

Vulnerabilidad de la población migrante de México frente a la pandemia del COVID-19

Vulnerability of Mexican migrants in the context of the COVID-19 pandemic

Telésforo Ramírez-García

Orcid: 0000-0003-4450-8044

Telex33@gmail.com

Catedrático del Conacyt en el CRIM-UNAM, México

Fernando Lozano Ascencio

Orcid: 0000-0002-8177-7916

flozano@crim.unam.mx

Investigador del CRIM-UNAM, México

Resumen

La experiencia migratoria puede impactar las condiciones de salud de las personas migrantes, ya sea durante su desplazamiento, su estancia en el país de destino o cuándo retornan a su lugar de origen. En este sentido, el objetivo de este artículo es ofrecer una revisión y una reflexión en torno a la vulnerabilidad de la población migrante mexicana ante la pandemia del COVID-19. Para tal propósito utilizamos información de registros administrativos de salud además de encuestas sociodemográficas e información hemerográfica. Los resultados indican que los mexicanos radicados en Estados Unidos y aquellos que son deportados por las autoridades migratorias de ese país constituyen una población altamente vulnerable ante el SARS-CoV-2, debido a su condición de migrantes irregulares, así como a otros aspectos vinculados con su perfil sociodemográfico, epidemiológico y laboral.

Abstract

The migratory experience can impact the health conditions of people, either during their displacement, their stay in the destination country or when they return to their place of

Palabras Clave

Migración
Pandemia
Coronavirus
COVID-19
México
Estados Unidos

origin. In that sense, the objective of this paper is to offer a reflection on the vulnerability of the Mexican migrant population in the context to the COVID-19 pandemic. For this purpose, we use administrative health records, sociodemographic surveys, and journalistic data. Our results indicate that Mexicans living in the United States, along with those who are deported by the immigration authorities, constitute a highly vulnerable population to the SARS-CoV-2, due to their status as irregular migrants, as well as other aspects related to their sociodemographic, epidemiological and labor profile.

Keywords

Migration
Pandemic
Coronavirus
COVID-19
Mexico
United States

Recibido: 08/05/2020

Aceptado: 09/10/2020

Introducción

Desde que se confirmaron los primeros casos de COVID-19 en el mes de diciembre de 2019 a la fecha¹, poco más de 32 millones de personas han sido infectadas en el mundo por el nuevo SRAS-CoV-2 y alrededor de 980 mil han perdido la vida. Frente a esta emergencia sanitaria, los gobiernos de todos los países implementaron distintas medidas, desde inicios de la pandemia, y realizaron cambios sustanciales en sus sistemas migratorios —que van desde el cierre parcial o total de sus fronteras terrestres, aéreas y marítimas hasta suspender las admisiones de turistas, inmigrantes, solicitantes de asilo y refugio, así como acelerar la deportación de la población migrante—, todo ello con la finalidad de frenar los contagios del virus entre sus habitantes y su diseminación en sus territorios.

En el caso de México, esta situación propició que muchos migrantes mexicanos y de otras nacionalidades quedaran varados en las fronteras norte y sur del país sin contar con un espacio donde quedarse. Muchos estaban privados de su libertad en centros de detención, mientras que otros permanecían resguardados en albergues o campamentos improvisados. No siempre contaron con las condiciones de salubridad, infraestructura y servicios médicos necesarios, que les permitieran tener una buena higiene personal además de mantener la sana distancia recomendadas por la Secretaría de Salud (SSA), para evitar contagiarse con el coronavirus. Esta vulnerabilidad social también envuelve a la población mexicana residente en el extranjero, principalmente a la radicada en Estados Unidos, la cual

1 Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 25 de septiembre de 2020 (World Health Organization [WHO], 2020).

se encuentra en una condición migratoria irregular y bajo nivel socioeconómico ya que no cuenta con un seguro médico que le permita recibir atención médica en caso de enfermarse de COVID-19.

En este sentido, el objetivo de este artículo es ofrecer un análisis y una reflexión inicial en torno a la vulnerabilidad social de la población migrante mexicana frente a la pandemia de COVID-19. La investigación se realizó entre los meses de abril y septiembre de 2020, utilizando como fuente de información los registros administrativos de las dependencias nacionales e internacionales de salud, encuestas sociodemográficas e información hemerográfica. El documento está organizado de la siguiente manera. Primeramente, se presenta una breve semblanza sobre el vínculo entre migración, pandemias y crisis sanitarias. Seguidamente, se realiza un análisis cronológico de la evolución e impacto de la pandemia de COVID-19 a nivel mundial, tratando de ubicar y destacar el caso de México. Posteriormente, se resaltan las condiciones de vulnerabilidad social que presentan los migrantes mexicanos en Estados Unidos, los deportados desde ese país, y aquellos migrantes que se quedaron varados en México ante la pandemia de COVID-19. Finalmente, se presentan algunas reflexiones y conclusiones.

Migración, pandemias y crisis sanitarias

El vínculo entre migración y salud constituye una vieja y bien consolidada línea de investigación de la epidemiología, las ciencias de la salud pública y las ciencias sociales, sobre todo en el campo de la demografía y los estudios de población. De hecho, en la literatura reciente sobre estos temas existe consenso en torno a reconocer la migración como un fenómeno social que impacta en las condiciones de salud de las personas y de las poblaciones en general, ya sea de forma positiva o negativa, dependiendo de las medidas de planificación, protección e integración social que los países de origen, destino, tránsito y retorno definan (Cabieses *et al.*, 2012; Frenk, Garnica y Zambrana, 1987).

Las investigaciones realizadas desde una perspectiva epidemiológica destacan que la migración y las movilidades humanas pueden contribuir a la propagación de infecciones y a incrementar riesgos globales en la salud (Leyva Flores, 2018). Ya que cuando las personas se desplazan a otros territorios, dentro o fuera de su país de origen, no lo hacen solos sino acompañados de toda su flora bacteriana, así como con patógenos que se trasladan en los medios de transporte utilizados, tanto en equipajes como en mercancías,

produciendo nuevos focos de enfermedades infecciosas, también llamadas trasmisibles o comunicables (Hernández, 2013). De acuerdo con este último autor, la migración puede contribuir a la transmisión de enfermedades infecciosas de dos formas: directa e indirectamente. La primera se da de persona a persona; los medios más comunes de contagio son viajes aéreos, contacto sexual y contacto físico. La segunda se presenta a través de un vector —por ejemplo, insectos infectados por virus o bacterias—² o sustancias u objetos contaminados, como el agua, la comida, entre otros.

Al respecto, Frenk *et al.* (1987) argumentan que la migración puede afectar a la población de los lugares de destino, por donde transitan o a donde retornan, en dos formas principalmente: 1) a través de la “importación” de microorganismos resistentes a los medicamentos o de vectores resistentes a los insecticidas; y 2) al quedar expuesta a enfermedades contra las que no posee de inmunidad. Ambas formas de transmisión han sido investigadas y documentadas. Sus hallazgos han sido utilizados como insumos para el diseño, la ejecución y la toma de decisiones para el control de enfermedades infecciosas.

Una medida de control de enfermedades infecciosas que han implementado los gobiernos de muchos países ha sido frenar las migraciones a través del cierre de fronteras, limitando la movilidad interna e internacional de sus habitantes por motivos de turismo, vínculos sociales o actividades económicas, entre otros (Hernández, 2013). Incluso se ha llegado a aislar a la población migrante mediante la aplicación de cercos sanitarios y el establecimiento de “cuarentenas” en tiempos de enfermedades infecciosas (Edelstein, Heymann y Koser, 2014)³. O bien, la expulsión de esta población de sus territorios, por considerar que pueden potencializar la transmisión de enfermedades, y así hacer frente a brotes de enfermedades, epidemias y pandemias; esto es, evitar la propagación de enfermedades, nuevas o no, a nivel nacional e internacional (Leyva Flores, 2018).

2 De acuerdo con Hernández (2013) un vector se define como un organismo (comúnmente un insecto) que transmite un agente patógeno desde individuos infectados a individuos sanos, a través de picaduras u otros mecanismos.

3 Edelstein *et al.* (2014, p. 36) señalan que “leyes de cuarentena se encuentran entre las políticas sanitarias más antiguas, las cuales quedaron registradas durante las epidemias de peste que se produjeron en Europa en el siglo XIV, cuando varias ciudades portuarias del Mediterráneo aislaron a las comunidades afectadas por la enfermedad y restringieron los movimientos de la población en respuesta a una posible crisis sanitaria. A finales del siglo XVIII estos principios se habían convertido en norma en las fronteras internacionales”.

Existen diversos ejemplos que dan cuenta de las estrategias de prácticas sanitarias implementadas a nivel internacional para evitar la diseminación de enfermedades infecciosas a través de los flujos migratorios y desplazamientos poblacionales que tienen su origen y destino en distintos países y regiones del mundo. Entre los cuales destacan las políticas restrictivas de los países que negaron la entrada o la estancia —temporal o permanente— a personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o con el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Fairchild y Tynan, 1994). Otros ejemplos más contemporáneos corresponden a las políticas desplegadas ante la epidemia de gripe del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS, por sus siglas en inglés) y la pandemia de la gripe relacionada con el virus de la influenza tipo A (H1N1), antes conocida como “gripe porcina” (Leyva Flores, 2018). Al respecto, Edelstein *et al.* (2014) documentan que, en 2003, en respuesta a la epidemia del SRAS, Kazajistán cerró su frontera con China a todo tráfico aéreo, ferroviario y carretero. En tanto que Rusia cerró la mayoría de sus puntos de cruce fronterizo con China y Mongolia.

Leyva Flores (2018) señala que la pandemia de H1N1, que tuvo su origen en México en 2009, propició que diferentes países implementaran mecanismos de aislamiento (cuarentena) a las poblaciones que, habiendo estado en México durante el periodo de la epidemia, viajaron a distintos países. Edelstein *et al.* (2014) mencionan que durante la pandemia del H1N1, China suspendió todos los vuelos procedentes de México y realizó controles sanitarios en los vuelos internacionales que arribaban a ese país. Llegó a poner en cuarentena a todos los viajeros del vuelo cuando se constataba que uno de ellos tenía una temperatura corporal superior a los 37.5° C.

Muchas de estas enfermedades —que también han sido denominadas “enfermedades infecciosas emergentes” porque llegan a lugares donde nunca existieron o vuelven a surgir en lugares donde ya habían sido eliminadas— continúan vinculándose con la migración y la movilidad poblacional, porque pueden propagarse por todo el mundo en cuestión de días. No obstante, cabe destacar que el impacto de las movilizaciones poblacionales en la diseminación de enfermedades depende del volumen y modalidades de los flujos migratorios, así como de la diversidad de rutas migratorias a nivel global, regional o local (Leyva Flores, 2018). Por ejemplo, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés), cuyo primer brote se dio en Arabia Saudita en 2012, y que después se propagó a otros países por medio de personas que viajaron a países de Oriente Medio, no tuvo una alta diseminación a nivel mundial. Según datos de la

Organización Mundial de la Salud ([WHO, por sus siglas en inglés], 2019) hasta 2014 solo se habían reportado dos casos positivos de MERS en Estados Unidos, que correspondían a dos personas que llegaron a ese país desde Arabia Saudita. Por ende, este virus presenta un riesgo muy bajo para los seres humanos (WHO, 2019).

Cabe destacar que muchas enfermedades no son transmisibles en algunos países debido a la ausencia de vectores o de condiciones ambientales necesarias. De ahí que algunos investigadores señalen que este tipo de políticas de salud contribuyen a reproducir el estigma preexistente contra la población migrante (o extranjera), que la coloca como sujetos de riesgo para los habitantes de los países a donde llegan, por donde transitan y a donde retornan, ya que se les percibe como portadores y transmisores de enfermedades e infecciones (Foladori, Moctezuma y Márquez, 2004; Leyva Flores, 2018; Roca y Balanzó, 2006). Por ello suele generarse con frecuencia información alarmista y poco fundada respecto a los riesgos de transmisión de enfermedades hacia los habitantes locales, transformándose en foco de discriminación, vulneración de privacidad e incluso violencia (Cabieses *et al.*, 2012).

Este tipo de situaciones se exacerban cuando se generan migraciones o exilios poblacionales debido a crisis sanitarias, especialmente cuando se trata de una migración entre fronteras internacionales (Oehmichen-Bazán y Paris-Pombo, 2010). Tal como sucedió en 2008 con el brote de cólera en Zimbabue, el cual provocó que miles de personas emigraran a Sudáfrica; una vez pasada la crisis sanitaria, regresaron a su país. Los movimientos migratorios a nivel internacional como consecuencia directa de una crisis sanitaria son raros, por lo que suelen presentarse con mayor frecuencia a nivel interno. Generalmente se dan entre regiones que están fuera de las inmediaciones de la zona de crisis. Suelen ser temporales y tempranos, ya que las personas comienzan a migrar cuando la información sobre la enfermedad es escasa, contradictoria o imprecisa (Edelstein *et al.*, 2014). No obstante, los movimientos poblacionales a nivel local o regional también despiertan sentimientos de discriminación y xenofobia hacia las personas migrantes.

Sobre este punto, grupos de la sociedad civil organizada y algunos organismos internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización de los Estados Americanos (OEA), entre otras, señalan que los migrantes constituyen uno de los grupos más vulnerables en medio de las severas medidas que toman los gobiernos para evitar la propagación de enfermedades infecciosas o en

épocas de epidemias y pandemias. Las organizaciones recomiendan evitar afirmaciones o medidas orientadas a discriminar, estigmatizar o culpar a la población migrante, desplazada o refugiada, especialmente en aquellos países donde la xenofobia forma parte de los discursos dominantes u oficiales. En otras palabras, sugieren no asociar las enfermedades con la nacionalidad, el origen étnico y la clase social de las personas. Así como frenar las deportaciones y no implementar otras medidas de orden judicial o administrativo que pongan en riesgo a las personas migrantes, en tanto que el debido resguardo sanitario durante su movilización no esté garantizado (Morillo, 2020).

En este tenor, las investigaciones realizadas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud se han centrado en evidenciar la vulnerabilidad social de los migrantes frente a situaciones de epidemias y pandemias. Algunos autores (Ceja Fernández, Lira Mandujano y Fernández Guzmán, 2014; Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2008; Leyva Flores, 2008; Salgado de Snyder *et al.*, 2007) mencionan que los migrantes —al estar expuestos a un mayor número de factores de riesgo relacionados con el estrés y las condiciones insalubres en los lugares donde viven, transitan o con los que se vinculan, así como la desprotección jurídico-legal que muchas veces se refleja en la violación de sus derechos humanos— se convierten en una población con alto riesgo a la salud psicosocial y física. Por ello, el migrante pasa de ser percibido como equivalente a un vector de transmisión de enfermedades infecciosas (Leyva Flores, 2008) a ser considerado como una persona que, al igual que el resto de la población donde se encuentre, es vulnerable tanto a las enfermedades transmisibles o comunicables, como a enfermedades no transmisibles o no comunicables (Hernández, 2013).

Investigadores como Salgado *et al.* (2007) y Leyva Flores (2008) utilizan el concepto de vulnerabilidad social para referirse a la desprotección en la que se encuentran las personas o poblaciones migrantes, en cuanto a su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse de daños a su salud. Lo anterior es consecuencia de la ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales, económicos y legales para hacer frente a los riesgos a la salud, que les permitan la exigibilidad de derechos de acceso a servicios de atención médica. De acuerdo con estos autores, al cruzar las fronteras internacionales todos los migrantes de una u otra forma se convierten *de facto* en grupos socialmente vulnerables, debido a su condición de “extranjeros” y a que muchas veces no cuentan con las herramientas —como el lenguaje, el conocimiento de la cultura, las redes

sociales, los recursos económicos, entre otras— que les permitan tener una estadía adecuada en los países por donde transitan y una adaptación exitosa al país a donde llegan.

De hecho, desde sus lugares de origen los migrantes enfrentan problemas de salud atribuibles a su condición de pobreza y exclusión social (Salgado de Snyder *et al.*, 2007). Esta vulnerabilidad social se incrementa mientras se desplazan por distintos territorios para poder llegar al país de destino. En su recorrido no solo ponen en riesgo su salud sino su propia vida. Ya que con frecuencia enfrentan problemas de deshidratación, insolación, desnutrición, abuso de grupos delictivos, accedentes de tráfico, violación, contagio de enfermedades infecciosas, transmisión sexual, entre otros (Ceja Fernández *et al.*, 2014; Fajardo, Patiño y Patiño, 2008; Salgado de Snyder *et al.*, 2007). Cuando llegan a los lugares de destino, los migrantes enfrentan distintas problemáticas que, aunado a la carencia de recursos, incrementan su vulnerabilidad social. Por ejemplo, debido a la ausencia de documentos legales, muchos migrantes irregulares no tienen acceso a servicios de salud, ni cuentan con un lugar donde puedan recibir atención médica de manera regular o los cuidados requeridos cuando enferman (CONAPO, 2008), mucho menos en caso de una emergencia sanitaria como una pandemia.

La vulnerabilidad social de los migrantes que retornan a sus comunidades de origen, ya sea de manera involuntaria o voluntaria, y su impacto en la salud ha sido poco documentado (Leyva Flores, 2008). Sin embargo, se ha señalado que las políticas de intercepción y detención, así como el tiempo y las condiciones insalubres en los centros de detención tienen efectos negativos en la salud física y el bienestar mental de los migrantes (Bojorquez *et al.*, 2014). Asimismo, algunos de los que retornan de manera voluntaria lo hacen en un mal estado de salud, con enfermedades infecciosas o crónicas degenerativas que contrajeron, desarrollaron y no pudieron atender durante su estancia en el extranjero (Montes de Oca *et al.*, 2011); lo cual los coloca como una población altamente vulnerable, sobre todo si no cuentan con los recursos necesarios y acceso a los servicios de salud en los lugares a donde retornan.

En este marco, sobre el vínculo entre migración y salud, cabe preguntarse ¿qué está ocurriendo con la migración en tiempos de la pandemia de COVID-19?, ¿qué tan vulnerables son los migrantes ante los efectos, tanto sanitarios como económicos, de la pandemia? En el caso de México, considerando su condición de país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes, la pregunta que salta a la vista es: ¿qué tipo de migrantes han

sido los más afectados por el COVID-19? Por ejemplo, ¿qué sabemos de los millones de mexicanos inmigrantes en Estados Unidos? ¿En qué situación se encuentran los mexicanos que han regresado de ese país de manera voluntaria e involuntaria? Y, ¿qué ha pasado con aquellos que se quedaron varados o que buscaron algún albergue durante la pandemia? Estas son algunas interrogantes que dieron origen a este estudio y que se pretenden responder a lo largo de las siguientes páginas.

México en la cronología de la pandemia del COVID-19

La pandemia del nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que produce la enfermedad conocida como COVID-19 —cuyos primeros casos se detectaron en un mercado de la ciudad de Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019—, se diseminó rápidamente por todos los países del mundo. Debido a que se trata de un virus altamente contagioso, el cual se propaga principalmente de persona a persona mediante gotículas respiratorias que se producen cuando una persona infectada tose o estornuda, estrecha la mano o toca algún objeto contaminado (WHO, 2020). De momento, la Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de contagio del virus es de 1.4 a 2.5, aunque otras estimaciones hablan de un rango de entre 2 y 3, lo que indica que cada persona infectada puede a su vez infectar a entre 2 y 3 personas (Sarukhan, 2020). Por lo que su propagación está fuertemente relacionada con la alta concentración de las personas en las grandes ciudades y con la alta movilidad poblacional.

El COVID-19 se apoyó en la extensión y conectividad de rutas aéreas, navales y terrestres, así como en la inmensa movilidad poblacional que caracterizan al siglo XXI, para migrar de este a oeste y de sur a norte, sin toparse con fronteras físicas o muros fronterizos que frenaran su diseminación (Gómez Pickering, 2020). Pues, curiosamente, su diseminación empezó con turistas de clase media y alta que regresaban a sus países luego de visitar centros turísticos europeos y asiáticos. En pocos días el virus viajó de la provincia de Wuhan a algunas ciudades y provincias de Tailandia, Japón y Corea del Sur. Por lo que el 22 de enero de 2020 las autoridades de Wuhan anunciaron que cerrarían temporalmente sus aeropuertos y estaciones de ferrocarril para evitar que sus habitantes salieran de la ciudad para evitar la propagación del virus SARS-CoV-2. Después esta enfermedad se trasladó a otros países de Asia, Norteamérica y Europa, como Estados Unidos, Francia, Nepal, Australia, Canadá, Alemania, Italia, España, Reino Unido, Rusia, Suecia, entre otros. De tal forma que, al finalizar el primer mes de 2020, ya se había diseminado por todas las provincias de China continental,

y se habían confirmado los primeros casos en varios países del mundo, los cuales habían sido “importados” por personas que viajaron a Wuhan, Singapur y Shanghái.

El 30 de enero la Organización Mundial de la Salud declaró emergencia de salud global por el COVID-19. El SARS-CoV-2 siguió propagándose hasta que en el mes de febrero llegó a Noruega, Pakistán, Grecia, Argelia, Rumania, Países Bajos e Islandia. Los primeros casos en esos países también fueron “importados” por personas infectadas durante sus viajes a Wuhan y a otros países asiáticos y europeos, donde el virus ya se había empezado a dispersar. Casi al finalizar el segundo mes del año, el coronavirus arribó a Mónaco, Nueva Zelanda, Catar e Irlanda, entre otros lugares. Para entonces, ya había al menos un caso de COVID-19 en los cinco continentes del mundo. En marzo, el virus se dispersó con mayor rapidez. En América Latina y el Caribe llegó a Brasil, Ecuador, México, Argentina, Chile, Costa Rica, Perú, Paraguay, Panamá, Bolivia, Cuba, Honduras, Guatemala, Uruguay, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Belice, entre otras naciones. A finales de ese mes, al igual que sucedió en Europa, en las regiones de Norte, Centro y Sudamérica, así como en el Caribe, crecieron los casos confirmados de COVID-19. Muchos países del mundo empezaron a cerrar sus fronteras a la movilidad poblacional internacional; es decir, comenzaron a restringir la movilidad humana del exterior hacia el interior y del interior hacia el exterior de sus territorios. Además sus gobernantes instruyeron a sus residentes, nativos e inmigrantes entrar en “cuarentena obligatoria”, con la finalidad de evitar que el SARS-CoV-2 continuara propagándose por sus territorios.

En México el primer caso de contagio se registró el 28 de febrero. Se trató de una persona de clase alta que había viajado a Italia. Tras ello, el país entró a la primera fase de la pandemia, denominada como “importación viral”. Casi un mes después, el 23 de marzo, había 367 casos confirmados de personas con coronavirus, entrando oficialmente a la segunda fase de la pandemia: “dispersión comunitaria” (SSA, 2020). Por ello el gobierno de México, a través de la SSA, puso en marcha la Jornada Nacional de Sana Distancia, cuyo objetivo era evitar todo tipo de congregación o movilidad que involucrara un número elevado de personas. Como estrategia de comunicación presentó a *Susana Distancia*, una heroína que muestra que anteponiendo una distancia de un metro y medio con las demás personas se puede evitar el contagio por coronavirus.

Días después, el lunes 31 de marzo, la misma dependencia declaró estado de emergencia sanitaria por la enfermedad del COVID-19. Extendió la suspensión de actividades no esenciales en el sector público y privado, y amplió las medidas de distanciamiento social para frenar la pandemia (Camhaji, 2020), con la finalidad de “aplanar la curva” de casos de confirmados de COVID-19 que, en palabras del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell, significa ralentizar (o frenar) la propagación del coronavirus. De modo que el número de casos se distribuya en el tiempo en lugar de experimentar un fuerte aumento al principio, para impedir la saturación de centros de salud y la muerte de miles de personas. Durante el mes de abril, los casos confirmados de coronavirus se multiplicaron por todo el orbe, por lo que se ratificó la existencia de una emergencia sanitaria global. Si bien el impacto de la pandemia en México no había sido tan fuerte como en Estados Unidos u otros países de América Latina y Europa, el 21 de abril las autoridades sanitarias mexicanas informaron que el país había entrado a la fase 3 de la pandemia del COVID-19, que se presenta cuando la transmisión es generalizada y hay miles de casos positivos.

Entre los meses de mayo y agosto, el número de casos positivos de COVID-19 creció sostenidamente en México, al igual que en el resto de América Latina y el Caribe. Mientras que en algunos países de Europa, que como se señaló líneas arriba fueron los primeros afectados por el coronavirus, los contagios comenzaron a descender gradualmente. Tal es el caso de España, Italia, Francia y Reino Unido, lo cual cambió drásticamente las tendencias globales de la pandemia en esos meses. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, basadas en cifras reportadas por la Universidad Johns Hopkins de Baltimore y el Centro para el Control de Enfermedades ([CDC, por sus siglas en inglés], 2020), hasta el 27 de septiembre de 2020 se había reportado 32,730,945 casos positivos de COVID-19 a nivel mundial. De los cuales, más de la mitad se registraron en algún país de la región de las Américas (49.6%) y poco más de una quinta parte en Asia sudoriental (20.5%). Ambas regiones concentraban en conjunto 70% del total de casos acumulados, lo que indica que siete de cada diez de las personas con COVID-19 eran nativos de esas regiones. Le siguen en orden de importancia numérica la región de Europa (17.3%), Mediterráneo Oriental (7.1%), África (3.6%) y Pacífico Occidental (1.8%). De hecho, al analizar la distribución geográfica según el número de casos confirmados en el lapso de las últimas 24 horas, la mayor parte de las personas contagiadas por coronavirus pertenecen a la región de las Américas, lo cual da cuenta de un aumento y avance de la pandemia en la región.

Tabla 1. Casos acumulados de COVID-19 por SARS-CoV-2, según región de la Organización Mundial de la Salud, 2020

Región	Total de casos acumulados		Casos en las últimas 24 hrs.		Número de muertes	Tasa de letalidad*
	Absolutos	Porcentaje	Absolutos	Porcentaje		
Total de casos	32,730,945	100.0	298,773	100.0	991,224	3.0
Américas	16,233,110	49.6	126,266	42.3	546,864	3.4
EE. UU.	6,960,152	21.3	50,070	16.8	202,478	2.9
Brasil	4,689,613	14.3	31,911	10.7	140,537	3.0
Colombia	798,317	2.4	7,494	2.5	25,103	3.1
Perú	794,584	2.4	5,654	1.9	32,037	4.0
México	720,858	2.2	5,401	1.8	75,844	10.5
Argentina	691,235	2.1	12,964	4.3	15,208	2.2
Chile	455,979	1.4	2,111	0.7	12,591	2.8
Canadá	150,456	0.5	1,362	0.5	9,255	6.2
Otros	971,916	3.0	9,299	3.1	33,811	3.5
Europa	5,662,875	17.3	53,188	17.8	234,681	4.1
Mediterráneo Oriental	2,340,215	7.1	17,240	5.8	60,345	2.6
Asia Sudoriental	6,720,771	20.5	96,330	32.2	110,711	1.6
Pacífico Occidental	600,891	1.8	2,831	0.9	13,129	2.2
África	1,172,342	3.6	2,918	1.0	25,481	2.2
Otra región	741	0.0	-	-	13	1.8

*La tasa de letalidad se refiere al número de personas que enfermaron y murieron por COVID-19.

Fuente: WHO. Situation Report-84 al 27 de septiembre de 2020.

Entre los países que conforman la región de las Américas, México ocupa la quinta posición con 720,858 casos confirmados de COVID-19, que en términos relativos representan el 4.2% del total casos en la región y 2.2% a nivel mundial. No obstante, dicho porcentaje presenta un descenso cuando se analiza el número de casos confirmados en el lapso de las últimas 24 horas (1.8%). Es decir, la comparación de casos con los del día anterior da cuenta de un declive paulatino de la pandemia en territorio mexicano. Al igual que viene sucediendo en otras naciones de la región como Brasil —el segundo país con más casos confirmados después de Estados Unidos— a donde primeramente llegó el coronavirus. El avance de la pandemia del COVID-19 también ha dejado huella en la población mexicana, pues para finales de septiembre se registraron más de 75,000 fallecimientos en todo el país. De hecho, la tasa de letalidad en México es

de 10.5%, lo cual indica que por cada cien personas que enfermaron de COVID-19 poco más de diez murieron. Esta tasa es mayor que la registrada a nivel mundial (3%) y superior a la ostentada por otros países de la región de América, como Estados Unidos (2.9%), Brasil (3%) y Colombia (3.1%), los cuales reportan el mayor número de casos confirmados acumulados y de muertes por dicha enfermedad (ver Tabla 1).

La alta tasa de mortalidad por el coronavirus guarda relación con algunas comorbilidades que padece la población mexicana, como la hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, enfisema pulmonar, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular, asma, inmunodepresión, VIH o SIDA, entre otras. Aunque el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los mexicanos fallecidos por el COVID-19 no es tan diferente al de las personas de otras partes del mundo que han perdido la vida por la misma enfermedad. Los adultos mayores, las mujeres embarazadas y los individuos que presentan una o más de las comorbilidades señaladas tienen una mayor probabilidad de fallecer por la enfermedad. Según datos de la SSA, a principios del mes de abril la tasa de letalidad por grandes grupos de edad era de 0.3% entre los que tienen de 0 a 24 años, de 5.7% en el grupo de 25 a 59 años, y de 17.4% por cada cien casos en los que tienen 60 años o más. En cuanto a la relación por sexo, las estadísticas de esa institución muestran que los hombres son más propensos a contagiarse y fallecer por el virus que las mujeres.

Otro grupo altamente vulnerable ante el coronavirus es la población migrante. Como se ha venido mencionado, México es un país de origen, tránsito, destino y retorno de población migrante internacional, así como de grandes corrientes migratorias internas. Entre estas últimas se encuentran los jornaleros agrícolas, que mayormente salen de los estados de Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Veracruz e Hidalgo para ir a trabajar temporalmente en la cosecha de flores, hortalizas, caña de azúcar o café en algunos estados del centro, noroeste y norte del país, como Baja California, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, entre otros. Un alto porcentaje de esta población migrante, en su mayoría indígena, por el tipo de actividad que realiza y debido a la estacionalidad del trabajo agrícola carece de seguridad social o no saben que cuentan con ella. Muchos de ellos viven hacinados en campamentos agrícolas donde las habitaciones son muy precarias y las condiciones de salubridad e higiene están lejos de satisfacerse, por lo que la probabilidad de contagio por coronavirus podría acrecentarse. De hecho, algunos de los municipios donde se ubican algunas empresas agroexportadoras y campamentos agrícolas han registrado una alta tasa de prevalencia de población con COVID-19 (SSA, 2020). Por tanto, si estos migrantes regresan

enfermos a sus comunidades de origen podría incrementarse el riesgo de dispersión del virus entre los sectores de la población más pobre y marginada del país (Velasco, Coubés y Contreras, 2020).

En una situación similar se encuentran muchos mexicanos que por motivos de turismo y cuestiones empresariales salieron del país antes de que comenzara la pandemia, así como aquellos que ya radicaban en el extranjero. De ahí que en el marco de las medidas adoptadas por el gobierno de México para mitigar los impactos del coronavirus, la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) puso en funcionamiento el portal de atención "Protección COVID-19" para auxiliar a turistas mexicanos que sufrieron contratiempos, o que necesitan asistencia de la red de embajadas y consulados para su regreso a territorio nacional. De acuerdo con la SRE, hasta el 8 de septiembre de 2020 se habían repatriado a 17,393 mexicanos que se encontraban varados en distintas partes del mundo, y muchos otros no podían regresar por la falta de vuelos. Asimismo, los consulados de México en el extranjero también realizaron distintas actividades para apoyar a los estudiantes internacionales que querían o no podían retornar al país (Didiú, 2020); y, en general, a los connacionales que residen temporal o permanentemente en otros países. En este contexto, cabe preguntarse: ¿qué tan vulnerables es la población mexicana migrante frente a la pandemia del COVID-19 en Estados Unidos? A fin de dar una respuesta a tal interrogante, a continuación se presenta un análisis de esta población.

Inmigrantes mexicanos frente al COVID-19 en Estados Unidos

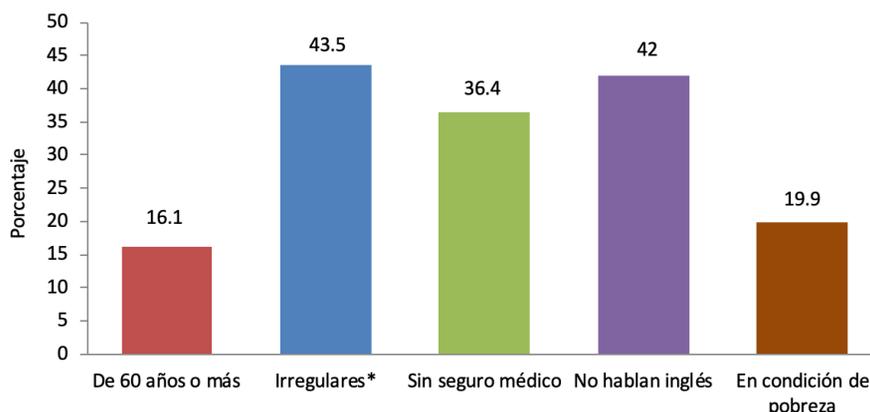
En 2019 alrededor de 12 millones de mexicanos se encontraban residiendo en distintos países y regiones del mundo. Aunque, la gran mayoría, el 95% lo hacía en los Estados Unidos de Norteamérica (11.5 millones). Como ha sido ampliamente documentado (CONAPO, 2013), los migrantes mexicanos asentados en territorio estadounidense poseen un perfil sociodemográfico y epidemiológico que los coloca en una situación de alta vulnerabilidad social ante la pandemia del COVID-19, en comparación con otras minorías étnicas. Además, actualmente, Estados Unidos es el país con el mayor número de casos de contagios a nivel mundial y está sumergido en una crisis sanitaria sin precedentes. Como se muestra en la Tabla 1, hasta el 27 de septiembre de 2020, en ese país, 6.9 millones de personas se habían infectado con el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, mientras que la cifra de muertes acumuladas por la enfermedad COVID-19 era de 202,478, la cual

es por mucho superior a la registrada por Italia (35,818) y España (31,232), que fueron dos de los países europeos más afectados a principios de la pandemia a nivel mundial (WHO, 2020).

La población hispana, en la que la mayoría son de México, constituye uno de los grupos más afectados por el coronavirus en Estados Unidos. Las comunidades más grandes de mexicanos están en California (4.1 millones), Texas (2.6 millones), Arizona (552 mil) e Illinois (660 mil), donde radican el 70% de la población inmigrante mexicana. Estos cuatro estados, en conjunto, concentran al 28% de los casos confirmados y 22% de las muertes acontecidas hasta el 27 de septiembre. Empero, también habría que subrayar que otro 4% de la población mexicana radica en los estados de Nueva York, Nueva Jersey, Massachusetts y Michigan, donde se han registrado muchos casos de contagio y muertes por COVID-19 en ese país. Esto indica que el porcentaje de contagios de la población mexicana es mayor en unos estados que en otros; por ejemplo, los hispanos representan el 34% de las muertes en el estado de Nueva York (Welle, 2020). Asimismo, a mediados del mes de agosto, la SRE informó que 2,045 inmigrantes mexicanos habían muerto por la enfermedad del COVID-19 en Estados Unidos, de los cuales la mayoría se encontraban radicando en los estados de Nueva York, Arizona, Texas, California e Illinois.

La vulnerabilidad de la población mexicana en Estados Unidos ante la pandemia del COVID-19 se explica también por otras razones. Por ejemplo, 16.1% de esta tiene 60 años o más, quienes tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones por la enfermedad derivada del virus y por tanto de fallecer. Otra razón es el alto índice de irregularidad migratoria que caracteriza a los mexicanos, pues alrededor de 5 millones no cuentan con documentos migratorios que les permitan residir de manera legal en Estados Unidos (Pew, 2019). Ello limita sus posibilidades de contar con un seguro médico para recibir atención médica si contraen la enfermedad. Según datos de la encuesta sobre la comunidad americana (ACS, por sus siglas en inglés), 36.4% de los mexicanos no cuentan con ningún tipo de seguro médico, mientras que un 20% vive con ingresos por debajo de la línea federal de pobreza, por lo que difícilmente podrían contar con ingresos suficientes para contratar un seguro médico privado. Además, quienes tienen menos ingresos tienden a vivir más hacinados, lo cual aumenta el riesgo de contagio. Esta situación se complica todavía más ya que un 42% no sabe hablar inglés o tiene dificultades para hablarlo, lo que podría ser una barrera para comunicarse con los especialistas de la salud, así como acceder a información sobre el coronavirus (ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Población mexicana inmigrante en Estados Unidos, según distintas características sociodemográficas, 2018



*Porcentaje estimado con base en datos del PEW Hispanic Center.

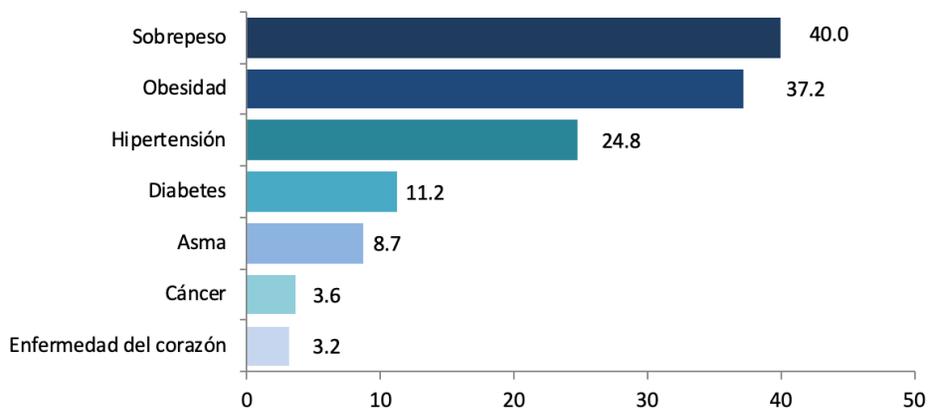
Fuente: Estimaciones propias con base en la American Community Survey de 2018.

Desde un punto de vista epidemiológico la población inmigrante mexicana en Estados Unidos también es altamente vulnerable ante la pandemia del COVID-19, ya que al igual que ocurre con otras infecciones víricas, el SARS-CoV-2 puede tener una evolución desfavorable en ciertos colectivos poblacionales. En Estados Unidos como en México, la mayoría de los mexicanos que han contraído el virus han sido asintomáticos o solos presentan síntomas muy leves, como un resfriado común, por lo que no necesitaron ser hospitalizados para recibir atención médica (Infosalus, 2020). Sin embargo, las personas que tenían alguna comorbilidad —además de las mencionadas más arriba, inmunodepresión por inmunodeficiencias adquiridas, como las que provoca el VIH, o inmunosupresión porque habían sido trasplantados o estaban recibiendo algún tipo de tratamiento inmunosupresor como, por ejemplo, la quimioterapia— son más propensas a desarrollar cuadros más graves (SSA, 2020). Situación que también se ha observado en algunos países europeos y China.

Los especialistas de la salud opinan que esto ocurre debido a que este tipo de pacientes tienen una respuesta inmune deficitaria. Por tanto, el hecho de tener las defensas debilitadas hace más probable el desarrollo de una neumonía vírica grave (Paz, 2020). La Federación Internacional de la Diabetes (2020) destaca que las personas con diabetes que desarrollan una infección viral son más propensas a presentar complicaciones debido a que su sistema inmunitario está comprometido, lo cual dificulta la lucha contra el virus y probablemente conduce a un período de recuperación más largo, ya que

el virus pueda prosperar en un entorno de glucosa elevada en la sangre. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de la Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) de 2018, alrededor del 70% de los mexicanos inmigrantes en Estados Unidos señaló que alguna vez había sido diagnosticado con sobre peso u obesidad por un médico o especialista de la salud, 24.8% con hipertensión, 11.2% con diabetes, 8.7% con asma, 3.6% con cáncer, y 3.2% con alguna enfermedad del corazón (ver Gráfica 2). Sin duda, este cuadro epidemiológico resalta la vulnerabilidad social de los inmigrantes mexicanos ante el fuerte impacto de la pandemia en el país vecino del norte.

Gráfica 2. Población mexicana inmigrante en Estados Unidos que alguna vez ha sido diagnosticada con alguna enfermedad crónica, 2018



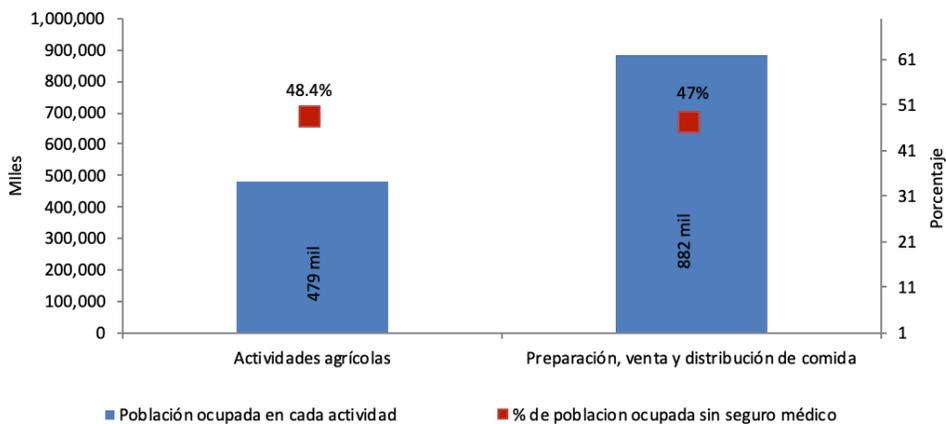
Fuente: Estimaciones propias con base en la National Health Interview Survey de 2018.

A las vulnerabilidades sociodemográficas y epidemiológicas de los migrantes mexicanos frente a la pandemia del COVID-19 se suman aquellas de tipo laboral o económico, ya que un número significativo de ellos continua trabajando, a pesar de tener miedo a contagiarse con el virus. Como ha sido ampliamente documentado en la literatura sobre migración México-Estados Unidos, la población mexicana se emplea, en su mayoría, en trabajos informales y precarios, por lo que no cuentan con prestaciones laborales (Ramírez García, 2013), y difícilmente tendrían la oportunidad de obtener un permiso para ausentarse del trabajo, por lo que se les complica quedarse en casa para protegerse de la enfermedad, a diferencia de otros inmigrantes y ciudadanos estadounidenses.

Permanecer activos en el mercado de trabajo no solo les ha permitido sostener a sus familias y gastos personales, así como pagar renta y otros servicios, e incluso para enviar remesas a sus familiares en México, sino

también apoyar a la economía estadounidense. Ya que constituyen la mayor parte de la mano de obra que se emplea en el sector agrícola. Con su trabajo contribuyen a mantener los supermercados abastecidos de frutas y verduras en medio de la crisis sanitaria generada por el COVID-19, la cual ha paralizado a varios estados como Nueva York, New Jersey y California (Ortiz, 2020). Desafortunadamente, el 45% de los 480,000 migrantes mexicanos que trabajan en el sector agrícola estadounidense no cuentan con un seguro médico, ya que muchos son contratados de manera informal, y quienes no están sindicalizados no han sido bien informados y concientizados de los peligros del virus, por lo que constituyen en una población vulnerable. Un papel similar desempeñan quienes trabajan en el ramo de los servicios personales, en especial, los 882,000 mexicanos y mexicanas que laboran en la preparación, venta y repartición de alimentos, de los cuales un 47% no cuentan con seguro médico (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Población mexicana inmigrante en Estados Unidos empleada en el sector agrícola y de servicios que no cuenta con seguro médico, 2018



Fuente: Estimaciones propias con base en la ACS de 2018.

En Nueva York, tras el cierre de restaurantes y bares, la población neoyorquina comenzó a pedir comida para llevar, lo que generó un incremento de personas que se emplean como repartidores de alimentos en bicicletas, quienes en su mayoría son inmigrantes sin seguro médico, enfrentándose así al riesgo de contraer COVID-19 (Agencia AFP y Bonilla, 2020). En los medios de comunicación se señala que son pocas las personas blancas que trabajaron como repartidores de comida durante los meses más difíciles de la contingencia sanitaria. Actualmente más de la mitad de los trabajadores esenciales en Nueva York que trabajan en supermercados, restaurantes,

lavanderías o en el sistema de transporte y salud son latinos, según un informe del Instituto de la Policía Fiscal (Uno TV, 2020). En una situación similar se encuentran, seguramente, los migrantes mexicanos que trabajan en el sector agrícola y de servicios en otras ciudades y metrópolis estadounidenses como Los Ángeles, San Francisco, Chicago y Las Vegas.

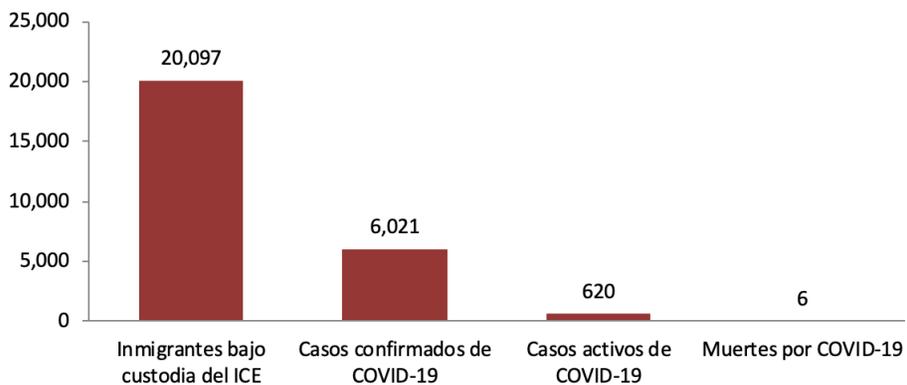
Migrantes mexicanos deportados en tiempos del COVID-19

Ante la propagación del SARS-CoV-2 por todo el territorio estadounidense —con 6.9 millones de personas contagiadas hasta el 27 de septiembre de 2020—, la administración del Presidente Trump autorizó diversos cambios a la operación de ley de inmigración de ese país, a fin de contribuir a mitigar la diseminación del virus. Entre las medidas adoptadas se encuentran el cierre total o parcial de sus fronteras terrestres con México y Canadá, la suspensión de algunos vuelos turísticos y de deportación de personas que se encontraban en situación migratoria irregular, así como la interrupción de visitas sociales a los centros de detención de migrantes indocumentados. Sin embargo, el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE, por sus siglas en inglés) continuó deportando inmigrantes dejándolos en una situación de alta vulnerabilidad frente a la pandemia del COVID-19. Ello a pesar de que grupos defensores de migrantes solicitaron al ICE frenar las operaciones de deportación en medio del brote de coronavirus, argumentando que la agencia ha infundido miedo entre la comunidad migrante, lo que podría desalentarlos a buscar atención médica si se contagiaban o si presentan síntomas de COVID-19 (Álvarez, 2020). Además se corre el riesgo de que se produzcan brotes de la enfermedad entre la comunidad migrante, si alguno de ellos se llegara a infectar y decidiera quedarse y atenderse en casa para no exponerse a ser detectado por el ICE, ya que no solo podría contagiar a su familia sino también a otros familiares, vecinos y amigos más cercanos debido al alto grado de contagio.

Por tanto, el proceso de deportación aumenta la vulnerabilidad de las personas frente al coronavirus. Una investigación realizada por The New York Times y Marshall Project (Kassie y Marcolini, 2020) reporta que durante los primeros meses de la contingencia sanitaria se habían deportado cerca de 40,000 personas. Se trata de inmigrantes que tenían una orden de deportación después de haber vivido en Estados Unidos y que se encontraban recluidos en centros de detención del ICE esperando su deportación. Es muy probable que algunos de los migrantes repatriados hayan estado expuestos al contagio del COVID-19, debido al número limitado de pruebas disponibles no solo para el ICE sino en todo el país, al alto hacinamiento y a

las condiciones de insalubridad de las instalaciones de detección, así como al riesgo de contagio por la convivencia con personal del ICE que también pudiera estar infectado con el virus. Sobre este asunto, el ICE reportó que, hasta el 22 de septiembre, se había confirmado 6,021 casos positivos de COVID-19 entre inmigrantes irregulares retenidos en sus centros de detención de Estados Unidos, 620 de ellos se encontraban en aislamiento porque estaban siendo tratados por el virus, y 6 habían fallecido. Además, a esa fecha, 20,097 inmigrantes se encontraban bajo custodia de la dependencia (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Casos confirmados de COVID-19 en centros de detención del ICE, septiembre de 2020



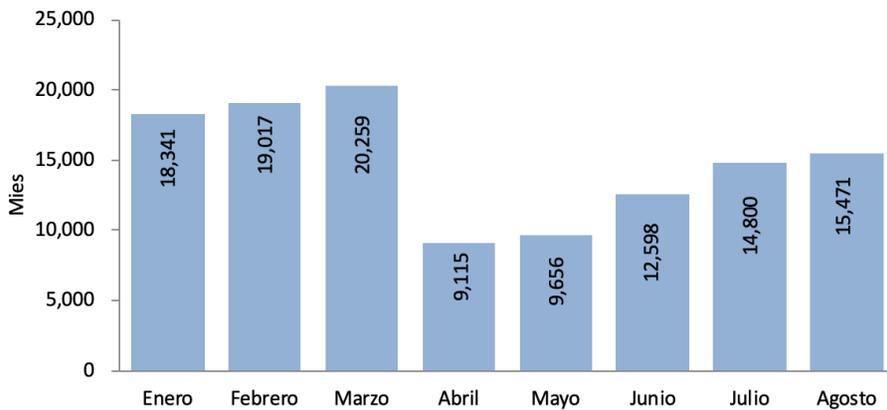
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ICE de 2020.

La mayor parte de estos migrantes se encontraban reclusos en centros de detención del ICE de los estados de California, Luisiana, New York, Texas y Arizona. A nivel de condados, el centro de detención de la Mesa de Olay, en San Diego, California, es donde se ha reportado el mayor número de casos positivos de COVID-19, al igual que el centro de Buffalo, Nueva York. La vulnerabilidad social de los migrantes que están siendo deportados desde el interior de Estados Unidos envuelve también a aquellos que son detenidos al intentar cruzar la frontera e internarse en suelo estadounidense de manera irregular, los cuales han sido devueltos a México vía rápida (*fast track*), ya que ni siquiera están haciéndoles pruebas para determinar si tienen la enfermedad para que sean atendidos. Tal situación podría acrecentar las posibilidades de que el coronavirus se siga propagando entre los residentes de los municipios y ciudades fronterizas mexicanas como Tijuana, Baja California, Agua Prieta, Sonora, Ciudad Juárez, Chihuahua, Nuevo Laredo y Tamaulipas, por donde están siendo expulsados los migrantes

deportados. Pero también a los estados de la República Mexicana a donde retornan los migrantes y a otras partes donde arriban los vuelos de deportación, ya que ni siquiera saben si están infectados por el virus.

Las deportaciones de migrantes indocumentados se han acelerado en los últimos meses, luego de que el Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos cedió la autoridad para que la patrulla fronteriza pueda acogerse a reglas de emergencia sanitaria, lo cual le permite deportar a personas con un proceso expedito. Hasta el mes de marzo, 33,937 personas fueron atrapadas tratando de cruzar la frontera ilegalmente (Peña, 2020). Según datos de la Unidad de Política Migratoria ([UPM], 2020) de la Secretaría de Gobernación (SEGOB), entre enero y agosto, 119,257 migrantes mexicanos fueron deportados desde los Estados Unidos. De ese total, 61,640 deportaciones ocurrieron durante los meses más graves (abril-agosto) de la pandemia en México y Estados Unidos (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Eventos de repatriación de mexicanos desde Estados Unidos entre los meses de enero y agosto de 2020



Fuente: elaboración propia con base en datos de la UPM de la SEGOB, septiembre de 2020.

Mark Morgan, comisionado interno de la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de EE. UU. (CBC, por sus siglas en inglés), señaló que las deportaciones *fast track* están sustentadas en las nuevas leyes de restricción fronteriza, adoptadas el 21 de marzo de 2020, y que no tienen nada que ver con la inmigración, sino con la salud pública y seguridad nacional (González, 2020). Esta cuestión ha generado distintas reacciones entre los gobiernos y distintas dependencias de los estados fronterizos, quienes señalan que las deportaciones se hacen a altas horas de la noche y sin la presencia de elementos del Instituto Nacional de Migración (INM), lo

que ocasiona que los migrantes no encuentren albergues abiertos o no encuentren lugar en los mismos para pasar la noche, lo cual los coloca en una posición de alta vulnerabilidad social (*Excélsior*, 2020).

No obstante, la mayor preocupación de las autoridades migratorias mexicanas es que no se aplican protocolos necesarios para detectar si la población deportada tiene COVID-19 y que sea atendida clínicamente, así como para tomar las precauciones y medidas sanitarias correspondientes. Y con ello evitar que el coronavirus se propague en los condados y municipios fronterizos de ambos países. Las estadísticas sanitarias reportadas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2020) indican que, hasta el 27 de septiembre de este año, California (798,237), Texas (733,438) y Arizona (216,821) eran los estados fronterizos de la Unión Americana con más casos confirmados de COVID-19, mientras que del lado mexicano eran Nuevo León (38,733), Tamaulipas (28,648) y Coahuila (25,939), según datos de la Secretaría de Salud. Desde que empezó la pandemia, líderes y militantes de las organizaciones de la sociedad civil, así como defensores de los derechos de los inmigrantes de ambos países, han acusado al presidente Trump de expulsar a los migrantes contagiados dejándolos a su suerte, lo que va en contra de los derechos humanos de las personas migrantes y acuerdos internacionales que ha suscrito en la materia ese país.

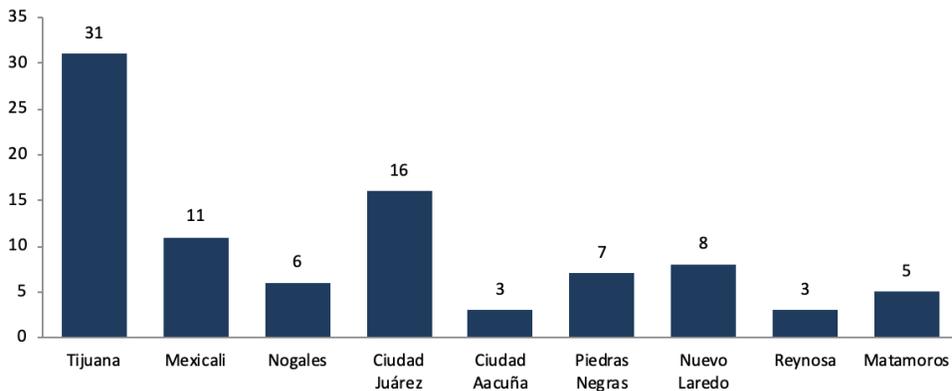
Población migrante varada en México durante la pandemia del COVID-19

Ante la pandemia del COVID-19 el gobierno de Estados Unidos decidió posponer la admisión de refugiados, incluidas las solicitudes de citas, entrevistas y procedimientos de asilo, como medida para contribuir a minimizar la propagación del coronavirus. Ello provocó que muchos migrantes quedaran varados o alojados en albergues de algunas ciudades fronterizas mexicanas en condiciones de alta vulnerabilidad en plena emergencia sanitaria. Amparados, así, en la política denominada Protocolos de Protección al Migrante (MPP, por sus siglas en inglés), mejor conocida como “Quédate en México”, acordada por los gobiernos de Estados Unidos y México, que comenzó aplicarse desde enero del año pasado.

Una encuesta levantada por El Colegio de la Frontera Norte en marzo de 2020 arrojó que un total de 90 albergues para migrantes operan en las ciudades fronterizas del norte del país (ver Gráfica 6). En ellos se hospedan cientos de solicitantes de asilo en Estados Unidos y solicitantes de refugio

en México, además de mexicanos desplazados por cuestiones de violencia, así como aquellos deportados por las autoridades migratorias estadounidenses (Coubès, Velasco y Contreras, 2020). No obstante, la alta demanda de este tipo de trámites migratorios, principalmente de población latinoamericana, provocó al inicio de la pandemia una saturación de albergues y comedores debido a la insuficiente infraestructura para ofrecer apoyos y servicios a la nueva población migrante. Además, ante las medidas tomadas para controlar los contagios de coronavirus, algunos albergues optaron por no recibir a nuevos refugiados o migrantes deportados, así como no permitir que salieran quienes ya se encontraban dentro, a fin de evitar contagios entre las personas resguardadas en el recinto.

Gráfica 6. Albergues para migrantes que operan en ciudades fronterizas, 2020



Fuente: elaboración propia con base en datos de Coubès et al. (2020).

Por ejemplo, la Casa del Migrante, Espacio Migrante y las instalaciones del Desayunador Salesiano del Padre Chava, en Tijuana, Baja California, cerraron y redujeron el hacinamiento a menos de la mitad de su capacidad (McKee y Monte Madrigal, 2020). En tanto que otros albergues para migrantes de esa entidad siguieron operando en condiciones muy adversas, como el albergue Embajadores de Jesús, donde se concentran docenas de familias haitianas y a donde continuó llegando población centroamericana, principalmente de Honduras, Guatemala y El Salvador, que se siente precisamente vulnerable ante el coronavirus (Salinas, 2020). Una situación similar se presentó en Ciudad Juárez, Chihuahua, donde 14 albergues, que en conjunto alojaban a poco más de 5,000 migrantes, fueron cerrados por las autoridades migratorias para evitar posibles contagios. Entre ellos se encuentran la Casa del Migrante y el Centro Integral Leona

Vicario, que dejaron de recibir nuevos huéspedes por dicho motivo (Coria, 2020), lo cual dio pie al surgimiento de albergues improvisados para recibir y ayudar a la población migrante deportada y recién llegada.

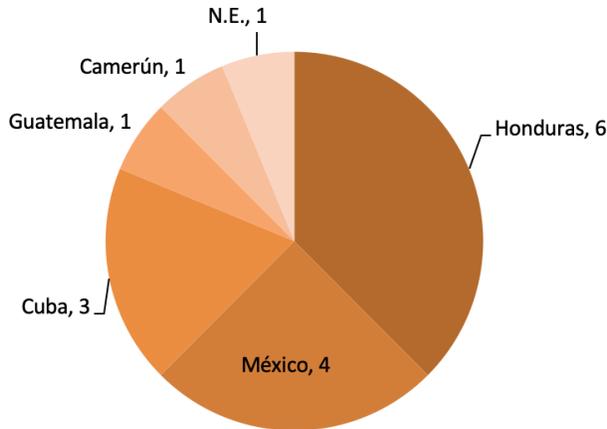
Ante tal situación, distintas dependencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil y grupos de apoyo a la población migrante de esa entidad implementaron distintas medidas para evitar el riesgo de contagios entre los migrantes y personas repatriadas que se encontraban alojadas en los distintos albergues. Sin embargo, en este tipo de alojamientos, es un reto casi imposible evitar el contagio o aislar a una persona sospechosa de padecer la enfermedad de COVID-19, debido a que las personas comparten los mismos baños, regaderas, utensilios y espacios para dormir (Salinas, 2020).

La preocupación de las autoridades migratorias por evitar que la población deportada de México y de otras partes del mundo, principalmente de Centroamérica, se contagiara de coronavirus, se ponderó cuando el 20 de abril de 2020 el gobierno del estado de Tamaulipas (2020), a través de la Secretaría de Salud, anunció la confirmación de 16 casos de COVID-19 entre migrantes deportados. De los cuales 12 eran originarios de Honduras, Cuba, Guatemala, Camerún y uno que no especificó su nacionalidad; los cuatro restantes eran mexicanos. El mayor número de contagios entre migrantes hondureños se explica porque constituyen el grupo poblacional más grande en los albergues mexicanos, de acuerdo con el informe elaborado por Coubès *et al.*, (2020) (ver Gráfica 7). Del total de casos positivos reportados, según la dependencia, 15 se infectaron del virus en un albergue de migrantes de Nuevo Laredo, a donde ingresó un migrante que había sido deportado de Houston, Texas, sin conocer su condición de ser portador del virus. Tres de ellos fueron hospitalizados y luego regresaron al albergue donde los quince permanecieron aislados ya sin síntomas. Por tal razón, la dependencia de salud de Tamaulipas continuó realizando pruebas a migrantes y personal de atención del mismo albergue para comprobar o descartar más contagios, y atender aquellos que resultaran positivos.

La vulnerabilidad de los migrantes varados en México frente al SARS-CoV-2 no es exclusiva de los migrantes que se alojan en albergues o casas para migrantes en la frontera norte —sino de toda la población mexicana en general, independientemente de su condición migratoria, sexo, edad, escolaridad, clase social o estrato socioeconómico—, así como de hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes que se encuentran en otros albergues distribuidos a lo largo y ancho del territorio, y aquellos migrantes irregulares que se encontraban retenidos en estaciones migratorias del norte, centro

y sur del país. Ya que muchos de estos centros no cuentan con las condiciones de hacinamiento, salubridad, atención médica para implementar las medidas de higiene y tomar la “sana distancia” recomendadas por la secretaria de salud para hacer frente a la pandemia.

Gráfica 7. Casos confirmados de COVID-19 en albergues para migrantes del estado de Tamaulipas, según nacionalidad del migrante, abril de 2020



Fuente: elaboración propia con base en datos reportados por el Gobierno del estado de Tamaulipas, 20 de abril de 2020.

De ahí que algunas organizaciones de la sociedad civil solicitaron a las autoridades mexicanas la liberación de todos los migrantes que se encontraban en los centros de detención, además de garantizarles el diagnóstico, la asistencia médica y la protección frente al coronavirus (Soto, 2020). Ello con la finalidad de evitar los contagios y garantizar la salud de la población migrante, además de evitar que se estigmatice negativamente a los migrantes como portadores y propagadores del coronavirus.

Reflexiones finales

A modo de conclusión puede decirse que la pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto, de manera muy aguda, las desigualdades que ya existían en distintos grupos poblacionales según género, origen étnico-racial, estatus socioeconómico y condición migratoria. En el caso de las personas migrantes, la pandemia exaltó la vulnerabilidad social de la población mexicana que vive en Estados Unidos, de aquella que ha sido deportada a México, así como de los extranjeros que transitan o que se

quedaron varados en las fronteras norte y sur del país. Entre los inmigrantes mexicanos radicados en Estados Unidos la pandemia puso de manifiesto la gran cantidad de personas que, pese a la emergencia sanitaria que se vivía, continuaron trabajando. Tal es el caso de quienes laboraron en actividades del sector servicios y de la agricultura estadounidense, debido a que estas fueron consideradas como esenciales.

Sin embargo, muchos de ellos lo hicieron de manera informal, sin las medidas de protección adecuadas, y sin contar con un seguro médico que los proteja en caso de llegar a contagiarse y enfermarse del virus. A lo anterior habría que sumarle el hecho de que los inmigrantes mexicanos, al igual que la población nativa blanca y afronorteamericana, presentan diversas comorbilidades que pueden agravar su salud si se infectan con el coronavirus. Afortunadamente, conforme han ido pasando los meses más críticos de la crisis sanitaria, las pruebas gratuitas de detección del virus han estado cada vez más accesibles en Estados Unidos para toda la población, incluidos los inmigrantes sin importar su estatus migratorio. Asimismo, en algunos estados de ese país, organizaciones de la sociedad civil y grupos defensores de los derechos humanos de las poblaciones migrantes, han actuado a nivel estatal y local para contrarrestar los efectos de la pandemia. Algunos consulados mexicanos, a través del programa de “ventanillas de la salud”, han informado y canalizado a los migrantes con síntomas o que se han enfermado de COVID-19 para que acudan los centros de salud locales. En esta dirección, los gobiernos de algunos estados como California e Illinois incluyeron las pruebas y tratamiento contra el coronavirus como parte de los servicios médicos de emergencia para que toda la población tenga acceso a estos servicios médicos.

La población mexicana deportada, así como de otras nacionalidades que se encuentra varada en ciudades de la frontera norte y sur del país, son grupos poblacionales altamente vulnerables ante el COVID-19. La población deportada es vulnerable en tanto que está siendo expulsada de manera expedita (*fast track*), a altas horas de la noche y sin que se le practiquen pruebas para confirmar contagios por coronavirus. Además, dado que la pandemia no ha terminado, durante todo el proceso de deportación están expuestos al contagio del virus. Y en las ciudades fronterizas a donde son expulsados, no encuentran alojamiento en los albergues o casas de apoyo para migrantes, debido a su poca cuantía y a que la mayoría están cerrados por indicaciones de las autoridades sanitarias y migratorias de los estados fronterizos,

o porque están funcionando al mínimo de su capacidad a fin de evitar que surjan brotes de coronavirus. Por ello, muchos migrantes se dirigen a campamentos improvisados junto con otras personas que se encuentran en la misma situación. Algunos están regresando a sus lugares de origen sin siquiera saber si tienen o no la enfermedad del COVID-19, y mucho menos sin considerar la posibilidad de que pueden contagiar a sus familiares y vecinos cercanos.

De ahí que se recomienda que la autoridad migratoria mexicana no realice deportaciones de la población extranjera que se encuentra en una situación irregular en el país sin antes realizar diagnósticos de contagio, brindar la asistencia médica a aquellos que hayan enfermado o presenten síntomas, además de protección frente al coronavirus durante todo el proceso que conlleva la deportación a sus lugares de origen. En este tenor, la OIM hizo un llamado a los estados para que suspendieran las deportaciones forzadas, ya que dicha práctica pone en riesgo la salud de los migrantes. Además de que los deportados que se enfermen de COVID-19, podrían convertirse en una carga adicional para los sistemas sanitarios de los países de origen. Ello en tanto que la población migrante, que la pandemia obligó a quedarse varada en distintas ciudades de la fronteras norte y sur de México, enfrenta situaciones de hacinamiento en albergues o estaciones migratorias, que no siempre cuentan con las condiciones de salubridad y espaciamiento donde puedan seguir las recomendaciones en torno a la sana distancia e higiene vertidas por la Secretaría de Salud.

La pandemia ha implicado cierre de fronteras, inmovilidad de la población o controles muy estrictos en el cruce de fronteras nacionales, como una forma de evitar la propagación del virus. Lo paradójico es que, pese a esta supuesta inmovilidad, las deportaciones masivas desde Estados Unidos continúan. Es decir, se reduce la movilidad en un sentido, pero se aumenta en otro, lo cual pone en evidencia la fuerte vulnerabilidad social en la que se encuentra la población migrante mexicana y otros colectivos de migrantes frente a la pandemia.

Bibliografía

- Agencia AFP y Bonilla, L. (2020, 19 de marzo). Repartidores de comida se enfrentan al Covid-19 en calles de Nueva York. *Milenio*. Recuperado de: <https://www.milenio.com/internacional/estados-unidos/repartidores-comida-enfrentan-covid-19-calles-ny>
- Álvarez, P. (2020, 19 de marzo). 12 cambios en el sistema de inmigración de EE. UU. durante la pandemia de coronavirus. *CNN en español*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/19/12-cambios-en-el-sistema-de-inmigracion-de-ee-uu-durante-la-pandemia-de-coronavirus/>
- Bojorquez, I., Aguilera, R. M., Ramírez, J., Cerecero, D., y Mejía, S. (2014). Common Mental Disorders at the Time of Deportation: A Survey at the Mexico-United States Border. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(6), 732-1738. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-014-0083-y> DOI: 10.1007/s10903-014-0083-y
- Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. y Gideon, J. (2012). Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11(68). DOI: 10.1186/1475-9276-11-68
- Camhaji, E. (2020, 31 de marzo). México declara la emergencia sanitaria y la suspensión de actividades hasta el 30 de abril. *El País*. Recuperado de: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-31/mexico-declara-la-emergencia-sanitaria-y-la-suspension-de-actividades-hasta-el-30-de-abril.html>
- Ceja Fernández, A., Lira Mandujano, J. y Fernández Guzmán, E. (2014), Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. *Ra Ximhai*, 10(1), 291-306. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rxm/article/view/54263> DOI: 10.35197/rx.10.01.2014.12.ac
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *United States COVID-19 Cases and Deaths by State*. Recuperado de: https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#cases_totalcases
- Consejo Nacional de Población. (2008). *Migración y Salud: Latinos en los Estados Unidos*. México: CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (2013). *Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*. México: CONAPO.

- Coria, C. (2020, 27 de marzo). Cierran en Chihuahua albergues para migrantes por Covid-19. *Excelsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/cierran-en-chihuahua-albergues-para-migrantes-por-covid-19/1372500>
- Coubès, M. L., Velasco, L. y Contreras, O. F. (2020). *Poblaciones vulnerables ante el Covid-19: migrantes en albergues en las ciudades fronterizas del norte de México* (El Colegio de la Frontera Norte, Documentos de contingencia, No. 2). Recuperado de El Colegio de la Frontera Norte: <https://www.colef.mx/estudiosdeelcolef/migrantes-en-albergues-en-las-ciudades-fronterizas-del-norte-de-mexico/>
- Didou, S. (2020, 1 de abril). Estudiantes internacionales y emergencia sanitaria: vulnerabilidad y aislamiento [Blog post]. Recuperado de: <http://www.educacionfutura.org/estudiantes-internacionales-y-emergencia-sanitaria-vulnerabilidad-y-aislamiento/>
- Edelstein, M., Heymann, D. y Koser, K. (2014). Las crisis sanitarias y la migración. *Migraciones Forzadas*, 45, 36-38. Recuperado de: <https://www.fmreview.org/es/crisis/edelstein-heyman-koser>
- Excelsior*. (2020, 4 de abril). Trump deporta sin trámite y a deshoras; no aplica a migrantes protocolo por COVID-19. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/trump-deporta-sin-tramite-y-a-deshoras-no-aplica-a-migrantes-protocolo-por-covid-19/1374047>
- Fajardo, M., Patiño, M. I. y Patiño, C. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y estudios en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana en Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1(1), 39-50. DOI: 10.33881/2027-1786.rip.1104
- Fairchild, A. L. y Tynan, E. A. (1994). Policies of containment: Immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*, 84(12), 2011-2022. DOI: 10.2105/AJPH.84.12.2011
- Federación Internacional de Diabetes. (2020, 5 de marzo). COVID-19 y diabetes. *Diabetes Voice*. Recuperado de: <https://diabetesvoice.org/es/noticias-breves/covid-19-y-diabetes/>
- Foladori, G., Moctezuma, M. y Márquez, H. (2004). Vulnerabilidad epidemiológica en la migración México, Estados Unidos. *Migración y Desarrollo*, 2(3), 19-44. Recuperado de: <https://estudiosdeldesarrollo.mx/migracionydesarrollo/numero-3/> DOI: 10.35533/myd.0203.gf.mm.hm

- Frenk, J., Garnica, M. E. y Zambrana, M. (1987). Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud Pública de México*, 29(4), 276-287. Recuperado de: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/243>
- Gobierno del estado de Tamaulipas. (2020, 20 de abril). Confirma Secretaría de Salud de Tamaulipas 16 casos de migrantes con COVID-19. *Haciendo Equipo*. Recuperado de: <https://www.tamaulipas.gob.mx/haciendoequipo/2020/04/20/confirma-secretaria-de-salud-de-tamaulipas-16-casos-de-migrantes-con-covid-19/>
- Gómez Pickering, D. (2020, 8 de abril). Covid-19 y migración, una fórmula mortal. *Nexos: Blog de la redacción*. Recuperado de: <https://redaccion.nexos.com.mx/?p=11582>
- González, I. (2020, 11 de abril). Estados Unidos recrudece deportaciones debido a la pandemia por COVID-19. *Notipress*. Recuperado de: <https://notipress.mx/internacional/estados-unidos-recrudece-deportaciones-debido-a-la-pandemia-por-covid-19-3616>
- Hernández, P. (2013). Enfermedades infecciosas, migración y salud global: Estudio de caso: Bolivia. *Revista Integra Educativa*, 6(1), 111-126. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432013000100006&lng=es&tlng=es
- Infosalus (2020, 20 de abril). Por qué los diabéticos son grupo de riesgo frente a la infección Covid-19. Recuperado de: <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-diabeticos-son-grupo-riesgo-frente-infeccion-covid-19-20200420082733.html>
- Kassie, E. y Marcolini, B. (2020, 13 de julio). 'It Was Like a Time Bomb': How ICE Helped Spread the Coronavirus. *The New York Times*. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/2020/07/10/us/ice-coronavirus-deportation.html>
- Leyva Flores, R. (2018). Conceptos sobre migración y salud: entre las cuarentenas... y los determinantes de la salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 58(4), 33-39. Recuperado de: https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/7_conceptos_migracion_cuad_med_18.pdf
- McKee Irwin, R. y Monte Madrigal, J. A. del. (2020). *COVID-19 y la vulnerabilidad de las personas migrantes en Tijuana: una crisis inminente* (El Colegio de la Frontera Norte, Observatorio de Legislación y Política Migratoria, Documento de coyuntura). Recuperado de: <https://observatoriocolef.org/boletin/covid-19-y-la-vulnerabilidad-de-las-personas-migrantes-en-tijuana-una-crisis-inminente/>

- Montes de Oca, V., Ramírez García, T., Sáenz, R. y Guillén, J. (2011). The linkage of life course, migration, health, and aging: Health in adults and elderly Mexican migrants. *Journal of Ageing and Health*, 23(7), 1116–1140. DOI: 10.1177/0898264311422099
- Morillo, Á. A. (2020, 19 de marzo). Red Jesuita con Migrantes ante la propagación del coronavirus: “La solidaridad es el protocolo más efectivo”. *Vida Nueva Digital*. Recuperado de: <https://www.vidanuevadigital.com/2020/03/19/red-jesuitas-con-migrantes-ante-la-propagacion-del-coronavirus-la-solidaridad-es-el-mas-efectivo-de-los-protocolos/>
- Oehmichen-Bazán, C. y Paris-Pombo, M. D. (2010). El rumor y el racismo sanitario durante la epidemia de influenza A/H1N1. *Cultura y representaciones sociales*, 5(9), 145-173. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102010000200004&lng=es&tlng=es
- Ortiz, G. (2020, 23 de marzo). Migrantes agrícolas en EE. UU. sostienen alimentación en tiempos de COVID-19. *La hora*. Recuperado de: <https://lahora.gt/migrantes-agricolas-en-ee-uu-sostienen-alimentacion-en-tiempos-de-covid-19/>
- Paz, C. de la. (2020, 17 de marzo). Coronavirus: quiénes son los más vulnerables al Covid-19. *El Español*. Recuperado de: https://www.elespanol.com/como/coronavirus-vulnerables-covid-19/475202899_0.html
- Peña, M. (2020, 20 de abril). Se amplía el cierre de la frontera de Estados Unidos, México y Canadá hasta el 20 de mayo por la pandemia. *Telemundo*. Recuperado de: <https://www.telemundo.com/noticias/2020/04/20/se-amplia-el-cierre-de-la-frontera-de-estados-unidos-mexico-y-canada-hasta-el-20-de-mayo-tmna3748396>
- Pew Research Center (2019, 28 de junio). What we know about illegal immigration from Mexico. *Hispanic Trends*. Recuperado de: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/28/what-we-know-about-illegal-immigration-from-mexico/>
- Ramírez García, T. (2013). Segregación ocupacional y desigualdad salarial. La situación de la población de origen mexicano en el mercado laboral estadounidense. *La Situación Demográfica de México 2013* (pp. 159-174). México: CONAPO.
- Roca, C. y Balanzó, X. de. (2006). Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 139-144. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=en DOI: 10.4321/s1137-66272006000200012

- Salgado de Snyder, V. N., González, T., Bojórquez, I. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos [Edición especial]. *Salud Pública de México*, 49, 8-10. Recuperado de: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7420>
- Salinas, J. A. (2020, 27 de marzo). Albergues de migrantes sin recursos médicos ante Covid-19. *Excélsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/albergues-de-migrantes-sin-recursos-medicos-ante-covid-19/1372587>
- Sarukhan, A. (2020, 9 de abril). Un nuevo coronavirus, una nueva epidemia, muchas incógnitas. *ISGlobal*. Recuperado de: <https://www.isglobal.org/coronavirus>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2020, 20 de marzo). *Presenta SRE portal de atención a turistas mexicanos afectados por COVID-19* (Comunicado No. 93). Recuperado de: <https://www.gob.mx/sre/prensa/presenta-sre-portal-de-atencion-a-turistas-mexicanos-afectados-por-covid-19>
- Secretaría de Salud (2020, 26 de marzo). Estas son las acciones de la Jornada Nacional de Sana Distancia. *El Financiero*. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/tv/nacional/estas-son-las-acciones-de-la-jornada-nacional-de-sana-distancia>
- Soto, A. J. (2020, 30 de marzo). Migrantes en estaciones migratorias, sin protocolos para prevenir Covid-19. *LJA.MX*. Recuperado de: <https://www.lja.mx/2020/03/migrantes-en-estaciones-migratorias-sin-protocolos-para-prevenir-covid-19/>
- Unidad de Política Migratoria. (2020). *Repatriación de mexicanos* (Boletín estadístico mensual No. V). Recuperado de: <http://www.politicamigratoria.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/CuadrosBOLETIN?Anual=2020&Secc=5>
- Uno TV (2020, 8 de abril). Latinos indocumentados, los más expuestos a COVID-19 en NY. *UnoTV.com*. Recuperado de: <https://www.unotv.com/noticias/portal/internacional/detalle/coronavirus-latinos-indocumentados-estan-mas-expuestos-al-covid-19-en-ny-455026/>
- Velasco, L., Coubés, M. L., y Contreras, O. F. (2020). *Poblaciones vulnerables ante el Covid-19: los jornaleros agrícolas* (El Colegio de la Frontera Norte, Documentos de contingencia, No. 1). Recuperado de: <https://www.colef.mx/estudiosdeelcolef/los-jornaleros-agricolas-migrantes/>

Welle, D. (2020, 8 de abril). Hispanos representan el 34% de las muertes por Covid-19 en Nueva York. *América economía*. Recuperado de: <https://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/mundo/hispanos-representan-el-34-de-las-muertes-por-covid-19-en-nueva-york>

World Health Organization. (2019, 21 de enero). *Frequently asked questions on Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*. Recuperado de: www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/faq/en

World Health Organization. (2020, 7 de mayo). *Coronavirus disease (COVID-19) (Informe de situación No. 108)*. Recuperado de: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200507covid-19-sitrep-108.pdf?sfvrsn=44cc8ed8_2

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Recuperado de: <https://covid19.who.int/table>