



COMISIÓN AMERICANA DE SALUD,
BIENESTAR Y SEGURIDAD SOCIAL

EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE MIGRACIÓN IRREGULAR EN ESTADOS UNIDOS Y COLOMBIA.

Dr. Daniel Manchinelly





Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Daisy Corrales Díaz, Directora.

Coordinación de Investigación del CIESS.

Wendolyn Bravo Zuríta, Coordinadora.

Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Zoé Alejandro Robledo Aburto, Presidente.

Juan Carlos Quiros Vargas, Vicepresidencia.

Arturo Ríos Camarena Rodríguez, Vicepresidencia.

Mauricio Hernández Ávila, Vicepresidencia.

Nelson Oswaldo Ramírez Jiménez, Vicepresidencia.

Julissa G. Magallanes Pérez, Secretaría Técnica.

Investigador responsable.

Edgar Daniel Manchinelly, CIESS-CASBSS.

Equipo editorial.

Daisy Corrales Díaz.

Wendolyn Bravo Zuríta.

Jorge Luis Ordellín Font.

Guadalupe Zamora.

Edición.

Diseño Instruccional-CIESS.

368.40970 / C163nt.12

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México

El acceso a la salud de las personas en condición de migración irregular en Estados Unidos y Colombia / Daniel Manchinelly. -- México: CISS: CIESS: CASBSS, 2022.

56 p.: gráficas; 28 cm. -- (Nota técnica; 12)

Incluye referencias bibliográficas p. 46-56.

1. Inmigrantes – Atención médica – Estados Unidos. 2. Inmigrantes – Atención médica – Colombia. 3. COVID-19 (Enfermedad) – Atención Médica. I Manchinelly Mota, Edgar Daniel, autor. II Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México. III. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

ISSN (en trámite).

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

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice

Alcaldía Magdalena Contreras,

C. P. 10100, Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700

El acceso a la salud de las personas en condición de migración irregular en Estados Unidos y Colombia

*"Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar."*
- Antonio Machado.

Daniel Manchinelly*

RESUMEN

El objetivo es analizar el acceso a la salud de la población en condición migratoria irregular durante la pandemia por COVID-19, en 2020, en Estados Unidos y Colombia. Antes de esta pandemia estas personas migrantes ya experimentaban obstáculos en el acceso a la salud, pero en el 2020 esto se profundizó aumentando su vulnerabilidad sanitaria. Por un lado, el gobierno de Estados Unidos bajo la presidencia de Donald Trump abandonó el enfoque de los derechos humanos, afectando gravemente a esta población. Por otro, el gobierno de Colombia ha realizado esfuerzos legales para asegurar un mayor acceso a la salud para esta población, pero han existido deficiencias al aplicar la ley por medio de las instituciones de salud. Esta situación implicó que estas personas carecieran de un acceso pleno a la salud por la presencia de algunos obstáculos tanto en Estados Unidos como en Colombia, lo que sugiere que tuvieron altas probabilidades de adquirir COVID-19. Los resultados del trabajo muestran un análisis para cada país sobre la migración irregular y la situación de su acceso a la salud durante la pandemia por COVID-19.

ARGUMENTOS CENTRALES

- Para el enfoque de los derechos humanos, la población en condición de migración irregular debe tener acceso pleno a la salud en los países de origen, tránsito, destino y retorno.
- Ya existían obstáculos al acceso a la salud para esta población antes del 2020, por lo que la situación se empeoró aumentando la vulnerabilidad sanitaria, principalmente de los grupos vulnerables como las mujeres.
- A pesar de que Estados Unidos posee uno de los mejores sistemas de salud en el mundo en cuestión a su calidad según el Índice Global de Seguridad Sanitaria (*Global Health Security Index*), mantiene todavía limitantes legales en el acceso a la atención médica para la población migrante irregular.
- Existe un contexto discriminatorio con tonalidades racistas en Estados Unidos que se radicalizó durante el gobierno del presidente

* Especialista de la Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Donald Trump, el cual obstaculizó el acceso a la salud de la población migrante irregular durante el 2020.

- A pesar de algunos avances legales, durante el 2020 el gobierno colombiano no pudo ofrecer un acceso a la salud completo a la población venezolana en condición migratoria irregular.
- Existieron deficiencias en el aseguramiento del acceso a la salud durante el 2020 en Colombia como una falta de planeación efectiva y una falta de recursos económicos que se relacionan con una pobreza en la ejecución de las estrategias sanitarias durante la pandemia.
- Se concluye que la principal similitud entre ambos países es que el acceso a la salud para estas personas en movimiento depende de su situación jurídica, la cual es la que crea su estatus irregular y, por lo tanto, las limitantes respecto a la atención médica.
- Se recomienda la construcción de un consenso con base en el discurso de los derechos humanos en la ciudadanía y en las personas tomadoras de decisiones para alcanzar una legitimidad que respalde los ajustes jurídicos necesarios.

INTRODUCCIÓN

A continuación, se analiza el acceso a la salud de los migrantes irregulares que residen en Estados Unidos y Colombia durante el 2020. Estados Unidos porque es el principal país de destino de la población migrante internacional en el mundo, esto incluye también a la población en condición migrante irregular. Como se mencionará más adelante, esta migración principalmente se compone de población mexicana, guatemalteca, salvadoreña y hondureña,

aunque también hay provenientes de otros países de otros continentes del mundo. Esto implica que durante la pandemia por COVID-19 durante el 2020, en Estados Unidos muchas personas en esta condición migratoria necesitaron acceder a los servicios médicos. Por otra parte, en Colombia residen cerca de un millón de personas en condición migrante irregular, provenientes principalmente de Venezuela, como veremos en este trabajo. Estas personas han emigrado constantemente hacia Colombia a razón de la crisis política y económica de Venezuela, movilización que ha ido en aumento constante. Esta situación significa que en Colombia esta población también necesitó del acceso a la salud por esta pandemia. Por lo tanto, lo anterior justifica observar la situación de esta población en ambos países durante la pandemia por COVID-19 en el 2020. Cabe señalar que este documento analiza el año 2020, por lo que el proceso de vacunación que han experimentado muchos países en el mundo durante el 2021 queda afuera de sus objetivos.

Según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2021), Estados Unidos se mantiene como el principal país de destino en el mundo, ya que más de 50 millones de inmigrantes internacionales están en este país, y principalmente provienen de América Latina y el Caribe (43.2%), Asia (29.9%) Europa (11.7%) y África (5.6%). Por causa de la pandemia por COVID-19 la llegada de personas del extranjero disminuyó, también la emisión del número de visas y, asimismo, las detenciones registradas en la frontera sur. Esto indica que la migración internacional, que incluye a la regular e irregular, se desaceleró durante el 2020. No obstante, se ha recuperado el flujo migratorio hacia Estados Unidos en el 2021. Respecto a la población irregular, la OIM (2021) calcula que entre 11 a 11.4 millones de personas residen en los Estados Unidos actualmente.

También a partir de la información de la OIM (2021), Colombia es el país en el que más residen migrantes provenientes de Venezuela, éstos son aproximadamente 1.7 millones de personas. De

este grupo la mayoría tienen un estatus migratorio irregular que son alrededor de 966 mil personas (Migración Colombia, 2021a). Asimismo, para la OIM (2021) Venezuela es el país con más emigrantes en América del Sur, es decir, con más personas que han salido de este país para residir en otro, ya que en total se estima que son casi 5 millones, los cuales se dirigen principalmente a Colombia, después a Perú, Chile, Estados Unidos y España. Y de igual forma que Estados Unidos, la migración de la población venezolana a Colombia (y a otros países) disminuyó a razón de la pandemia por COVID-19, pero actualmente se encuentra en vías de recuperación.

La OIM (2019b, p. 116) considera que la migración irregular es el “movimiento de personas que se realiza al margen de las leyes, regulaciones o acuerdos internacionales que rigen la entrada o salida del Estado de origen, tránsito o destino”. Para este organismo son tres situaciones por las que la persona puede estar en una condición irregular: 1) al ingresar a un país de forma irregular, 2) al permanecer al interior del país de forma irregular y 3) al trabajar de forma irregular (OIM, 2021). También aclara que la irregularidad se refiere a la condición migratoria de la persona en un punto en el tiempo, por lo que no es una esencia intrínseca de la propia persona. Por último, establece que la migración irregular no sólo son las personas que ingresan a un país por la vía informal, sino también son las personas cuya situación cambia, por ejemplo, al vencer su visado o permiso de trabajo, de manera que pasan de una situación regular a una irregular.

Ahora bien, como estas personas se movilizan por los caminos informales, se carece de registros confiables, por lo que hay una dificultad en la medición de esta población migrante irregular (Castles, 2010). Sobre este punto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2013, p. 38) considera que: “la mayoría de los sistemas de datos oficiales no logran captar el número total de migrantes ni

sus circunstancias particulares, y gran parte de los datos sobre migración a escala internacional no representan con exactitud el número de migrantes en situación irregular”. La OIM indica que: “la migración es difícil de rastrear, porque se produce al margen de las normas reglamentarias de los países y, por lo general, procurando evitar la detección” (OIM, 2021). Por ejemplo, para la medición de esta población en Estados Unidos en 2015 se encontró que está ubicada entre un rango de 11 a 12 millones, dependiendo de la metodología utilizada por Passel y Cohn del *Pew Research Center* y por *Center for Migration Studies* (Baker, 2018). De hecho, en el caso de Estados Unidos, está prohibido preguntar a las personas su situación migratoria en el censo de población por atentar contra los derechos humanos de la persona.¹

Cabe señalar que la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) utiliza como conceptos intercambiables las definiciones de “irregular”, “indocumentado” y “no autorizado”. Para la OIM (2021) la migración irregular es un “movimiento de personas que se desplazan al margen de las normas de los países de origen, de tránsito o de acogida”. Además, para Castles (2010), la migración irregular es cuando una persona ingresa o vive en un país en el que no tiene estancia legal, transgrediendo sus leyes y regulaciones de inmigración; mientras que para Hall y Cuellar (2016), la migración no autorizada son las personas que nacieron fuera del país y no son residentes legales. Se eligió el concepto de migración irregular porque es la definición que más utiliza la OIM.

Según CONEVAL (2019: p.7), el acceso a la salud es “la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender”. Asimismo, la OIM (2013, p.18) considera que el acceso a la salud

¹ La Suprema Corte de Justicia en 2019 invalidó la intención del gobierno de presidente Donald Trump de agregar una pregunta al censo poblacional referida a la situación de la ciudadanía (Cappss, Van Hook y Gelatt, 2020).

dentro del tema migratorio es la “no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información”. Además, para Sánchez-Torres (2015) el acceso a la salud se puede analizar desde tres aristas: a) como parte del proceso de implementación de la política pública; b) como un componente de la política pública integral de la salud; y c) como el eslabón que une los procesos de oferta de los servicios de salud y de demanda de la población. Habida cuenta de lo anterior, el acceso a la salud se considera como un elemento para la política pública de la salud con base en el uso pleno de los bienes y servicios, procurando la disminución de las barreras a su accesibilidad. De lo anterior, se enfatiza la accesibilidad física a las instalaciones de atención médica, el uso de los bienes y servicios que proveen de salud y la no existencia de obstáculos al acceso a la salud.

1. MIGRACIÓN, DERECHOS HUMANOS Y AGENDA 2030

Los derechos humanos tienen un carácter universal, se consideran innatos en cualquier ser humano y para cualquier conjunto de personas. Fueron reconocidos para proteger la dignidad de las personas y los grupos sociales, sin importar su condición, nacionalidad, sexo, grupo étnico, idioma y sexualidad. Estos derechos pueden ser individuales y colectivos, asimismo pueden ser civiles, culturales, económicos, políticos y sociales (cabe señalar que son los mismos derechos, pero con dos formas diferentes de clasificación). También se sabe que estos derechos se expresan en instrumentos internacionales, constituciones y leyes, y además los Estados deben de buscar

garantizar su aplicación a cabalidad por medio de sus instituciones. De manera que los Estados tienen la responsabilidad no sólo de emitir marcos jurídicos en defensa de los derechos humanos, sino también de construir políticas y programas que incidan en las prácticas cotidianas, para que todas las personas puedan disfrutar de estos derechos, incluyendo las personas vulnerables, como las personas en condición migratoria irregular. En este sentido, hay tres formas en que los derechos humanos pueden ofrecer protección a la población migrante internacional desde su normatividad: 1) provee una base mínima para que las personas busquen protección en otro país y que éste debe de proveer, 2) ofrece un estatus legal que otorga a estas personas en movimiento y 3) evoluciona en el tiempo según las nuevas necesidades se presenten (McAdam, 2014).

Normalmente los Estados hacen uso de la nacionalidad como criterio jurídico para separar a las personas que pueden o no pueden acceder a los bienes y servicios de la salud. No obstante “el derecho internacional de derechos humanos establece que todas las personas, sin discriminación, deben tener acceso a todos los derechos humanos fundamentales consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos” (OIM, 2013, p. 16). Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera en el artículo 12 que “la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”, sin importar su nacionalidad o condición migratoria. Además, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006), considera en un principio “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”.² Por eso, “la nacionalidad no debe utilizarse como motivo de discriminación con relación a la atención sanitaria” (OIM, 2013, p. 16).

² Cabe señalar que para la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p. 1).

Desde una perspectiva de derechos humanos, los Estados deben de asegurar la no discriminación, en cualquiera de sus formas, para asegurar el acceso pleno a los servicios de salud.

Hay que considerar que se estima que en el mundo hay más de 50 millones de migrantes irregulares como consecuencia de restricciones legales para su regulación con base en posturas discriminatorias y xenófobas (OIM, 2018). En el que la mayoría de los casos están expuestos a peligros para la salud física y mental desde el país de origen, en el país de tránsito y en el país de destino. Si bien muchos gobiernos en el mundo han aceptado la importancia del problema de la salud en las personas migrantes irregulares, son pocos los que verdaderamente han elaborado programas institucionales para procurar la salud de estas personas (OIM, 2018). Por ejemplo, el tema de la salud en los migrantes irregulares se expresó en la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes llevado a cabo en 2016, pero no se ha traducido en acciones concretas, principalmente de los países de arribo migrante, como los Estados Unidos bajo la administración del presidente Donald Trump.³

Según la OIM (2013), el derecho a la salud incluye tanto libertades como derechos. Las libertades se refieren, en general, al derecho a no someterse a un cuidado médico sin consentimiento y sin estar informado, y el derecho a no ser sometido a tratamientos que dañen la dignidad humana. En cambio, los derechos se refieren a que el Estado debe de proporcionar servicios de salud, que in-

cluyen un sistema de protección (prevención, tratamiento y control de enfermedades), y el acceso a la información y educación, así como acceso a los medicamentos y a los servicios de salud sexual y reproductiva. Además, se considera que hay determinantes de la salud, lo que la relaciona con otros derechos humanos, los cuales se componen del acceso a los alimentos esenciales y saludables, del acceso a una vivienda con las condiciones sanitarias básicas y con agua potable, del acceso a condiciones sanas de trabajo, y del acceso a la información y educación relativo a los problemas de salud.⁴ También se toma en cuenta que el derecho a la salud tiene elementos para su atención, que es el derecho de acceso a los establecimientos, a los bienes y a los servicios médicos, con especial atención a los grupos vulnerables y marginados. Para la OIM (2013), el derecho a la salud, desde un enfoque de derechos humanos, incluye cuatro dimensiones: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. La disponibilidad indica el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud. La accesibilidad señala la no discriminación, la accesibilidad física y económica, así como la accesibilidad de la información. La aceptabilidad es el cumplimiento de la ética médica y culturalmente apropiado, tomando en cuenta la edad y el género. Y, por último, la calidad es eficacia de los servicios e insumos médicos.

Ahora bien, en el marco de los derechos humanos, el sistema de las Naciones Unidas ejerce cuatro funciones principales en apoyo de la migración:

³ La Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes menciona en varias ocasiones procurar la salud en los migrantes, por ejemplo: “Alentaremos a los Estados a que se ocupen de atender la vulnerabilidad al VIH y las necesidades de salud específicas de las poblaciones migrantes y móviles y de los refugiados (...)”, “Facilitaremos el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva”, “Procuraremos proporcionar servicios básicos de salud, educación y desarrollo psicosocial y servicios de inscripción de todos los nacimientos en nuestros territorios”, “Tomaremos medidas para mejorar su integración e inclusión, según proceda, teniendo en cuenta en particular el acceso a la educación, la atención de la salud, la justicia y la enseñanza de idiomas”, “Trabajaremos para que se satisfagan las necesidades básicas de salud de las comunidades de refugiados y para que las mujeres y las niñas tengan acceso a servicios de salud esenciales” (Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, 2016, p. 1-28).

⁴ En específico se relaciona con el derecho a la alimentación adecuada, con el derecho a una vivienda adecuada, con el derecho al trabajo, con el derecho a la seguridad social, con el derecho a la vida familiar, y con el derecho a buscar, recibir y difundir información (OIM, 2013).

- 1) establecer y vigilar la aplicación de normas;
- 2) facilitar espacios para promover el diálogo y la cooperación con base en los derechos humanos;
- 3) prestar asistencia técnica; y
- 4) ampliar los conocimientos científicos sobre los derechos humanos (ONU, 2013).

Por lo que los derechos humanos implican una relación entre el discurso de estos derechos y su cristalización en políticas y programas, entre la promesa de un mundo más igualitario y libre, y su objetividad puesta en realidad. No obstante, hay una serie de obstáculos que impiden el cumplimiento de las cuatro funciones principales anteriores. Básicamente hay una falta de visión de la totalidad de la complejidad del fenómeno de la migración en el mundo, a su vez hay poco diálogo entre las autoridades de los Estados implicados en dicho fenómeno, también hay una diversidad de programas lo que indica una visión institucional fragmentada y, por último, hay poca información sobre los migrantes internacionales y su situación irregular (ONU, 2013). Aunado a lo anterior, los derechos humanos para los migrantes pueden ser meramente un “hábito simbólico” que se extiende en el discurso de las leyes y los programas sin ponerlo en práctica por las instituciones gubernamentales y sus funcionarios (Dolores et al, 2015).

Por otro lado, la Agenda 2030 está vinculada con el tema de la migración, con el fin de asegurar el bienestar de las personas en movilidad entre países, y también para que la migración disminuya por razones de crisis económica, de violencia generalizada y por catástrofe climática. Para empezar, la Agenda consiste en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 Metas complementarias. El principal objetivo es reducir la pobreza y la desigualdad en el mundo en todas sus expresiones. Considera que “todos los seres humanos disfruten de vidas prósperas y satisfactorias, que se ponga fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones, que se proteja de la degradación de nuestro planeta y que se adopten medidas urgentes contra el cambio climático y se fomenten sociedades pacíficas, justas

e inclusivas” (OIM, 2018, p. 12). La Agenda implica la búsqueda del ejercicio de los derechos humanos, garantizando en la misma medida la seguridad, el orden y la regularidad de las migraciones, apoyando “un trato humanitario a los migrantes, sea cual sea su estatus migratorio, y a los refugiados y los desplazados” (OIM, 2018, p. 19).

Respecto a la migración, la Agenda 2030 considera que la migración es un elemento fundamental para el desarrollo, además reconoce a todos los tipos de migración, poniendo especial énfasis en los grupos vulnerables como mujeres, niños, niñas y adolescentes, entre otras personas. Además, la Agenda 2030 invita, por un lado, a la práctica de la gobernanza de la migración como parte de su enfoque de derechos humanos y, por otro, involucra la integración de la migración en los diferentes sectores de la gobernanza. También implica una relación entre la migración y algunos ODS, de manera que con algunos mantiene un vínculo directo, mientras que con otros mantiene un vínculo intersectorial (OIM, 2018). Los vínculos directos comprenden la movilidad estudiantil, la trata y explotación, la migración laboral y empleo, la gobernanza de la migración, las remesas y los datos sobre la migración. Mientras que los vínculos intersectoriales comprenden pobreza y crecimiento, protección social, salud, educación, género, infancia, ciudades, cambio climático, ciudadanía estado de derecho e inclusión, diáspora y alianzas para el desarrollo. Respecto al tema de la salud y la migración, no sólo se vincula con el ODS 3 Salud y bienestar, sino también con la ODS 5 Igualdad de género, la ODS 8 Trabajo decente y crecimiento y la ODS 10 Reducción de las desigualdades (OIM, 2018). La Agenda 2030 pretende asegurar un acceso a la salud pleno para la población migrante. Cabe destacar la cobertura sanitaria universal y el desarrollo de políticas de salud inclusivas, así como el mejoramiento del acceso a los servicios médicos. Estos elementos se focalizan en el acceso a la salud para los migrantes internacionales, destacando a la población migrante vulnerable, como

bien pueden ser la población migrante irregular. Incluso estas Metas pueden funcionar como los ejes rectores de todas las recomendaciones de política pública respecto del tema del acceso a la salud en la población migrante irregular.

En suma, para el enfoque de los derechos humanos, la población en condición de migración irregular debe tener acceso a la salud en los países de origen, tránsito, destino y retorno. De ahí que la Agenda 2030 declare la importancia de la salud para este grupo social como una de sus metas a cumplir en la próxima década. Asimismo, esto se vuelve un asunto más prioritario en el contexto de la pandemia por COVID-19, que radicalizó la condición vulnerable de las personas migrantes irregulares.

2. EL ACCESO A LA SALUD ANTES DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Antes de la pandemia por COVID-19, la población migrante irregular en el mundo ya padecía restricciones al acceso a los servicios de salud (Guadagno, 2020; OIM, 2019a; OPS/OMS, 2016). De hecho, históricamente la población migrante irregular es la que experimenta más diversas dificultades durante los tiempos de crisis, como puede ser en una pandemia (Icduygu, 2020). Por lo tanto, el acceso a la salud es restringido para las personas en esta situación migratoria, aunque hay una ventaja inicial por la selectividad de la salud (es decir, por el hecho de que los más sanos son los que migran), esta puede desvanecerse durante la experiencia migratoria (OIM, 2019a). Hay varios factores que impactan en esta falta de acceso, pero parece que principalmente es la exclusión y marginación hacia este grupo, además se pueden agregar los obstáculos legales y económicos (Ager, 2014). Además, esta población tiene más precau-

ción para acudir al médico, ya que consideran que pueden ser deportados a su país de origen, por lo que no pueden realizar pruebas, estudios y tratamientos clínicos (Jordan, 2020). Cabe suponer que las personas en situación migratoria irregular tienen problemas en el acceso a la salud durante su movilidad en el país de tránsito y no solamente en el país de destino, como sucede con muchas personas migrantes en México cuando se dirigen hacia los Estados Unidos (Manchinelly, 2021).

Hay que destacar que la salud varía por subgrupo migratorio a razón del sexo, la edad, factores genéticos y situación socioeconómica, y se relaciona con las distintas fases del proceso migratorio (antes de la partida, desplazamiento, comunidad de destino y retorno) (OIM, 2013). Las personas en situación migratoria irregular tienen más riesgo de lesiones laborales, violencia, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, tuberculosis y hepatitis, entre otras afecciones (OPS/OMS, 2016). En específico, los niños, las niñas, los adolescentes y las mujeres son un grupo muy vulnerable respecto a su salud. Por ejemplo, los menores de edad que residen con sus padres, madres o familiares que son migrantes irregulares tienen también problemas para acceder a la salud (OPS/OIM, 2018). Esto podría estar vinculado al miedo de los adultos a la deportación al buscar servicios médicos de parte de las personas en condición irregular. De parte de los adolescentes, se ha encontrado depresión y comportamientos suicidas al tener bajos niveles de vinculación emocional con la comunidad de acogida (OPS/OIM, 2018). En el caso de las mujeres éstas padecen de violencia que las afecta física, psicológica y socialmente, por lo que las mujeres son el grupo más vulnerable al padecer violencia sexual, física y psicológica durante su experiencia migratoria (OPS/OIM, 2018; Ager, 2014). Por ejemplo, las mujeres migrantes embarazadas padecen de una salud física y mental más deteriorada que las mujeres del país de destino (OIM, 2019a). Cabe anotar que también presentan una gran vulnerabilidad las personas en condición

migrante irregular que están enfermas de VIH y de otros padecimientos crónico-degenerativos, y los adultos mayores (Cabello, 2020).

Relacionado con lo anterior, hay que tomar en cuenta que la vida de las personas está moldeada por varios ejes que producen desigualdades según el marco ideológico de las sociedades, entre los que se encuentra la clase social, la raza, el sexo, el grupo étnico, el estatus ciudadano, la religión y la sexualidad, lo que crea una *interseccionalidad* (Collins y Bilge, 2016). De manera que, por ejemplo, ser mujer migrante y afrodescendiente puede impactar profundamente en su salud por la violencia y discriminación que pueda padecer en el proceso migratorio. Así, la vulnerabilidad en la salud de estas personas podría ser un efecto de la interseccionalidad a la que están sujetas en los espacios de los países de tránsito y de destino.

En consecuencia, esta población padece de una *vulnerabilidad sanitaria* que es “el grado de incapacidad de una persona de prever las enfermedades o epidemias, hacerles frente, resistir a ellas o recuperarse de sus efectos” (OIM, 2019a: 232). Este tipo de vulnerabilidad se refiere a la pobreza de recursos económicos, al aislamiento, la inseguridad y el abandono ante el peligro (OIM, 2019a). En otras palabras, esta vulnerabilidad indica no sólo una escasez del patrimonio financiero, sino también unas condiciones violentas de las circunstancias de la migración irregular, en la medida en que también se relaciona con una capacidad limitada de las instituciones para ofrecer seguridad y servicios de salud de calidad.

En suma, el cumplimiento al derecho a la salud en el marco de la Agenda 2030 es imprescindible para el bienestar de la población migrante irregular. Sin embargo, este derecho a la salud no se ha cumplido del todo, por lo que esta población normalmente padece de una vulnerabilidad sanitaria. Asimismo, esta vulnerabilidad puede ser un efecto de la interseccionalidad, conduciendo a las personas a una espiral de desventajas que profundiza la desigualdad. Con la llegada de la crisis sanitaria por

COVID-19, cabe suponer que esta vulnerabilidad aumentó abruptamente en esta población. De ahí la importancia por documentar la situación del acceso a la salud, como una parte del derecho a la salud, en este grupo de personas migrantes.

3. ESTADOS UNIDOS

3.1 DERECHOS HUMANOS Y POLÍTICA MIGRATORIA EN EUA

Respecto al tema migratorio, Amnistía Internacional (2021) indica que el gobierno de los Estados Unidos expulsó de forma ilegal a personas migrantes solicitantes de asilo que arribaban a la frontera sur, y además realizó devoluciones forzadas a México, a partir de la aplicación de los Protocolos de Protección a Migrantes, también conocido como Quédate en México (*Remain in Mexico* en inglés). Según datos de este organismo mundial (2021), en 2019 las autoridades migratorias estadounidenses obligaron a más de 59,000 migrantes solicitantes de asilo a quedarse en México para esperar la resolución de sus peticiones de asilo, que podrían durar varios meses o hasta más de un año. Y, por último, esta organización ha reportado la detención arbitraria y malos tratos a las personas que solicitaban asilo, por ejemplo, al separar a miles de familias después de haber sido aprehendidas por las autoridades estadounidenses, en una postura en contra del respeto a los derechos humanos.

Básicamente los antecedentes de la migración en Estados Unidos son los siguientes: desde el 2001 se endureció el control fronterizo y el control al interior de los Estados Unidos para contener la migración proveniente del sur (y aunado a esto aumentó el control migratorio de los grupos criminales en México) (Durand, 2017). Este tipo de política migratoria se radicalizó en el gobierno del presidente Donald Trump, al tener connotaciones abiertamente

racistas que de forma continua criminalizaron a los migrantes irregulares (Sáenz, 2020).⁵ En efecto, durante el gobierno del presidente de los Estados Unidos, Donald Trump, la política migratoria fue restrictiva, con base en la seguridad fronteriza y en la seguridad al interior del territorio (Pierce, 2019).

De manera que esta política migratoria se llevó a cabo en: 1) la seguridad fronteriza y 2) la seguridad al interior. La seguridad fronteriza incluyó el despliegue de la Guardia Nacional en la frontera sur, una política migratoria de “cero tolerancia”, separaciones familiares y la construcción de muros y barreras en la zona fronteriza con México, entre otras acciones (Pierce, 2019). En cambio, la seguridad al interior incluyó el reforzamiento de las detenciones, limitaciones a los derechos para los migrantes no autorizados, el fin de programas para migrantes (como el *Family Case Management Program*), restricciones a las ciudades santuario para migrantes, vigilancia en los centros de trabajo y aumento de oficiales del ICE (*Immigration and Customs Enforcement*), entre otras acciones (Pierce, 2019).⁶

Respecto al tema del acceso a la salud de los migrantes irregulares, se diseñó y ejecutó desde el gobierno federal la Ley de la Carga Pública (*Public-Charge Rule*), que limitaba el uso de los programas del gobierno, incluyendo los relacionados a los servicios médicos, a las personas en condición migrante irregular al interior de los Estados Unidos (Pierce, 2019). Esta ley dejó a varios migrantes con miedo de buscar cualquier servicio público de salud, a razón de ser deportados al estar clasificados como una carga pública para el Estado estadounidense (McFarling, 2021). Esto se llamó efecto desalentador (*chilling effect*) ya que buscaba amedrentar

a los migrantes irregulares para que no pudieran acceder a todos los servicios públicos (Bernstein et al, 2019). Eso implicaba una limitante al acceso a la salud de los servicios médicos públicos para los migrantes irregulares residentes en Estados Unidos.

En suma, con el gobierno de Donald Trump la política migratoria se caracterizó por ser restrictiva, tanto en la frontera sur con México, como al interior de los Estados Unidos. Los derechos humanos fueron puestos entre paréntesis por medio de la ejecución de varias medidas restrictivas, ya que existieron varias transgresiones a los derechos humanos que fueron reportadas por Amnistía Internacional. Esto también significó que se ignorara totalmente los ODS de la Agenda 2030. En este sentido, la postura discriminatoria fue dominante al colocarse tanto en el discurso oficial del gobierno estadounidense, como en la aplicación institucional de las medidas anti-migratorias. Este escenario afectó en gran medida a las personas en situación migratoria irregular durante la pandemia por COVID-19, como veremos más adelante.

⁵ Hay un racismo *institucional* en Estados Unidos desde su fundación como Estado-nación en el siglo XVIII, en tanto “capacidad de las clases dominantes de utilizar todas las herramientas del poder local y nacional para llevar a la práctica y perpetuar una ideología racista que les permita mantener a los grupos ‘racialmente inferiores’ en situación de opresión, manteniendo y preservando la dominación, privilegio y acceso a los recursos de los sectores blancos dominantes” (Carbone y Valeria, 2013, p. 11).

⁶ También las restricciones en Estados Unidos se llevaron a cabo en el Departamento del Estado, en el Departamento de Justicia y en el Departamento del Trabajo, en el que todas afectaron, en alguna medida, a las personas migrantes irregulares (Pierce, 2019).

3.2 LA SITUACIÓN LEGAL DE LOS MIGRANTES IRREGULARES RESPECTO A LA SALUD EN ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos hay un debate sobre el tema del acceso a la salud para la población migrante irregular; por un lado, se considera que afectan el principio de legalidad si se les ofrece servicios de salud a las personas que ingresaron de forma ilegal al país; por otro, se considera que esta postura no respeta los derechos a la salud de las personas con base en los derechos humanos (Beck et al, 2017).⁷ La primera posición está sostenida por argumentos legales con base en una postura anti-migrante, cuestión que se pudo observar durante el gobierno estadounidense del presidente Donald Trump.⁸ De hecho, se considera que esta postura anti-migrante fue una característica de la política migratoria de los Estados Unidos antes y durante la pandemia por COVID-19 (Vera, 2018; Sáenz, 2020 y Vega, 2021). De manera que la segunda postura

con base en los derechos humanos se suspendió durante el mandato del presidente Donald Trump, manteniéndose el discurso anti-migrante, como se pudo observar en el capítulo anterior. Esto no significa que a partir de este presidente se restringió el acceso a la salud para las personas migrantes irregulares, más bien se radicalizó una postura que ya existía, de forma latente, en las leyes y en las prácticas institucionales en Estados Unidos.⁹

Según Gelatt y Koball (2014), se crea la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales (*Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, PRWO-RA*) en 1996, con el fin de que las entidades federativas utilicen los fondos federales para ofrecer servicios de salud en las poblaciones migrantes en Estados Unidos, con base en su condición de movilidad, edad, año de ingreso al país y lugar de residencia, principalmente. Para elegir a estas personas, esta ley permite dividir a esta población básicamente en dos categorías: personas calificadas que son los que ingresaron legalmente al país, y personas no calificadas que son las personas en condición irregular y refugiados. No obstante, estos autores consideran que la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales aplica otras restricciones para la elegibilidad en la población regular, a saber: las personas que arribaron a Estados Unidos después de 1996 tienen

⁷ Hay otra línea argumentativa que señala Beck et al (2017), a saber: desde la perspectiva del costo-beneficio la cual anuncia que es más caro atender en situación de emergencia la salud de las personas que si se previenen las enfermedades con anticipación, por lo que se debería tratar la salud de todas las personas, evitando utilizar más insumos médicos necesarios cuando están graves. Y es que por ley solamente se pueden atender a todas las personas solamente si están graves de salud.

⁸ Desde la sociología de Bourdieu, se puede interpretar esto como la puesta en marcha de estrategias racionales con fines jurídicos que reproducen, en su sentido latente, las condiciones desiguales de existencia social, manteniendo a los grupos de siempre en una condición vulnerable y dominada, en la misma medida en que los grupos privilegiados se mantienen en el *statu quo*. Estrategias que son parte de la “razón imperialista”, cuyo efecto principal es la neutralización del contexto histórico (Bourdieu y Wacquant, 2009). Así, en los debates de la agenda pública se enfoca más en la ilegalidad del migrante al ingresar por las vías informales al territorio estadounidense, que en las razones históricas de la migración, bajo las reglas desiguales del sistema-mundo.

⁹ Parmet (2019, p. 2018) considera que “esto se debe a que como nación estamos profundamente en conflicto sobre el lugar de los migrantes en nuestro sistema de atención médica. Una y otra vez, el sentimiento anti-migrante ha llevado a la promulgación de leyes que buscan limitar el acceso a los migrantes irregulares a este sistema”. Para este autor fue especialmente evidente el potencial de las políticas migratorias restrictivas del gobierno de Donald Trump para perjudicar el sistema de salud y la salud pública en Estados Unidos.

una elegibilidad limitada para recibir beneficios públicos de salud por el gobierno federal durante sus primeros cinco años residiendo en Estados Unidos. A esto se le conoce como la prohibición de los cinco años. Esto significa que los migrantes regulares pueden estar en las mismas condiciones de exclusión que la población irregular en estos primeros cinco años. Por último, para los niños y las niñas tienen políticas migratorias de salud más generosas; así, desde el 2002, los menores de edad son elegibles para obtener servicios de salud en estos 5 años de prohibición, y desde 2009, se agregan las mujeres embarazadas (Gelatt y Koball, 2014; Hall y Cuellar, 2016). Por lo tanto, los menores de edad y las mujeres embarazadas cuya condición es irregular, tienen acceso a la salud gratuito en las instituciones médicas de Estados Unidos.

Sin embargo, según Parmet (2019), la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales no tiene regulaciones completamente restrictivas. En primer lugar, se permite el total acceso de todas las personas migrantes para los programas de prevención de enfermedades transmisibles. En segundo lugar, esta ley permite que estas personas puedan recibir tratamiento médico de emergencia, gasto que es absorbido por el gobierno federal. En tercer lugar, esta ley permite que los estados puedan aumentar el rango de elegibilidad para recibir atención médica, por lo que la población irregular depende del estado en el que se encuentran.¹⁰ Esto promueve una complejidad y fragmentación, ya que los estados son los responsables para determinar qué tipo de personas pueden acceder a los servicios públicos de salud (Parmet, 2019).

Por otra parte, la Ley de Asistencia Asequible (*Affordable Care Act*, ACA) impulsó un programa más ambicioso que el anterior, cuyo propósito fue garantizar el acceso a la salud a los migrantes irregulares por medio de la ampliación de la cobertura del seguro médico a partir de 2014 (National

Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015). Esta ley fue promulgada para incrementar el número de personas aseguradas en general, con el fin de mejorar la salud de los más vulnerables e igualar la calidad en los servicios de salud (United States-México Border Health Commission, 2014). Contiene tres principales componentes: 1) mayor acceso a la salud para los adultos de la población migrante irregular, pero en 2012 la Suprema Corte de Justicia sentenció que los estados tienen la capacidad para elegir si se incluyen a esta población o no; 2) desarrollo del intercambio de seguros de salud en los mercados en línea en donde individuos y pequeños negocios pueden comprar seguros de salud; y 3) mayor acceso a la salud para las personas que no están aseguradas por algún servicio médico (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

En efecto, antes de la Ley de Asistencia Asequible la elegibilidad dependía de los ingresos, la residencia estatal, la composición de la familia, la edad, en el que usualmente estaban cubiertos los menores de edad, las mujeres embarazadas, los padres de los menores de edad elegidos y personas con discapacidades (United States-México Border Health Commission, 2014). A partir de la Ley de Asistencia Asequible se incluyeron a más personas aseguradas, comprendiendo a las personas con bajos ingresos, ya que el gobierno federal paga el costo total durante los primeros tres años, y en los siguientes años apoya con por lo menos un 90% del costo total (United States-México Border Health Commission, 2014). No obstante, sólo los ciudadanos estadounidenses y los migrantes regulares pueden acceder a estos beneficios, dejando fuera a los migrantes irregulares (United States-México Border Health Commission, 2014; Ku y Jewers, 2013).

La población migrante irregular puede acceder a ciertos servicios de salud por medio de la Ley de Emergencia del Tratamiento Médico y Trabajo Activo (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*,

¹⁰ Los estados de California, Massachusetts y Nueva York dirigen recursos federales para que las personas migrantes irregulares bajo la Ley de Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) puedan recibir acceso a los servicios de salud (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).

EMTALA), promulgada en 1986 (Comitte Opinion, 2015). Esta Ley considera que la población migrante irregular tiene acceso a los servicios médicos siempre y cuando sea por una emergencia de salud, de manera que solamente el hospital puede determinar si el paciente está en una condición de salud de emergencia para ofrecerle servicios médicos (Comitte Opinion, 2015; Hall y Cuellar, 2016). Esto significa que estas personas no pueden tener un tratamiento médico a largo y mediano plazo, situación que daña su salud, principalmente si la personas padece de una enfermedad crónico-degenerativa. De manera que los hospitales no pueden atender a personas adultas enfermas, con excepción de los menores de edad y de las mujeres embarazadas (Beck et al, 2017). También puede acceder a los servicios médicos de forma gratuita en los Centros de Salud Comunitaria (*Community Health Center, CHC*), institución que se sostiene de fondos federales y de donaciones, sin embargo, están limitados en el número de centros en ciertos estados y no cubren todas las enfermedades (Wallace, 2013).

Por último, el gobierno de Donald Trump en 2018 incluye el término de carga pública (*public charge*) para calificar a los migrantes irregulares que residen en Estados Unidos con el fin de excluirlos de cualquier servicio público, incluyendo los servicios médicos (KFF, 2019; Parmet, 2019). Se define la carga pública como: “extranjero que recibe uno o más beneficios públicos durante más de 12 meses en total dentro de cualquier periodo de 36 meses” (KFF, 2019, p. 2). Además, el gobierno requiere saber no sólo si la persona ha utilizado recursos públicos, sino también el estatus legal, la edad, la salud, el estatus familiar, los recursos financieros, la educación y las habilidades laborales, todo esto para estimar si la persona migrante es una carga pública y, así, ser o no ser elegible para los servicios de salud (Parmet, 2019; Bernstein et al,

2020). A través de esto se espera determinar si el migrante es auto suficiente económicamente o no, con respecto al gasto que hace el Estado por medio de los servicios que utiliza, nombrando a los migrantes que no pueden pagar los servicios de salud como carga pública (Parmet, 2019).

Sin embargo, la denominación carga pública presenta algunos problemas, a saber: implica una estigmatización oficial hacia las personas migrantes irregulares, reforzando la discriminación y el racismo; se contradice con otras leyes agregando más complicaciones a un sistema de salud ya complejo; y sobretodo aumentará el número de personas no aseguradas en los años siguientes (Parmet, 2019). Asimismo, esto fomenta la disminución en el uso de otros programas públicos (KFF, 2018), e interrumpe la atención preventiva y afecta a los proveedores de atención médica (Orris, Grady y Mann, 2019). A su vez, afecta a las personas migrantes en vías de regularización y principalmente a las personas migrantes irregulares, aunque no incluye a las personas refugiadas y a las personas buscadoras de asilo político (KFF, 2019). Ahora bien, la carga pública no afecta la atención de emergencia, el cuidado a las mujeres embarazadas, y el cuidado a los menores de edad (Bernstein et al, 2020). Por último, la carga pública comenzó a aplicarse en febrero de 2020, cuando comenzaba la pandemia por COVID-19, lo que provocó en los primeros meses la inasistencia de las personas migrantes irregulares a las instalaciones de salud por miedo a la deportación (McFarling, 2021).

En suma, Estados Unidos mantiene todavía limitantes legales en el acceso a la atención médica, principalmente para la población migrante irregular. Aunque la única forma en que esta población puede acceder a los servicios médicos es cuando presenta una emergencia de salud, pero no tienen acceso a estos servicios si las personas se mantienen en-

¹¹ De hecho, Berlinger y Gusmano (2013, p. 2) consideran que: “El acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados médicamente apropiados más allá del alcance de estas disposiciones de atención primaria y tratamiento de emergencia es muy limitado. Si bien los profesionales de la salud pueden recurrir al uso de disposiciones de tratamiento de emergencia para ayudar a los pacientes a manejar los problemas de salud, esto se reconoce como una forma costosa y médicamente problemática de tratar las enfermedades crónicas”.

fermas sin caer en una crisis de salud.¹¹ Además, solamente pueden acceder a los servicios de salud las mujeres embarazadas y los menores de edad, lo que excluye a otras personas, colocándolas en una situación de vulnerabilidad sanitaria, que puede empeorar si hay una interseccionalidad entre las personas en situación migratoria irregular.

3.3 MIGRANTES IRREGULARES Y ACCESO A LA SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Estados Unidos tiene más personas migrantes viviendo en su territorio que cualquier país en el mundo, alrededor de 44.8 millones de personas han nacido afuera del país y representan el 13.7% de la población total (Budiman, 2020).¹² Esto a razón de que este país es el principal destino de los migrantes de la región de las Américas y de otras partes del mundo (OIT, 2016), de hecho los mayores corredores migratorios del mundo corresponden a la migración de América Latina y el Caribe y Asia en dirección hacia Estados Unidos (OIM, 2019a). El periodo de mayor ingreso a Estados Unidos de este tipo de migrantes fue entre 1990 y 2007, disminuyendo un 14% (1.7 millones de personas) a partir del 2017, esto debido a que el principal grupo de migrantes proveniente de México ha declinado, en la misma medida en que han aumentado los flujos de migrantes centroamericanos (principalmente de Guatemala, El Salvador y Honduras) y asiáticos (Budiman, 2020). No obstante, como se puede observar en la Tabla 1, México continúa siendo

el principal país de origen de los migrantes que residen en Estados Unidos, al tener un 25% del total, mientras que los demás provienen de China (6%), India (6%), Filipinas (4%) y El Salvador (3%). Y por región a nivel mundial de Asia proviene el 28%, de Europa y Canadá 13%, del Caribe 10%, de Centroamérica 8% y de Sudamérica 7% (Budiman, 2020). Y solamente el 53% de los migrantes internacionales hablan de forma fluida inglés, y los migrantes provenientes de México son el grupo con menos fluidez en el idioma (34%), seguido de Centroamérica (35%), el sureste asiático (50%) y Sudamérica (56%) (Budiman, 2020).¹³

La pandemia por COVID-19 en el 2020 obligó a que los flujos migratorios disminuyeran hacia Estados Unidos, a razón de la medidas implementadas como el distanciamiento social, cierre de fronteras y cuarentena de gran parte de la población. En la Figura 1 se puede observar una comparación de los periodos de enero a septiembre entre los años 2019 y 2020 respecto al número de aprehensiones mensuales reportadas por las autoridades estadounidenses de personas migrantes en la frontera

Tabla 1. Países y regiones de origen de los migrantes en Estados Unidos.

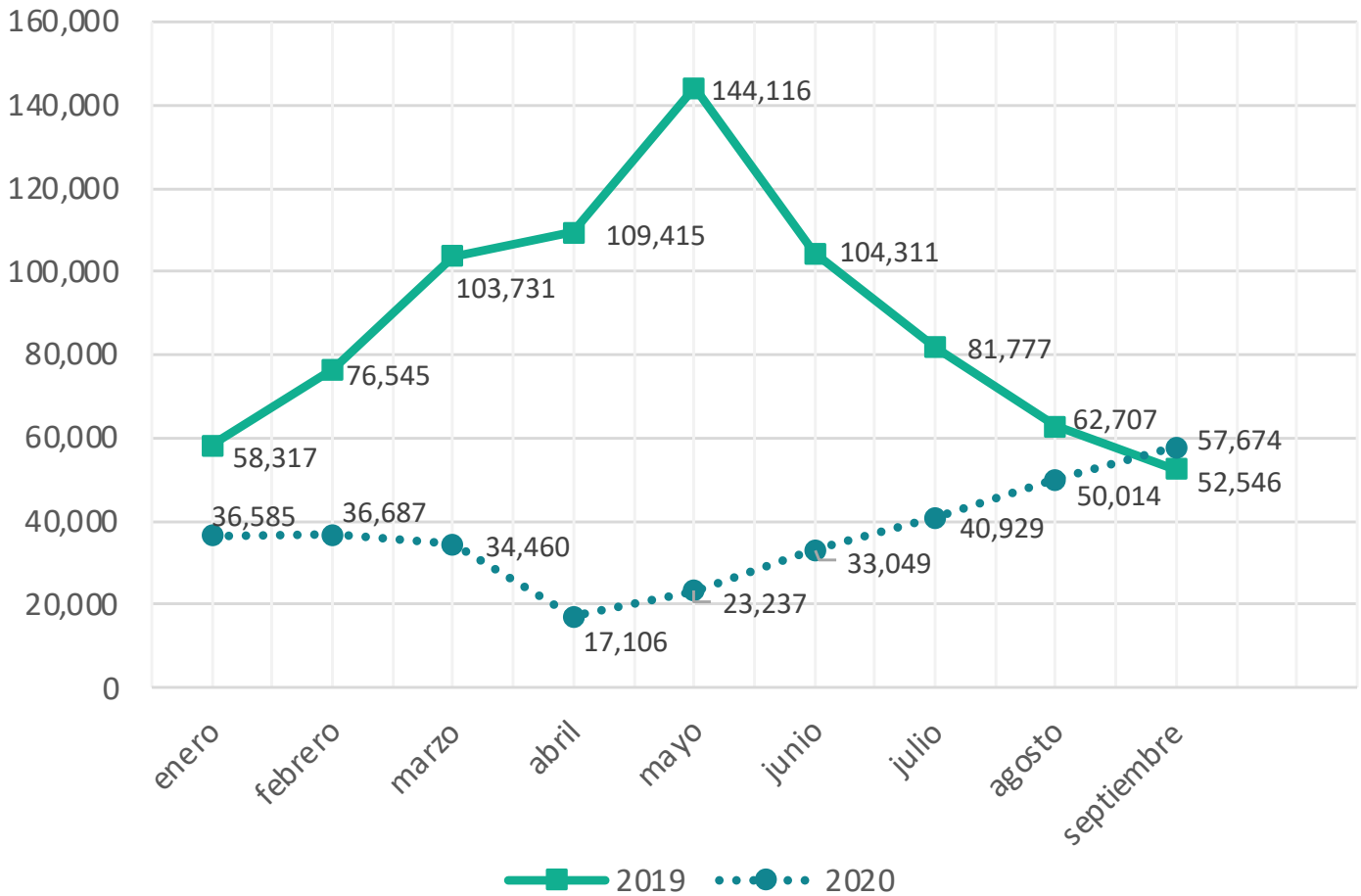
| País | Porcentaje |
|-----------------|------------|
| México | 25% |
| China | 6% |
| India | 6% |
| Filipinas | 4% |
| El Salvador | 3% |
| Región | Porcentaje |
| Asia | 28% |
| Europa y Canadá | 13% |
| Caribe | 10% |
| Sudamérica | 7% |

Elaboración propia con base en Budiman, 2020.

¹² Esta información se refiere a la población migrante internacional que incluye a los migrantes regulares y a un estimado de los migrantes irregulares.

¹³ Estos datos son importantes porque es más difícil el acceso a la salud para aquellas personas que desconocen el idioma inglés en Estados Unidos, ya que la barrera lingüística es un obstáculo para el acceso a la salud (Clark et al, 2020; Délano, 2020).

Figura 1. Aprehensiones mensuales de personas migrantes en la frontera, 2019 y 2020.



Fuente: Elaboración propia con datos de U.S. Customs and Border Protection (2021).¹⁴

sur con México. Esta gráfica puede servir de *proxy* para estimar el flujo migratorio irregular hacia los Estados Unidos, ya que hay que tomar en cuenta la existencia de otro número que ingresa y permanece de forma exitosa en este país por las vías informales y no por la vía institucional y legal. En específico, en esta gráfica se puede observar que mayo del 2019 fue el mes con más detenciones, mientras que el mes de abril de 2020 fue el mes con menos detenciones. Además, el flujo migratorio se recuperó con fuerza en septiembre de 2020,

incluso rebasando las cantidades de detenciones de personas del año anterior. Lo que es evidente es la disminución abrupta del flujo migratorio en el 2020 a comparación con el 2019, con una recuperación continua, mes tras mes, hasta estabilizarse al obtener las cantidades del año 2019.

A partir de la crisis económica del 2008, el ingreso de los migrantes irregulares a los Estados Unidos se ha estancado sin una disminución pronunciada (Gelatt y Zong, 2018; Baker, 2018; Passel y Cohn, 2019).¹⁵ Este estancamiento se debe a que los arribos de la

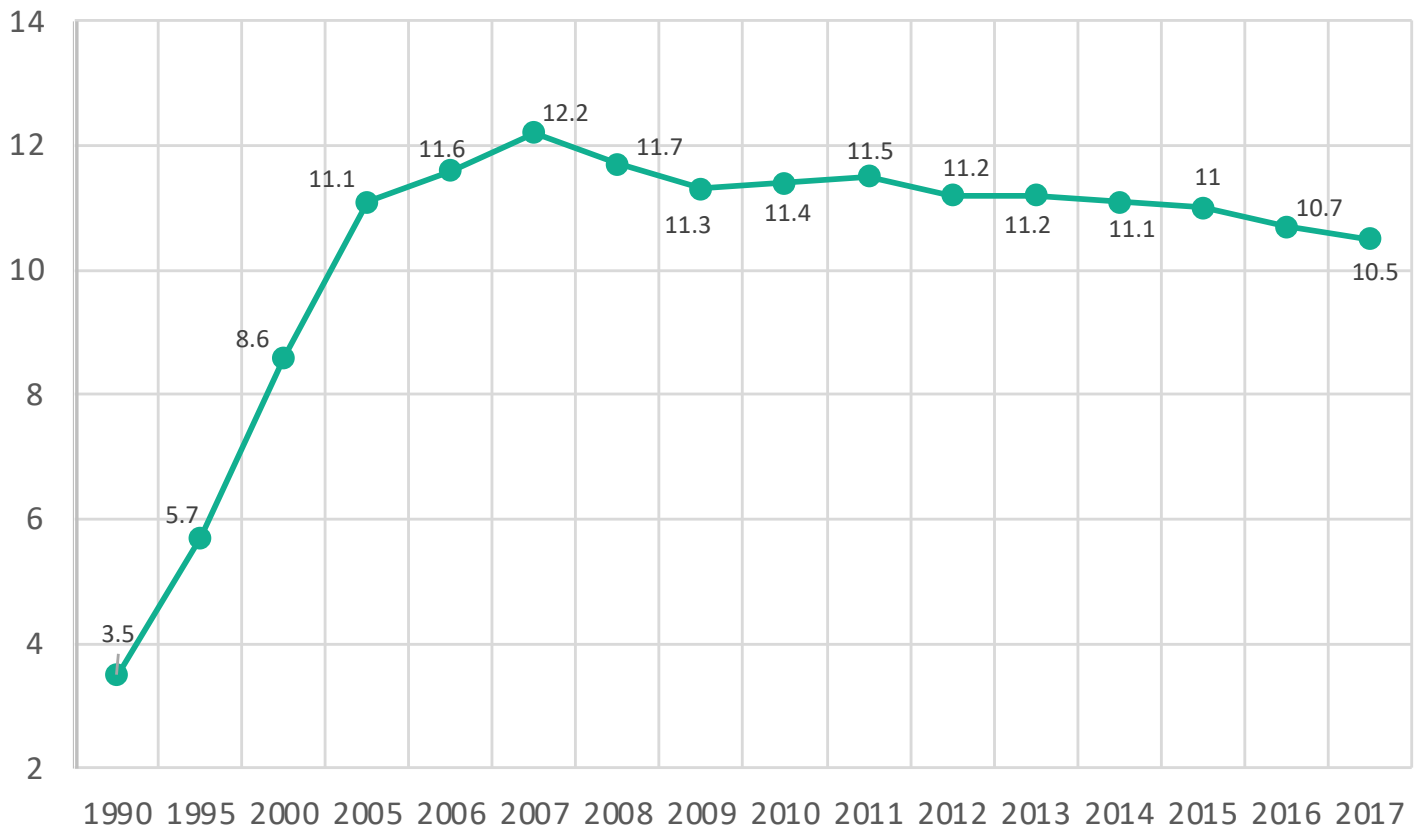
¹⁴ Son datos registrados por dos instituciones: *Office of Field Operations* y *U.S. Border Patrol*. Se incluyen menores de edad acompañados, unidades familiares, adultos y menores de edad no acompañados. Se incluyen todas las nacionalidades capturadas, además de las personas provenientes de México, El Salvador, Guatemala y Honduras (que son los países de los grupos principales de migrantes capturados).

¹⁵ En el año 2019 las autoridades estadounidenses detuvieron a más personas provenientes de Centroamérica que de México (Budiman, 2020).

población mexicana han disminuido. Esta disminución de la población mexicana se debe a que muchas personas en situación irregular están regresando a su país de origen, México (Passel y Cohn, 2019). Esta situación se puede deber a las detenciones al interior de Estados Unidos en el marco de una política antiinmigrante, y como efecto de la crisis económica de 2008 y de un mercado de trabajo restringido (Canales y Meza, 2018). Y al mismo tiempo está aumentando poco a poco, desde el 2007, la migración irregular proveniente de El Salvador, Guatemala y Honduras, y también la migración proveniente de la India y Venezuela (Passel y Cohn, 2019).

La Figura 2 muestra las estimaciones de Passel y Cohn de la población migrante irregular en los Estados Unidos, en la que se indica un aumento durante la década de 1990 y principios del siglo XXI, y en seguida una disminución ligera pero continua en el tiempo.¹⁶ En 2017, se estiman 10.5 millones de personas migrantes irregulares, de las cuales el 51% provienen de México (4.9 millones de personas), y se ha calculado que alrededor de un 66% ha vivido en el país por más de 10 años, mientras que sólo un 20% ha vivido hasta 5 años (Passel y Cohn, 2019).¹⁷

Figura 2. Millones de personas migrantes irregulares en Estados Unidos por año.



Fuente. Passel y Cohn (2019).

¹⁶ Passel (2019) ha estimado a la población migrante irregular desde 1979, y básicamente su cálculo lo realiza con el total de migrantes viviendo en Estados Unidos menos el número de migrantes viviendo legalmente, aunque es más compleja esta operación ya que incluye otros datos oficiales.

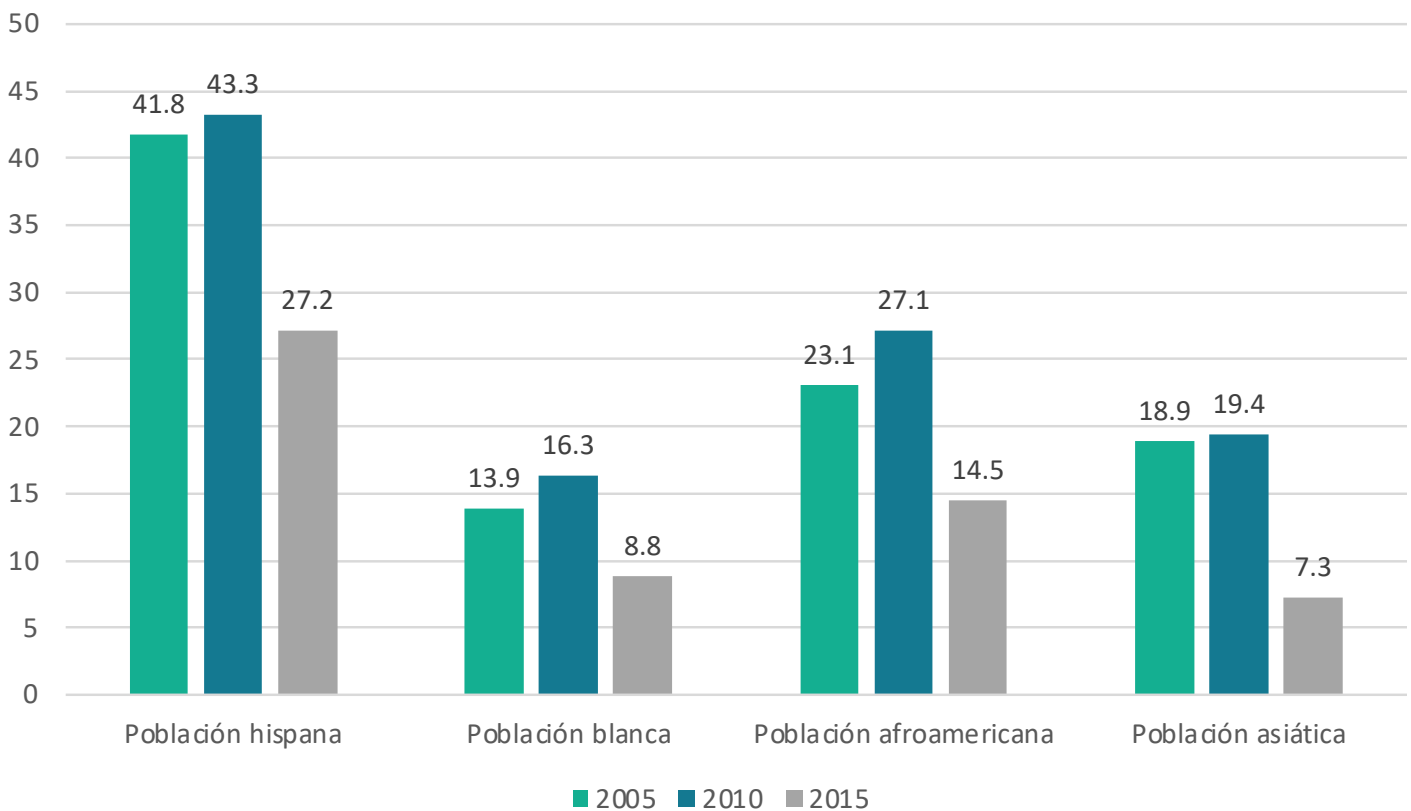
¹⁷ Para Gelatt y Zong (2018), son 11.3 millones, de las cuales 53% proviene de México. Por eso se estima que son entre 10 millones y 12 millones de migrantes no autorizados (Capps, Van Hook y Gelatt, 2020).

Respecto a la salud, su cobertura por medio de seguros varía entre los grupos étnicos de los Estados Unidos. Según datos del National Center for Health Statistics (2016) que muestra información previa al gobierno de Donald Trump, señala una disparidad entre la población sin seguro médico de origen hispano en comparación con la población no hispana, que incluye a la población blanca, afroamericana y asiática. Como se puede observar en la Figura 3, en los años 2005, 2010 y 2015 la población hispana es la que más carece de cobertura médica en personas de 18 a 64 años en Estados Unidos. A pesar de la disminución en el 2015 de esta variable en todas las poblaciones, el porcentaje de la población hispana (27.2%) es mayor que la población blanca (8.8%), afroamericana (14.5%) y asiática (7.3%), lo que expresa una desigualdad en el acceso a una cobertura médica. Estos datos si bien no muestran la situación del

acceso a la salud en la población migrante irregular, ofrecen un aproximado a su situación si se considera que la mayoría de esta población es de origen hispano (y principalmente mexicano). De hecho, para Artiga y Rae (2020) es más probable que los migrantes irregulares carezcan de seguro médico que los ciudadanos estadounidenses.

Además de que hay una disparidad entre la población hispana con principalmente la población blanca respecto a la cobertura en salud, como se puede observar en la Figura 3, también se debe considerar la disparidad en el acceso a la salud entre la población empobrecida y la no empobrecida, y entre la población residente en pequeños poblados y la residente en las principales ciudades (Agency of Healthcare Research and Quality, 2019). Esto abre la posibilidad de que la condición socioeconómica y el lugar de residencia también impacten en el acceso a la salud de la población migrante irregular.

Figura 3. Porcentaje de las poblaciones sin cobertura médica en personas entre 18 y 64 años en Estados Unidos.



Fuente. Elaboración propia con datos de National Center for Health Statistics (2016).

Ahora bien, hay un conjunto de determinantes que motivan a que las personas en condición migrante irregular no puedan acceder a los servicios médicos. En específico, hay una serie de barreras al acceso a la salud en esta población. Según Gelatt y Koball (2014) hay cinco barreras correspondientes a las siguientes categorías: 1) retos en los trámites administrativos y en la documentación, 2) errores administrativos, 3) lenguaje y diferencias culturales, 4) desafíos logísticos y de información, y 5) miedo en aplicar a programas públicos.¹⁸

En detalle, según Gelatt y Koball (2014), la primera barrera se refiere a que los trámites son poco claros, además éstos varían por cada estado y no siempre se tiene la documentación requerida (como el número de seguridad social). La segunda barrera señala que los documentos referentes a la situación migratoria no empatan con los documentos que los manuales administrativos describen, asimismo el registro administrativo permite solamente un apellido, mientras que la población migrante la mayoría de las veces tienen dos apellidos, lo que genera duplicidades y, por último, los recortes reducen la habilidad para proveer un buen servicio. La tercera barrera indica la distancia comunicativa entre personas con diferentes lenguajes, como el inglés y el español, además actitudes culturales como los roles de género, las posturas hacia el gobierno y las ideas sobre la familia pueden complicar el entendimiento. La cuarta barrera se refiere a la dificultad para asistir a las instituciones de salud de forma presencial, ya sea porque estas personas carecen de licencia de conducir o porque hay poco transporte público, asimismo los horarios de atención no empatan con los horarios laborales. Y, por último, la quinta barrera es cuando la población migrante no busca el acceso a la salud por miedo a la deportación de su

persona y de sus familiares que se encuentran en condición irregular, por lo que hay una precaución en la búsqueda de los servicios médicos.

Aunado a lo anterior, hay efectos negativos en la salud por la discriminación que padecen las personas en condición migrante irregular en los Estados Unidos y, en consecuencia, esta población tiene poca salud, restringido acceso a la salud, y escasa atención médica en general (Ayón, 2015; Bernstein et al, 2019). Asimismo, a razón de un contexto discriminatorio en el que es probable la deportación, en la familia brota la depresión que puede empeorarse al tener un acceso limitado a la salud mental (Artiga y Lyons, 2018). También, se considera que la principal barrera es la lingüística, ya que conlleva a errores en el diagnóstico y tratamiento, y a mutuos malentendidos entre paciente y médico, incluso la barrera del lenguaje puede afectar a los migrantes en vías de regularización y a los migrantes regulares y, por último, es más difícil defender los derechos mínimos que tienen a la salud al no hablar inglés (Ku y Jewers, 2013).

No obstante, se ha encontrado que la salud de los migrantes irregulares es mejor que los nativos estadounidenses, pero hay más evidencia científica de un daño continuo y mayor en la salud mental de los migrantes, relacionado al estatus estigmatizado, miedo a la deportación y otros factores que generan agobio (Dedania y Gonzales, 2019; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015). Hay estudios que muestran que las mujeres migrantes irregulares padecen de peor salud que las mujeres nativas estadounidenses, por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres en condición migrante irregular tienen más complicaciones que el promedio, al padecer de más mortalidad neonatal, síndrome de alcohol fetal y síndrome respiratorio; además inician el cuidado

¹⁸ En este sentido hay otros autores que destacan barreras parecidas. Por ejemplo, Yoshikawa et al (2019), consideran que las barreras para las familias en condición migrante irregular se relacionan con la poca posibilidad de la elegibilidad y el consecuente efecto paralizante (esto es ni siquiera intentar aplicar a un programa para el acceso a la salud), miedo a la deportación y separación familiar al solicitar el servicio, dificultad en la movilidad y transportación a los centros de salud y la diferencia lingüística y cultural.

prenatal más tarde y tienen menos visitas al médico para este tratamiento; asimismo normalmente no tienen alguna cobertura de salud; y, por último, tienen menos acceso a los servicios de salud preventivos (Hasstedt, Desai y Ansari-Thomas, 2018; Comitte Opinion, 2015). Y se ha encontrado que los menores de edad sufren cuando sus padres están enfermos y sin posibilidad de acceder a los servicios de salud (Parmet, 2019).

Ahora bien, el hecho de que los migrantes irregulares muestren mejor salud que los nativos estadounidenses en algunos estudios empíricos se llama la paradoja migrante (*immigrant paradox*) o paradoja epidemiológica (*epidemiological paradox*) (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015). Esto significa que a pesar de que Estados Unidos gasta en salud más que otros países miembros de la OCDE (como Suiza y Noruega), tiene problemas de salud como altos índices de cáncer, VIH/sida, diabetes y padecimientos del corazón entre otras enfermedades, por lo que existe la posibilidad de que los migrantes provengan de contextos más favorables a su salud (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015).¹⁹ Sin embargo, la población migrante irregular al carecer de un seguro privado de salud tienen menos acceso a los servicios médicos en los Estados Unidos, lo que implica daños a su salud a largo plazo.

Desde el inicio del gobierno del presidente Donald Trump el número de personas sin seguro médico ha crecido, en especial en la población hispana, por lo que los avances de la Ley de Asistencia Asequible se detuvieron (Artiga, Tolbert y Orgera, 2020). De hecho, se ha estimado que aproximadamente 7.1 millones de personas migrantes irregulares carecen de seguro médico en los Estados Unidos (Page y Flores-Miller, 2020). El problema de acceso a la salud se puede observar en el Índice Global de Seguridad Sanitaria (*Global Health Security Index*) creado entre la *Johns Hopkins Center for Health Security* y *The Economist Intelligence Unit*. Este índice califica de 0 a 100, en donde 100 son las mejores condiciones institucionales para la salud. Según este índice, expresado en la Tabla 2, Estados Unidos ocupa el primer lugar a nivel mundial en seguridad sanitaria. Resalta que obtiene las mejores calificaciones en Prevención, Detección, Respuesta, Salud y Normatividad. Cabe recordar que este índice se basa en la medición de la capacidad institucional y legal, que puede ser menoscabado por las decisiones políticas durante una crisis sanitaria, como ocurrió durante la pandemia por COVID-19. Una prueba de esto es que Estados Unidos ocupa, en febrero de 2021, el primer lugar en número de fallecidos por esta enfermedad: 501,181 personas al 25 de febrero de 2021 según datos de la página del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control And Prevention, CDC*).

Tabla 2. Estados Unidos según el Índice Global de Seguridad Sanitaria.

| | Prevención | Detección | Respuesta | Salud | Normatividad | Riesgo | Total |
|--------|------------|-----------|-----------|-------|--------------|--------|-------|
| Puntos | 83.1 | 98.2 | 79.7 | 73.8 | 85.3 | 78.2 | 83.5 |
| Puesto | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 19 | 1 |

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

¹⁹ También hay que considerar que los migrantes sanos son los que llegan a Estados Unidos (selección positiva), y que este país tiene una cultura culinaria que perjudica muchas veces la salud de las personas migrantes (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015). Más bien, la alimentación en las posiciones sociales inferiores de la estructura social se basa en prácticas y significados que son poco saludables, determinados por un capital cultural y económico propio de estas posiciones sociales.

Tabla 3. Indicadores de la categoría salud para Estados Unidos.

| Indicadores | Puntos | Puesto |
|--|--------|---------|
| Capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica | 60.4 | 12/195 |
| Respuesta médica y despliegue de personal | 66.7 | 2/195 |
| Acceso a los servicios médicos | 25.3 | 175/195 |
| Comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria | 100.0 | 1/195 |
| Prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos | 100.0 | 1/195 |
| Capacidad para probar y aprobar nuevas medidas sanitarias médicas | 100.0 | 1/195 |

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

En el Índice Global de Seguridad Sanitaria 2019 la categoría de salud es construida por seis indicadores: 1) capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica, 2) respuesta médica y despliegue de personal, 3) acceso a los servicios médicos, 4) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria, 5) prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos, y 6) capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas. El puntaje por cada indicador se muestra en la Tabla 3.

Como se puede observar en la Tabla 3, el indicador de acceso a los servicios médicos obtuvo una puntuación de 25.3, que contrasta con las calificaciones de 100 puntos de los últimos tres indicadores (comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria, prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos, y capacidad para probar y aprobar nuevas medidas sanitarias). Y como se puede esperar, el acceso a la salud podría estar más restringido conforme se crucen con los grupos étnicos estigmatizados con bajos ingresos, como los migrantes irregulares.²⁰

Por último, hay que considerar que las organizaciones civiles en Estados Unidos son agencias

facilitadoras que apoyan a las personas migrantes y sus familias para que puedan aplicar a los beneficios gubernamentales de salud. En este sentido, según Gelatt y Koball (2014) consideran que estas organizaciones construyen lazos de comunicación con esta población, en la que distribuyen información sobre los requisitos para obtener servicios médicos y, además, edifican redes de apoyo con otras asociaciones civiles, con empresas con fines lucrativos y con instituciones gubernamentales federales, estatales o locales. Asimismo, estos autores subrayan que estas organizaciones proporcionan un acercamiento lingüístico y cultural adecuado para poder comunicar los requisitos de los programas estatales al tener traductores y traducciones al idioma español. Además, el movimiento *Black Lives Matter* ha influido en la defensa de los derechos humanos, entre los que se encuentra el derecho a la salud, para la población migrante irregular en Estados Unidos (Migration Policy Institute, 2020).

En suma, la población migrante irregular de Estados Unidos compuesta por personas provenientes de México, Guatemala, El Salvador y Honduras principalmente, carece de acceso a la salud en Estados Unidos. En primer lugar, se ha detectado

²⁰ No obstante, según el Índice de Política de Integración Migratoria 2020 (*Migrant Integration Policy Index 2020*), realizado por CIDOB (*Barcelona Centre for International Affairs*) y MPG (*Migration Policy Group*), la dimensión de salud de Estados Unidos obtuvo 79 puntos de 100 con una calificación cualitativa de "ligeramente favorable". Considera este índice que Estados Unidos ofrece servicios de atención médica accesibles a todos los tipos de migrantes, prestando más atención que otros países a este tema. No obstante, hay suficiente evidencia científica que muestra que los migrantes irregulares padecen de malestares de la salud por un acceso limitado a los servicios médicos, principalmente durante el gobierno de Donald Trump.

que el grupo hispano es la que está menos asegurado en comparación con los otros grupos sociales, esto nos puede ofrecer una idea aproximada de la situación de las personas en condición irregular. En segundo lugar, este grupo en movimiento padece de una serie de barreras al acceso a la salud que afectan su bienestar, obstáculos que se relacionan con su situación indocumentada y de extranjería. En tercer lugar, aunque Estados Unidos tiene instituciones de alta calidad en los servicios médicos, padece del indicador de acceso a la salud, según el Índice Global de Seguridad Sanitaria. A todo lo anterior hay que tomar en cuenta el contexto anti-migratorio que aumentó durante el gobierno de Donald Trump, el cual complicó aún más el acceso a la salud de estas personas. Es en este contexto en el que la pandemia por COVID-19 llega a Estados Unidos.

3.4 EL ACCESO A LA SALUD DE LOS MIGRANTES IRREGULARES EN TIEMPOS DE COVID-19 EN ESTADOS UNIDOS

Hay que tomar en cuenta que en las últimas tres décadas, y en especial en el gobierno de Donald Trump, se ha fortalecido la vigilancia, detección y devolución de personas en condición migrante irregular en los Estados Unidos. Se ha enfatizado la línea de una política migratoria de carácter restrictivo, la cual ha afectado el acceso a la salud de estos

migrantes. Hay un elemento que parece decisivo en la falta de acceso a la salud de la población irregular, que es parte de esta política migratoria restrictiva: las consecuencias de la puesta en marcha de la clasificación de la carga pública por el gobierno estadounidense de Donald Trump (Artiga, Tolbert y Orgera, 2020; Bernstein et al, 2019). Esta situación produjo un aumento de la percepción de que los grupos migrantes (como los compuestos por los latinos y los musulmanes) han sido los principales objetivos del racismo y la discriminación desde que Donald Trump ganó en las elecciones presidenciales, por lo que la vida diaria de estas familias migrantes se ha vuelto más difícil por el miedo y la incertidumbre (Artiga y Ubri, 2017).²¹

En el grupo étnico latino se esparció rápidamente el COVID-19, a saber: en el sistema de salud se reportó durante el 2020 que el 42.6% de pacientes latinos dieron positivo, frente al 17.6% de los pacientes afrodescendientes, y 8.8% de los pacientes blancos (Page y Flores-Miller, 2020). En particular, la pandemia del COVID-19 impactó a la población latina mucho más que a otros grupos étnicos, ya que además de tener menos personas con acceso a la salud por medio de un seguro, es una población que fue muy golpeada por el desempleo provocando que menos personas tengan seguro médico a través del trabajo (Artiga, Tolbert y Orgera, 2020). Cabe señalar que esta situación afectó más a las mujeres migrantes en condición irregular, como efecto de la interseccionalidad que padecen como grupo vulnerable (UNMujeres, 2020). Lo que pudo haber provocado una profundización de la *feminización de la pobreza* en un grupo migrante ya de por sí vulnerable en Estados Unidos.²²

De nuevo, cabe señalar que los datos por grupo étnico en Estados Unidos pueden ofrecer un acercamiento de la situación de la población migrante

²¹ A pesar de que los menores de edad tienen acceso a la salud por medio de varios programas, se han encontrado que ha disminuido su participación en ellos, porque los adultos tienen miedo a ser deportados, situación que afecta además en la educación de estos menores de edad (Artiga y Ubri, 2017; KFF, 2020).

²² Para Spiker, Leguizamón y Gordon (2009), la feminización de la pobreza es el aumento de mujeres pobres como consecuencia de su posición dominada en la estructura social.

irregular ya que ésta carece de datos.²³ Esto significa que cuando se carece de información directa sobre un fenómeno se hace uso de información indirecta. En este caso se parte de lo siguiente: si la mayoría de la población migrante irregular proviene de países como México, Guatemala, El Salvador y Honduras, entonces observar la situación de la población hispana en Estados Unidos puede ofrecer una idea aproximada de su situación.²⁴ En la Figura 4 las barras con valor positivo señalan que el grupo étnico está experimentando un porcentaje alto de fallecidos por COVID-19 relativo al porcentaje de la población. Por el contrario, las barras con valor negativo indican que el grupo étnico está experimentando un porcentaje bajo de fallecidos por COVID-19 relativo al porcentaje de la población. La Figura 4 ilustra que la población hispana tiene una proporción mayor de muertes por COVID-19 en comparación con la forma en que estas poblaciones se distribuyen dentro de la población estadounidense. Como se puede observar, el grupo étnico hispano es el que más ha padecido fallecimientos por COVID-19 al obtener 15% los afroamericanos 9.7% y los blancos -23.4% (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2021a*).²⁵

Ahora bien, el hecho de que la carga porcentual de fallecimientos por COVID-19 esté más inclinada para la población hispana (como muestra la Figu-

ra 4), indica que hay una serie de determinantes sociales que influyen en el riesgo de adquirir COVID-19. Para el Centers for Disease Control and Prevention, CDC (2021b) estos determinantes son: la expresiones discriminatorias (en atención médica, vivienda, educación, justicia penal y finanzas), las barreras al acceso a la atención médica (falta de cobertura médica con un seguro, problemas con el transporte para acudir al centro de salud, dificultad en utilizar los servicios de los cuidados infantiles e imposibilidad de empatar los horarios laborales y los horarios de las consultas médicas), la ocupación en trabajos esenciales (como en la atención médica, granjas, fábricas, tiendas y supermercados, transporte público, entre otros), las brechas en la educación, en los ingresos y en la distribución de la riqueza (con un menor nivel educativo los empleos que se consiguen tienen mayor exposición al COVID-19) y problemas con la vivienda (vivir en condiciones de hacinamiento dificulta mantener el distanciamiento social).²⁶

En este sentido, según Clark et al (2020), los efectos de la pobreza, un limitado acceso a la salud y el miedo de repercusiones legales coloca a la población migrante irregular en riesgo de adquirir COVID-19, a saber: en primer lugar, estos migrantes dependen de una red de hospitales y clínicas que ofrecen servicios gratuitos, pero no son suficientes y

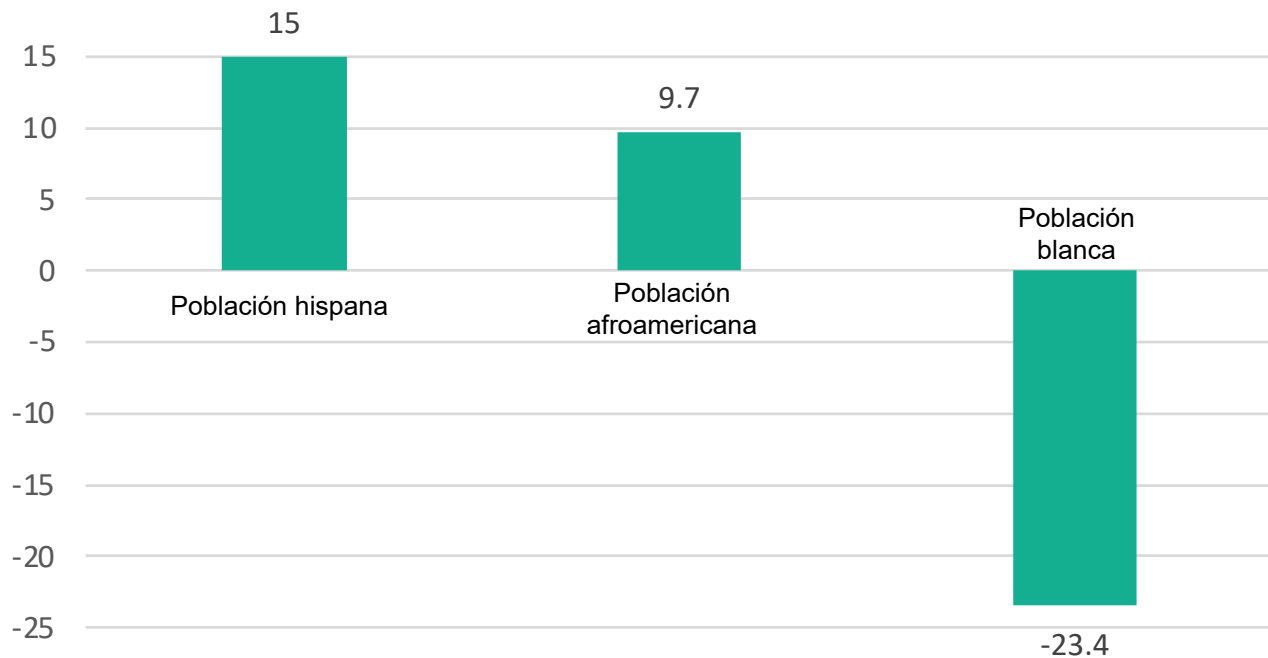
²³ Hay variables que se acercan al fenómeno que se está investigando por falta de una variable más exacta. Por ejemplo, se utiliza el Producto Interno Bruto (PIB) como una variable relacionada con el bienestar humano de una sociedad, pero evidentemente el PIB no se traduce en el bienestar humano.

²⁴ Hay que destacar que esto implica sesgos en la información, a saber: utilizar la información de la población hispana implica que se incluye a los ciudadanos estadounidenses de origen hispano, a las personas hispanas con estatus migratorio regular y a las personas hispanas con estatus migratorio irregular.

²⁵ El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2021a, p. 1) considera que “Los porcentajes de muertes por COVID-19 por raza y origen hispano se calcularon dividiendo el número de muertes por COVID-19 para cada raza y grupo de origen hispano por el número total de muertes por COVID-19. Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo”.

²⁶ Además, el Centers for Disease Control and Prevention, CDC (2021b, p.1), considera que “las estrategias comunitarias para desacelerar la propagación del COVID-19 podrían ocasionar daños no intencionados, como la pérdida de salario, menor acceso a servicios, y aumento del estrés, para ciertos grupos minoritarios raciales y étnicos”. Lo que complica la situación para estos grupos sociales.

Figura 4. Carga porcentual de fallecimientos por COVID-19 por población hispana, afroamericana y blanca.



Fuente. Elaboración propia con datos del *Centers for Disease Control and Prevention, CDC*.

además carecen de recursos para atender a pacientes con COVID-19. En segundo lugar, al tener limitado acceso a los servicios de salud, principalmente a la medicina preventiva, conlleva a que aumenten los riesgos a la salud como la obesidad, hipertensión y diabetes (de hecho, las personas provenientes de México, el Caribe y Centroamérica son proclives a estos padecimientos). En tercer lugar, muchos de estos migrantes pueden estar en mayor riesgo al experimentar más desasosiego, relacionado a la pobreza y exclusión, traumas del proceso migratorio y poco apoyo social generando depresión y ansiedad (esto puede aumentar en contextos de crisis económicas y sanitarias como el producido por la pandemia por COVID-19). En cuarto lugar, estas personas están en trabajos que dependen de la interacción cara a cara al trabajar en la construcción, los servicios de comida y la manufactura entre otras áreas, trabajos esenciales en los que se corre más riesgo de adquirir esta enfermedad.

Lo anterior hace que sea muy probable que este grupo social no cumpla con las recomendaciones de salud para evitar el contagio por COVID-19.

De ahí que en relación con su población, el grupo hispano esté sobrerrepresentado en los fallecimientos de personas por COVID-19 cuando se compara con los otros grupos sociales, siendo el grupo mexicano el más afectado. En efecto, para Délano (2020) la población migrante en condición irregular de origen mexicano durante la pandemia por COVID-19 padecieron de precariedad en la salud que es resultado de la discriminación, y ausencia de garantías de los derechos humanos. Además, se estima que un gran porcentaje de esta población carece de acceso a la salud, y los empleadores normalmente no protegen la salud de estas personas. Según Délano (2020), también hay barreras lingüísticas y culturales que impiden el acceso de estas personas de origen mexicano a los servicios médicos, esto aumenta la desinformación y el miedo a ser deportados al ir al hospital o a la clínica (en el que las autoridades migratorias no pueden detener a los migrantes). Por último, muchas de estas personas de origen mexicano viven en hacinamiento, por lo que resulta imposible cumplir con las medidas de distanciamiento social

(Délano, 2020). Esta situación hace suponer que los principales fallecidos por COVID-19 entre los latinos, han sido los mexicanos.

En efecto, a lo largo de los estados en Estados Unidos las personas en condición migratoria irregular enfrentaron durante los primeros meses del 2020, dificultades en acceder a las pruebas y tratamientos contra el COVID-19 porque no son elegibles para los programas federales o porque no pueden pagar los servicios privados (Capps y Gelatt, 2020). En específico, los estados que tienen más personas sin seguro a los servicios médicos son California (1.6 millones), Texas (1.4 millones), Florida (710,00) y Nueva York (540,000) (Capps y Gelatt, 2020). Asimismo, se ha reportado que en los centros de detención migratorio del ICE aproximadamente 6,000 personas se han enfermado de COVID-19 en los primeros meses, por lo que esta agencia de seguridad limitó sus acciones contra la población migrante irregular (Loweree, Reichlin-Melnik y Ewing, 2020).²⁷ En abril de 2020 había 30,737 personas detenidas en estos centros con peligro de contagio (Chishti y Bolter, 2020). De hecho, se ha detectado que los confinamientos individuales que el ICE ha impuesto a las personas detenidas en sus instalaciones son insuficientes para combatir la pandemia, asimismo este aislamiento perjudica la salud mental de estas personas (Samara, Gallagher y Boyd, 2020). Ante esta situación algunos jueces federales ordenaron al ICE que dejara libre a las familias, las mujeres embarazadas, personas mayores de 55 años y con enfermedades crónico-degenerativas (Chishti y Bolter, 2020). Relacionado con lo anterior, se ha reportado que estas autoridades han deportado a personas con COVID-19, el gobierno de Guatemala y de Haití han encontrado que las personas repatriadas tienen esta enfermedad (Chishti y Bolter, 2020). Esto indica que no se les hizo la prueba clínica, y

no se les atendió en una emergencia sanitaria a pesar de estar en territorio estadounidense, lo que implica una transgresión a los derechos a la salud conforme al marco de los derechos humanos.

Ahora bien, hay que destacar que muchas personas en situación migratoria irregular están en empleos esenciales que permite a los ciudadanos estadounidenses sobrevivir durante la pandemia por COVID-19 (Congressional Research Service, 2020). Hay personas migrantes en el sector salud, en los supermercados, en las farmacias, en restaurantes y servicios de comida, en la manufactura, en la agricultura, en los servicios personales en hogares, y en servicios de limpieza y mantenimiento (Gelatt, 2020). Básicamente, hay dos realidades que padecen las personas migrantes en condición irregular, por un lado, han sido identificados como trabajadores esenciales los cuales han contribuido para que muchos ciudadanos estadounidenses estén en cuarentena, por otro, estos trabajadores migrantes carecen de medidas de protección laborales contra el COVID-19, perciben poco dinero, carecen de acceso a los servicios básicos y padecen de discriminación (Sáenz, 2020).

Frente a este escenario, las autoridades estadounidenses realizaron varias acciones a principios de 2020 para combatir esta pandemia. En específico, las autoridades estadounidenses por medio del gobierno federal destinaron 100 billones de dólares para pagar a los proveedores de los servicios de salud para que éstos puedan atender a más personas, y 1.3 billones para los centros comunitarios de salud para que extiendan sus servicios. Además, permitió que el programa de Medicaid también pudiera cubrir a las personas que no están aseguradas por medio de una inversión de 2 billones de dólares (Capps y Gelatt, 2020). Varios estados aceptaron expandir durante la emergencia sanitaria la cobertura de sus programas de salud para que todas las personas pudieran acceder, sin importar su condición migra-

²⁷ A mediados del mes de marzo de 2020, el ICE anunció que reajustaría sus protocolos de detención de personas migrantes en situación irregular, pero no hay evidencia de que la población detenida haya disminuido, lo que significa que esta institución de seguridad interna continuó realizando operaciones de detención contra estas personas (Chishti y Bolter, 2020).

toria irregular. Estos fueron: California, Colorado, Connecticut, Delaware, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, New York, Oregon, Pennsylvania, and Washington (Broder, Mohyeddin y Cheer, 2020). De hecho, Illinois se convirtió en el primer estado en ofrecer cobertura médica a las personas migrantes irregulares; Colorado expandió la cobertura para las personas con escasos recursos con base en la Ley de Asistencia Asequible; y Washington extendió la elegibilidad de las personas para el programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*) (Broder, Mohyeddin y Cheer, 2020).

Cabe señalar que el estado de Nueva York es la entidad que más ha asegurado el acceso a la salud para la población migrante en condición irregular en los Estados Unidos, al tener el más grande sistema de servicios médicos (Beck et al, 2017). Desde el 2014, el gobierno estatal organizó con varios actores clave el aumento de la cobertura del sistema público y privado de salud (Barrios-Paoli, 2020). No obstante, a pesar de lo anterior, Nueva York fue uno de los estados con más desigualdades en la salud entre los diferentes grupos étnicos, en el que padecieron de más contagios y fallecimientos la población latina (Page y Flores-Miller, 2020). Además, se detectó que la condición desigual de salud de los migrantes en condición irregular en Nueva York se agravó más por los efectos de la crisis económica y la exclusión de esta población de la ayuda económica del gobierno federal (Community Resource Hub, 2020).²⁸

Por último, cabe señalar que el gobierno de los Estados Unidos bajo la presidencia de Joseph Biden elaboró un plan de vacunación para la nación, en el que se incluyeron a las poblaciones vulnerables, como la migración irregular. Se planearon medidas como: la identificación demográfica y geográfica de estas poblaciones, el aseguramiento de

la gratuidad de la vacuna, el combate a las barreras de acceso a la vacuna, el fomento en los estados de la igualdad en la distribución de la vacunación, la priorización en la protección del sector trabajador de la población migrante irregular, la defensa de la privacidad en el sentido de que la información sobre el estatus migratorio no se utilizará para llevar a cabo deportaciones, y la inspección sanitaria de los lugares de detención migratoria (President Joseph Biden, 2021). A pesar de que el gobierno federal ha sostenido la importancia de que la población migrante irregular deba recibir vacunas sin costo alguno, se han presentado algunas barreras que son las que ya existían previo a la vacunación (Congressional Research Service, 2021).

En suma, por medio de los datos sobre el grupo étnico hispano (o latino) se puede inferir que las personas en condición migrante irregular presentaron una vulnerabilidad sanitaria en los Estados Unidos durante la pandemia por COVID-19, que podría empeorar por medio de la interseccionalidad de las desventajas. Con el gobierno de Donald Trump se radicalizó un clima discriminatorio y racista, cristalizado en la puesta en marcha de la clasificación de las personas por medio de la etiqueta de carga pública, en contra de los principios de los derechos humanos. En consecuencia, brotó un efecto desalentador que se agregó a otras barreras al acceso a la salud que ya existían. Lo anterior hace que resulte difícil informarse y llevar a cabo las recomendaciones de las instituciones de salud para evitar el contagio por COVID-19. Ahora bien, a pesar de que el gobierno estadounidense invirtió grandes cantidades de recursos económicos, y a pesar de que varios estados ampliaron la cobertura médica, no fue suficiente.

²⁸ Un relato expresa: “Estoy preocupado porque mi papá perdió su trabajo y mi mamá es la única que trabaja. Trabaja en una lavandería automática. Está arriesgando su salud para trabajar y tengo miedo de que mis padres se enfermen porque también son indocumentados” (Community Resource Hub, 2020, p. 16). Otro relato expresa: “COVID-19 nos ha impactado económica y emocionalmente. Ahora tengo que convertirme en la jefa de casa ya que mis padres son indocumentados y les costará buscar trabajo” (Community Resource Hub, 2020, p. 24).

4. COLOMBIA

4.1 DERECHOS HUMANOS Y POLÍTICA MIGRATORIA EN COLOMBIA

Respecto a los derechos humanos, según Amnistía Internacional, el gobierno de Colombia todavía presenta deficiencias en el tema migratorio, a pesar de los esfuerzos del presidente Iván Duque Márquez, ya que detectó una serie de desalojos forzados en varias personas migrantes y refugiadas, durante el periodo de aislamiento por la pandemia por COVID-19 (Amnistía Internacional, 2021). Asimismo, esta organización internacional encontró que el contexto de riesgo por dicha pandemia no impidió que muchas personas venezolanas regresaran a su país por la escasez de oportunidades en Colombia. Además, todavía persisten grupos armados en la zona fronteriza entre Colombia y Venezuela, lo que pone en peligro a los grupos migrantes que transitan el territorio. Y, por último, esta organización encontró que varias mujeres venezolanas en situación migratoria irregular encontraron barreras para acceder a los servicios de salud.

Cabe señalar que Amnistía Internacional (2021) ha destacado que Colombia es el país más peligro del mundo para las personas defensoras de derechos humanos. Esto indica que el actual gobierno no puede garantizar la seguridad de las personas que se dedican a la defensoría, en las que se encuentran aquellas que abordan el tema de la migración. Aunado a lo anterior, esta organización señala que todavía hay persistentes abusos contra el cumplimiento de la normativa que defiende la humanidad de los individuos y los grupos sociales, en el contexto del conflicto armado al interior de Colombia por el tráfico de drogas y la explotación de zonas mineras (entre

otros negocios ilegales). Esto provoca que el desplazamiento en la zona fronteriza entre Colombia y Venezuela, así como al interior de Colombia sea peligro para las personas en condición migratoria irregular que provienen de Venezuela. En este sentido, se considera que el gobierno colombiano padece de una inconsistencia institucional con poca efectividad en un contexto de violencia generalizada debido a los grupos armados, factores que ponen en riesgo a los migrantes venezolanos (García y Cuevas, 2020). Esto significa que estas personas se enfrentan a un contexto en el que sus derechos humanos son continuamente vulnerados. Y uno de estos derechos es el de la salud, por lo que estas personas se encuentran en una situación con un alto nivel de riesgo sanitario.

De ahí que el gobierno colombiano tienda hacia una política migratoria más bien conservadora, a razón de la aplicación de estrategias insuficientes, como por ejemplo la asignación de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos y Desastres como la principal institución que asistió en los primeros años a la población migrante venezolana que ingresaba en los puntos fronterizos; y solamente cuando la migración alcanzó grandes proporciones se crearon políticas migratorias más específicas, pero aún así insuficientes (García y Cuevas, 2020). Sobre el tema, Gandini et al (2020: 117) declaran que “existe una gran diversidad de marcos jurídicos en la región, que en general da cuenta de que se trata de sistemas migratorios no preparados para gestionar este tipo de flujos masivos”. Incluso se puede considerar que la política migratoria del gobierno colombiano es inexistente (Escobar, 2018); y su actuación en la materia se basa en una serie de resoluciones y decretos que se ocupan de la gestión migratoria y el acceso a los servicios de salud (Moreno y Pelacani, 2019).

Aunado a esto, hubo un cambio de paradigma en el que se comenzó a observar la migración desde la perspectiva de los derechos humanos en Colombia y en América del Sur (Acosta, 2018). Estos avances liberales se combinaron con políticas en

vías de disminuir su carácter restrictivo en la gestión gubernamental de la migración (Acosta, 2018). Un importante paso en la región fue la Declaración de Cartagena de 1984 en el que se amplía la definición de refugiado de la Convención de Ginebra de 1951 entre otros logros legales a favor de los solicitantes de asilo y migrantes, esfuerzo significativo que ha tenido una difícil traducción en la práctica institucional de los gobiernos involucrados (Acosta, Blouin y Freier, 2019). Definitivamente la migración proveniente de Venezuela ha creado varios retos a las instituciones colombianas que, si bien ya existía una perspectiva de derechos humanos en la interpretación del fenómeno migratorio, no habían tenido una experiencia de tales magnitudes.

Lo anterior evidencia que a pesar de los esfuerzos jurídicos creados y afinados en los últimos años, el gobierno de Colombia todavía padece de una problemática típica: la cristalización en la realidad social por medio de la aplicación efectiva de prácticas institucionales que cumplan a cabalidad la normativa, en este caso para el cumplimiento de los derechos humanos y, en particular, del derecho a la salud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que esta problemática se lleva a cabo en un contexto en el que todavía está en proceso de construcción una política migratoria integral, debido a la novedad del fenómeno migratorio venezolano en Colombia.

4.2 LA SITUACIÓN LEGAL DE LOS MIGRANTES IRREGULARES RESPECTO A LA SALUD EN COLOMBIA

La Constitución Política de Colombia de 1991 menciona principalmente los derechos otorgados a los colombianos que residen en el exterior, y de forma secundaria algunos temas relacionados a la población extranjera, como la nacionalidad de los hijos de los extranjeros, los derechos a los que tienen acceso y el derecho al voto (OIM, 2010). En el artículo 49 se menciona que: “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, en el entendido de que están dirigidos “a todos los habitantes”. Mientras que el artículo 100 considera es más específico respecto al tema migratorio: “Los extranjeros disfrutarán en Colombia los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos”.²⁹ Asimismo, el artículo 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001 señala la facultad de poner en marcha las medidas de acceso a la salud en los estados subnacionales en beneficio de los habitantes, sean nacionales o extranjeros (Ministerio de Salud, 2019). A su vez, en 2004 Colombia ratificó el Instrumento Andino de Seguridad Social en el que se establece la garantía de los servicios médicos para las personas trabajadoras en condición migratorio, principalmente para aquellos cuya situación es irregular (Jaramillo y García-Juan,

²⁹ Este mismo artículo agrega que: “No obstante, la ley podrá, por razones de orden público, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinados derechos civiles a los extranjeros. Así mismo, los extranjeros gozarán, en el territorio de la República, de las garantías concedidas a los nacionales, salvo las limitaciones que establezcan la Constitución o la ley”. Lo que significa que hay una inclinación hacia la restricción de los derechos para las personas de origen extranjero, en este caso para las personas migrantes.

2019).³⁰ Hasta este momento estos derechos eran generales, pensados en un tipo de migración regular en Colombia, es decir, en los extranjeros que ingresaron al país por las vías formales.

El Sistema General de Seguridad Social clasifica a los residentes del territorio según los recursos que poseen, de manera que pueden estar en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, a saber: pueden estar en el régimen contributivo cuando están adscritos a un contrato laboral o a razón de que sus ingresos son suficientes para adquirir los servicios de salud; en cambio, las personas del régimen subsidiado gozan de acceso a los servicios médicos sin llevar a cabo ningún pago económico (Ministerio de Salud, 2014).³¹ No obstante, para poder inscribirse dentro del régimen subsidiado es necesario que las personas migrantes se encuentren dentro de los márgenes regulares migratorios, lo que impide que muchos no puedan obtener un acceso a la salud. En específico, es necesario que tengan el PEP y que además estén en una situación económicamente precaria (Rodríguez, 2020).³² Hay algunas excepciones, por ejemplo, los adultos migrantes en condición irregular pueden recibir atención médica si son padres o madres de un menor de edad que nació en Colombia (Rodríguez, 2020).

Según el Banco Mundial (2018) fue hasta el 2018 que el gobierno colombiano puso en marcha el Plan de Respuesta a la Migración desde Venezuela, que entre otras cosas buscaba asegurar los derechos a la salud. Esto significó la asignación de recursos para la atención de urgencias, aceptación

del Permiso Especial de Permanencia (PEP) como documento para la afiliación, y fortalecimiento del cerco epidemiológico. Asimismo, el gobierno colombiano en 2018 creó la Gerencia de Frontera con el fin de mejorar la coordinación entre las autoridades locales para reunir no sólo información sobre la migración, sino para recolectar y distribuir fondos internacionales y nacionales para este tema (Banco Mundial, 2018).

Ahora bien, con el repentino fenómeno migratorio venezolano de la última década, se comenzó a considerar avances legales más ajustados a esta coyuntura. La Resolución 1873 en 2017 consideró la existencia de una emergencia migratoria en la zona fronteriza, por lo que se creó una primera versión del PEP que tiene una vigencia de 90 días, con hasta dos años de prórroga, con el que se permitía acceder a los diferentes servicios públicos, como los de la salud (Cabrera, Cano y Castro, 2019; Acosta, Blouin y Freier, 2019). Los requisitos de este permiso son: a) encontrarse en territorio de Colombia en la fecha de publicación de la Resolución, b) haber ingresado con pasaporte por los accesos formales, c) no tener antecedentes penales, y d) no tener una medida de expulsión vigente (deportación) (Cabrera, Cano y Castro, 2019; Acosta, Blouin y Freier, 2019). Las siguientes versiones determinaron nuevas aperturas para la regularización para las personas en situación migratoria irregular y de incentivos para que las personas se registraran oficialmente (Cabrera, Cano y Castro, 2019; Acosta, Blouin y Freier, 2019).³³

³⁰ Esto se encuentra en consonancia con los artículos 48 y 100 de la Constitución de Colombia en los que se subraya el derecho a la salud que tienen todos los habitantes del país (Jaramillo y García-Juan, 2019).

³¹ Según Rodríguez (2020) entre más tiempo de residencia en Colombia, más es la tendencia a que una afiliación en el régimen subsidiado. Lo que indica también que hay un proceso de regulación de la situación migratoria que toma tiempo.

³² Según Londoño y Sampedrom (2016:65): “La legislación colombiana establece que los recursos financieros para cubrir los gastos generados por la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada con subsidio a la demanda, estarán a cargo del Sistema General de Participaciones”.

³³ Para las personas en una situación migratoria circular se estableció la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) que es una autorización de tránsito fronterizo para la población venezolana que reside en la frontera, en el que el principal uso de este permiso es la compra de víveres y visitas familiares. En caso de que salgan de la zona fronteriza su condición migratoria se torna irregular (Ministerio de Salud, 2019).

Sin embargo, gran parte de la población venezolana migrante está imposibilitada para cumplir los requisitos del PEP. Para empezar, hay dificultades burocráticas para la adquisición del pasaporte en Venezuela debido a la actual crisis política y económica (que implica altos costos por la vía de la corrupción), además se puede rechazar al interesado al haber ingresado de forma irregular y en periodos anteriores a los considerados por el PEP, por tal motivo la mayoría de la población venezolana se encuentra en una situación irregular en Colombia (Moreno y Pelacani, 2019; Arévalo y Castellanos, 2020).³³ De hecho el Banco Mundial (2018:16) considera que:

La condición de irregularidad respondería en parte a limitaciones en la expedición de documentación en Venezuela, así como al costo de obtenerla. La población venezolana reporta restricciones para adquirir los documentos de identidad necesarios para entrar de forma regular (o regularizar su estatus migratorio una vez en Colombia a través de instrumentos como el PEP), como registros de nacimiento apostillados y pasaportes. Dichas restricciones incluirían la no expedición de los documentos mencionados por parte del Gobierno venezolano, su costo de obtención o el vencimiento, robo o pérdida de los documentos en el proceso migratorio. La falta de documentos afecta la integración laboral de los migrantes, su acceso a servicios sociales y el proceso de tránsito para quienes tienen intención de migrar a países diferentes a Colombia, obligándolos a permanecer en el país.

Poco a poco brotaron otros avances jurídicos menores que no resolvían el problema de las limitaciones en la expedición de documentación. Por ejemplo, se expidió el Decreto 866 de 2017 que garantiza la atención únicamente en urgencias médicas de las personas en situación migratoria irregular (Ministerio de Salud, 2019).³⁵ Además, la Circular 025 de 2017 fortalece la gestión de la salud pública en las entidades territoriales que reciben más población migrante venezolana, con lo que se dirigieron recursos económicos nacionales hacia estos lugares para asegurar este punto (Ministerio de Salud, 2019). Y la Circular 012 de 2017 que obliga a las instituciones públicas de salud realizar un informe mensual de las personas migrantes atendidas para efecto de registro y planeación de políticas públicas (Ministerio de Salud, 2019).

Destaca el Decreto 1288 en 2018 con el cual se intentó atender la situación migratoria de las personas procedentes de Venezuela, en el que se otorgó acceso a la salud a las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) a través del PEP. El artículo 7 declara que pueden acceder a los siguientes servicios médicos: 1) atención a urgencias; 2) acciones en salud pública como vacunación, control prenatal y acciones de prevención; 3) afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto en el régimen contributivo como al subsidiado. Cabe señalar que el RAMV es un instrumento de caracterización de la población en condición regular con vocación de permanencia para la construcción de política pública.

A principio del 2021 se creó el nuevo Estatuto de Protección Temporal para migrantes venezolanos (EPTV) que reemplazó al PEP por medio del

³⁴ Según Freitez (2019:53): “Esta situación se ha agravado considerablemente en fechas recientes porque aumentó la demanda de pasaportes debido a un mayor volumen de personas con la intención de emigrar y se elevaron los costos de su tramitación. Ello en razón del alza de las tarifas oficiales, ahora cotizadas en dólares, pero también por los procesos de corrupción en las oficinas a cargo de estos trámites donde la entrega de estos documentos termina siendo discrecional”.

³⁵ Incluso antes del Decreto 866 de 2017 el total acceso a la salud era complicado para la población migrante irregular: “Colombia tiene definida en su legislación que la atención de urgencias es una obligación por parte del Estado, pero los servicios de consulta externa u hospitalización deberá ser asumida por la persona migrante” (Londoño y Sampedrom, 2016, p. 65).

Decreto 216, con el que estas personas recibirían acceso a la salud por un periodo de 10 años a partir de enero de 2021, siempre y cuando demuestren que entraron a Colombia antes de esta fecha (Banulescu-Bogdan y Chaves-González, 2021). Con esta medida se espera beneficiar alrededor de un millón de personas venezolanas en condición migratoria irregular que se encuentran en el territorio colombiano. Hay que agregar que dicho documento permite construir la vía para la regularización de estas personas venezolanas, por lo que es un gran paso para el cumplimiento de los derechos humanos en el tema migrante (Banulescu-Bogdan y Chaves-González, 2021). Esto puede resolver el problema de las limitaciones en la expedición de documentos oficiales como el pasaporte u otros documentos de identidad en Venezuela que impedían el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, todavía presenta algunos problemas, por ejemplo, los migrantes tendrán que demostrar que estuvieron antes del 31 de enero de 2021, por lo que no queda claro cuáles son los mecanismos para verificar esto, además se necesitará una estrategia masiva de información para que la población migrante tenga conocimiento de sus derechos a la salud, la cual todavía no existe (Banulescu-Bogdan y Chaves-Gonzalez, 2021).³⁶

En suma, el EPTV y sus antecedentes son un avance importante en el tema migratorio en el continente americano, al poner las bases legales para la

regulación de muchas personas que cruzan la frontera por la crisis económica y política en Venezuela. Por este hecho, la política migratoria llevada a cabo por el actual presidente Iván Duque Márquez se podría caracterizar como un constructo encaminado hacia una perspectiva incluyente, al regularizar a las personas en condición migrante irregular que ingresan al país para ofrecer sobretodo acceso a la salud.³⁷ No obstante, a pesar de estos esfuerzos jurídicos todavía esta población migrante padece de una serie de obstáculos que impiden un acceso pleno a estos servicios de salud, a razón de una falta de información, una falta de una planeación efectiva, discriminación, violencia, explotación y transgresiones a los derechos humanos, entre los que se encuentra el derecho a la salud (Ministerio de Salud, 2019). Esto implica la existencia todavía de un incumplimiento a los derechos a la salud de la población en condición migrante irregular.

³⁶ La falta de información relevante en las personas en condición migrante es grave, por ejemplo, en una encuesta de la Comisión Interamericana de Derecho Humanos (2021) resaltó que la principal razón por la que estas personas no exigieron solicitar asilo o refugio fue la falta de información. Cabe aclarar que los derechos humanos defienden a las personas migrantes como a cualquier persona, pero la figura jurídica de refugiado o de asilo político se otorga con base en una normativa firmada por todos los países en la Convención de Ginebra en 1951. La Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) considera que la figura de refugiado es un mecanismo jurídico que implica más obligaciones a los gobiernos que la defensa de los derechos humanos, por tal motivo ser refugiado significa ser reconocido como persona que huye de su país por una violencia generalizada, y que no puede ser devuelta porque su vida corre peligro. En este contexto, la solicitud de refugio es una figura jurídica con base en una documentación oficial que otorga el gobierno del país de destino o de tránsito que a diferencia de ser un migrante. De ahí que para ACNUR es importante que los migrantes busquen ser reconocidos bajo la figura de refugiado.

³⁷ Cabe señalar que junto a Colombia, Ecuador y Perú han desarrollado mecanismos legales para que las personas venezolanas puedan encaminarse hacia la regularización, sin perder los derechos que les corresponden, como el derecho a la salud (Muñoz-Pogossian y García, 2020).

4.3 MIGRANTES IRREGULARES Y ACCESO A LA SALUD EN COLOMBIA

Básicamente hay tres fases migratorias que ha atravesado Venezuela, según Páez y Vivas (2017): la primera comenzó en el 2000 en el que migraron miembros de posiciones sociales privilegiadas hacia Estados Unidos y Europa, la segunda inició en el 2012 en el que la migración fue más diversa socialmente e incluyeron entre los países de destino a Colombia, Panamá y Argentina, y la tercera parte del 2015 en el que brotó una migración de la desesperación con una base social diversa, con dirección principalmente hacia Colombia, pero también hacia otros países andinos. Cabe esperar que en la actualidad hay una continuación de esta migración de la desesperación, en un contexto en el que aumentaron los riesgos a la salud por la pandemia por COVID-19. Esta tendencia también fue corroborada por Freier y Parent, (2018): entre 1990 y 2000 la población venezolana en Estados Unidos tenía educación universitaria y trabajaba en ocupaciones no manuales, mientras que en 2017 se diversificó la educación en este grupo migrante, pero con una clara tendencia mostrando que los más educados migraban hacia países más lejanos, mientras que los menos educados migraban hacia los países vecinos, predominantemente a Colombia.

Para Freitez (2019), a partir del año 2015 se observó un aumento constante del ingreso de personas en situación irregular a Colombia provenientes

de Venezuela. Considera que estas personas deciden migrar, en primer lugar, por la búsqueda de trabajo para obtener ingresos económicos que les permita vivir y, en segundo lugar, para huir de la violencia y la inseguridad desatada en Venezuela.³⁸ Asimismo, esta autora señala que desde el 2015 están aumentando la proporción de hombres frente a las mujeres (hay 109 hombres por cada 100 mujeres), el 60% se concentra en la edad adulta (24 a 44 años), la población migrante tiene menor nivel educativo en general y de los estratos socioeconómicos más bajos está aumentando la emigración del país. Y también indica que Caracas es la principal ciudad de origen de la población migrante (33%), aunque también hay una gran relevancia en la expulsión migratoria en las localidades, las ciudades pequeñas y las ciudades medianas.³⁹

Y es que hay una crisis económica referida a la hiperinflación y al desabasto de bienes y servicios, y hay una crisis política concerniente a la consolidación de un Estado autoritario por medio del gobierno de Nicolás Maduro, lo que ha provocado niveles alarmantes de pobreza, mortalidad infantil y desnutrición, entre otros factores (Gandini et al, 2020). Para Reina, Mesa y Ramírez (2018), la crisis política y económica ha generado un Estado fallido en Venezuela, a razón de la aplicación de políticas económicas insostenibles y del cierre de los espacios democráticos y de libertad de expresión, situación que se agudizó con la muerte de Hugo Chávez, por lo que lo anterior se ha traducido en una crisis humanitaria sin precedentes en el país. Esta situación crítica ha provocado una emigración masiva de personas que buscan estabilidad económica y seguridad en otros países.

³⁸ Aunque hay otro estudio que indica diferentes resultados. En una encuesta aplicada a un grupo de migrantes venezolanos se encontró que el 76% dejó su país por la situación económica, el 10% lo hizo por falta de comida, el 7% por razones no específicas, el 4% por razones políticas, el 2% por una oferta de trabajo y el 1% para reunirse con la familia (OIM, 2020a). Esto significa que de forma preponderante las personas en Venezuela deciden migrar por la crisis económica del país, una crisis tan profunda que el 10 % lo hizo por falta de alimentos, es decir, relacionado con el hambre.

³⁹ Londoño y Sampedrom (2016, p. 59) incluyen el año 2014, además del 2015: "(...) para Colombia el fenómeno de la migración irregular no era un problema de grandes magnitudes, ya que el número de casos registrados no era considerable, pero en el año 2014 y 2015 el incremento de los casos detectados aumentó de manera desmesurada (...)".

Cabe señalar que esta situación es más compleja si se considera el retorno de población colombiana a su país desde Venezuela, y el hecho de que muchos migrantes venezolanos llegan a Colombia para establecerse o para dirigirse a otros países de la subregión, como Perú, Ecuador, Chile o Argentina principalmente (García y Cuevas, 2020). Se ha encontrado que Colombia sirve también como un “trampolín”, ya que las personas migrantes lo utilizan como base para decidir a qué país dirigirse (García y Cuevas, 2020). De manera que Colombia es un país de destino y de tránsito, de ahí su importancia en el fenómeno migratorio de la subregión. Se calcula que en agosto de 2020 había 40,948 personas procedentes de Venezuela en tránsito hacia otros países (Ministerio de Salud, 2020a).

Además, según la OIM (2019a), Colombia es el principal país del que provienen las personas refugiadas en América Latina y el Caribe, por los conflictos de larga duración provocados por los grupos armados al interior del país. Por lo que los cruces están controlados por estos grupos, elevando la oportunidad del tráfico y de la trata de personas migrantes (Ramsey y Sánchez-Garzoli, 2018). En especial hay un peligro constante hacia las mujeres y niños, niñas y adolescentes en condición migrante irregular, ya que estos grupos armados operan en la frontera sin restricción alguna (Ramsey y Sánchez-Garzoli, 2018). Esto produce una alta movilidad de personas en la zona al escapar de la violencia generalizada, lo que provoca que varios se amparen en la figura legal de refugiado.⁴⁰

En cifras, para diciembre de 2020, se calcula que viven en Colombia aproximadamente 1 millón 729 mil personas procedentes de Venezuela, de las cuales 966 mil están en condición irregular, y 762 mil están en condición regular, además el 51% de esta población son hombres y el 49% son mujeres

(Migración Colombia, 2020a). Cabe señalar que, según datos de Migración Colombia (2021b), cerca de 200 personas en situación irregular ingresaron en territorio colombiano de forma diaria durante el 2020. Además, durante este año se deportaron aproximadamente a 600 extranjeros y se coordinó la salida voluntaria de más de 5,400 personas venezolanas. Y esta migración se ha concentrado principalmente en la zona fronteriza de Colombia con Venezuela (Banco Mundial, 2018).

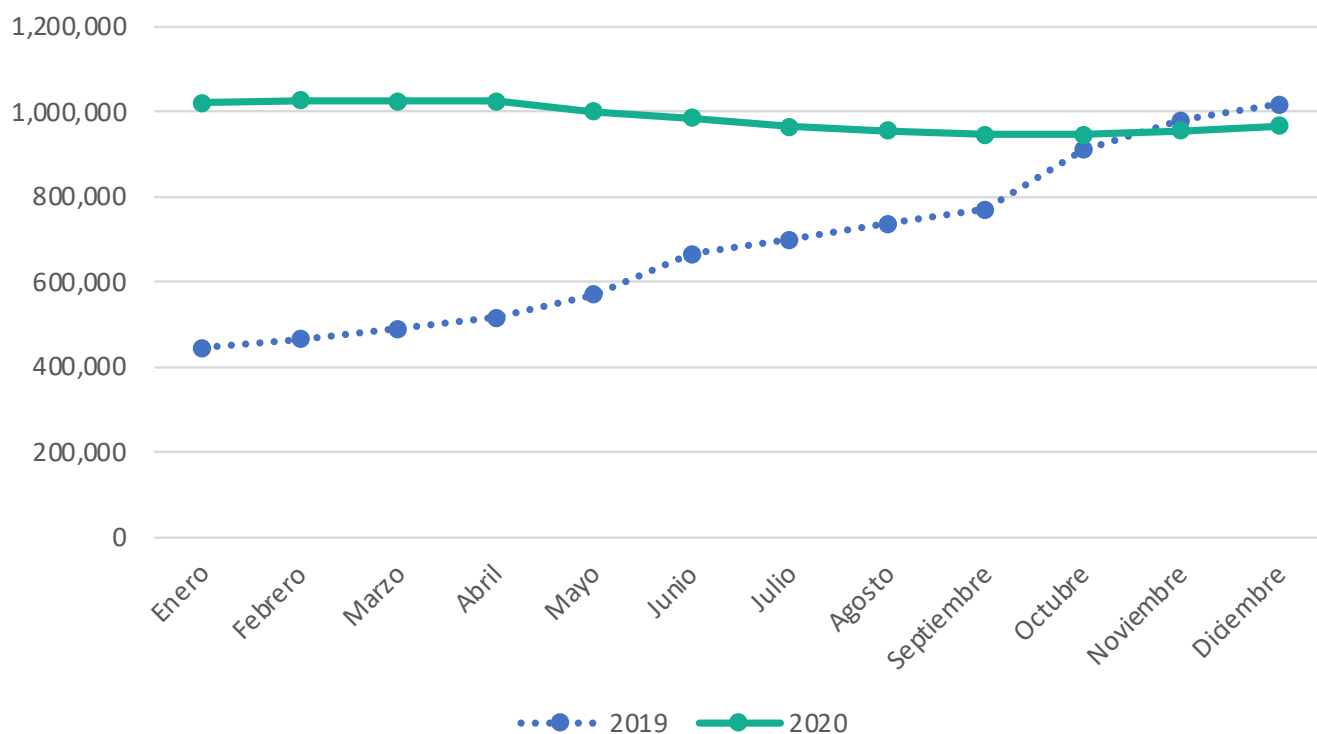
En el año 2019 hubo un aumento constante de la población migrante irregular en Colombia, principalmente proveniente de Venezuela, la cual disminuyó ligeramente a partir de marzo de 2020, como se puede observar en la Figura 5 a continuación. Hay que tomar en cuenta que estos datos son solamente aproximaciones, ya que la migración irregular ingresa por las vías informales, por lo que no están completamente registrados (Cabrera, Cano y Castro, 2019).

La ligera disminución del volumen de la población migrante irregular durante el 2020 en comparación con el 2019 se podría deber a las medidas impuestas por el gobierno colombiano para contener los contagios, como el cierre parcial de los puestos fronterizos. También esta desaceleración podría deberse al retorno de las personas venezolanas a su país por vía formal e informal durante el 2020. Lo que es evidente es que, durante el 2020, la pandemia afectó el volumen migratorio de las personas venezolanas en Colombia. Esto indica que el flujo migratorio redujo su fuerza, a raíz de las acciones institucionales por contener la pandemia.

Ahora bien, como ya se mencionó con anterioridad, antes de la pandemia por COVID-19 era necesario que las personas ingresaran al territorio colombiano de forma regular para obtener acceso a la salud, por medio del PEP, para poder registrarse

⁴⁰ Hay que recordar que la definición de refugiados para La Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) es la siguiente: “Los refugiados son personas que están fuera de su país de origen debido a un temor de persecución, a un conflicto, violencia u otras circunstancias que perturben gravemente el orden público, y quienes, en consecuencia, requieren protección internacional” (ONU, 2021a). Bajo la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo en 1967 estas personas están protegidas jurídicamente.

Figura 5. Población migrante irregular en Colombia, 2019 y 2020.



Fuente. Elaboración propia con datos de Migración Colombia (2021 c).

en el Sistema General de Seguridad Social, lo que indica que la población migrante irregular no podía tener un acceso pleno a los servicios médicos (Bojórquez-Chapela et al, 2020).⁴¹ Incluso el Ministerio de Salud de Colombia (2019:35) considera que la migración irregular: “Son personas provenientes de República Bolivariana de Venezuela que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos”. De manera que la condición de irregularidad de estas personas las coloca en una constante vulnerabilidad sanitaria.

De hecho, los resultados de una encuesta local muestran que en 2018 el 97% de las personas migrantes venezolanas en condición irregular no estaban adscritas en un sistema de salud en Co-

lombia, el 47% mencionó nunca haber utilizado los servicios médicos en el país, incluso algunos migrantes evitaron ingresar a los centros de salud por miedo a ser deportados (Restrepo y Jaramillo, 2018). Además, se encontró que el 25% de estos migrantes tienen condiciones de salud especiales, tales como embarazo, alta presión, asma, diabetes y epilepsia (Restrepo y Jaramillo, 2018). Los datos del Ministerio de Salud (2019) son aún más desalentadores: el 99% de la población migrante irregular, en 2019, no estaba afiliada al sistema de salud de Colombia, y las enfermedades comunes son las crónicas como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar, enfermedades cardíacas, cáncer y salud mental; también hay necesidad para la atención de infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y VIH/SIDA, todas las cuales requieren de tratamientos médicos especiales.⁴² Por último, según el Observatorio Ve-

⁴¹ Se registró un aumento en las atenciones en salud de la población migrante en general, que incluyen la consulta externa, las urgencias y la hospitalización, consecuencia del aumento del fenómeno migratorio desde el 2015 (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2018).

nezolano de Migrantes (2019), la población migrante irregular que acudió a los servicios de salud por consulta externa o para urgencias fueron principalmente mujeres, cerca del 70% de las personas atendidas en estas dimensiones era población femenina de 20 a 29 años para la atención de embarazo, parto y puerperio, principalmente.

A su vez hay que tomar en cuenta que según el Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario (2018), el 71.8% de las personas venezolanas que se encuentran en Colombia hace dos años y menos de cinco años (2-5 años) manifestó tener acceso a la salud en 2018, y sólo el 36.9% de los migrantes más recientes (menos de 2 años) consideró tener dicho acceso. Lo que significa que a mayor antigüedad del evento migratorio implica un mayor conocimiento sobre el acceso a la salud (Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario, 2018).⁴³ También, según estimaciones del Banco Mundial (2018), el 73% de los migrantes que acaban de arribar a Colombia no tiene acceso a la salud, pero aquellos que migraron entre uno y cinco años sólo el 32% no tiene acceso. Esto también significa que el acceso a la salud de la población migrante regular es un proceso que toma su tiempo y no es inmediato. Por el contrario, es claro que todavía hay muchas personas en situación migratoria irregular que carecen de acceso a la salud. En efecto, en agosto de 2020 la población venezolana portadores del PEP en Colombia era de 766,296 personas (Ministerio de Salud, 2020a), cifra que contrasta con el total de la población mi-

grante, que como ya se mostró, es de 1 millón 742 mil personas, dejando afuera del acceso a la salud alrededor de 1 millón de personas.

Ahora bien, la situación de irregularidad se puede complicar cuando brotan barreras a los servicios de salud en Colombia, una de las cuales es la discriminación. Según la encuesta aplicada por Restrepo y Jaramillo (2018), el 32% mencionaron que sus derechos humanos fueron transgredidos (entre los cuales están episodios de abuso verbal, agresión física, amenazas, desplazamiento obligado, violencia sexual y explotación laboral entre otros). Además, el 48% se sintió discriminado por su condición migratoria, y consideraron que el público en general es el que más los ha discriminado (88%), a diferencia de los funcionarios públicos (11%). En general, consideraron que hay tensiones entre ellos (los migrantes venezolanos) y los habitantes de los pueblos locales, situados a lo largo de la frontera. Asimismo, la gran mayoría señaló que la principal necesidad es el trabajo, después el acceso a vivienda y, por último, el acceso a la salud. Cabe señalar que el 78% de las personas habían recibido alguna ayuda humanitaria de organizaciones civiles o de instituciones públicas, entre estos apoyos están los servicios a la salud.

Un estudio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018) considera que la población migrante irregular de Venezuela padece de una clara estigmatización que implica una reacción agresiva de la población nativa de Colombia cristalizada en agresiones verbales y físicas. En

⁴² Como el fenómeno migratorio venezolano es un acontecimiento relativamente nuevo para el gobierno de Colombia, todavía destacan más la migración regular. Por ejemplo, el Observatorio Nacional de Migración y Salud (2021) solamente captura datos de la población extranjera atendida y afiliada en el sistema de salud. De hecho, considera que la personas deberá contar con “con una póliza de salud que permita la cobertura ante cualquier contingencia de salud”, pero en caso de no contar con una “el Estado garantiza la atención inicial de urgencias”. Y agrega: “también existe la población migrante en condición irregular afiliada a uno de los regímenes del sistema general de seguridad social”. Esto significa que el Observatorio no captura información para la población migrante irregular, solamente para la población migrante regular.

⁴³ Esto puede significar, por otro lado, que hay un proceso de cambio en la condición migratoria al pasar de la migración irregular a la migración regular, lo que implica la oportunidad de acceder a los servicios médicos por medio del PEP, como destaca Rodríguez (2020).

este estudio se destaca que en la tecnología de las redes sociales se expresan con palabras como “ilegales”, “invasión”, “avalancha”, “hambrientos” y “ladrones” entre otras, además también hay frases como “vienen a robar el trabajo”, “han venido a delinquir”, “son atracadores”. Además, brotan dos situaciones, generan molestias en la comunidad de acogida con su actividad en el sector informal que se realiza en las calles, y son considerados competencia laboral en ciertos sectores (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2018). Por último, este estudio destaca que las declaraciones de las autoridades locales, estatales y de los medios masivos de comunicación contribuyen a generar una imagen negativa de esta población migrante.⁴⁴

Esta discriminación, como obstáculo a los servicios a la salud, también la padecen con especial énfasis la mujeres migrantes embarazadas y madres, por lo que hay mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer de los infantes; así como caries dentales, enfermedades infecciosas, obesidad y problemas de salud mental en los menores de edad (Ministerio de Salud, 2019). En pocas palabras, las madres con hijos o hijas tienen mayor vulnerabilidad sanitaria dentro del grupo migrante irregular. Aunado a esto, se detectó que la población migrante irregular puede padecer de episodios de violencia basada en el género, además su situación indocumentada provoca que sea difícil acceder a todos sus derechos y servicios respecto a la salud física y psicológica (Observatorio Venezolano de Migrantes, 2019).

Como ya se mencionó anteriormente, la condición irregular provoca que muchas personas no busquen atención médica por miedo a ser deportadas, afectando a su salud y bienestar (OIM, 2020b). Esto daña principalmente a las mujeres jóvenes y adultas quienes se sienten inseguras al intentar acceder a los servicios de salud al no tener un estatus migratorio legal (OIM, 2020b). En efecto,

hay una falta de información que provoca decisiones como evitar ir al hospital o a la clínica que se combina con evitar ser discriminados al interior de la institución médica. Por otra parte, el estudio de USAID y Profamilia (2020) respecto a la situación de Colombia considera que incluso para la población migrante regular es casi imposible afiliarse al sistema de salud de Colombia, además encontraron también que hay una falta de información sobre cómo acceder en el complejo sistema de salud colombiano. En efecto, se ha encontrado que la mayoría de estas personas carece de información sobre los servicios disponibles con base en los derechos a la salud (Murfet y Baron, 2020).

Para Ariza et al (2020), las personas migrantes en condición irregular, padecen de las siguientes barreras en el acceso a la salud en Colombia: 1) falta de aseguramiento en salud, 2) falta de información sobre el sistema de salud colombiano, 3) apropiación insuficiente de los esfuerzos gubernamentales correspondientes a la atención a la salud. Para estos autores, un acceso a la salud limitado es un problema de salud pública para el gobierno colombiano, principalmente por las enfermedades como las hepatitis virales, la malaria y el VIH, por eso es importante garantizar los servicios médicos, con énfasis en la atención primaria.

Aunque en los últimos años el gobierno de Colombia se ha esforzado por ofrecer un pleno acceso a la salud a toda la población migrante, tiene un sistema de salud precario que conserva barreras al acceso a la salud. Esto significa que la situación de la población migrante irregular se complica mucho más. Este problema de acceso a la salud se puede observar en el Índice Global de Seguridad Sanitaria 2019 (*Global Health Security Index*) creado entre la *Johns Hopkins Center for Health Security* y *The Economist Intelligence Unit* (GHS INDEX, 2021). Este índice califica de 0 a 100, en donde 100 son las mejores condiciones

⁴⁴ Aunado con lo anterior, un estudio de OXFAM (2019) también concluyó que conforme ingresaban más personas de Venezuela en Colombia incrementó la xenofobia, la discriminación y la violencia machista, aumentando la vulnerabilidad principalmente de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

institucionales para la salud. Según la Tabla 4, Colombia ocupa el lugar 65 de 195 países en seguridad sanitaria, colocándolo en una situación intermedia a nivel mundial. Su mejor calificación es respecto a la normatividad con 60.1 puntos. En las demás dimensiones tiene calificación reprobatoria, destacando que salud es la calificación más baja con 34.3, seguido de prevención con 37.2.

En el Índice Global de Seguridad Sanitaria 2019, la categoría de salud es construida por seis indicadores: 1) capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica, 2) respuesta médica y despliegue de personal, 3) acceso a los servicios médicos, 4) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria, 5) prácticas de control de infecciones y

disponibilidad de equipos, y 6) capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas. El puntaje por cada indicador se muestra en la Tabla 5.

Como se puede observar en la Tabla 5, el único puntaje alto es la capacidad para probar y aprobar nuevas medidas médicas con 75 puntos. Hay dos indicadores que recibieron el peor puntaje: 1) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria con cero puntos, y 2) capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica con 7.4 puntos. El que corresponde al acceso a los servicios médicos tiene una calificación casi intermedia, con 48.7 puntos.⁴⁵

Tabla 4. Colombia según el Índice Global de Seguridad Sanitaria.

| | Prevención | Detección | Respuesta | Salud | Normatividad | Riesgo | Total |
|--------|------------|-----------|-----------|-------|--------------|--------|--------|
| Puntos | 37.2 | 41.7 | 43.5 | 34.3 | 60.1 | 51.0 | 44.2 |
| Puesto | 75 | 91 | 70 | 64 | 35 | 116 | 65/195 |

Fuente. Elaboración propia con datos del Índice Global de Seguridad Sanitaria (GHS INDEX, 2021).

Tabla 5. Indicadores de la categoría salud para Colombia.

| Indicadores | Puntos | Puesto |
|--|--------|----------------------|
| Capacidad para asegurar la salud en clínicas, hospitales y centros comunitarios de atención médica | 7.4 | 142/195 |
| Respuesta médica y despliegue de personal | 33.3 | 24/195 |
| Acceso a los servicios médicos | 48.7 | 9/195 |
| Comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria | 0.0 | 43/195 ⁴⁶ |
| Prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos | 50.0 | 6/195 |
| Capacidad para probar y aprobar nuevas medidas sanitarias | 75.0 | 14/195 |

Fuente. Elaboración propia con información del Índice Global de Seguridad Sanitaria (GHS INDEX 2021).

⁴⁵ Según el Índice Global de Seguridad Sanitaria 2019, Colombia tiene una calificación intermedia a razón de que su gasto médico de bolsillo en la población es alto, y de que el cuerpo médico carece de medidas de salud para sí mismo (GHS INDEX, 2021).

⁴⁶ En el texto del indicador sobre la comunicación con el cuerpo médico señala que: “No existe evidencia a través del Ministerio de Salud y Bienestar, del Instituto Nacional de Salud o su Centro de Respuesta a Emergencias (COE-ESP), del Punto Focal Nacional del RSI, de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres (OGTED), o del Plan de salud 2016-2020 del Centro de Regulación de Emergencias de un sistema para que los funcionarios de salud pública y los trabajadores de la salud se comuniquen durante una emergencia de salud pública” (GHS INDEX, 2021).

Aunado a lo anterior, hay que agregar que el sistema de salud público de Colombia ha afrontado el problema del desfinanciamiento, es decir, de la disminución de los recursos económicos, que afecta el alcance de los objetivos planteados (OIM, 2020a).⁴⁷ Lo que complica no sólo asegurar el acceso a la salud a cada vez más personas, sino en ofrecer servicios médicos de calidad. Esto muestra un problema instalado en muchos países en América Latina, a saber: la *institucionalización de la pobreza* que resulta no de la desventaja de estar excluido de las instituciones públicas, sino por estar integrado, pero en una situación desfavorable por la baja calidad de los bienes y servicios gubernamentales (Roberts, 2007).⁴⁸ Incluso las políticas públicas pueden profundizar esta situación al enfocarse más en la inclusión de la población tradicionalmente excluida en el acceso a la salud, como la población migrante irregular, que por la calidad de los servicios médicos que se les ofrece. Lo que puede contribuir a la reproducción de las condiciones adversas en la vida de las personas, y con posibilidad de heredar estas condiciones en las siguientes generaciones.

Por último, cabe señalar la participación de las organizaciones civiles que han apoyado el esfuerzo gubernamental para la atención de la salud de la población migrante irregular, las cuales han intervenido en la alimentación, salud e incluso inserción laboral y educativa (Proyecto Migración Venezuela, 2019). Por ejemplo, USAID ha ofrecido principalmente salud, comida y apoyos económicos directos a estas personas (Roth, 2019). Asimismo, tienen un papel relevante los centros de asistencia y albergues a lo largo del país para esta población organizados por la institución católica (Roth, 2019),

aunque padecen últimamente de hacinamiento, lo que complica el soporte humanitario a esta población (Redacción El Tiempo, 2020).

En suma, hay una situación compleja en la frontera entre Colombia y Venezuela: por un lado, hay una migración creciente de personas venezolanas que abandonan su país por la actual crisis económica y política; por otro, en esta zona fronteriza operan grupos armados de ambos países, ejerciendo violencia en esta población migrante. Asimismo, antes de la pandemia había restricciones legales al acceso a la salud, ya que se exigía cierta documentación para poder ingresar por la vía formal a Colombia y, por lo tanto, a su sistema de salud público. Esta situación ha sido complicada para estas personas migrantes, ya que en Venezuela hay una serie de impedimentos para adquirir documentación oficial para salir del país, como el pasaporte. Colocando a varias personas en la irregularidad y, por lo tanto, en una carencia en el acceso a la salud en Colombia. El EPTV entró en vigor en enero de 2021, por lo que todo el año de 2020 estas personas tuvieron dificultades para acceder a los servicios médicos de Colombia. Además de esto hay otro obstáculo al acceso pleno a la salud, que es la discriminación y la estigmatización reportada por las personas migrantes venezolanas al cruzar la frontera e internarse en Colombia. Estas barreras sociales se combinan con otros obstáculos como la poca información disponible sobre los derechos a la salud de las personas migrantes. Y, por último, este país cuenta con un sistema de salud que ocupa el lugar 65 a nivel mundial, obteniendo en el indicador de acceso a la salud 48.7 puntos de 100, según la Tabla 4 y la Tabla 5. Esto significa que es un sistema de salud pública que enfrenta

⁴⁷ Durante la pandemia por COVID-19 en 2020 Colombia renovó sus peticiones de apoyo económico internacional al verse en la imposibilidad de solventar los gastos para la detección y tratamiento de la pandemia en los grupos migrantes al interior del país (Panayotatos y Schmidtke, 2020).

⁴⁸ Para Roberts (2007), esto puede llamarse también inclusión desfavorable que es la integración a las instituciones que proveen una baja o muy baja calidad en sus servicios públicos. Según este autor, la inclusión desfavorable es un concepto de Sen (2000).

algunos problemas graves todavía en el acceso a la salud. Como veremos a continuación, esta situación se complicó en el contexto de la pandemia por COVID-19 durante el 2020, lo que hizo difícil que se cumpliera a cabalidad los derechos humanos.

4.4 EL ACCESO A LA SALUD DE LOS MIGRANTES IRREGULARES EN TIEMPOS DE COVID-19 EN COLOMBIA

Como se pudo observar en los apartados anteriores, el acceso a la salud principalmente está determinado por la condición migratoria de las personas venezolanas en Colombia. La condición de irregularidad de esta población migrante, provocada por la crisis política y económica de Venezuela, las ubica afuera del acceso pleno a los servicios de salud en Colombia. De manera que con estas restricciones a la salud, se transitó el 2020, año del brote de la pandemia por COVID-19, provocando una situación muy difícil para esta población. Cabe recordar que estos migrantes sufrieron lo que también sufrieron todos los migrantes del mundo: varamiento, desempleo, desalojo, necesidad de movilidad, discriminación, hacinamiento, violencia de grupos armados, imposibilidad de aislamiento social y falta de acceso pleno a la salud, resultando una alta vulnerabilidad sanitaria. La situación es más crítica todavía en los grupos vulnerables de la población migrante como en las mujeres, los niños, las niñas y los adolescentes. También se debe agregar al grupo LGBT+, grupos indígenas y grupos afrodescendientes.

El gobierno colombiano básicamente adoptó tres medidas para combatir la crisis de salud aplicadas en los primeros meses de la pandemia: 1) medidas

sanitarias y de emergencia sanitaria; 2) medidas de emergencia social, económica y ecológica; y 3) medidas de orden público y otras de índole ordinario (Ministerio de Salud, 2020b). De manera que se anunciaron una serie de resoluciones y decretos para atender los puntos anteriores. A pesar de esto, hubo una respuesta desigual entre las distintas regiones del país ante el desarrollo de la pandemia, dificultando las dimensiones al derecho a la salud como la disponibilidad, la aceptabilidad, la calidad y la accesibilidad en todo el territorio (Botero-Rodríguez y Rodríguez-Espinosa, 2020). Además, las personas migrantes venezolanas principalmente laboran en el sector informal, situación por la que no pudieron acatar las medidas de salud con facilidad, como el aislamiento social (Murfet y Baron, 2020). En este contexto, García-Echeverry et al (2020) observan dos severas contradicciones: se responsabiliza a las instituciones de salud de resultados magros en el combate a la pandemia por COVID-19 siendo que estos resultados son producto de una desigualdad estructural; y no se puede cumplir a cabalidad el distanciamiento social en los grupos migrantes al no otorgar el gobierno los recursos materiales y económicos para ello.

Hay que considerar que las estrategias del gobierno colombiano estuvieron determinadas por los pocos recursos económicos para la atención médica de las personas migrantes en su territorio. En efecto, a pesar de que el gobierno recibió donaciones económicas de Estados Unidos, la Unión Europea, la Organización Panamericana de la Salud y la Cruz Roja, fueron recursos insuficientes para hacer frente a la pandemia (Panayotatos y Schmidtke, 2020). Incluso en un estudio se encontró que el 58% de los hogares en los que habitaban migrantes venezolanos habían recibido ayuda de organismos internacionales durante la pandemia, mientras que sólo el 29 % recibieron ayuda del gobierno colombiano (Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos, 2020). De hecho, el Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes (RMRP) para refugiados y migrantes de Venezuela

ha recibido muy poco financiamiento durante la pandemia, aumentando la crisis en salud pública (Panayotatos y Schmidtke, 2020). Por lo que parece que las resoluciones y decretos no estuvieron ajustados por las posibilidades económicas para realizarlas a cabalidad por las instituciones de salud.

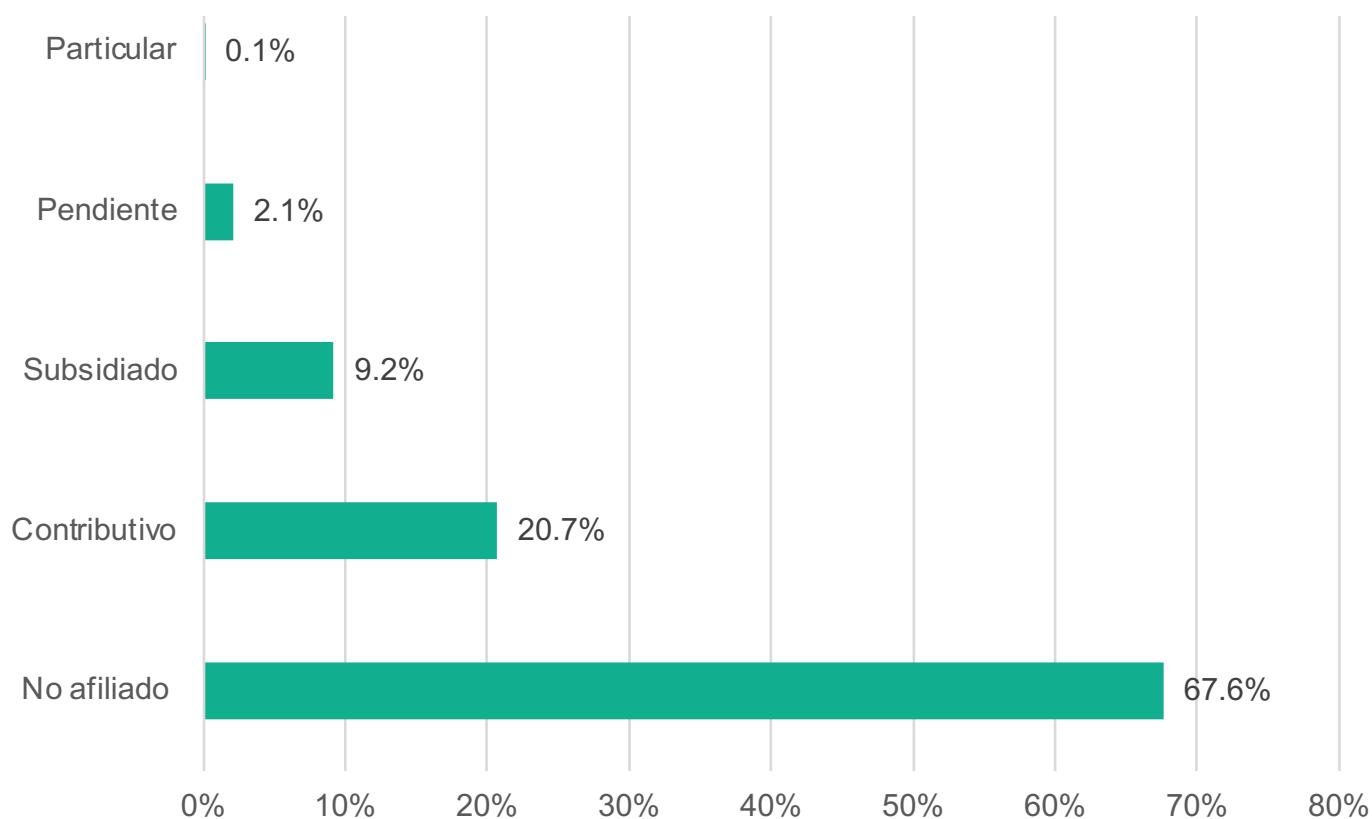
En relación con lo anterior, un estudio del Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos) (2020) señala que el 30% de los hogares habitados por personas migrantes venezolanas necesitaron atención médica uno o más miembros de la familia. De este porcentaje, solamente el 33% reportó haber recibido un adecuado cuidado médico. El 67% restante no recibió adecuada atención médica, debido a: 1) no poder salir debido al confinamiento por el aislamiento social, 2) no estar afiliado al sistema de salud público, 3) los altos costos médicos (gasto de bolsillo), 4) no tener documentación que acrediten a la persona como migrante regular y 5) al miedo a enfermarse por COVID-19. Además, este estudio indica que el 29% de los hogares tuvieron problemas para el lavado de manos y para mantener la higiene corporal en general, debido a la escasez de agua y jabón, incluso un 18% no tuvieron acceso al agua potable.

A pesar de que se promulgaron una serie de resoluciones y decretos a lo largo del año 2020, según USAID (2021), el 56% del total de la población venezolana migrante no se encuentra afiliada en el sistema de salud de Colombia, por lo que carece de acceso a la salud, además muchas de estas personas han dejado de asistir al centro de atención médica por miedo a ser contagiadas; asimismo, los insumos médicos fueron utilizados por la pandemia por lo que se desatendieron otros servicios a la salud, entre otros servicios. En 2019 se atendieron a 551,799 personas migrantes provenientes de Venezuela, mientras que hasta agosto de 2020 se atendieron a 309.718 personas, lo que implica una disminución considerable por consecuencia de la pandemia por COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020a).

Datos del Instituto Nacional de Salud (2020) señalan que la mayoría de las personas migrantes y refugiadas contagiadas por COVID-19 en el primer semestre del 2020 no tuvieron afiliación alguna a los servicios médicos, es decir, no se encontraban ni en el régimen subsidiado, ni en el régimen contributivo, como se puede apreciar en la Figura 6. En específico, el 67.6% no se encontraban en algún régimen de salud, lo que cabe suponer un alto componente de la población en condición migrante irregular al no tener documentos oficiales. En cambio, el 20.7% estaba en el régimen contributivo, y el 9.2% en el régimen no subsidiado. Cabe destacar que el 2.1% estaba pendiente, es decir, en trámites para asignarlos al régimen contributivo o al régimen subsidiado. Y solamente un 0.1% estaba registrado en los servicios particulares de salud. Esto mostró la necesidad de ampliar los servicios médicos para que más personas en condición migrante pudieran acceder a la salud.

Hay que agregar que no todas las mujeres tienen acceso a la salud, ya que un estudio de la OIM (2020b:1) encontró que un 41% de las mujeres encuestadas reportó no haber tenido acceso a la salud cuando lo necesitaba, situación grave porque esta población tiene necesidades como la “anticoncepción, salud prenatal y materna, atención por violencia de género, enfermedades e infecciones transmitidas por mosquitos, desnutrición, deshidratación, enfermedades sexuales, y otros riesgos a la salud que se dan en el marco del desplazamiento, por ejemplo, afectaciones a la salud mental”. A lo anterior hay que sumar la necesidad de atención médica ante el contagio por COVID-19. Otra de las observaciones de este estudio de la OMS (2020b) es que quiénes se han sentido con seguridad para exigir acceso a los servicios de la salud durante la pandemia han sido las mujeres venezolanas en condición migrante regular, mientras que las mujeres en condición migrante irregular han acudido en un porcentaje bajo a los centros de salud, por miedo a ser discriminadas o porque desconocen sus derechos a la salud.

Figura 6. Porcentaje de personas afiliadas y no afiliadas a los servicios médicos en Colombia en el 2020.



Fuente. Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Salud (2020).

Se detectó al mismo tiempo el aumento en los niveles de desalojos en la población migrante irregular, provocando que estas personas estuvieran en una situación de calle (Murfet y Baron, 2020). Según un estudio de la ONU (2021b), casi un 40% de las personas venezolanas en condición migrante fueron desalojadas de su vivienda, y un 38% están en peligro de ser desalojados. Esta condición expuso más a estas personas en riesgo de ser contagiadas al dormir en espacios públicos o crear asentamientos irregulares en condiciones precarias e insalubres, en donde la falta de agua y jabón, agua potable y alcantarillado ha sido común en estos lugares (USAID, 2021). De hecho, por este contexto adverso aproximadamente 90,000 personas venezolanas retornaron a su país desde Colombia, lo que provocó resistencias del presidente Nicolás Maduro; esta situación generó el cierre

parcial o total de cruces fronterizos, motivando a que estas personas migrantes estuvieran varadas con hacinamiento en asentamientos formales e informales (Global Detention Project, 2020). En efecto, el gobierno venezolano ingresó a sus ciudadanos en campamentos para que pasaran la cuarentena, no obstante, hay informes que sugieren la falta de agua, la falta de alimentos y la falta de normas básicas para la higiene, por lo que son más susceptible de adquirir la enfermedad (Martínez-Gugerli y Ramsey, 2020).

Por último, el gobierno del presidente Iván Duque, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, reconoció la importancia de vacunar a la población migrante irregular. Por ello esta población está incluida en el Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, no obstante “debido al desafío operativo para la identificación, ubicación y traza-

bilidad de los migrantes en condición irregular (...), la inclusión efectiva de los migrantes en condición irregular se constituye en un desafío para el que se exploran alternativas (...)" (Ministro de Salud y Protección Social, 2021, p. 31). Por esta dificultad se espera que la inmunidad de rebaño entre los habitantes de Colombia contribuya a la protección de esta población (Ministro de Salud y Protección Social, 2021). Sin embargo, se ha reportado que estas personas desconocen la información relevante sobre el proceso de vacunación, y a pesar de que se han realizado campañas de salud al respecto, no se han convocado a suficientes individuos por la dificultad de hacerles llegar la información (USAID, 2021). Asimismo, cabe destacar que las barreras a la salud también se presentaron durante el proceso de vacunación a nivel mundial para estas personas (WHO, 2021), por lo que cabe suponer que Colombia también padeció de esto.

En suma, a pesar del esfuerzo del gobierno colombiano para ofrecer acceso a la salud a la población migrante irregular proveniente de Venezuela, hubo deficiencias como una falta de recursos económicos que se relacionan con una pobreza en la ejecución de las estrategias sanitarias durante la pandemia. Hubo una disminución en el número de personas migrantes atendidas en el 2020 en relación al 2019, lo que implicó que la salud de varias personas, como el caso de las mujeres embarazadas, empeorara. Cabe destacar que la interseccionalidad de las desventajas al interior de la población migrante promueve aún más una vulnerabilidad sanitaria que afecta en gran medida a estos grupos vulnerables, como las mujeres entre otros grupos. De manera que hay dificultades para que estas personas puedan disfrutar del derecho a la salud en cuanto acceso a la salud.

DISCUSIÓN

Estados Unidos y Colombia presentaron situaciones parecidas respecto al acceso a la salud en la población migrante irregular. Ambos países tienen obstáculos jurídicos que impidieron el acceso a los servicios médicos para estas personas. Esto fue notorio por lo menos a lo largo del 2020. En el siguiente año, el gobierno federal de Colombia dio mayor apertura, pero con ciertos límites, y en Estados Unidos la apertura a la salud dependió más de las decisiones de los estados que del gobierno federal. Ahora bien, hay que tomar en cuenta que los marcos jurídicos son los que crean la figura de migrante irregular, alejándose de la defensa de los derechos humanos para argumentar la legalidad en el acceso al país con base en la soberanía. Esto significa que hay una postura jurídica que se dirige a defender los derechos de las y los ciudadanos, con sesgos en la defensa de los derechos de las personas de otras nacionalidades que se movilizan de forma irregular en y entre los países. En este sentido, la condición de ciudadanía o no ciudadanía es la que puede otorgar o no el acceso a los servicios de salud.

Considerar a las personas ciudadanas o no con base en un marco jurídico fomenta el supuesto de que las personas en condición irregular son algo naturalizado, parte inherente de su identidad. Más bien esta figura conceptual es producto del marco jurídico, cuya base son los esquemas discursivos, determinados por las condiciones históricas y culturales específicas de una época. En otras palabras, no hay migrantes irregulares *per se*, hay personas en condición irregular según un marco jurídico sujeto a modificación a partir de un conjunto de reglas y de fuerzas sociales y políticas de una coyuntura histórica. De esta manera, la irregularidad no es una situación que dependa de las personas, por el contrario, depende de las posturas discursivas del Estado en lo formal (y en lo informal), que adquieren consistencia en las leyes y en el esfuerzo de su aplicación por parte de las instituciones.

Lo anterior se vincula con las propuestas conceptuales de Agamben con la situación de la migración irregular, a saber: la vida desnuda (*vida nuda*) y el estado de excepción. En específico, la *vida nuda* es un concepto que sirve para analizar la desprotección jurídica del Estado hacia esta población migrante, con base en la distinción de ciudadano y no-ciudadano, lo que genera personas aisladas, en vías de exclusión social, en los países de destino y de tránsito (Guzmán, 2018). En cambio, el estado de excepción son los efectos de la desprotección legal al no incluir a las personas en situación irregular en la protección legal de sus derechos, por lo que se encuentran expuestas a la violencia (Guzmán, 2018). Además, por un lado, la producción de vida desnuda en cuanto cuerpos humanos sin cualidades políticas, conduce a un proceso de descuidadización y, por otro, el estado de excepción puede llevarse a cabo en ciertos espacios, como por ejemplo en las zonas fronterizas, creando ámbitos de excepcionalidad, es decir, lugares en donde el derecho queda suspendido por una emergencia según las medidas gubernamentales, cuya consecuencia es el abandono de la persona a la violencia (Moreno, 2014).

De manera que el acceso a la salud para las personas en situación irregular está delimitado a razón de los efectos de la vida desnuda y del estado de excepción. Esto significa que estos migrantes al no estar considerados por la ley no pueden recibir atención médica como si fueran ciudadanos. Además, los espacios de excepcionalidad provocan que aumenten los riesgos para su salud. Esto sugiere que la salud de estas personas estuvo más en peligro que en otros tiempos durante la pandemia por COVID-19, considerando que ya padecían antes del 2020 una serie de obstáculos al acceso a la salud. Aumentando con ello su vulnerabilidad sanitaria, que podría profundizarse si se toma en cuenta la interseccionalidad de las desventajas, que afecta a los grupos más vulnerables al interior de la población en condición migrante irregular, como las mujeres.

RECOMENDACIONES

¿Cómo superar los principales obstáculos en el acceso a la salud en la población migrante irregular? Se recomienda generar discursos que defiendan los derechos humanos con la idea de lograr su extensión en el espacio público y en las instituciones gubernamentales para facilitar la construcción de políticas públicas con base en marcos jurídicos que garanticen estos derechos. Esto significa que hay un paso previo a la elaboración de leyes y la elaboración de políticas públicas que puedan asegurar el derecho a la salud para estas personas. Este es el consenso de la mayor parte de los actores interesados en la defensa de los derechos humanos de las personas migrantes, con el fin de combatir las expresiones discriminatorias que puedan dificultar la ejecución del derecho a la salud.

Y es que, como afirma Habermas, las normas jurídicas necesitan forzosamente de una legitimación colectiva en un Estado y sociedad que defienden los principios democráticos, es decir, que por medio de un consenso mediante argumentaciones con pretensiones de validez se puede lograr una legitimación que permita la realización de los ajustes necesarios en el marco jurídico y en las instituciones (Müller-Doohm, 2020). Esto quiere decir que las leyes necesarias para el aseguramiento del acceso a la salud para la población migrante irregular requieren de una legitimación consensuada entre los principales actores que intervienen en la elaboración y aplicación de las políticas públicas, como los sectores políticos, burocráticos, académicos, periodísticos y civiles. Esta legitimación es el fundamento de normas jurídicas que puedan asegurar el acceso a la salud a esta población.

En términos concretos, esta legitimación se puede lograr a través de la construcción de *comunidades de práctica* orientadas a la producción social de significados consensuados bajo los principios de los derechos humanos, en donde

se puedan poner en diálogo abierto los conocimientos y las experiencias de los diversos actores preocupados y ocupados en la salud de la migración irregular.⁴⁹ Por medio de las comunidades de práctica se pueden realizar una diversidad de actividades (como propuestas de ley y proyectos de política pública además de cursos, talleres, ponencias, documentales y exposiciones artísticas) que permitan transmitir la idea de que las personas en condición migratoria irregular necesitan de un marco jurídico y estrategias de política pública que aseguren su acceso a la salud. Esto con el fin de sensibilizar no sólo a la población en general sino también a los tomadores de decisiones del Estado, ya sean políticos o funcionarios.

En suma, el objetivo es que por medio de esta comunidad se pueda generar y distribuir constantemente argumentos robustos con base en razones a favor del acceso a la salud para la población migrante irregular. Esto con el fin de que exista cada vez más un consenso político y ciudadano a favor de los derechos humanos de esta población. De esta forma se puede combatir la *vida nuda* y los espacios de excepcionalidad que ponen en peligro su salud. En consecuencia, la comunidad de práctica puede impulsar las siguientes líneas generales de acción propuestas por la Organización Panamericana de Salud (OPS) (2020):

1) Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, sistematización de la información y monitoreo. Desarrollar información confiable y pertinente a nivel nacional y subnacional (estatal) que sea comparable y de forma continua para ayudar a las personas tomadoras de decisiones en planear las políticas públicas.

2) Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante irregular. Incrementar el acceso igualitario y de calidad a los servicios médicos, sin discriminación. Además, facilitar el apoyo lingüístico, intercultural y financiero para asegurar este acceso, (principalmente para el caso de Estados Unidos). Asimismo, estos servicios deben incluir la promoción, el tratamiento y la rehabilitación para estas personas.

3) Mejorar la comunicación en el combate contra la xenofobia, estigma y discriminación. Ofrecer información con base en los derechos humanos para luchar contra los prejuicios de la población de acogida. Construir una cultura de inclusión, solidaridad y diversidad con base en información veraz con estrategias de comunicación en defensa de los derechos humanos.

4) Fortalecer las alianzas y las redes a nivel nacional e internacional para promover la defensa del derecho a la salud en la población migrante irregular. Las políticas de salud pública se pueden abordar de forma conjunta entre los organismos e instituciones, destacando la diversidad al interior del grupo migrante (compuesto de niños, niñas, mujeres, indígenas y afrodescendientes, entre otros grupos vulnerables). Promover la sinergia entre los principales actores, por medio de la coordinación con organizaciones internacionales como la OPS, la OIM, ACNUR y ONU Mujeres.

5) Adaptar políticas, programas y marcos jurídicos para promover y proteger la salud y el bienestar de la población migrante irregular. Crear políticas de salud y de protección jurídica para el grupo migrante y las personas pertenecientes

⁴⁹ Para Wenger, McDermott y Snyder (2002), las comunidades de práctica son grupos de personas que al compartir un mismo tema o preocupación profundizan su conocimiento y experiencia de forma colectiva, desarrollando un aprendizaje que puede ser compartido. Estas comunidades combinan tres elementos: dominio de conocimiento que define los temas a abordar, comunidad de personas interesadas en los temas, y una práctica compartida que desarrolla aprendizajes que pueden ser difundidos.

a los grupos vulnerables. Además, garantizar la igualdad en el acceso a los programas y políticas nacionales para que esta población pueda ser beneficiaria.

Por último, es necesario la promoción de acciones que puedan responder con efectividad a la pandemia por COVID-19:

1) Crear espacios de seguridad para el acceso a la salud con base en el enfoque de derechos humanos en las principales rutas migratorias.

2) Realizar protocolos generales de atención médica en caso de brote por COVID-19 para el grupo migrante en general, y llevar a cabo protocolos destinados para los grupos vulnerables al interior de esta población, compuestos por niños, niñas, adolescentes, mujeres, indígenas, afrodescendientes, adultos mayores y población LGBTTTIQ+.

3) Promover políticas públicas inclusivas para que la población migrante irregular también sea beneficiaria. Enfrentar las expresiones de exclusión de los apoyos gubernamentales e internacionales tanto en el gobierno como en la sociedad civil.

4) Combatir la desinformación que pueda generar discursos discriminatorios, xenófobos y de odio en las redes sociales virtuales, respecto al contexto de la pandemia por COVID-19.

5) Crear sinergias entre las instituciones gubernamentales a nivel federal, estatal y local, y entre éstas con las organizaciones internacionales. Además, entablar diálogos entre los gobiernos de los países involucrados en el fenómeno migratorio para desarrollar estrategias conjuntas para la protección a la salud.

6) Difundir información veraz y oportuna sobre la situación de los contagios en el país de origen, de tránsito y de destino por COVID-19 a la población migrante. Realizar traducciones de dicha información en caso de ser necesario.

7) Promocionar la vacunación y asegurar la igualdad en el acceso a las vacunas contra el COVID-19.

8) Desarrollar estrategias de vacunación para la población migrante irregular que se encuentra en áreas lejanas a las principales rutas migratorias.

REFERENCIAS

- Acosta, D. (2018). *The National versus the Foreigner*. 200 Years of Migration and Citizenship Law. Cambridge University Press.
- Acosta, D., Blouin, C. y Freier, L. (2019). *La emigración venezolana: respuestas latinoamericanas*. Fundación Carolina. Documentos de trabajo 3. <https://www.fundacioncarolina.es/la-emigracion-venezolana-respuestas-latinoamericanas/>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). *2019 National Healthcare Quality and Disparities Report*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqrdr19/index.html>
- Ager, A. (2014). Health and Forced Migration en E. Fiddian, G. Loescher, K. Long y N. Sigona (Eds.), *The Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*. Oxford University Press.
- Amnistía Internacional (17 de febrero de 2021). *Estados Unidos de América 2019*. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/paises/pais/show/estados-unidos-de-america/>
- Aministía Internacional (14 de abril de 2021). *Colombia 2020*. <https://www.amnesty.org/es/countries/americas/colombia/>
- Arévalo, G. y Castellanos, O. (2020). El derecho a la salud de venezolanos en situación migratoria irregular en la jurisprudencia constitucional colombiana (2016-2019), *Estudios constitucionales*, 18(1), 475-500. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002020000100475&lng=es&nr-m=iso
- Ariza, J. et al (2020). Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana. *Salud UIS*, 52(4), 392-401. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/10761>
- Artiga, S., Tolbert, J. y Orgera, K. (2020). *Hispanic People are Facing Widening Gaps in Health Coverage*. KFF. <https://www.kff.org/policy-watch/hispanic-people-facing-widening-gaps-health-coverage/>
- Artiga, S. y Ubri, P. (2017). *Living in an Immigrant Family in America: How Fear and Toxic Stress are Affecting Daily Life, Well-Being and Health*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/living-in-an-immigrant-family-in-america-how-fear-and-toxic-stress-are-affecting-daily-life-well-being-health/>
- Artiga, S. y Lyons, B. (2018). *Family Consequences of detention/deportation: Effects on finances, health and well-being*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/family-consequences-of-detention-deportation-effects-on-finances-health-and-well-being/>
- Artiga, S. y Rae, M. (2020). *Health and Financial Risks for Noncitizen Immigrants due to the COVID-19 Pandemic*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-financial-risks-noncitizen-immigrants-covid-19-pandemic/>
- Ayón, C. (2015). *Economic, Social and Health Effects of Discrimination on Latino Immigrant Families*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/economic-social-and-health-effects-discrimination-latino-immigrant-families>

- Baker, B. (2018). *Population Estimates, Illegal Alien Population Residing in the United States*. Homeland Security.
- Banco Mundial (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo*. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/events/2018/10/25/migracion-desde-venezuela-a-colombia>
- Banulescu-Bogdan, N. y Chaves-González, D. (2021). *¿Qué sigue ahora luego de que Colombia haya dado un paso histórico en materia de migración?* Migration Policy. <https://www.migrationpolicy.org/news/colombia-paso-historico-que-viene>
- Barrios-Paoli, L. (2020). *Improving Immigrant Access to Health Care in New York City*. A report from the Mayor's Task Force on Immigrant Health Care Access. Ciudad de Nueva York.
- Beck, T., Le, T., Henry-Okafor, Q. y Shah, M. (2017). Medical Care for Undocumented Immigrants. *Clinics in Office Practice*, 44(1), 33-45. [https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(16\)30062-8/fulltext](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(16)30062-8/fulltext)
- Berlinger, N. y Gusmano, M. (2013). *Undocumented Patiens. Undocumented immigrants and access to health care*. The Hastings Center.
- Bernstein, H., Gonzalez, D., Karpman, M. y Zuckerman, S. (2019). *One in Seven Adults in Immigrant Families Reported Avoiding Public Benefit Programs in 2018*. Urban Institute. <https://www.urban.org/research/publication/one-seven-adults-immigrant-families-reported-avoiding-public-benefit-programs-2018>
- Bernstein, H., González J., Gonzalez, D. y Jagannath, J. (2020). *Immigrant-Serving Organizations' Perspectives on the Covid-19 Crisis*. Urban Institute. <https://www.urban.org/research/publication/immigrant-serving-organizations-perspectives-covid-19-crisis>
- Bojórquez-Chapela, I., Flores-García, V., Calderon-Villarreal, A. y Fernández-Nuño, J. (2020). *Health policies for international migrants: A comparison between Mexico and Colombia*. Health Policy OPEN. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590229620300010>
- Botero-Rodríguez, F. y Rodríguez-Espinosa, G. (2020). COVID-19: ¿Una lupa de las inequidades en salud? *Universitas Médica*, 61(3). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedical/article/view/29957>
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2009). Sobre las astucias de la razón imperialista en P. Bourdieu, *Intelectuales, política y poder*, Eudeba.
- Broder, T., Mohyeddin, I. y Cheer, S. (2020), 'State and Local Immigrants' Rights Developments December 2019-August 2020, National Immigration Law Center.
- Budiman, A. (2020). *Key findings about U.S. immigrants*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/08/20/key-findings-about-u-s-immigrants/>
- Cabello, Stephanie (2020). *La protección de las personas migrantes de la subregión de México y Centroamérica*. Dirección Ejecutiva de Proyectos e Investigación, CISS.

- Cabrera, D., Cano, G. y Castro, A. (2019). Procesos recientes de movilidad humana entre Venezuela y Colombia: 2016-2018 en L. Gandini, F. Lozano y V. Prieto (Coord.). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. UNAM.
- Canales A. y Meza S. (2018). Tendencias y patrones de la migración de retorno en México. *Migración y Desarrollo*, 16(30), 123-155.
- Capps, R. y Gelatt, J. (2020). *Barriers to COVID-19 Testing and Treatment. Immigrants without Health Insurance Coverage in the United States*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/covid-19-testing-treatment-immigrants-health-insurance>
- Capps, R., Van Hook, J. y Gelatt, J. (2020). *Millions of U.S. Citizens Could Be Excluded under Trump Plan to Remove Unauthorized Immigrants from Census Data*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/news/millions-us-citizens-could-be-excluded-under-plan-remove-unauthorized-immigrants-census>
- Carbone y Valeria, L. (2013). *Raza y Racismo: ¿el motor de la historia de los Estados Unidos? Un acercamiento a la relación entre raza, racismo y clase en la historia norteamericana*. XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Universidad Nacional de Cuyo. <https://cdsa.aacademica.org/000-010/939.pdf>
- Castles, S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y desarrollo*, 7(15), 49-80. <http://www.scielo.org.mx/pdf/myd/v8n15/v8n15a2.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (1 de septiembre de 2021a). *Health Disparities*. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/health_disparities.htm
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (19 de abril de 2021b). *Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html>
- Chishti, M. y Bolter, J. (2020). *Vulnerable to COVID-19 and in Frontline Jobs, Immigrants Are Mostly Shut Out of U.S. Relief*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/covid19-immigrants-shut-out-federal-relief>
- Clark, E., Fredricks, K., Woc-Colburn, L., Bottazzi, M. y Weatherhead, J. (2020). Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on immigrant communities in the United States. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14 (7), 1-9. <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008484>
- Collins, P. y Bilge, S. (2016), *Interseccionalidad*, Polity Press.
- Comitte Opinion (2015). *Health Care for Unauthorized Immigrants, Comittee on Health Care for Underserved Woman*. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2015/03/health-care-for-unauthorized-immigrants.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018). *Necesidades de protección de las personas venezolanas forzadas a migrar, refugiadas y en riesgo de apátrida en Colombia*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. <https://codhes.files.wordpress.com/2018/07/informe-migrantes-y-refugiados-vz-en-col.pdf>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2021). *Encuesta regional de desalojos de las personas refugiadas y migrantes de Venezuela*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. <https://reliefweb.int/report/colombia/encuesta-regional-de-desalojos-de-las-personas-refugiadas-y-migrantes-de-venezuela>
- Community Resource Hub (2020). *Excluded in the Epicenter. Impacts of the COVID crisis on working class immigrant, black and brown new yorkers*. Make the Road New York. <https://communityresourcehub.org/resources/excluded-in-the-epicenter-impacts-of-the-covid-crisis-on-working-class-immigrant-black-and-brown-new-yorkers/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019). *Principales retos en el ejercicio del derecho a la salud*. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Dosieres_Derechos_Sociales/Retos_Derecho_Salud.pdf
- Congressional Research Service (2020). *Unauthorized Immigrants' Eligibility for COVID-19 Relief Benefits*. Congressional Research Service. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/R/R46339>
- Congressional Research Service (2021). *Unauthorized Immigrants' Access to COVID-19 Vaccines*. CRS.
- Constitución Política de Colombia. Art. 49 y 100. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 2006.
- Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes de 13 de septiembre de 2016.
- Decreto número 1288 de 2018 (Colombia).
- Dedania, R. y Gonzales, G. (2019). Disparities in Access to Health Care Among US-Born and Foreign-Born US Adults by Mental Health Status. *AJPH Research*, 109(53), 221-227. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305149>
- Délano, A. (2020). Mexican Communities in the United States during the Pandemic: Precarity, Mutualism and Solidarity en El Colegio de México. *Vulnerable populations and support networks in Mexico and the United States*. El Colegio de México.
- Dolores, M., Zenteno, R., Treviño, J. y Wolf, S. (2015). *Un análisis de los actores políticos y sociales en el diseño y la implementación de la política y la gestión migratoria en México*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Durand, J. (2017). *La migración México-Estados Unidos*. El Colegio de México.
- Escobar, V. (2018). Migrantes irregulares en América Latina: el caso colombiano. *Trans-Pasando Fronteras*, 12. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/trans-pasando_fronteras/article/view/2929
- Freier, L. y Parent, N. (2018). *A South American Migration Crisis: Venezuelan Outflows Test Neighbors' Hospitality*. *Migración Policy*. <https://www.migrationpolicy.org/article/south-american-migration-crisis-venezuelan-outflows-test-neighbors-hospitality>
- Freitez, A. (2019). Crisis humanitaria y migración forzada desde Venezuela en L. Gandini, F. Lozano y V. Prieto (Coord.). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. UNAM.

- Gandini, L. et al. (2020). Nuevas movilidades en América Latina. *Cuadernos Geográficos*, 59(3), 103-121. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/9294>
- García, M. y Cuevas, D. (2020). *Colombia-Venezuela: The humanitarian crisis of the venezuelan migration flow at the colombian border*. https://www.comillas.edu/documentos/centros/iuem/Migratory_Flows_at_the_borders_of_our_world/11_Colombia_Venezuela.pdf
- García-Echeverry, F. et al (2020). El derecho a la salud en tiempo de pandemia en Colombia: entre la equidad endémica y el estado de emergencia. *Revista Colombiana de Bioética*, 15(1), 1-17. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1892/189264012007/html/index.html>
- Gelatt, J. (2020). *Immigrant Workers*. Vital to the U.S. COVID-19 Response, Disproportionately Vulnerable. Migration Policy Institute.
- Gelatt, J. y Koball, H. (2014). *Immigrant Access to Health and Human Services*. Urban Institute.
- Gelatt, J. y Zong, J. (2018). *A profile of the Unauthorized Immigrant Population in the United States, Fact Sheet*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/profile-unauthorized-immigrant-population-united-states>
- GHS INDEX (29 de abril 2021). *2019 GHS Index Country Profile for Colombia*. <https://www.ghsindex.org/country/colombia/>
- Global Detention Project (2020). *Country Report: immigration detention in Colombia: at the crossroads of the Americas*. Global Detention Project. <https://www.globaldetentionproject.org/immigration-detention-in-colombia-at-the-crossroads-of-the-americas>
- Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos, (13 de abril 2020). *Colombia: Joint rapid needs assessment, COVID-19, mayo de 2020*. <https://r4v.info/en/documents/details/76032>
- Guadagno, L. (2020). *Migrants and the COVID-19 pandemic: an initial analysis*. OIM. <https://publications.iom.int/books/mrs-no-60-migrants-and-covid-19-pandemic-initial-analysis>
- Guzmán, J. (2018). Estado de excepción de inmigrantes ilegales en Nueva York “Atrapados en la jaula de oro”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 63(233), 19-42. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcps/article/view/57182>
- Hall, E. y Cuellar, N. (2016). Immigrant Health in the United States: A Trajectory Toward Change. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(6), 611-626. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27738287/>
- Hasstedt, K., Desai, S. y Ansari-Thomas, Z. (2018). *Immigrant Women’s Access to Sexual and Reproductive Health Coverage and Care in the United States*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2018/nov/immigrant-womens-access-sexual-reproductive-health-coverage>
- Icduygu, A. (2020). *Stranded irregular migrant workers during the COVID-19 crisis: The question of repatriation*. OIM. <https://publications.iom.int/system/files/pdf/stranded-irregular.pdf>
- Índice de Política de Integración Migratoria 2020. <https://www.mipex.eu>
- Instituto Nacional de Salud (2020). *Casos Covid-19 de población migrante y refugiados venezolanos en Colombia*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-casos-covid-19-poblacion-migrante-refugiados-venezolana-colombia-corte-30>

- Jaramillo, L. y García-Juan, L. (2019). Retos actuales de la atención sanitaria de la población inmigrante irregular en Colombia. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 25, 15-31. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3221/322161623001/html/index.html>
- Jordan, M. (18 de marzo de 2020), 'We're petrified': Immigrants afraid to seek medical care for Coronavirus. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/18/us/coronavirus-immigrants.html>
- KFF (2018). *Proposed Changes to 'Public Charge' Policies for Immigrants: Implications for Health Coverage*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/fact-sheet/public-charge-policies-for-immigrants-implications-for-health-coverage/>
- KFF (2019). *Changes to "Public Charge" Inadmissibility Rule: Implications for Health and Health Coverage*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/fact-sheet/public-charge-policies-for-immigrants-implications-for-health-coverage/>
- KFF (2020). *Health Coverage of Immigrants*. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/fact-sheet/health-coverage-of-immigrants/>
- Ku, L. y Jewers, M. (2013). *Health Care for Immigrant Families*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/pubs/COI-HealthCare.pdf>
- Londoño, L. y Sampedrom C. (2016). *Atención sanitaria a migrantes irregulares según la política migratoria de México, Argentina y Colombia*. Universidad de Antioquía.
- Loweree, J., Reichlin-Melnik, A. y Ewing, W. (2020), *The impact of COVID-19 on Noncitizens and Across the U.S. Immigration System*. American Immigration Council. <https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/impact-covid-19-us-immigration-system>
- Machado, A. *Poesías*. Posada/Océano.
- Manchinelly, D. (2021). *El acceso a la salud de los migrantes irregulares en México*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2021/03/CASBSS-2021-El-acceso-a-la-salud-de-la-migracion-irregular-en-Mexico_.pdf
- Martínez-Gugerli, K. y Ramsey, G. (2020). *En respuesta a la pandemia mundial, los migrantes y refugiados venezolanos están siendo olvidados*. WOLA. <https://www.wola.org/es/analisis/respuesta-pandemia-migrantes-refugiados-venezolanos-olvidados/>
- McAdam, J. (2014). Human Rights and Forced Migration en E. Fiddian, G. Loescher, K. Long y N. Sigona, *The Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*. Oxford University Press.
- McFarling, U. (2021). *Fearing deportation, many immigrants at higher risk of Covid-19 are afraid to seek testing or care*. STAT. <https://lowninstitute.org/headlines/fearing-deportation-many-immigrants-at-higher-risk-of-covid-19-are-afraid-to-see-testing-or-care/>
- Migración Colombia (2020a). *Infografía con corte a diciembre de 2020*. Migración Colombia. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-diciembre>

- Migración Colombia (2021b). *Noticias*. Migración Colombia. <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias>
- Migración Colombia (2020c). Estadísticas. <https://www.migracioncolombia.gov.co/venezuela/estadisticas>
- Migration Policy Institute (2020). *Top 10 Migration Issues of 2020*. Migration Policy Institute.
- Ministerio de Salud (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Ministerio de Salud (2019). *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2020a). *Situación y respuesta del fenómeno migratorio en salud*. Ministerio de Salud. <https://reliefweb.int/report/colombia/situacion-y-respuesta-del-fenomeno-migratorio-en-salud-con-corte-marzo-2021>
- Ministerio de Salud (2020b). *Medidas frente a la pandemia COVID-19*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>
- Ministro de Salud (2021). *Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19*. Minsalud.
- Moreno, H. (2014). Desciudadanización y estado de excepción. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 11(24), 125-148. <https://www.redalyc.org/pdf/628/62832750007.pdf>
- Moreno, C. y Pelacani, G. (2019). Corte Constitucional colombiana: ¿un escenario posible para el Experimentalismo Constitucional en materia migratoria? *Latin American Law Review*, 5, 139-157. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.29263/lar05.2020.07>
- Müller-Doohm, S. (2020). *Jürgen Habermas. Una biografía*. Editorial Trotta.
- Muñoz-Pogossian, B. y Garcia, P. (2020). *Venezuelan migration crisis: medium and long-term impacts*. Florida International University. https://digitalcommons.fiu.edu/jgi_research/34/
- Murfet, T. y Baron, R. (2020). *Una emergencia desigual: Análisis Rápido de Género sobre la Crisis de Refugiados y Migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*. CARE. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77718>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2015). *The Integration of Immigrants into American Society*. The National Academies Press. <https://www.nap.edu/catalog/21746/the-integration-of-immigrants-into-american-society>
- National Center for Health Statistics (2016). *Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*. National Center for Health Statistics.
- Observatorio Laboral de la Universidad del Rosario (2018). *Características de los migrantes de Venezuela en Colombia*. Universidad del Rosario. https://www.comillas.edu/images/OBIMID/Noticias/Caracteristicas_migrantes_de_Venezuela.pdf

- Observatorio Nacional de Migración y Salud (2021). *Acceso a salud*. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/onmigracionysalud/indicadores/Paginas/Acceso-a-salud.aspx>
- Observatorio Venezolano de Migrantes (2019). *Necesidades en salud de la población mirante venezolana en Colombia*. Observatorio Venezolano de Migrantes. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Cooperacion/article/view/4948>
- OIM (2010). *Perfil Migratorio de Colombia*. OIM. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/planeacion_estrategica/Transparencia/estudio_oim_con_el_apoyo_de_colombia_nos_une_y_otras_entidades.pdf
- OIM (2013). *Migración Internacional, salud y derechos humanos*. OIM. <https://publications.iom.int/books/migracion-internacional-salud-y-derechos-humanos-0>
- OIM (2018). *La migración en la Agenda 2030*. OIM. <https://publications.iom.int/books/la-migracion-en-la-agenda-2030-guia-para-profesionales>
- OIM (2019a). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM. <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>
- OIM (2019b). *Glossary on Migration*. OIM. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- OIM (2020a). *Matriz de Seguimiento al Desplazamiento. Recolección de información. Colombia. Encuesta DTM. Vocación de Permanencia de población venezolana en Colombia*. OIM. <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-matriz-de-seguimiento-al-desplazamiento-dtm-recoleccion-de-informacion>
- OIM (2020b). *Acceso a servicios de salud de las mujeres migrantes y refugiadas de Venezuela*. OIM. <https://reliefweb.int/report/colombia/3-acceso-servicios-de-salud-de-las-mujeres-migrantes-y-refugiadas-de-venezuela>
- OIM (5 de marzo de 2021). *Portal de Datos Mundiales sobre la Migración*. Una perspectiva global. <https://migrationdataportal.org/es/themes/migracion-irregular#definicion>
- OIM (22 de septiembre de 2021). *Key Migration Terms*. OIM. <https://www.iom.int/key-migration-terms>
- OIT (2016). *La migración laboral en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, estrategia y líneas de trabajo de la OIT en la Región*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_502766/lang-es/index.htm
- OMS (2006). *Documentos básicos*. Suplemento de la 45ª edición. OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
- ONU (2013). *Migración y derechos humanos. Mejoramiento de la gobernanza basada en los derechos humanos de la migración internacional*. ONU. https://www.ohchr.org/documents/issues/migration/migrationhr_improvinghr_reporcpt.pdf
- ONU (18 de marzo de 2021a). *Refugiados y migrantes*. <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>
- ONU (17 de febrero de 2021b). *Desalojados y en la indigencia, la dura realidad de muchos migrantes venezolanos durante la pandemia de COVID-19*. ONU Noticias. <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488212>

- OPS (2020). *Guidance document on migration and health*. OPS.
- OPS/OIM (2018). *Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. OPS/OIM. <https://www.who.int/migrants/publications/PAHO-report.pdf>
- OPS/OMS (2016). *La salud de los migrantes, 68a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Punto 4.7 del orden del día*. OPS/OIM.
- Orris, A., Grady, A. y Mann, C. (2019). *Public Charge Rule Would Have Significant, Negative Impact on Immigrants' Health Care and the Safety-Net Delivery System*. Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2018/public-charge-rule-negative-impact-immigrants-health-care>
- OXFAM (2019). *Sí, pero no aquí. Percepciones de xenofobia y discriminación hacia migrantes de Venezuela en Colombia, Ecuador y Perú*. OXFAM. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/si-pero-no-aqui-percepciones-de-xenofobia-y-discriminacion-hacia-migrantes-de-v-620890/>
- Páez, T. y Vivas, L. (2017). *The Venezuelan Diaspora: Another Impending Crisis?* Freedom House. Report. https://www.researchgate.net/publication/317099053_The_Venezuelan_Diaspora_Another_Impending_Crisis.
- Page, K. y Flores-Miller, A. (2020). Lessons We've Learned: Covid-19 and the Undocumented Latinx Community. *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2024897>
- Panayotatos, D. y Schmidtke, R. (2020). *En busca de un hogar: cómo la covid-19 hace peligrar los avances en materia de integración de los venezolanos en Colombia*. Refugee International.
- Parment, W. (2019). The Worst of Health: Law and Policy at the Intersection of Health and Migration. *Indiana Health Law Review*, 16(2), 211-233. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3406170
- Passel, J. (2019). *Measuring illegal immigration: How Pew Research Center counts unauthorized immigrants in the U.S.* Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/07/12/how-pew-research-center-counts-unauthorized-immigrants-in-us/>
- Passel, J. y Cohn, D. (2019). *Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/06/12/us-unauthorized-immigrant-population-2017/>
- Pierce, S. (2019). *Immigration-related policy changes in the first two years of the Trump Administration*. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/research/immigration-policy-changes-two-years-trump-administration>
- President Joseph Biden (2021). *National Strategy for the COVID-19 response and pandemic preparedness*. The White House.
- Proyecto Migración Venezuela (2019). *Cooperación internacional en Colombia y Latinoamérica para la atención humanitaria de flujos migratorios provenientes de Venezuela*. <https://reliefweb.int/report/colombia/cooperacion-internacional-en-colombia-y-latinoamerica-para-la-atencion-humanitaria>

- Ramsey, G. y Sánchez-Garzoli, G. (2018). *Responding to an exodus. Venezuela's Migration and Refugee Crisis as Seen From the Colombian and Brazilian Borders*. WOLA. <https://reliefweb.int/report/colombia/responding-exodus-venezuela-s-migration-and-refugee-crisis-seen-colombian-and-0>
- Redacción. (12 de Octubre de 2021). Los problemas que enfrentan los albergues para venezolanos en Colombia. La vida en los albergues para venezolanos en Colombia. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/asi-son-los-albergues-para-venezolanos-en-colombia-296190>
- Reina, M., Mesa, C. y Ramírez, T. (2018). *Elementos para una política pública frente a la crisis de Venezuela*. Fedesarrollo. https://repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3716/CDF_No_69_Noviembre_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Restrepo, J. y Jaramillo, J. (2018). *Venezuelans in Colombia: understanding the implications of the migrants crisis in Maicao (La Guajira)*. Sayara Internacional. <https://sayarainternational.com/wp-content/uploads/2019/05/Presentation-Venezuelans-in-Colombia-English-RF-1.pdf>
- Roberts, B. (2007). La estructuración de la pobreza en G. Saraví (Coord.) *De la pobreza a la exclusión: continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina*. Prometeo Libros.
- Rodríguez, J. (2020). *El acceso al sistema de salud de los migrantes venezolanos en Colombia y sus factores asociados, 2018* (Tesis de maestría, El Colegio de la Frontera Norte). <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/pl2019558/>
- Roth, B. (2019). *Exploring the Local Organizational Response to Venezuelan Migrants in Colombia*. University of South Carolina.
- Sáenz, R. (2020). Immigrants in the United States en Seminario Migración, Desigualdad y Políticas Públicas en El Colegio de México. *Vulnerable populations and suport networks in Mexico and the United States*. El Colegio de México.
- Samara F., Gallagher, E. y Boyd, W. (2020). *When the treatment is torture: ICE must stop using solitary confinement for COVID-19 quarantine*. STAT. <https://www.statnews.com/2020/08/07/ice-must-stop-using-solitary-confinement-for-covid-19-quarantine/>
- Sánchez-Torres, D. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del IMSS*, 55(1), 82-89. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/1135/1917
- Sen, A. (2000). *Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny*. Social Development Papers N° 1: Office of Environment and Social Development Asian Development Bank.
- Spicker, P., Leguizamón, S. y Gordon, D. (2009). *Pobreza. Un glosario internacional*. CLACSO. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/buscar_libro_detalle.php?campo=autor&texto=&id_libro=7
- United States-México Border Health Commission (2014). *Access to Health Care in the U.S.-México Border Region: Challenges and Opportunities*. United States-México Border Health Commission. <https://www.ruralhealthinfo.org/assets/939-3103/access-to-health-care-u.s.-mexico-border.pdf>

- UNMujeres (2020). *Addressing the impacts of the COVID-19 pandemic on women migrant workers*. UNMujeres. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/guidance-note-impacts-of-the-covid-19-pandemic-on-women-migrant-workers-en.pdf>
- U.S. Customs and Border Protection (2021). *Southwest Border Migration FY 2020*. <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/sw-border-migration-fy2020>
- USAID (2021). *COVID-19 Análisis de la situación: Colombia. Tipo de crisis: epidemia*. USAID. <https://reliefweb.int/report/colombia/colombia-immigrants-covid-19-analysis-of-situation-executive-summary-20-october-30>
- USAID/Profamilia (2020). *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia*. USAID/Profamilia. <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- USAID (2021). *COVID-19. Análisis de la situación. Colombia*. USAID.
- Vega, D. (2021). The COVID-19 pandemic on anti-immigration and xenophobic discourse in Europe and the United States. *Estudios Fronterizos*, 22, 1-11. <http://www.scielo.org.mx/pdf/estfro/v22/2395-9134-estfro-22-e066-en.pdf>
- Vera, M. (2018). Anti-Inmigrant and Anti-Mexican Attitudes and Policies during the First 18 Months Of the Trump Administration. *Norteamérica*, 13(2), 197-226. <http://www.scielo.org.mx/pdf/namerica/v13n2/2448-7228-namerica-13-02-197.pdf>
- Wallace, S. (2013). Improving access to health care for undocumented immigrants in the United States. *Salud Pública de México*, 55, 508-514. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5156>
- Wenger, E., McDermott, R. y Snyder, W. (2002). *A Guide to Managing Knowledge. Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business School Press.
- Yoshikawa et al (2019). *Approaches to Protect Children's Access to Health and Human Services in an Era of Harsh Immigration Policy*. New York University. <https://steinhardt.nyu.edu/ihdsc/research/initiatives/approaches-protect-childrens-access-health-and-human-services>

