mes de marzo al mes de junio de 2020.



Elaboración propia con información de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y el Gobierno de México.

La gráfica 3 muestra que para el 6 de julio de 2020 Nuevo León había registrado una tasa de 9.25 muertes por cada 100,000 habitantes. Hasta ahora, el mes de junio ha presentado la tasa de fallecimientos más alta de la entidad (6.65%), con una diferencia de 4.44% entre mayo y junio. A pesar de esto, Nuevo León ocupa el tercer lugar con menos defunciones de COVID-19, en contraste con el resto de los Estados. En virtud de estos datos, el Secretario de Salud del Estado presumió la excelencia de los servicios de salud de Nuevo León, aunque anteriormente criticó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), asegurando que en sus instalaciones es donde se presentan más muertes causadas por el coronavirus.

Por otra parte, en un estudio realizado por la Universidad de Stanford se concluyó que, si bien el COVID-19 es la causa de muerte para algunas personas, hay otras enfermedades que son más letales. En el caso de la entidad nuevoleonense, cerca del 80% de las defunciones podrían relacionarse con estas comorbilidades –es decir, enfermedades asociadas al coronavirus en un mismo individuo. Según información presentada por la Dirección General de Epidemiología, estas comorbilidades son la hipertensión, la diabetes, la obesidad y la insuficiencia renal crónica (Secretaría de Salud, 2020).

Imagen 2. Cifras de COVID-19 aglomeradas y por municipios en Nuevo León de marzo al 6 de julio de 2020.



Elaboración propia con información de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

La cantidad de contagios ha ido en aumento a tal punto que, para el 3 de julio, la capacidad hospitalaria a nivel estatal estaba ocupada en un 71%. La situación llegó a una fase crítica, por lo que el fin de semana del 4 y 5 de julio el Gobierno del Estado anunció medidas restrictivas –como la suspensión de actividades no esenciales y la limitación de la movilidad de las 22:00 a las 05:00 horas– con la intención de contener y disminuir el número de contagios.

Por su parte, los datos presentados por la imagen 2 identifican a Monterrey (3,868) y Guadalupe (2,369) como los dos municipios con mayor número de casos confirmados en Nuevo León. Este hecho representa una amenaza para los migrantes que residen y transitan por el Estado, puesto que casi todos los albergues para migrantes se encuentran ubicados en estas localidades.

ii. Las medidas sanitarias gubernamentales

A partir del 11 de marzo, cuando se confirmó el primer caso de COVID en Nuevo León, el gobierno del Estado recomendó medidas preventivas a la población para evitar la propagación del coronavirus, o al menos, disminuir su tasa de transmisión. Estas recomendaciones consistían en el lavado de manos frecuente y no saludar de beso ni de mano, asimismo, el gobernador Jaime Rodríguez pidió que la sociedad no entrara en pánico (Gobierno del Estado de Nuevo León, 2020a). En el sector salud, las consultas médicas y cirugías no urgentes fueron reprogramadas, con el fin de seguir las indicaciones de la campaña “#QuédateEnCasa”. El 19 de marzo, el Gobierno del Estado publicó la suspensión temporal de los servicios de todos los establecimientos públicos en los que concurren aglomeraciones de la población, pues se consideran un riesgo directo a la salud.

Por otro lado, el 5 de mayo de 2020 el Gobierno de la República, por medio de la Secretaría de Salud, publicó el Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19, aplicable hasta la conclusión de la pandemia en México. Dicho Plan pretende proveer a los Servicios de Salud de las entidades receptoras de población migrante –especialmente aquellas localizadas en las fronteras norte y sur del país, pero también contemplando las rutas migratorias– directrices para la atención médica integral y de calidad de las personas migrantes. Además, se incluyen servicios de salud mental y reproductiva, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, protección contra peligros sanitarios y cualesquiera que fuesen necesarios (Gobierno de México y Secretaría de Salud, 2020).

Adicionalmente, se estipula la colaboración de una gran variedad de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil para la implementación efectiva de acciones preventivas y de asistencia médica: la Secretaría de Salud; los Servicios Estatales de Salud;

el IMSS; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el IMSS-Bienestar; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); el INM; la salud municipal; las autoridades estatales y municipales; organizaciones no gubernamentales; los responsables de las casas, albergues y refugios, entre otras instancias (Gobierno de México y Secretaría de Salud, 2020).

b. Impactos y consecuencias: agudización de la situación de vulnerabilidad

i. Aparición de nuevos factores de riesgo

Como se ha expuesto en apartados anteriores, la pobreza, la marginalización, la dificultad en el acceso a la salud, la desnutrición, la falta de agua potable, los accidentes y la violencia estructural son peligros de salud derivados de su movilidad (Stoesslé y Valdés-Gastélum, 2016) y que hoy hacen a los migrantes aún más propensos al contagio de COVID-19. Es decir –como consecuencia de la naturaleza irregular de su tránsito– el desamparo institucional y las amenazas a las que se enfrentan continuamente comprometen sus barreras inmunológicas, y reducen sus capacidades para acatar las recomendaciones de salud.

Por su parte, la crisis sanitaria actual supone dinámicas que agravan la vulnerabilidad de la población migrante, aumentando exponencialmente la precariedad preexistente que distingue la experiencia migratoria. Por ejemplo, los migrantes con rumbo hacia Estados Unidos suelen enfrentarse a periodos prolongados de estancamiento en las ciudades fronterizas mexicanas, ya sean en casas de renta particulares, casas de migrantes, u otro tipo de campamentos improvisados. Algunos de estos espacios están caracterizados por ser su hacinamiento, lo cual, a luz de la pandemia, impide la observación de medidas preventivas como mantener una sana distancia y, al contrario, acrecienta la propensión a infectarse de COVID-19.

A su vez, se ha registrado un aumento en la demanda de ingreso a los albergues, debido a las continuas deportaciones –sin la realización de exámenes médicos previos e ignorando el debido proceso– bajo el “esquema de expulsión exprés” implementado el 21 de marzo por la administración de Trump y la suspensión temporal de los trámites de asilo (Miroff, 2020).

Los gobiernos de Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas estiman que alrededor de 25 mil migrantes se encuentran varados en las ciudades fronterizas y región norte del país, algunos de ellos en centros de detención, campamentos o refugios provisionales que los exponen al contagio (COLEF, 2020b). En efecto, elementos de Médicos Sin Fronteras han reportado situaciones de insalubridad y falta de protocolos preventivos en las estaciones migratorias de ambas fronteras del país y, por tanto, altas probabilidades de contagio para la población migrante (Hernández-Hernández, 2020).

De ahí que los migrantes se enfrentan a una situación de vulnerabilidad que los deja con escasas alternativas para resguardarse y cumplir con las medidas sanitarias vigentes, especialmente por el alto riesgo de encontrarse en las calles a consecuencia del cierre de aproximadamente 80% de los albergues en los Estados fronterizos (Crail, 2020). Los migrantes en situación de calle están altamente expuestos al contagio: carecen de un lugar seguro e higiénico donde resguardarse, de acceso a la información, de materiales de protección (cubrebocas, gel antibacterial y agua), como lo han mencionado algunos migrantes en Monterrey (Recio, 2020). Esta vulnerabilidad se ve agravada por los estragos que la desnutrición y el estrés pueden llegar a causar en sus sistemas inmunológicos, debido a “la escasa posibilidad de generar un ingreso [por el estancamiento de la economía y del mercado laboral] y el hecho de que el alimento en los refugios menos estructurados no es seguro” (COLEF, 2020b: 16).

Dados los múltiples factores de riesgos de salud expuestos anteriormente, es sumamente importante enfatizar que estas personas en situación de movilidad tienen un acceso más limitado a los servicios de salud pública del Estado Mexicano que el resto de la población no migrante (Bojorquez-Chapela et al, 2020). Por ende, tienen menos posibilidades de acudir y ser atendidos por los hospitales y clínicas en caso de presentar síntomas, por no mencionar la casi nula probabilidad de realizarse pruebas para determinar su estado de salud. Consecuentemente, es correcto asumir que la letalidad del coronavirus se exagera entre quienes se encuentran en un contexto donde se entretujan la movilidad y la pobreza.

ii. El debilitamiento de las redes sociales de apoyo

La capacidad de agencia de la población migrante en tránsito, asentada o retornada en México se ha visto mermada ante la contingencia sanitaria por el COVID-19, puesto que ésta ha debilitado sus redes sociales de apoyo. Estas últimas están constituidas por las relaciones interpersonales que “integran [...] con su entorno social y [...] permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional” (Guzmán, Huenchuan y Montes-de-Oca, 2003: 43). La intensificación de su vulnerabilidad y precariedad son el resultado de medidas de sanidad tomadas ante la justificación de aminorar el número de contagios por el bien de la salud pública.

El actual endurecimiento de las políticas migratorias —oficialmente justificado por la contingencia sanitaria— ha repercutido de manera grave en la población migrante tanto indocumentada como en la solicitante de refugio en el país y la solicitante de asilo en Estados Unidos. Por ejemplo, la coyuntura actual ha ocasionado que esta población transite a “un estatus irregular no considerado: aplazamiento de audiencias, continuidad de irregularidad pre-pandemia, solicitud de refugio en México, temor a deportación” (COLEF, 2020c: 5). De ahí que se han requerido en mayor medida una serie de servicios para compensar el desamparo sufrido: estancia en albergues o viviendas, alimentación, atención médica y psicológica, asesoramiento jurídico, apoyo laboral, entre otros.

A pesar de esto, las necesidades cubiertas por los mencionados servicios han permanecido insatisfechas. Consecuentemente, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) ha intervenido a favor de los migrantes al exigirle al INM que implemente medidas para salvaguardar el bienestar físico, psicológico, estado de salud y vida de aquellos alojados en sus estaciones migratorias, estancias provisionales y albergues, al igual que del personal (CNDH, 2020).

De ahí la decisión de desalojar las estaciones migratorias en México por parte del INM. Sin embargo, el discurso y la práctica parecen contradecirse: las casi 4 mil personas que fueron liberadas de 65 estaciones antes y durante abril no recibieron apoyo alguno para encontrar

espacios de alojamiento seguro (Martínez, 2020). En Nuevo León, los migrantes que se encontraban detenidos en la estación terminaron en situación de calle, inclusive aquellos que tenían previsto un retorno asistido. De este modo, se visibiliza el manejo de un doble discurso por parte del Estado: jactarse como garante de los derechos humanos y, al mismo tiempo, adoptar medidas que intensifican la vulnerabilidad de los migrantes.

Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) –las únicas instancias que proveen asistencia directa y sostenida para cubrir las necesidades de los migrantes– han visto un aumento drástico en la demanda de sus servicios. Sin embargo, su capacidad de acción se ha limitado por sus gastos crecientes y recursos menguantes. Por lo que, ahora más que nunca, casas de migrantes, albergues y refugios buscan apoyarse de donaciones para continuar amparando a las personas migrantes.

iii. Complicaciones extraordinarias para las familias, las mujeres y los miembros de la diversidad sexual

Pese a que la enorme mayoría de las personas migrantes que transitan por Nuevo León se encuentran en un estado de precariedad exacerbado por el contexto actual de la pandemia, existen dentro de dentro de esta población algunos subgrupos aún más vulnerables: las familias, los niños, niñas y adolescentes (NNA), las mujeres y las personas LGBT+. Sufren de discriminación agravada, así como de marginalizaciones y de violencias adicionales que derivan de actitudes misóginas, machistas, homofóbicas y transfóbica. Aunado a esto, existen factores de inseguridad en el trayecto y hospedaje que vulneran con mayor intensidad a los NNA debido a su corta edad y, por ende, a sus familias.

En el caso particular de los NNA y de las familias, la ONG *Save the Children* identifica ciertos ejes de riesgo adicional: falta de seguridad alimentaria y financiera, de productos de higiene básica para prevenir contagios de COVID-19, y de atención profesional para salvaguardar su salud mental y evitar la violencia intrafamiliar (Menendez, 2020). De hecho, se alerta sobre los efectos nocivos del actual ambiente de estrés, angustia e incertidumbre entre los padres y madres migrantes sobre el estado psicoemocional de sus hijos y la

convivencia familiar (Las Vanders, 2020). Adicionalmente, se destaca la interrupción parcial o temporal de la educación para los NNA, puesto que, como indica la investigadora Betsabé Román de El Colegio de Sonora, no todos cuentan con los recursos tecnológicos para integrarse a un esquema de aprendizaje en línea (Román, 2020).

Cabe resaltar que, en comparación con sus contrapartes, los NNA no acompañados viven una situación exacerbada de desamparo e inseguridad, pues carecen de vínculo familiar de apoyo y protección. En efecto, la UNICEF reporta el retorno de mil niñas y niños migrantes no acompañados a México y Centroamérica por parte del gobierno estadounidense solo durante el mes de mayo de 2020, los cuales están expuestos a un entorno aún más violento y discriminatorio en sus localidades de origen por ser percibidos como vectores del COVID-19 (Noticias ONU, 2020). Por si fuera poco, los sistemas de protección para los niños y niñas están debilitados por “las restricciones de movimiento y la falta de equipos de protección para el personal de las instancias de ayuda” (Noticias ONU, 2020).

Por su parte, ONU Mujeres informa que, ante la disminución de opciones de alojamiento seguro debido al cierre de albergues y centros de acogida, las mujeres y niñas migrantes se enfrentan a mayores riesgos de explotación sexual (ONU Mujeres, 2020; Menendez, 2020); factor de riesgo igualmente apremiante para los niños y adolescentes. Asimismo, el organismo señala que dentro de hogares y albergues existe una severa agudización de la violencia sexual y de género entre parejas e intrafamiliar a consecuencia del confinamiento. Estos casos usualmente no son reportados debido al miedo a la deportación, por la dependencia derivada de sus solicitudes de asilo, y/o la imposibilidad de acceder a servicios de atención y denuncia (ONU Mujeres, 2020).

En adición, las mujeres migrantes experimentan graves consecuencias ante un sistema sanitario sin perspectiva de género que no ha sabido dar respuesta a la pandemia correctamente, ya que, por ejemplo, la ausencia de estrategias adecuadas dirigidas a mujeres embarazadas ha significado incluso la muerte (Las Vanders, 2020). Por su parte, las madres lactantes también se han visto obligadas a lidiar con un acceso aún más limitado al alimento

correcto para sus bebés, dado que la mayoría necesitan de leche de fórmula (Las Vanders, 2020).

Por último, la crisis del desabasto de antirretrovirales, expuesta desde finales de abril del año pasado, se ha vuelto más urgente debido a la especial vulnerabilidad de las personas con VIH-sida ante el coronavirus (Bruciaga, 2020; Rangel-Garrido, 2020). Además, la saturación de los hospitales y clínicas con pacientes infectados de COVID-19 ha supuesto el aplazamiento de consultas y la cancelación de seguimientos clínicos para las personas con enfermedades crónicas como el VIH (Miranda, 2020b), lo cual contribuye al deterioro de su bienestar físico y mental.

A pesar de que esta enfermedad no sea exclusiva a la población LGBT+, dicha situación es particularmente importante para los migrantes de la diversidad sexual, puesto que en México las poblaciones más afectadas por esta enfermedad son las personas trans (con una tasa de prevalencia del 17.4%) y los hombres gays y bisexuales (17.3%) (ONUSIDA, 2020). Cabe aclarar también que, desde un enfoque epidemiológico, las personas migrantes gozan de mejor salud y vitalidad que las poblaciones de su comunidad de origen y de la sociedad de recepción⁷.

c. Respuestas de la Sociedad Civil

i. Una acción compensatoria más necesaria que nunca

Las redes sociales de apoyo –casas de migrantes, comedores, centros de defensa de derechos humanos, estancias de día, entre las principales– efectúan una labor de compensación ante la negligencia del Estado y la violencia simbólica o física que éste, la sociedad y los grupos criminales ejercen hacia los migrantes. La sociedad civil organizada ha asumido la responsabilidad de atender las múltiples necesidades y precariedades de la población migrante, tratando así de subsanar la indiferencia de las autoridades. Ahora, en tiempos de la

⁷ Este fenómeno, muy documentado en la literatura científica mundial, es conocido como *Healthy Migrant Effect* [Efecto del Migrante Sano].

crisis sanitaria, las OSC han tenido que tomar la iniciativa nuevamente y realizar esfuerzos extraordinarios para apoyar y proteger a los migrantes de las amenazas a su salud, integridad y vida, en la consecución del respeto a su dignidad humana.

Imágenes 3 y 4. Equipo de cocina y protocolo sanitario en Casanicolás.



Fuente: Casanicolás.

ii. Retos y problemas ligados al confinamiento

Al entrar en confinamiento debido al COVID-19, las condiciones de salud, seguridad y empleo de los migrantes se han visto severamente afectadas: enfrentan una mayor dificultad para refugiarse, mantener o encontrar un empleo y tener acceso a servicios médicos donde puedan ser atendidos tras presentar síntomas o querer realizarse pruebas. Asimismo, el debilitamiento de sus redes de apoyo tradicionales agudiza sensiblemente estos retos.

Sin embargo, las dinámicas y ambientes de los albergues –propias de un espacio configurado para el asilo temporal de personas en constante movilidad– suponen dificultades para cumplir con las medidas preventivas y evitar contagios. Entre las situaciones que complican el cuidado de la salud de los migrantes se encuentran: los espacios reducidos, la falta de protocolos sanitarios precisos y la salida de los albergues para trabajar (o porque solo pernoctan allí). A luz de la pandemia, los albergues ubicados en la Zona Metropolitana de Monterrey (ZMM) decidieron cerrar temporalmente sus puertas y ampliar los períodos de estadía.

Además de exacerbar las amenazas al bienestar físico de los migrantes, la crisis sanitaria también ha supuesto el empeoramiento de los problemas psicosociales de la población migrante resguardada. De estos se destacan la preocupación por un posible contagio en un contexto de acceso limitado a los servicios de salud, la falta de información fidedigna sobre la evolución de la pandemia y el posible devenir de sus trayectorias migratorias, un profundo sentimiento de frustración y de estancamiento al no poder continuar los proyectos originales; sin contar las perturbaciones psicológicas causadas por el nuevo encierro para quienes ya vivieron un tiempo en detención.

4. Los retos de la misericordia en tiempos de pandemia: respuestas de Casanicolás frente al COVID-19

a. Un nuevo funcionamiento: medidas implementadas ante la pandemia

Casanicolás proporciona una serie de servicios a la población migrante bajo un modelo de atención integral, el cual funciona debido a la estrecha colaboración de la Casa con otras instituciones. Por ejemplo, la atención médica de primera línea está garantizada gracias a nuestros aliados del Centro de Salud Insurgentes, ubicado a escasas cuerdas de la Casa; los médicos del Tec Salud que efectúan su servicio social; médicos de la UDEM que implementaron proyectos de salud; y estudiantes de psicología de la misma institución, que efectúan sus prácticas profesionales y su internado. Además, otras organizaciones apoyan puntualmente con la realización de brigadas médicas y campañas para la donación de kits de higiene personal. En adición, los huéspedes pueden entablar comunicación con sus familias gracias al servicio habilitado por el Comité Internacional de la Cruz Roja. A su vez, se ofrece un acompañamiento espiritual para aquellos migrantes que lo consideren necesario para fortalecer su bienestar, gracias a los Sacerdotes, Hermanos y Seminaristas sostienen el proyecto.

Imagen 5. Modelo de Atención Integral en Casanicolás.



Fuente: Casaniolás

Como era de esperarse, la crisis sanitaria supuso un cambio radical en la dinámica de la Casa: pasó de ser un espacio abierto con una rotación de huéspedes constante a un espacio clausurado con una población moderada. El confinamiento inició con 50 personas resguardadas, sin embargo, para el día 11 de junio solo quedaban 28.

Durante todo este tiempo, se cumplieron con todas las medidas necesarias para evitar contagios. La desinfección completa del albergue por parte de una brigada; la toma de temperatura a diario; el establecimiento de la sana distancia en el comedor, los dormitorios, los lavaderos, el jardín y demás espacios comunales; el uso obligatorio de cubrebocas por toda la comunidad; la limpieza de las manos con gel antibacterial antes y después de cada comida; la limpieza general de los dormitorios todas las noches y mañanas, procurando su ventilación; el aseo de los baños con lejía o cloro dos veces por día. Solo los empleados entraban y salían del albergue (extremando precauciones sanitarias) y las compras de alimentos se realizaban por medio de un intermedio que no ingresaba a la Casa. Tras las primeras semanas de confinamiento, estas medidas fueron flexibilizadas, pues el riesgo de transmisión del virus entre huéspedes era entonces menor.

De los 22 huéspedes que decidieron dejar el albergue, algunos siguieron su camino hacia el norte, otros se quedaron en la ZMM pero salieron para encontrar un trabajo. Estos últimos

no pueden reingresar a la Casa por cuestiones sanitarias, pero a ellos como a las otras personas recién llegadas a la ciudad, se les ofrecen 60 comidas diarias que se entregan por el portón trasero del albergue. Gracias a la Cruz Roja Mexicana se les proporciona también sueros nutritivos dos veces al día. De manera complementaria, patrocinadores particulares han apoyado con sándwiches, y se han entregado kits de higiene personal con parsimonia. Finalmente, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) apoya cada semana con donativos ayudando a la protección contra el virus: ya sean caretas, cubrebocas o gel antibacterial.

En cuanto a las personas migrantes que siguen alojadas en Casanicolás, se han planteado y realizado un gran número de iniciativas para amenizar estos meses de confinamiento de una manera positiva y enriquecedora. Entre las actividades educativas que tuvieron lugar, resaltan las clases de alfabetización impartidas por iniciativa de profesores surgidos de los mismos migrantes, clases de inglés dadas por estudiantes del ITESM, cursos de costura, cursos de computación, un taller en el que se elaboró –entre otras actividades– un mapa de México, y clases de catecismo.

Imágenes 6 y 7. Clase de alfabetización por profesores migrantes y ceremonia de entrega de certificados.



Fuente: Casanicolás

De la misma manera, se han llevado a cabo proyectos interculturales, artísticos, de diversión y de mejora de la casa: concursos de canto, karaoke, sábados de baile y cena en el jardín, tardeadas de cine con un repertorio de aproximadamente 200 películas, espectáculos de gimnasia con baile, cursos de arte para la elaboración de rostros prehispanicos y banderas, y dinámicas al aire libre como juegos de pelota y bádminon. Las personas confinadas

disfrutaron al igual de la lectura de historias, de la realización de actividades de gimnasia mental como sudoku, loterías, crucigramas y rompecabezas.

Los forasteros alojados compartieron también sus dones y talentos para mejorar la Casa y sus espacios. Asimismo, crearon un huerto familiar, participaron en la reforestación del jardín y en el mantenimiento de los aires acondicionados. Cabe subrayar el caso particular de Don José, quien creó artesanías en forma de alacranes con alambre de cobre que obsequió al equipo de Casanicolás como signo de su gratitud.

Imágenes 8 y 9. Actividades recreativas en Casanicolás.



Fuente: Casanicolás.

Relativo a los servicios de atención integral, se ha continuado con la comunicación directa entre los migrantes y sus familias mediante llamadas gratuitas todos los días para los que no cuentan con un celular y/o el acceso a internet en horario extendido, desde el mediodía hasta las 20:30 horas. Lo anterior es también una medida para tratar de disminuir los niveles de angustia y ansiedad entre los huéspedes, puesto que de esta manera pueden asegurarles a sus familiares que se encuentran sanos y salvos.

Con respecto al bienestar físico, Médicos Sin Fronteras llevó a cabo un taller para proporcionar todo tipo de información acerca del COVID-19 y cómo protegerse de éste –en particular, se han recomendado medidas de precaución a los huéspedes, como utilizar prendas de manga larga, llevar el cabello recogido, no utilizar joyería, respetar en todo momento la sana distancia y evitar formar grupos al circular por las calles–, al igual que se realizan visitas médicas una vez por semana.

Como bien se sabe, el confinamiento puede traer consigo situaciones socioemocionales complicadas. Para los migrantes, esto es aún más intenso puesto que pueden padecer de altos grados de miedo, estrés, angustia, ansiedad, frustración, o depresión; como consecuencia de la paralización de sus proyectos de vida, la incertidumbre y el encierro que ha supuesto la pandemia. A raíz de esto, los estudiantes de licenciatura y posgrado en psicología antes mencionados han apoyado con sesiones a distancia con el objetivo de ayudarles a sobrellevar cualquier tipo de problema psicosocial.

b. Necesidades actuales y limitantes en la provisión de servicios

A lo largo de este informe se ha expuesto un panorama conciso del estado de vulnerabilidad de las personas migrantes y de las estrategias de respuesta que han aplicado las OSC para asistirles en la medida de los recursos disponibles. Hoy en día, son miles de migrantes que se enfrentan al abandono sistemático por parte de las autoridades. A pesar de la pandemia, el tránsito migratorio no parará y, por tanto, es responsabilidad del Estado Mexicano aplicar los mecanismos y protocolos necesarios para asegurar el respeto a la dignidad, la vida y la salud de estas personas.

Las OSC no tienen la capacidad de atender a todas las personas que tocan sus puertas. Se mantienen en pie gracias a los donativos y redes de colaboración que entablan con otras ONG y/o organizaciones de corte internacional y regional. Por su parte, fuera de una despena única, Casanicolás no ha recibido fondo público o subvención alguna para enfrentar la crisis sanitaria a pesar de las promesas surgidas después de varios encuentros con las autoridades del Estado. La Casa se mantiene gracias al apoyo de la Arquidiócesis de Monterrey y del Arzobispo Monseñor Rogelio Cabrera, y mediante donativos de individuos altruistas, empresas, y colaboraciones con universidades y otros programas solidarios; entre los cuales destaca el programa “Doce Cenas” que permite a individuos, familias y grupos sociales fraternos proveer la cena día tras día.

5. Conclusiones

a. Aprendizajes

Desde Casanicolás estamos enfrentando nuevos retos totalmente inesperados y con medios limitados para asumirlos, pero gracias a los incontables esfuerzos de nuestro equipo de trabajo y el generoso apoyo de la comunidad, seguimos firmes en el camino de la Misericordia. Nos vimos en la necesidad de restringir el acceso a nuestra Casa por el bien de la salud pública, pero sin abandonar a quienes decidieron despedirse temporal o definitivamente. Nos adaptamos para seguir las medidas preventivas recomendadas y ofrecer cotidianamente lo mejor a quienes ven su anhelo migratorio estancado y sufren del alejamiento de sus seres queridos.

Si de por sí las personas migrantes que llegan a nuestro Estado son sobrevivientes a múltiples agravios en el camino, se encuentran hoy más que nunca desprotegidas frente al cierre de las fronteras, la falta de empleo y el agotamiento de sus redes tradicionales de apoyo. Con esta vulnerabilidad reforzada, las minorías como las familias, las mujeres, los NNA y las personas de la diversidad sexual corren riesgos adicionales de sufrir un deterioro de su bienestar.

La crisis producida por el COVID-19 esfumó el discurso oficialista de los derechos humanos, a la vez que puso en evidencia la falta de *acceso efectivo* para las personas migrantes a los servicios de salud estipulados por la ley. Aunque en los últimos meses el Estado se venía enorgulleciendo de atender de forma digna a las personas migrantes, la ausencia de apoyo gubernamental demostró lo contrario y agudizó su vulnerabilidad. Consecuentemente, casi la totalidad de la atención de emergencia a las personas migrantes está a cargo de la sociedad civil. Asimismo, continúan propagándose las “epidemias de la ignorancia” en nuestra sociedad –los prejuicios, la estigmatización y las actitudes hostiles–, las cuales prolongan las dinámicas de exclusión y marginalización.

b. La nueva normalidad

Dada la incertidumbre respecto al avance de la pandemia tanto en México como en el mundo, resulta arduo determinar con exactitud cuál será el devenir de las personas migrantes y de quienes les ofrecemos apoyo en su camino. Hasta el momento, no se figura un regreso próximo a una situación de “normalidad”, por lo que se contempla que los riesgos que ha traído e intensificado el coronavirus se agudicen; poniendo a prueba la capacidad de acogida y de atención de los refugios que se acercan a la saturación de sus espacios físicos y de la capacidad emocional de quienes los animan a diario.

Por otro lado, las necesidades económicas de las personas migrantes las orillan a seguir buscando empleos y abandonar las instalaciones de los albergues. Por consiguiente, al combinarse esta dinámica con el cierre de la frontera estadounidense, el número de personas en situación de calle podría ir creciendo.

El aumento del número de contagios por COVID-19 en México obliga a que se tomen acciones urgentes para frenar la crisis sanitaria nacional y proteger la vida de las personas socialmente más vulnerables. No se trata simplemente de una medida humanitaria, sino de una cuestión de salud pública. Solo atendiendo a *toda* la población superaremos la amenaza sanitaria. De tal manera, la pandemia ha evidenciado la postergación de uno de los mayores retos en Nuevo León: la construcción conjunta de una sociedad más *justa e incluyente*, donde todos podamos vivir y desarrollarnos. Urgen políticas públicas efectivas de sensibilización a la diversidad y de descriminalización de las personas migrantes.

En cuanto al sistema de salud, el combate de la pandemia, así como la prevención de futuras crisis de salud pública, pasa indudablemente por su reforma. Hoy en día, el derecho a la salud de las personas migrantes es casi ficticio por la estigmatización que sufren, la falta de adaptabilidad del sistema y su complicada implementación para personas en situación de movilidad y que desconocen sus derechos. En la práctica solo una ínfima minoría logra un uso *efectivo* de los servicios sanitarios públicos a los que, sin embargo, tienen derecho. Sin estos cambios sociales y estructurales, la enorme mayoría de las personas migrantes seguirá viviendo en condiciones precarias que perjudican su salud.

c. Necesidades y apoyos requeridos

Dada la situación actual del COVID-19 y la capacidad de reacción limitada con la que contamos, enlistamos una serie de necesidades y de apoyos requeridos con urgencia para que podamos seguir ejerciendo nuestra labor en condiciones decentes, evitando la propagación del virus dentro y fuera de los albergues, y acatando de la mejor manera las medidas establecidas por las autoridades.

- Contar con la presencia continua de un agente médico en el albergue con capacidad de prevención, prueba, canalización y seguimiento en el sistema de salud en caso de ser necesario.
- Crear y armonizar protocolos de actuación en caso de brotes de contagio en los albergues, que incluyan medidas para el traslado y el hospedaje de personas enfermas a hospitales públicos y su posterior reubicación dentro de los albergues.
- Capacitar al personal y voluntarios de las casas, albergues y refugios sobre las medidas sanitarias requeridas para la prevención del COVID-19.
- Fortalecer los medios humanos, materiales y tecnológicos para llevar a cabo un registro detallado sobre las personas que ingresan y salen de las instalaciones, que incluya datos tales como sus síntomas, padecimientos y condiciones médicas preexistentes que incrementen el riesgo al contagio.
- Comunicar de manera efectiva a las personas migrantes (que residen en los albergues o no) sobre la prevención y riesgos del virus; así como su derecho a usar los servicios públicos de salud.
- Realizar brigadas de atención médico-social para atender a las personas en situación de calle.
- Diseñar alianzas estratégicas sustentables con diversos actores gubernamentales, así como de la sociedad civil, tales como los hospitales, las ONG y las universidades. De esta manera se podría brindar apoyo humano, material y científico a los albergues, empezando con el abastecimiento de insumos necesarios para el aseo personal, así como material de limpieza y afines, necesarios para combatir la propagación del virus.

- Proveer apoyo psicoemocional profesional a las personas confinadas y ansiosas por su devenir y el de sus familias.
- Ofrecer orientación jurídica relativa a sus deseos de regularización, asilo y/o procesos penales por ser víctimas o testigos de delitos.
- A las instituciones de salud tanto públicas como privadas, no negar la atención médica a las personas migrantes por su estatus migratorio; especialmente si llegan a presentar síntomas del COVID-19.

6. Referencias

- Acuerdo Núm. 1/2020, publicado en el Periódico Oficial del Estado de Nuevo León el 19 de marzo de 2020.
- Almeida Vera, L. y Almeida Vera L. (2014). Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *MEDISAN*, 18(8), 1170-1183.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. (Resolución 217 A, III). Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales*. (Resolución 2200 A, XXI). Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalIntrest/cesr_SP.pdf
- Asmann, P. y O'Reilly, E. (2020). *InSight Crime's 2019 Homicide Round-Up*. Recuperado de: <https://www.insightcrime.org/news/analysis/insight-crime-2019-homicide-round-up/>
- Ballesteros, K. (2020, 13 de julio). Comunidad migrante: el reto de sobrevivir a la pandemia en México. *Contralinea*. Recuperado de: <https://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/2020/07/13/comunidad-migrante-el-reto-de-sobrevivir-a-la-pandemia-en-mexico/>
- Bojorquez-Chapela, I., Flórez-García, V. A., Calderón-Villarreal, A., y Fernández Niño, J. A. (2020). Health policies for international migrants: A comparison between Mexico and Colombia. *Health Policy Open*, 1, 100003.
- Bouché, H. (2001). La salud en las culturas. *Educación XXI*, (004), 61-90.
- Brief, A., Umphress, E., Dietz, J., Burrows, J., Butz, R. y Scholten, L. (2005). Community Matters: Realistic Group Conflict Theory and the impact of diversity. *Academy of Management Journal*, 48(5), pp.830-844.
- Bruciaga, W. (2020). La crisis de los antirretrovirales en México. *Revista de la Universidad de México*. Recuperado de <https://www.revistadelauniversidad.mx/articles/b03287cf-0af5-413d-bee1-234343f02b70/la-crisis-de-los-antirretrovirales-en-mexico>
- Casa Monarca. Ayuda humanitaria al migrante ABP. (23 de mayo de 2020). Diálogo sobre Migración. Un llamado a la generosidad y solidaridad. Live video de la perspectiva de las Casas de Migrante en estos tiempos de COVID-19 con el Director de nuestra casa hermana Casa del Migrante Casanicolás y de nuestro Director. [video en vivo de Facebook]. Recuperado de <https://www.facebook.com/337071603149918/videos/2922468611193763>
- Castillo, A. y Recio, A. (2020, 23 febrero). Nuevo León ya es santuario para migrantes: gobernador. *El Milenio*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/sociedad/nuevo-leon-ya-es-santuario-para-migrantes-gobernador>
- CNN Español (2020, 23 de enero). ¿Cuántos extranjeros viven en México y de qué país provienen? *CNN Español*. Recuperado de: https://cnnespanol.cnn.com/2020/01/23/cuantos-extranjeros-viven-en-mexico-y-de-que-pais-provienen/?utm_source=CNN+en+Español+5+Cosas&utm_campaign=7e98d1b396-EMAIL_CAMPAIGN_2020_01_24_04_03&utm_medium=email&utm_term=0_16838af8b1-7e98d1b396-99725937
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020, 17 de marzo). Comunicado de prensa DGC/081/2020. Exige CNDH acciones urgentes para evitar hacinamiento y contagio masivo de coronavirus en personas migrantes alojadas en estaciones del Instituto Nacional de Migración (INM). Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2020-03/COM_2020_081.pdf
- Cómo Vamos. (2020). *Así Vamos 2019: Encuesta de percepción ciudadana*. Nuevo León, México: *Cómo Vamos, Desarrollo Social y Económico / Migración*. Recuperado de: http://datos.comovamosnl.org/#/content/asi-vamos/explore/p33_2019?chart=bars
- Confirman primer positivo de coronavirus Covid-19 en México. (2020, febrero 28). *Forbes México*. Recuperado de

- <https://www.forbes.com.mx/confirman-el-primer-caso-de-coronavirus-covid-19-en-mexico/>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED]. (2018) *Ficha Temática Personas Migrantes*. Recuperado de: <https://web.archive.org/web/20180304165128/http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/FichaTematicaPersonasmigrantes.pdf>
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS]. Conferencia Sanitaria Internacional (1948). Documentos básicos. Última reforma publicada en octubre del 2006. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitutions_sp.pdf?ua=1#:~:text=LOS%20ESTADOS%20artes%20en%20esta,social%2C%20y%20no%20solamente%20la
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de diciembre del 2019.
- Convocatoria dirigida a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para presentar proyectos de desarrollo integral, alimentación, inclusión social e igualdad y equidad de género en los estados (PD), dentro del Programa de Coinversión Social. Publicado el 12 de abril del 2017 en el Diario Oficial de la Federación.
- Crail, A. (2020, 27 de abril). Doble trauma: repatriados vuelven a México solos y en plena pandemia de Covid-19. *Emeequis*. Recuperado de: <https://www.mx.com.mx/al-dia/doble-trauma-repatriados-vuelven-a-mexico-solos-y-en-plena-pandemia-de-covid19>
- Creative Associates International [CAI] (2019). *Saliendo Adelante: Why migrants risk it all*. Recuperado de: <http://www.creativeassociatesinternational.com/wp-content/uploads/2019/09/Migration-Study-Brief.pdf>
- Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127-142.
- El Colegio de la Frontera Norte [COLEF]. (2020a). *Atención psicosocial a migrante ante el COVID-19 en albergues de la sociedad civil en Tijuana* (Documento de contingencia no. 6: Poblaciones vulnerables ante COVID-19). Recuperado de: https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2020/06/6_Ayuda_psicosocial_3.pdf
- El Colegio de la Frontera Norte [COLEF]. (2020b). *Migrantes en el noreste de México y su vulnerabilidad ante el COVID-19* (Documento de contingencia no. 5: Poblaciones vulnerables ante COVID-19). Recuperado de: https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2020/05/Migrantes_noroeste.pdf
- El Colegio de la Frontera Norte [COLEF]. (2020c). *Personas migrantes en Tijuana frente al COVID-19: Impactos y consecuencias de las medidas sanitarias desde la perspectiva de los actores* (Documento de contingencia no. 8: Poblaciones vulnerables ante COVID-19). Recuperado de: https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2020/06/8_Personasmigrantes.pdf
- Epidemia podría extenderse hasta octubre en Jalisco y Nuevo León. (2020, mayo 26). *Reporte Indigo*. Recuperado de: <https://www.reporteindigo.com/reporte/epidemia-podria-extenderse-hasta-octubre-en-jalisco-y-nuevo-leon/>
- García de Alba García, J. E. (2012). Comentario Saberes Culturales y salud: Una mirada de la realidad polifacética. *Desacatos*, 39, 89-102.
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (2020a, 12 de marzo). Adelanta NL medidas para prevenir el coronavirus. Recuperado de: <https://www.nl.gob.mx/boletines-comunicados-y-avisos/adelanta-nl-medidas-para-prevenir-el-coronavirus>
- Gobierno del Estado de Nuevo León, (2020b, 4 de julio). Casos de COVID-19 en Nuevo León. Recuperado de: <https://www.nl.gob.mx/publicaciones/casos-de-covid-19-en-nuevo-leon>
- Gobierno del Estado de Nuevo León. (2020c, 18 de Marzo). Comunicado ISSSTELEON 18-03-2020 (2). Recuperado de <https://www.nl.gob.mx/boletines-comunicados-y-avisos/comunicado-isssteleon-18-03-2020-2>
- Gobierno de México. (2020a, 11 de marzo). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19 | 11 de marzo de 2020. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4MWoB-DdbgA>
- Gobierno de México. (2020b, 11 de abril). #ConferenciaDePrensa: #Coronavirus #COVID19

- #QuédateEnCasa | 11 de abril de 2020. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=b6dxMDwAfsQ>
- Gobierno de México. (2020c, 11 de mayo). Conferencia de Prensa #COVID19 | 11 de mayo de 2020 #GraciasPorCuidarnos. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=h4pceSA8Xbl>
- Gobierno de México. (2020d, 11 de junio). Conferencia de Prensa #COVID19 | 11 de junio de 2020 #GraciasPorCuidarnos. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=f7Pz8qToQE>
- Gobierno de México. (2020e, 2 de julio). Conferencia de Prensa #COVID19 | 2 de julio de 2020 #GraciasPorCuidarnos. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Bq3m9xC7cjE>
- Gobierno de México. (2020f, 3 de julio). Conferencia de Prensa #COVID19 | 3 de julio de 2020 #GraciasPorCuidarnos. [Archivo de Video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=yADKu6yQUAU>
- Gobierno de México. (2020g). Covid-19 México. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
- Gobierno de México y Secretaría de Salud. (2020). Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19. Recuperado de: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Plan_Operativo_Atencion_Poblacion_Migrante_COVID-19.pdf
- Gómez, L. y Gómez, L.A. (2019) Un siglo después de la "gripe española": contribución de la Gran Guerra y conocimiento del genoma como herramienta para control de la influenza. *Biomédica*, 39 (1), 17 - 21.
- Guardiola, M. (2018, 23 de octubre). 'El Bronco' amenaza con deportar migrantes. *El Financiero*. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/el-bronco-amenaza-con-reportar-migrantes>
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., y Montes-de-Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. *Notas de población*, 77(77), 35-70. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/24246252>
- 6 Redes de apoyo social de las personas mayores Marco conceptual
- Hernández-Hernández, O. M. (2020). Vulnerabilidad de migrantes ante el COVID-19 en la frontera noreste de México. En Colegio de la Frontera Norte, (Ed.), *COVID-19 y frontera noreste: Primeros impactos en migración, políticas públicas y población*, 6-13. Recuperado de https://www.colef.mx/wp-content/uploads/2020/05/COVID_Matamoros-1.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*. Recuperado de: [http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/resultados_enadid18 .pdf](http://conadis-transparencia.org/transparencia_focalizada/resultados_enadid18.pdf)
- Johns Hopkins University. (2020a). *Coronavirus Resource Center*. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Johns Hopkins University. (2020b). *Mortality Analyses*. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
- La epidemia de coronavirus en México es lenta: López-Gatell. (2020, 27 de junio). *Conexión Migrante*. Recuperado de: <https://conexionmigrante.com/2020-/06-/27/mexico-llega-a-los-212-mil-802-casos-acumulados-por-coronavirus/>
- Las Vanders. (2020, 10 de junio). *Sesión 1: Condición de las Mujeres y personas LGBT en Tránsito* [Video]. Youtube. <https://youtu.be/l4wKEZBHpW4>
- León, M. (2019, 31 de julio). 'El Bronco' propone ciudad santuario para migrantes como en Las Vegas. *El Financiero*. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/el-bronco-propone-ciudad-santuario-para-migrantes-como-en-las-vegas>
- Ley de Migración, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011. Última reforma publicada en el Diario oficial de la Federación el 13 de abril de 2020.
- Leyva Flores, R., Infante, C., Serván-Mori, E., Quintino, F., y Silverman-Retana, O. (2015) "*Acceso a servicios de salud para los migrantes centroamericanos en tránsito por México*". CANAMID Policy Brief Series, PB05. CIESAS: Guadalajara, México.
- López Arellano, M. B. (2014) *Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes*,

- solicitantes de asilo y refugiadas. México: Sin Fronteras IAP.
- Los niños retornados de Estados Unidos a Centroamérica y México corren un doble peligro. (2020, 21 de mayo). *Noticias ONU*. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474832>
- Martínez, F. (2020, 24 de mayo). Desaloja INM a casi 4 mil migrantes de sus estaciones. *La Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2020/05/24/politica/014n2pol>
- Mason, K. (2015) H1N1 is Not a Chinese Virus: the Racialization of People and Viruses in Post-SARS China. *Nature Public Health Emergency Collection* 50 (4), 500 - 518.
- McCauley, M., Minsky, S. y Viswanath, K. (2013). The H1N1 pandemic: media frames, stigmatization and coping. *BMC Public Health*, 13 (1), 1 - 30.
- Médicos sin Fronteras (2020). *Sin Salida: La crisis humanitaria de la población migrante y solicitante de asilo atrapada entre Estados Unidos, México y el Triángulo Norte de Centroamérica (TNCA)*. Recuperado de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MSF-Mexico-SinSalida-CAST-WEB_0.pdf
- Menéndez, M. J. (2020, 6 de mayo). Niñas, niños, adolescentes y familias migrantes en riesgo ante el Covid-19. *Forbes*. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/>
- Milagros Pérez, O. (1983, 29 octubre). SIDA, el misterioso síndrome de las cuatro haches. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/diario/1983/10/30/sociedad/436316410_850215.html
- Miranda, P. (2020a, 10 de junio). En marcha la campaña “Cruz Roja Cerca de ti”. *El Universal*. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/en-marcha-la-campana-cruz-roja-cerca-de-ti>
- Miranda, P. (2020b, 29 de junio). Por Covid-19 dejan en el olvido a enfermos de otros males. *El Universal*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/por-covid-19-dejan-en-el-olvido-enfermos-de-otros-males>
- Miroff, N. (2020, 30 de marzo). Under coronavirus immigration measures, U.S. is expelling border-crossers to Mexico in an average of 96 minutes. *Washington Post*. Recuperado de: https://www.washingtonpost.com/immigration/coronavirus-immigration-border-96-minutes/2020/03/30/13af805c-72e5-11ea-ae50-7148009252e3_story.html
- Nuevo León confirma primer caso de COVID-19. (2020, 11 de marzo). *El Financiero*. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/secretaria-de-salud-de-nuevo-leon-confirma-primer-caso-de-covid-19>
- Nunes, J. (2016). Ebola and the production of neglect in global health. *The international politics of Ebola*, 37 (3), 542 - 556.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD] (2019). *Estudio Global del Homicidio: tendencias de homicidio, patrones y respuesta de justicia criminal*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet2.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2020a). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Recuperado de: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
- Organización Internacional para las migraciones [OIM]. (2015). *Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las personas migrantes retornadas o en tránsito y sus familias en Centroamérica*. Costa Rica: OIM.
- ONU Mujeres. (2020). *Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la COVID-19*. Recuperado de: <https://www2.unwomen.org/-/media/fieldoffice/mexico/documentos/publicaciones/2020/abril%202020/mujeres%20migrantes-%20covid19-%20onumujeres.pdf?la=es&vs=3703>
- Padilla, J. (2020, 15 de mayo). Salud exhibe mortalidad en IMSS por COVID-19. *Reporte Indigo*. Recuperado de <https://www.reporteindigo.com/reportes/salud-exhibe-mortalidad-en-imss-por-covid-19-manuel-de-la-o-municipios/>
- Pide Secretaría de Salud a migrantes atender medidas sanitarias. (2020, 25 de junio). *Código San Luis*. Recuperado de <https://www.codigosanluis.com/pide-secretaria-de-salud-a-migrantes-atender-medidas-sanitarias/>
- Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por el coronavirus (COVID-19). (s.f.). Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel>

- [-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses](#)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2020). México. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico>
- Rangel-Garrido, A. (2020, 30 de abril). Pacientes con VIH enfrentan crisis por COVID-19 sin medicamentos. *Chilango*. Recuperado de: <https://www.chilango.com/noticias/reportajes/pacientes-con-vih-covid-19/>
- Recio, K. (2020, 24 de marzo). Migrantes, sin medidas contra el coronavirus. *Milenio*. Recuperado de <https://www.milenio.com/politica/comunidad/coronavirus-en-nuevoleon-migrantes-sin-medidas-contra-el-covid-19>
- Restricciones de movilidad y cierre de comercios: NL anuncia medidas ante incremento de casos COVID. (2020, 2 de julio). *Animal Político*. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2020/07/nl-toque-de-queda-restriccion-restaurantes-covid/>
- Reyes, D. (2020, 1 de julio). Llegó a 64% ocupación hospitalaria por COVID. *El Norte*. Recuperado de: <https://www.elnorte.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?rval=1&urlredirect=https://www.elnorte.com/llega-a-64-ocupacion-hospitalaria-por-covid/ar1978483?v=2>
- Rodríguez, P. (2020, 24 de junio). México registra tendencia evidente de aumento de casos de COVID-19: OPS. *Imagen Radio*. Recuperado de: <https://www.imagenradio.com.mx/mexico-registra-tendencia-evidente-de-aumento-de-casos-de-covid-19-ops>
- Román, J. A. (2020, 20 de junio). Agrava Covid-19 condiciones de sectores vulnerables: Colmex. *La Jornada*. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/06/30/agrava-covid-19-condiciones-de-sectores-vulnerables-colmex-3396.html>
- Shah, S. (2020, 7 de marzo). The Pandemic of Xenophobia and Scapegoating. *Time*. Recuperado de: <https://time.com/5776279/pandemic-xenophobia-scapegoating/>
- Stoesslé, P. y González-Salazar, F. (2020). De un Estado de Leyes a un Estado de Derecho: obstáculos en el acceso a la salud de los migrantes irregulares en Nuevo León. *Nueva época*, 13 (dic 2019/mar 2020), 99-118.
- Stoesslé, P., González-Salazar, F., Santos-Guzmán, J. y Sánchez-González, N. (2015). Risk factors and current health-seeking patterns of migrants in northeastern Mexico: healthcare needs for a socially vulnerable population. *Frontiers in Public Health*, 3, 1-12.
- Stoesslé, P. y Rodríguez-Maroun, A.V. (2019). Experiences of Mourning among Central American Migrants in Transit Through Mexico. *Diversité urbaine*, 18, 105 - 127.
- Stoesslé, P., y Valdés-Gastélum, A. (2016). Derecho y acceso a la salud de las personas migrantes en Nuevo León y México. En Casa Monarca, Casanicolás y Centro de Derechos Humanos de la Facultad Libre de Derecho de Monterrey, (Eds.), *Primer Informe Conjunto sobre Indicadores de Derechos Humanos e Interculturalidad de la Migración Centroamericana en la Zona Metropolitana de Monterrey*. (pp. 60-69). Recuperado de: https://www.casamonarca.org.mx/pdf/Primer_Informe_conjunto_2016.pdf
- Tizón, J, L. (1989). Migraciones y salud mental: Recordatorio. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 527-529. Recuperado de: <https://core.ac.uk/reader/82187744>
- Tognotti, E. (2013). Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, 19 (2), 254 - 259.
- Tovar, R. (2020, 7 de julio). Covid en NL no provoca ‘pico’ de muertes; Promedio diario de fallecimientos es menor que 2019. *El Horizonte*. Recuperado de: <https://d.elhorizonte.mx/local/covid-en-nl-no-provoca-pico-de-muertes-promedio-diario-de-fallecimientos-es-menor-que-2019/2886629>
- Treceño, J. y López, Á. (2014). Una auxiliar de enfermería que atendió al misionero fallecido García Viejo, contagiada de ébola. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/madrid/2014/10/06/5432bb62e2704e347a8b4577.html>
- Ulaby, N. (2020). Little Demons, Death and Biting Dogs: How we picture Disease. *NPR*. Recuperado de: <https://www.kcrw.com/news/shows/npr-story/823949176>
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (2019). *Boletín Mensual de Estadísticas Migratorias 2019*. Publicado por la Secretaría de Gobernación.

Recuperado de:
http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadisticas/Boletines_Estadisticos/2019/Boletin_2019.pdf

- Villa-Gómez, J.D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿Podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *El Ágora USB*, 12 (2), 349-365.
- Von Unger, H., Scott, P. y Odukoya, D. (2019). Constructing immigrants and ethnic minority groups as "carriers of disease": Power effects of categorization practices in tuberculosis health reporting in the UK and Germany. *Ethnicities*, 19 (3), 518 - 534.
- Williams, J., González-Medina, D. y Le, Q. (2011). Infectious Diseases and Social Stigma. *Infectious diseases and social stigma*, 7 (3), 2 - 14.
- Zavaleta, A. (2006). La Competencia Cultural y la Prestación de Servicios de Salud a Poblaciones Latinas. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XVI(2), 163-181.
- Ziegler, P. (1971) *The Black Death*. Nueva York, Estados Unidos: Harper & Row.