



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO: HUMANIDADES EN SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO: BIOÉTICA

“ANÁLISIS DE LA JUSTICIA EN LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS CONTRA
COVID-19 A MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR EN MÉXICO”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:
GIMENA CAROLINA VILLEGAS UMAÑA

TUTOR
DR. ÁNGEL ALONSO SALAS
CCH AZCAPOTZALCO

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. CAROL HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
PROGRAMA UNIVERSITARIO DE BIOÉTICA

DR. DAVID FAJARDO CHICA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX, OCTUBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	5
1. INTRODUCCIÓN	7
Planteamiento del problema.....	11
Preguntas de investigación	12
Objetivo General	12
Objetivos específicos.....	12
2. DIRECTRICES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS CONTRA COVID-19	14
2.1. Organismos internacionales	15
2.1.1. Directrices de la OMS	15
2.1.2. Acelerador ACT.....	21
2.1.3. Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	25
2.1.4. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).....	32
2.1.5. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos OHCHR	34
2.2 Plan Nacional de Vacunación México y acciones locales	37
3. JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y SALUD.....	44
3.1. ¿Por qué un concepto de filosofía política en la bioética?	44
3.2. Rawls. El velo de la ignorancia como herramienta para la asignación de vacunas	49
3.3. Norman Daniels. Salud como bien primario	54
3.4. Paulette Dieterlen. Justicia distributiva en el contexto mexicano.....	63
4. ANÁLISIS BIOÉTICO.....	72
4.1. Análisis de los criterios de distribución.....	73
4.1.1. Criterio de objetividad	74

4.1.2. Criterio de publicidad	77
4.1.3. Criterio de imparcialidad	79
4.1.4. Criterio de eficiencia.....	81
4.2. Análisis de la garantía de la equitativa igualdad de oportunidades.....	84
4.3. Recomendaciones a futuros planes de vacunación en contexto de emergencia sanitaria	90
5. CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	104

A la familia Villegas Umaña.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco al Programa de Maestría de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud por permitirme hacer parte de su posgrado. A su vez, agradezco al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnología (CONACHyT) por otorgarme la Beca Nacional para estudios de posgrado.

A Jennifer Hincapié, quien con gran generosidad siempre estuvo presente en el camino, orientándome no solo en las dudas que surgían en el ámbito administrativo y académico, sino también en la reflexión bioética. Sus clases siempre generaron importantes deliberaciones.

A mi tutor principal Ángel Alonso Salas por sus comentarios, sus enseñanzas, su empatía y por abrirnos las puertas a través de su valioso ejemplo a la bioética social. A Carol Hernández, quién fue una tabla salvavidas en un momento importante, gracias por su ayuda en la reestructuración de mi proyecto y por ayudarme a trazar de manera tan certera el camino. A David Fajardo por su tiempo, que siempre fue ilimitado cuando se trató de ayudarme a formular preguntas y a encontrar respuestas, gracias por cada palabra de apoyo y por todos los comentarios que enriquecieron el análisis de esta tesis. A mis sínodales.

Quiero dedicar un agradecimiento especial a mis compañeras de maestría por extender la discusión bioética más allá del salón de clases. A Erika Torres, quien es mi familia, por sus cuidados y tanto amor. A Valeria, por ser siempre un ejemplo a seguir. A Omar Díaz por tantas enseñanzas, también por su gran generosidad y cariño.

A mis padres, Lida y Daniel, les agradezco su ejemplo de esfuerzo y sacrificio, que me impulsa hacia el objetivo de poder compensarlos algún día. A mi tía Olga, cuya generosidad no tiene límites. A mis hermanos, a mi abuelita, a Kt, a toda mi familia,

a Noah y a Scar todos ellos con infinito amor comprendieron y aceptaron mi ausencia.

Por último, quiero expresar mi gratitud a mis grandes amigos y amigas. Su apoyo y compañía han sido fundamentales en este camino.

1. INTRODUCCIÓN

En el presente texto se examinará si la distribución de vacunas contra la COVID-19 a migrantes en situación irregular dentro del territorio mexicano en los años 2021 y 2022 se hizo en conformidad a lo establecido por el principio de justicia como equidad. Para ello se analizarán los datos disponibles en relación con la distribución a la luz de la teoría de la justicia de John Rawls y de especificaciones posteriores de esta realizadas por Norman Daniels y Paulette Dieterlen. Este análisis bioético por tanto se orientará a evaluar si la distribución de vacunas propició la equitativa igualdad de oportunidades y si se hizo conforme a criterios de objetividad, publicidad, imparcialidad y eficiencia.

Las vacunas son parte esencial de la medicina preventiva, que a su vez es promotora de la protección de la salud. El derecho a la salud figura como un Derecho Humano Universal consignado desde el año 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados en la Agenda 2030. Este acuerdo firmado por todos los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2015 tiene como finalidad orientar acciones enfocadas la preservación del planeta, la prosperidad económica, la disminución de las desigualdades y el fomento de la paz y las alianzas. Dentro del objetivo mencionado se busca entre otras cosas la consecución de una cobertura sanitaria universal con acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (UN, n.d.). Es presumible entonces, que los Estados se encuentren encaminados a la consecución de este objetivo y de los demás planteados por esta hoja de ruta.

Sin embargo, la realidad se aleja de ello. Las desigualdades propiciadas por la lotería natural ocasionan que algunas personas, en especial aquéllas pertenecientes a minorías vulnerables, tengan mayor dificultad para acceder a

servicios sanitarios. Un ejemplo de una minoría es el grupo poblacional constituido por los migrantes en situación irregular. En México los migrantes en situación irregular no son reconocidos como sujetos de derecho, sino como sujetos de ayuda humanitaria por lo tanto no están cobijadas bajo el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que puntualiza la no discriminación (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022).

La vulnerabilidad es intrínseca a la vida. Remite a nuestra susceptibilidad a ser dañados y a sufrir. Esa susceptibilidad siendo los seres que somos (autoconscientes, fines en sí mismos, etc.) genera un sentimiento de empatía que nos hace merecedores de consideración moral y por tanto disciplinas como la ética y bioética estudian las demandas morales que implica esa vulnerabilidad. Esta a su vez se asocia con las condiciones del medio y no sólo con las condiciones del individuo, dando lugar a la vulnerabilidad sociopolítica. Entendida como la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio o condición socioeconómica, cultural o ambiental que convierte en vulnerables a los individuos (Feito, 2007).

Las condiciones propias de los migrantes que se acentúan cuando su tránsito se hace al margen de las leyes de los países, los hacen más susceptibles a ser vulnerables. La bioética social desde la cual se pretende dirigir el presente análisis busca reflexionar sobre los tipos de vulnerabilidad en los que se encuentra un grupo social para disminuir estas situaciones desfavorables y trabajar como sociedad en función de los más desprotegidos y marginados (Alonso Salas, 2022). Es así como a partir de esta investigación se pretender resaltar aquellas medidas que funcionaron bien en la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular y aquéllas que tienen una oportunidad de mejora con la finalidad de aportar a la disminución de las condiciones desfavorables de los migrantes en futuros casos de contingencia sanitaria.

Posterior al análisis bioético de la distribución de vacunas contra COVID-19, se plantearán una serie de recomendaciones dirigidas a tres actores protagonistas en la relación con los migrantes en situación irregular. La pandemia por COVID-19 trajo consigo la exacerbación de las desigualdades. Se acentuaron las vulnerabilidades y las dificultades de acceso a bienes. Por ello se hará una evaluación de la distribución de las vacunas contra COVID-19 para identificar si estas que surgieron como una tabla salvavidas también favorecieron a los menos aventajados. De acuerdo con esta evaluación, se emitirán algunas recomendaciones.

Para que sea llevado a cabo el análisis, en el primer capítulo se presentarán las directrices emitidas respecto a la vacunación contra COVID-19 de migrantes en situación irregular hechas por los diferentes organismos multilaterales como la Organización Mundial de la salud (OMS), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). De igual manera, se expondrán datos presentados por la OIM sobre inclusión de migrantes en planes de vacunación en los diferentes países donde esta organización tiene presencia. Sumado a esto, se relatará cómo fue la distribución de la vacuna en México conforme a la información depositada en sitios web oficiales, y la inclusión de migrantes en situación irregular de acuerdo con lo indicado en las diferentes Políticas Rectoras de Vacunación de México. Posteriormente se incluirán las experiencias descritas por Ana Saíz Valenzuela directora de Sin Fronteras una organización de la sociedad civil, y de Eunice Rendón Cárdenas experta en migración y coordinadora de Agenda Migrante. Finalmente se incluirá información del reporte hecho por el grupo CAMINAR en una evaluación colectiva comparativa entre diferentes países de América Latina sobre la inclusión de migrantes en políticas públicas enfocadas a hacer frente a la pandemia.

En el segundo capítulo se expondrá la teoría de la Justicia como equidad de John Rawls como el enfoque teórico desde el cual se planteará el análisis bioético de los

datos presentados en el primer capítulo. En él, se describirá en qué consiste dicha teoría, y por qué es la más adecuada para el análisis sobre otras teorías como el utilitarismo. También se presentará el enfoque teórico de Norman Daniels como una postura ulterior a la de Rawls donde se piensa a la salud como un determinante de la equitativa igualdad de oportunidades. Finalmente se detallará la posición de Dieterlen que integra tres elementos que están comprometidos con la distribución: los sujetos, los objetos y los criterios de distribución.

En el tercer capítulo se presentará el análisis bioético enfocado en describir primero, como funcionaría la distribución en términos ideales si se cumplieran a cabalidad cada uno de los criterios de distribución descritos por Dieterlen. Segundo, como funcionaría la distribución si no se cumplieran los criterios y tercero, como funcionó la distribución de acuerdo a los datos presentados en el primer capítulo, para finalmente concluir si la distribución se acercó o se alejó del funcionamiento ideal. Posteriormente se evaluará si la distribución de vacunas contra COVID-19 a migrantes en situación irregular favoreció la equitativa igualdad de oportunidades. Para ello se aplicará la misma estrategia anterior. Se evaluará como se vería una distribución en términos ideales que garantice este bien primario, como se vería una que no lo garantice, como funcionó en la realidad según los datos del primer capítulo y posteriormente se evaluará si la distribución se alejó o se acercó a los términos ideales donde se garantiza la equitativa igualdad de oportunidades.

En el apartado final se presentarán algunas recomendaciones germinadas de este análisis. Las recomendaciones serán dirigidas a tres actores por considerarse centrales en relación a la migración en situación irregular. Por un lado están los Organismos Multilaterales, luego están las entidades gubernamentales que a su vez se dividirán en autoridades sanitarias e institutos enfocados al trabajo con migrantes. Finalmente están las organizaciones de la sociedad civil y ONG. Las recomendaciones se harán al tenor del análisis bioético previo. Se precisará como desde cada uno de los actores se pueden garantizar los criterios de distribución y

como esto contribuirá a que haya una equitativa igualdad de oportunidades para los migrantes en situación irregular.

Planteamiento del problema

Desde el 2018 se ha registrado un aumento de la migración masiva de personas desde Centroamérica hacia México en las denominadas “caravanas migrantes”, las cuales tienen como destino principal EEUU y Canadá. Sin embargo, debido a innumerables razones y cambios de circunstancias en el éxodo, muchas personas terminan por establecerse en México, en su mayoría como migrantes en situación irregular. México tiene alrededor de 1.060.707 de inmigrantes, de los cuales un poco más de 70 mil provienen del triángulo norte de Centro América (Guatemala, Honduras y El Salvador) empujados por la violencia, la pobreza y las catástrofes climáticas (OIM, 2019).

En medio de una crisis sanitaria como la que se vivió por cuenta de la pandemia del virus SARS-CoV-2, es importante identificar cómo contribuye este éxodo a la masificación de los contagios y qué medidas se tomaron desde los gobiernos de cada país para hacer frente a esta situación. Partiendo de algunas formulaciones del principio de justicia como lo son (1) a cada persona una parte igual (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito, las cuales no discriminan por nacionalidad, es menester identificar qué oportunidades tienen los migrantes en situación irregular para acceder a las vacunas disponibles para prevenir el contagio del virus SARS-CoV-2. Es labor de la bioética como disciplina cuyo conjunto de objetivos apunta a detectar y analizar los problemas por los que atraviesa la humanidad para proponer soluciones (Rivero Weber, 2021) sugerir el diseño y la implementación de medidas enfocadas para integrar exitosamente a los migrantes en situación irregular en los planes nacionales de vacunación.

Preguntas de investigación

1. ¿Cómo se desarrolló el proceso de vacunación a migrantes en situación irregular en el territorio mexicano durante la pandemia COVID-19?
2. Desde una perspectiva bioética y tomando como base el principio de justicia distributiva ¿cómo podrían mejorarse en un futuro los planes de vacunación orientados a los migrantes en situación irregular?

Objetivo General

Tomando como punto de partida la experiencia vivida durante la pandemia de COVID-19 en México, elaborar recomendaciones para mejorar los planes de vacunación orientados a los migrantes en situación irregular, teniendo como base el principio de justicia como equidad.

Objetivos específicos

1. Analizar cómo se desarrolló el proceso de vacunación de la población migrante en situación irregular dentro del territorio mexicano.
2. Proponer recomendaciones, con base en el principio bioético de justicia como equidad, para la inclusión de migrantes en situación irregular en los planes de vacunación nacional.

Para ello se recabó la siguiente información:

- A. Determinantes sociales y factores de riesgo en las poblaciones migrantes estudiadas, específicamente migrantes en situación irregular dentro del territorio mexicano.
- B. Directrices y consideraciones de la política mexicana de vacunación enfocada en migrantes en situación irregular.
- C. Directrices y consideraciones dadas por organismos internacionales como la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) y OHCHR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) en referencia al acceso a vacunas para migrantes en situación irregular.

2. DIRECTRICES SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE VACUNAS CONTRA COVID-19

A mediados del año 2020 cuando aún gran parte del mundo se encontraba confinado por causa del COVID-19 varios laboratorios comenzaron a elaborar el reactivo que haría las veces de vacuna para poder inmunizar a la población. La primera vacuna autorizada por la OMS para uso de emergencia fue la vacuna Comirnaty de ARN mensajero contra la COVID-19 de Pfizer/BioNTech (OMS, 2020). De la mano con el diseño y elaboración de las vacunas estaría también la duda de cómo iban a ser comercializadas y distribuidas. Naturalmente aquellos países a los cuales pertenecían las farmacéuticas tendrían una alta prioridad en la adquisición, por lo general se trataba de países de ingresos altos (Sharma et al., 2021). Los países de ingresos medios y bajos empezaron una maratón contra tiempo para poder cuantificar la demanda necesaria para su población y posteriormente negociar con los laboratorios la compra del inmunológico (Lima, n.d.) Estos también comenzaron a recibir vacunas a través de donativos de otros países y a través de COVAX una alternativa adicional que hacía las veces de intermediario entre los laboratorios y los Estados.

Covax es parte del Acelerador de Acceso a Herramientas Covid-19, o simplemente Acelerador ACT que la OMS creó como respuesta a la pandemia (WHO, 2020a). Su objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas contra la COVID-19 y garantizar un acceso justo y equitativo a ellas para todos los países del mundo (WHO, 2020a). En un apartado posterior se ampliará esta información. Los países elaboraron sus Planes Nacionales de Despliegue y Vacunación PNDV donde quedaba establecido como sería el proceso de distribución del biológico. La gran mayoría de países, entre ellos México, optaron por inmunizar inicialmente a la población más adulta y a la primera línea de atención médica del virus pues estos eran los más vulnerables al contagio. Como era de esperarse varios organismos a nivel internacional diseñaron algunas directrices que sugerían a los Estados como

priorizar la aplicación de las vacunas. En el presente capítulo se hará una descripción general de aquéllos que tienen alguna relación o vínculo con la migración. También se hará una reseña del PNDV de México y se incluirá la experiencia relatada por Ana Saíz Valenzuela, directora de Sin Fronteras, Eunice Rendón, experta en migración y coordinadora de agenda migrante y el grupo CAMINAR que se creó con la finalidad de analizar como la crisis sanitaria ha impactado las dinámicas de movilidad en la región de América Latina.

2.1. Organismos internacionales

2.1.1. Directrices de la OMS

El 31 de agosto de 2021 la OMS publicó la guía *COVID-19 immunization in refugees and migrants: principles and key considerations* a través de esta buscaba dar una serie de orientaciones generales y principios según los cuales debían ser incluidos los migrantes y refugiados en los planes de vacunación de cada Estado. Las claves y consideraciones políticas según las cuales se brindará una priorización equitativa del acceso a las vacunas, acompañado también de una descripción de los riesgos y obstáculos para acceder a la inmunización. Para elaborar estos principios la OMS revisó 104 planes de vacunación, 72% de los cuales no incluía a los migrantes de manera explícita, 53% incluía de manera explícita a refugiados y solicitantes de asilo y sólo 17% incluía de manera explícita a los migrantes en situación irregular. (World Health Organization, 2021)

Tal como se ha podido evidenciar, una de las consecuencias de la COVID - 19 ha sido la exacerbación de las desigualdades, pues las poblaciones vulnerables han sido las más afectadas por la pandemia. Los estudios realizados en varios países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) han revelado que el riesgo de infección en estos grupos es al menos dos veces mayor que el de las personas nacidas en el país, con un efecto desproporcionadamente negativo en los refugiados y los inmigrantes (tanto regulares como irregulares) (World Health Organization, 2021) La imposibilidad de

resguardarse ante el virus, las pocas oportunidades de autoaislarse o guardar distancia física y el no pertenecer a la población dominante por su etnia, cultura, grupo racializado o lengua aumentan la posibilidad de riesgo.

El documento de la OMS fue elaborado por el Programa de Salud y Migración de la OMS en colaboración con los Departamentos de Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos y de Intervenciones de Emergencia Sanitaria y sus asociados. Está dirigido a las autoridades nacionales y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los equipos de salud de la OMS en cada país y los equipos de la ONU responsables de gestionar y apoyar el despliegue y seguimiento de la vacuna (World Health Organization, 2021). Tal como relata la guía, los migrantes son una población vulnerable y sus vulnerabilidades han sido altamente acentuadas en la situación de pandemia. Por esta razón la OMS recomienda la priorización en los Planes Nacionales de Vacunación de aquellos grupos poblacionales vulnerables y marginados. Quienes por factores sociales, geográficos y biomédicos corren un riesgo mayor de contraer enfermedades e incluso morir a causa del virus.

Dentro de este grupo de personas vulnerables se incluyen grupos étnicos, racializados, de género y religiosos desfavorecidos o perseguidos y minorías sexuales; personas que viven con discapacidades; personas que viven en la pobreza extrema; personas sin hogar y aquellas que viven en asentamientos informales o barrios marginales urbanos; trabajadores migrantes de bajos ingresos; refugiados, solicitantes de asilo y desplazados internos, incluidos los migrantes vulnerables en situaciones irregulares; poblaciones nómadas; poblaciones en situaciones de conflicto o afectadas por emergencias humanitarias; y grupos de población de difícil acceso, como los de las zonas rurales y remotas (World Health Organization, 2021).

El documento de la OMS describe al menos 4 elementos que generan barreras para que migrantes y refugiados puedan acceder a la vacuna. El primero describe la desconfianza que siente este grupo poblacional debido al estigma y la exclusión de

las cuales son víctimas en los lugares que se encuentran habitando, así como la baja aceptación de las vacunas y la indecisión por la falta de información. Hay pruebas de que estas poblaciones pueden ser susceptibles de dudar de la vacunación (World Health Organization, 2021). Según la OMS, en un estudio reciente en el Reino Unido fue revelado que el 72% de los migrantes y refugiados contactados se manifestaron indecisos sobre la aceptación de la vacuna y las razones aducidas hacían referencia al miedo por desconocimiento de efectos secundarios, preocupación por la elaboración de la vacuna, dudas sobre el costo y posibilidad de acceso a la misma.

Una segunda barrera hace referencia a la falta de medios económicos y la desinformación. Según estudios de la OMS muchos migrantes declinan la posibilidad de buscar atención médica en caso de contagio por miedo a los posibles costos, a ser deportados, a tener que compartir información y a la falta de la atención sanitaria como un derecho. También se encontró gran desinformación sobre cómo acceder a la vacuna, dónde acceder a ella. La tercera barrera que se encuentra asociada con la anterior, habla de los temores que tiene los migrantes de ser deportados o detenidos. El miedo a la posibilidad de ser emboscados por las autoridades migratorias al momento de acceder a los centros de servicios sanitarios. La cuarta barrera indica que a medida que los certificados de vacunación se van volviendo indispensables para trámites de la vida cotidiana incluidos dentro de ellos los viajes no esenciales, se irán relegando más los migrantes y refugiados para poder dar prioridad a la población que requiere dichos certificados.

Así como el documento describe las barreras que tienen los migrantes y refugiados para acceder a la vacuna, también describe los principios que deben regir los PNDV¹ según los cuales debe incluirse a la población con mayor vulnerabilidad al contagio. Los principios son los siguientes: bienestar humano, equidad global, reciprocidad,

¹ Plan Nacional de Vacunación.

respeto equitativo, equidad nacional y legitimidad. Estos principios nos dicen que debe garantizarse que todos los países tengan un acceso justo a las vacunas y que dentro de los territorios nacionales se tengan en cuenta los riesgos epidemiológicos especiales. Que todos los migrantes y refugiados sean incluidos en los programas de vacunación y en general en todos los servicios de salud, para esto se hace necesario que aquellos países de ingresos altos y que hacen las veces de donantes, presten un apoyo financiero específico y adicionalmente donen vacunas a países de ingresos medios y bajos.

Para los países que a la fecha en que se emitieron las recomendaciones estaban desarrollando sus Planes Nacionales de Vacunación se les recomendó evaluar de manera acertada su capacidad nacional y local, así como la preparación de marcos jurídicos y requisitos coherentes para vacunar a los migrantes independiente de su estatus. Lo que incluye replantear la manera de probar la identidad de cada persona. No puede ser un requisito solicitar documentos que avalen su estadía regular. Los gobiernos también deben tener un estimado de la población migrante en situación irregular dentro de sus territorios para poder facilitar la asignación de los recursos, la planificación y el despliegue para ayudar a estimar la cobertura. Una recomendación adicional y no menos importante, es desarrollar los PNDV con perspectiva de género y derechos humanos para garantizar su éxito.

Una vez garantizado el acceso a los sistemas de salud para los migrantes con independencia de su estatus, estos deben ser cultural y lingüísticamente accesibles, pues esto garantizaría una ruptura a una de las barreras en la atención. El personal de atención sanitaria debe estar capacitado para brindar una atención adecuada teniendo en cuenta que podrían toparse incluso con migrantes que hablan un idioma diferente al suyo. Esto va de la mano con la gobernanza de los sistemas de salud. Deben existir sistemas de vigilancia, recogida y evaluación de datos donde pueda almacenarse y analizarse datos de pruebas PCR y antígenos, tratamientos, aceptación de la vacuna y así poder facilitar a futuro la elaboración de planes basados en información certera. Sumado a esto le ayudaría a los gobiernos a tener

una trazabilidad del alcance de los PNDV, lo anterior es de suma importancia porque también ayuda a identificar la demanda de vacunas y de esta manera se puede evitar cualquier tipo de desperdicio de un compuesto sensible que normalmente requiere de tratamientos específicos.

El documento de la OMS también resalta la importancia del trabajo y la cooperación de la sociedad civil, es especial de aquellas organizaciones que tienen la finalidad de intervenir y facilitar el tránsito y la estadía de los migrantes. Apoyarse en estas organizaciones es clave según la OMS pues ellas pueden ayudar a la difusión de información verídica y contrarrestar de esta forma la desinformación y las noticias falsas. También es importante apoyarse en la experiencia de estas organizaciones en el trabajo con migrantes y la posibilidad que han tenido de identificar las mayores vulnerabilidades y factores de riesgos, la xenofobia y la exclusión de la que son víctimas en esta población.

Crear campañas de vacunación innovadoras desde las cuales se pueda acceder a toda la población también es de vital importancia. Según la sugerencia de la OMS se pueden utilizar brigadas móviles, clínicas emergentes en lugares no clínicos, servicios sanitarios combinados y campañas de vacunación masiva. Y para garantizar la efectividad de estos, también se deben crear estrategias cortafuegos que sirvan para proteger la confidencialidad de los datos de los migrantes y de esta manera combatir el miedo que tienen de acercarse a los centros de atención.

El 14 de marzo de 2022 la OMS publicó una actualización de su guía incluyendo siete áreas prioritarias para las intervenciones de los responsables políticos, los planificadores y todas las partes interesadas responsables del despliegue de la vacuna COVID-19 para migrantes y refugiados (WHO, 2022b). La primera: Recopilación y uso de datos sociales y de comportamiento, habla de la necesidad que existe de comprender los obstáculos para llevar a cabo la vacunación entre este tipo de población, para ello es necesario recopilar datos sobre cómo piensan, sienten y actúan las personas en relación con la vacunación y con base en ello

desarrollar estrategias de comunicación. La segunda: Coordinación, política y planificación para reducir la carga de enfermedad y muerte de la COVID-19, se basa en el principio de equidad global descrito previamente en la primera guía, nos dice que se debe garantizar el acceso a las vacunas a todos los países y que estos a su vez deben garantizar que la asignación tenga en cuenta los riesgos específicos de la pandemia, para así priorizar ciertos grupos objetivo con mayor riesgo de contraer COVID- 19 entre ellos los grupos de refugiados y migrantes (WHO, 2022a).

La tercera prioridad: Implementación de una estrategia de comunicación que incluya un plan de medios de comunicación de masas, de esta manera garantizar que migrantes y refugiados tengan información sobre dónde obtener la vacuna, sus riesgos y beneficios, los requisitos para acceder a ella y cualquier cambio en los PNDV que puedan presentarse en el curso de su aplicación, en consecuencia generar confianza al tener información de fuentes fiables. La cuarta prioridad: Seguimiento de las redes sociales y gestión de la infodemia y la desinformación, nos dice que existen pruebas de que refugiados y migrantes hacen uso importante de redes sociales como fuente de información sobre temas de salud pública, en este sentido es importante combatir cualquier propagación de información falsa que pueda generar especulación sobre los procesos de vacunación (WHO, 2022a).

La quinta área prioritaria es el Compromiso de la comunidad y movilización social, desde esta se busca la integración y participación de la sociedad civil en los planes y estrategias para difundir de manera exitosa la información en relación con la vacunación. La sexta, Desarrollo de capacidades y formación, nos dice que la capacidad de los sistemas de salud debe ser reforzada para poder ofrecer servicios de salud y educación sanitaria a migrantes y refugiados. Finalmente, la séptima área prioritaria es el monitoreo, aprendizaje y evaluación de las actividades relacionadas con los PNDV y su rendimiento. Esto con la finalidad de poder demostrar las buenas prácticas y las áreas de oportunidad (WHO, 2022a, 2022b). A continuación será ampliada la información en relación al mecanismo COVAX que en su versión de

amortiguador humanitario puede representar una alternativa para que los migrantes en situación irregular puedan acceder a la inmunización.

2.1.2. Acelerador ACT

El acelerador ACT es una iniciativa de colaboración mundial lanzado en abril del 2020 que reúne mandatarios de gobiernos, organizaciones mundiales en el ámbito de la salud, científicos, empresas e instituciones filantrópicas con la finalidad de combatir la COVID – 19 acelerando la producción, desarrollo y acceso equitativo a nuevos tratamientos, tests y vacunas contra el virus. Tiene cuatro pilares: diagnóstico, tratamiento, inmunización y conexión de los sistemas de salud. El pilar de diagnóstico tiene como objetivo llevar al mercado pruebas de diagnóstico rápido de alta calidad y capacitar a los profesionales de la salud para realizarlas. También planea la introducción de al menos 500 millones de estas en países de recursos medios y bajos. El pilar de tratamiento se centra en la fabricación y distribución de 245 millones de tratamientos en un plazo de 12 meses para personas que sufrieron COVID – 19. El pilar de inmunización también denominado COVAX maximiza el desarrollo, la equitativa y la justa distribución de la vacuna en el mundo. El último pilar que sustenta a los tres anteriores, habla de fortalecer los sistemas de salud. Busca mejorar la atención de los sistemas de salud y las redes comunitarias locales necesarias para vencer la pandemia (WHO, n.d.-a). De los cuatro pilares descritos anteriormente se ampliará la información respecto al mecanismo COVAX el cual conforme a su objetivo juega un papel importante en la distribución de vacunas y por consiguiente para las finalidades del presente trabajo.

2.1.2.1. COVAX

El pilar de inmunización también denominado COVAX está dirigido por la CEPI², Gavi³ y la OMS. Fue diseñado con la finalidad de vigilar que las vacunas se

² CEPI Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias.

³ GAVI Global Alliance for Vaccines and Immunization.

desarrollen de forma rápida, eficaz y con suficientes cantidades para atender al total de la población. Está conformado por 190 países (OMS, 2020) los cuales con independencia de sus ingresos tendrían acceso a las vacunas una vez que estas fueran aprobadas para su distribución (WHO, 2020a). La alta demanda de vacunas y las limitantes en su producción hacen que COVAX sea una estrategia importante para evitar el acaparamiento. La asignación de las vacunas se hace por medio de un grupo independiente que asesora a la OMS bajo un estricto criterio de equidad (OPS, 2021).

A partir de financiación privada y estatal COVAX buscaba tener un amplio portafolio de vacunas para poder inmunizar en una etapa inicial al menos al 20% de la población de los países participantes, este 20% incluía grupos vulnerables, entre ellos, personal de la primera línea de salud y adultos mayores. Aquellos países financiadores recibirían vacunas a la par que aquéllos que la recibirían de forma gratuita que son al menos 92 (WHO, 2021) . En 2020 COVAX llegó a recaudar 2200 millones de dólares, pero serían necesarios 4600 millones más en 2021 para poder cubrir la investigación, la compra, el desarrollo y la distribución de las vacunas (WHO, 2020b). UNICEF⁴ forma parte de GAVI y es el mayor proveedor de vacunas de todo el mundo. Esto hace que su apoyo sea invaluable en lo que compete al almacenamiento y distribución del biológico. Su labor principal radica en adquirir y aprovisionar con dosis de vacunas a países de ingresos bajos o medios-bajos y contextos humanitarios. Uno de sus aportes más importantes fue la compra e instalación de 70 mil frigoríficos para mantener la cadena de frío de las vacunas en países de ingresos bajos (UNICEF, 2022) (UNICEF, 2020)

⁴ UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

2.1.2.2. Amortiguador Humanitario Covax

El 22 de marzo de 2021 la junta de GAVI aprobó reservar un 5% de la financiación del AMC⁵ para dosis que serían desplegadas a través del Colchón humanitario COVAX (Gavi, 2021a). El Colchón humanitario es un mecanismo administrado por IASC⁶ y creado para garantizar el acceso a las vacunas a toda la población que se encuentra dentro de un entorno humanitario y con alto grado de vulnerabilidad. A pesar de que se creó esta reserva, los Estados son los encargados de garantizar la administración de la vacuna a toda la población que se encuentra dentro de sus territorios con independencia de su estatus legal (IASC, 2022). Sin embargo, estos pueden presentar sus solicitudes a COVAX según sea la necesidad con independencia de su nivel de ingresos. Los escenarios según los cuales se puede solicitar vacunas del Colchón Humanitario son tres: *i* cuando las autoridades nacionales no estén dispuestas a incluir a la población de interés en sus PNDV *ii* Cuando las autoridades no tienen control y acceso a los territorios donde se encuentra la población vulnerable *iii* Una crisis humanitaria imprevista, por ejemplo, un desastre natural (IASC, 2022).

En relación al concepto “población de interés” GAVI nos dice que esta puede incluir a personas que viven bajo el control de grupos armados no estatales, poblaciones en situación de conflicto, afectadas por emergencias humanitarias o que necesiten ayuda humanitaria como lo son los refugiados, solicitantes de asilo, los apátridas, los desplazados internos, las minorías, los detenidos y los migrantes vulnerables con independencia de su situación jurídica (Gavi, 2021a; IASC, 2022). Los cuales según un estudio previo a la aprobación de este mecanismo pueden ser alrededor

⁵ AMC Compromiso de Mercado Anticipado de GAVI COVAX.

⁶ IASC Comité Permanente entre Organismos El IASC es el foro de coordinación humanitaria de mayor alcance y de más alto nivel para los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales. Reúne a los jefes ejecutivos de 18 organizaciones para formular políticas, establecer prioridades estratégicas y movilizar recursos en respuesta a las crisis humanitarias (Gavi, 2021b).

de 167 millones de personas que no serían incluidas en los PNDV. Una vez que sea probado alguno de los escenarios anteriormente mencionados o la presencia de población de interés, los gobiernos pertenecientes a COVAX pueden solicitar vacunas del Colchón Humanitario después de que argumenten de manera clara por qué no podían ser incluidos dentro de sus PNDV. Una vez aprueben la distribución de las vacunas COVAX se encargará incluso el coste de jeringuillas, diluyentes y cajas de almacenamiento (Gavi, 2021; IASC, 2022).

El Comité Permanente entre Organismos (IASC) por sus siglas en inglés fue el delegado por GAVI para administrar y distribuir las vacunas del Colchón Humanitario. Esto para garantizar que expertos en toma de decisiones humanitarias sean quienes prioricen de manera adecuada la entrega de dosis según los principios de neutralidad, humanidad, imparcialidad e independencia. Otros organismos que también toman parte en esta decisión son OMS, UNICEF y ACNUR. Según lo informado por GAVI, una vez recibida la solicitud de los gobiernos, será revisada en un plazo de siete días laborales, tres días más en la recopilación de documentos necesarios y posteriormente 5 días más para la toma de decisión. Una vez aprobada se comenzará el despliegue y la entrega de vacunas. Los Estados receptores estarán en la obligación de reportar ante COVAX el uso que se dio a las dosis (GAVI, 2022; IASC, 2022).

El colchón humanitario o amortiguador humanitario de COVAX es una alternativa importante para brindar cobertura a aquellas personas que por su estatus migratorio no pueden acceder a la inmunización. En los casos en que los gobiernos no están a cargo o no han aceptado vacunar a los migrantes, el amortiguador humanitario de COVAX es la única opción. Al menos 40 países aún no han incluido a los migrantes en situación irregular en sus programas de vacunación, según la OIM, y el ACNUR quienes se negaron a nombrarlos (Guarascioy, 2021). La imposibilidad de acceder a estadísticas en la asignación de las vacunas impide hacer una valoración del proceso.

Sin embargo, de acuerdo con las palabras de Gavin Yamei, "COVAX era una idea hermosa, nacida de la solidaridad que, por desgracia, no se llevó a cabo... Los países ricos se comportaron peor que en las peores pesadillas de cualquiera". Tres docenas de países de altos ingresos realizaron acuerdos directamente con las farmacéuticas ocasionando un desabastecimiento que generó a su vez que COVAX no pudiera cumplir con el objetivo inicial de garantizar la inmunización al 20% de la población de cada uno de los países participantes. Varios países de altos ingresos habían vacunado un alto porcentaje de su población cuando países de bajos ingresos ni siquiera habían comenzado las jornadas correspondientes (Usher, 2021).

GAVI también tardó mucho haciendo acuerdos con los países de altos ingresos para contar con su participación, generando demoras en la posterior recaudación de fondos. Posteriormente salieron a la luz muchas quejas por retrasos en el suministro de vacunas por parte de COVAX. El desarrollo del mecanismo no tuvo en cuenta el nacionalismo vacunal. Cada país buscaría inmunizar a su población, pero serían aquéllos con mayores recursos quienes tuvieron la capacidad de hacerlo primero. Para futuras distribuciones de vacunas en contextos de emergencia, esto debería ser tomado en cuenta (Usher, 2021). Como se mencionó en el párrafo anterior, COVAX se presentaría como una buena alternativa para la aplicación de vacunas a migrantes en situación irregular, sin embargo, deben ajustarse algunas medidas del mecanismo.

2.1.3. Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

La Organización Internacional para las Migraciones que es la principal organización intergubernamental en el ámbito de la migración (WHO, n.d.-b) en una publicación realizada a través de su página web el día 03 de marzo del 2021 nos dice que el acceso equitativo a las vacunas sin excluir a ningún tipo de migrante es una de las luchas actuales. Partiendo del hecho de que solo una cuarta parte de los PNDV presentados a COVAX incluían de manera explícita a los migrantes (WHO, 2021a). La OIM solicita a los Estados que se garantice el acceso rápido, equitativo y justo

para todos, incluidos los migrantes con independencia de su situación. Lo anterior basados en que la inmunización es un Derecho Humano (OHCHR, 2021b) y que además se encuentra entre los objetivos descritos por la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible donde los Estados se comprometieron a incorporar a los migrantes y sus necesidades sanitarias en sus políticas públicas proporcionando un acceso equitativo, asequible y no discriminatorio (IOM, 2021c).

La OIM pide a los Estados de manera específica *(i)* garantizar la inclusión de los migrantes en los planes y programas nacionales de vacunación PNDV y su acceso equitativo y asequible a las vacunas y tratamientos. *(ii)* Garantizar que los migrantes, independientemente de su estado, puedan acceder a las vacunas contra COVID-19 sin temor o riesgo de deportación, detención u otras sanciones como resultado de la situación migratoria. *(iii)* Mitigar las posibles barreras culturales, lingüísticas o de otro tipo para el acceso de los migrantes a los servicios y vacunas. Y finalmente *(iv)* aumentar los esfuerzos para proporcionar vacunas a los países de ingresos bajos y medianos, permitiendo a los migrantes en cualquier lugar protegerse a sí mismos y a sus comunidades (IOM, 2021c).

La OIM pone a disposición de los Estados su conocimiento, experiencia y capacidad en la prestación de servicios de vacunación incluida la adquisición, administración y distribución (IOM, 2021b). Desde 1951 esta organización ha prestado servicios de evaluación en salud a los Estados solicitantes incluyendo dentro de esto las vacunas necesarias tanto para la inmunización sistemática como en caso de brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación (de Migr Acción et al., 2019). Desde mayo de 2021 hasta noviembre del 2022 la OIM ha publicado cuatro informes en los que de manera trimestral ha actualizado la información referente a la inclusión de migrantes en los PNDV a partir de un examen cruzado de diversas fuentes entre ellas, observaciones directas de las oficinas de la OIM en cada país, análisis de los PNDV presentados al mecanismo COVAX y la OMS, sitios web gubernamentales y comunicaciones oficiales, informes de los medios de comunicación en los países donde no hay presencia de la OIM y el intercambio de Datos Humanitarios con UN

OCHA (IOM, 2021a; OIM, 2021a, 2021b, 2022). A continuación, serán mencionados algunos de los hallazgos.

El primer documento presentado por la OIM data del 17 de mayo de 2021, corresponde a un reporte de información recopilada entre enero y mayo de 2021 en 199 países. La OIM agrupó sus resultados por regiones sin incluir los nombres de estos. De los 199 países, el reporte de 168 es hecho directamente por la OIM. Específicamente de América del Norte, América Central y el Caribe dónde podemos ubicar a México se incluyen 30 países. Según lo dicho por la OIM en su informe, en más de 60 países no existía claridad sobre la posibilidad de acceso a las vacunas que podían tener los migrantes de toda categoría, esto podría ser según la Organización, porque los PNDV aún se encontraban en sus fases iniciales o aún no habían sido diseñados, también podía tener lugar que los migrantes sí estuvieran siendo vacunados pero no incluidos de manera explícita en los PNDV o que algunos PNDV hicieran referencia a población vulnerable sin detallar los tipos de población que albergaban (IOM, 2021a).

Los datos arrojados son los siguientes: Los migrantes en situación irregular fueron incluidos en 50 países, pero en la práctica estaban siendo vacunados en 47. Específicamente en la región que abarca América del Norte, Central y Caribe, fueron incluidos en 9 y en la práctica estaban siendo vacunados en 6. Según lo observado por las oficinas de la OIM en diversos países, existen al menos siete barreras identificadas para hacer una inclusión del total de migrantes con independencia de su estatus en los PNDV. La primera barrera es la administrativa que incluye que: (i) En algunos países, ciertas leyes y reglamentos abiertamente impiden que algunas categorías de migrantes tengan acceso a los servicios de salud pública. En algunos casos, las vacunas COVID-19 están reservadas a los nacionales, especialmente teniendo en cuenta el limitado suministro. (ii) Exigencia de documentos que por la condición migratoria es imposible presentar (iii) Ausencia de cortafuegos entre las autoridades sanitarias, pues en algunos países están obligadas a denunciar a las autoridades migratorias a las personas en situación irregular que intentan acceder

a cualquier servicio sanitario. (iv) En algunos países se solicitaba registro previo por alguna página web, esto suma barreras de acceso a tecnologías y redes informáticas, así como barreras lingüísticas y nuevamente el temor a ser rastreado y deportado (IOM, 2021a).

La segunda barrera es la financiera pues en algunos países se especificó que la gratuidad de la vacuna estaría asociada a la pertenencia a algún tipo de seguro de salud, lo que permitía la duda del costo para aquéllos que no estuvieran inscritos en ningún servicio. La tercera es la tecnológica que, asociada con lo descrito en las barreras administrativas, hace referencia a aquellos países donde se requería hacer una inscripción previa vía internet para hacer una reserva de la vacuna, la imposibilidad de conexión implica la imposibilidad de acceder a la inmunización. La cuarta barrera es la informativa, por la cual, tal como se había relatado en la guía de la OMS los migrantes no tienen acceso a información fiable y de confianza sobre los procesos de vacunación (IOM, 2021a).

La quinta barrera es la falta de disponibilidad de vacunas en general, debido a la alta demanda a nivel mundial, el limitado suministro general de dosis en todo el mundo sigue dificultando de facto el acceso a la vacunación de muchas personas, incluidos los nacionales, pero esto afecta especialmente a las comunidades marginadas, por ejemplo, a los migrantes en situación irregular (IOM, 2021a). Otros hallazgos indican que las vacunas aprobadas por el Gobierno Nacional y las aprobadas por COVAX no están alineadas, lo que complica el suministro en general. También existen países que simplemente decidieron no llevar a cabo un programa de vacunación u otros que por la situación actual de crisis o guerra deben de dejar rezagado el proceso de vacunación para atender otras prioridades. La sexta barrera describe la dificultad para vacunar a los migrantes por el proceso de movilidad continua en la que algunos se encuentran. Finalmente, la séptima barrera es la xenofobia y la discriminación pues dos países indicaron esta era la razón para no incluir a los migrantes en sus PNDV (IOM, 2021a).

Finalmente, en el reporte, la OIM explicita que las estrategias que está llevando a cabo de la mano de los gobiernos para que los migrantes y personas desplazadas por la fuerza sean incluidos en los procesos de vacunación son: (a) Promoción de la inclusión y eliminación de obstáculos (b) Creación de capacidades para los socios (c) Suministro de datos sobre las poblaciones migrantes y las vulnerabilidades (d) Movilización social y divulgación para ayudar a abordar las dudas sobre las vacunas (e) Apoyo operativo (transporte, almacenamiento...) (f) Ayudar a establecer mecanismos de seguimiento (g) Administrar vacunas a las comunidades migrantes (h) Administrar vacunas a través del Amortiguador humanitario (i) Administrar vacunas al personal de la ONU (IOM, 2021a)

El segundo documento de la OIM data del 10 septiembre de 2021 y reporta información de enero a septiembre de 2021. En esta ocasión se incluyen 200 países de los cuales 177 son informados directamente por la OIM. De la región que incluye América del Norte, Central y Caribe se incorporaron 30. Nuevamente se reporta que más de 60 países siguen sin incorporar a los migrantes en los procesos de vacunación tanto en teoría como en la práctica. Sumado a las posibles razones mencionadas en el primer informe, el segundo informe nos dice que esto puede suceder porque algunos países no han compartido sus PNDV con la OMS. En este periodo de tiempo 71 países incluyeron a los migrantes en situación irregular en los PNDV, pero en la práctica fueron vacunados en 67. Específicamente en la región de América del Norte, Central y Caribe fueron incluidos en los PNDV de 8 países y vacunados en 7 de estos. Las barreras descritas en el informe son las mismas del primero al igual que las estrategias de la OIM en conjunción con los gobiernos para afrontarlas (OIM, 2021a).

El tercer informe de la OIM fue publicado el 08 de diciembre de 2021. Reporta la información de enero a diciembre de 2021. Se incluyen 200 países de los cuales 180 son informados directamente por la OIM. De la región que incluye América del Norte, Central y Caribe se incorporaron 30. En esta ocasión la OIM nos dice que en más de 45 países no se incorporan a los migrantes en los procesos de vacunación

tanto en teoría como en la práctica, las razones siguen siendo las mencionadas en los dos primeros informes. En comparación con el reporte anterior, en esta ocasión los países que incluyeron a los migrantes en situación irregular en sus PNDV pasaron de 71 a 78 y los que en la práctica los estaban vacunando pasaron de 67 a 84. Para este reporte la OIM especificó que para la fecha muchos países seguían planificando las tipologías de migrantes para incluirlas en sus PNDV, muchos otros habían pasado a vacunar a migrantes y grupos vulnerables sin nombrarlos en sus PNDV. De las 180 oficinas de la OIM que reportaron datos, 149 reportaron que los migrantes estaban siendo incluidos en los procesos de vacunación(OIM, 2021b).

Según la OIM de junio a diciembre se observó una lenta pero progresiva mejora en el número de países que hacen planes para los migrantes en situación regular e irregular en sus PNDV y en la práctica. 14 países (22% de aumento) empezaron a incluir a los migrantes en situación regular en sus PNDV, mientras que 19 países (17% de aumento) empezaron a incluir a los migrantes en situación irregular en su PNDV. En la práctica, 22 países (35% de incremento) ampliaron el acceso a la vacunación contra COVID-19 a los migrantes en situación irregular entre junio y diciembre de 2021, mientras que 25 países (20% de incremento) ampliaron el acceso a la vacunación contra COVID-19 para los migrantes regulares en el mismo periodo de 6 meses (OIM, 2021b). Específicamente en la región comprendida por América del Norte, Central y Caribe, la inclusión de los migrantes en situación irregular en los PNDV pasó de 8 en el informe anterior a 9 en este y los países que los incluyen en la práctica pasaron de 7 a 8. Tal como en el informe anterior las barreras descritas en el informe son las mismas del primero al igual que las estrategias de la OIM en conjunción con los gobiernos para afrontarlas (OIM, 2021b).

El último informe de la OIM fue publicado en marzo del 2022. Esta vez los datos fueron recolectados de los 180 países dónde tiene presencia la OIM. Por primera vez se incluyó un nuevo enfoque en el proceso de recopilación y gestión de datos con el apoyo del Community Response (CRM) de la OIM. El CRM es una plataforma

web y aplicación móvil que permite proyectar encuestas que permiten recopilar información tanto cuantitativa como cualitativa. De la región que incluye América del Norte, Central y Caribe se incorporaron 29 países. La cifra de países que no incluían a los migrantes en sus PNDV pasó nuevamente de más de 45 a más de 60. Las razones que pueden explicar la no inclusión siguen siendo las mismas que fueron expuestas en el primer informe. Los países que en este periodo más amplio incluyeron a los migrantes en sus PNDV fueron 85 y los que en la práctica los vacunaron fueron 95. De esta manera podemos decir que, en este periodo, un país (1% de aumento) se sumó a aquéllos que incluían a los migrantes en situación irregular en los PNDV y 11 (12% de aumento) ampliaron el acceso a la vacunación de COVID-19 para este grupo poblacional. De la región de América del Norte, Central y Caribe 9 países incluyeron a los migrantes en situación irregular y esta misma cantidad los vacunaron en la práctica (OIM, 2022).

Los obstáculos que se presentan a los migrantes para acceder a la vacunación mencionados por la OIM siguen siendo los mismos del primer informe, sin embargo, esta vez se presentó una discriminación por cantidad de países. 105 países reportaron barreras administrativas, 72 reportaron barreras en el acceso a la información, 16 reportaron barreras logísticas, 13 reportaron barreras en el acceso a suministros, 10 reportaron barreras financieras, 4 reportaron barreras asociadas a la xenofobia y la discriminación y 3 reportaron barreras técnicas. Las estrategias presentadas por la OIM para hacer frente a estas barreras siguen siendo las mencionadas en el primer informe (OIM, 2022).

Hasta aquí han sido presentados los hallazgos de la OIM en relación con la vacunación de migrantes en situación irregular. Es importante aclarar que los informes no sólo se centran en la migración irregular, sino que también hablan de refugiados y solicitantes de asilo, migrantes regulares y desplazados internos. Estos reportes son importantes porque permiten llevar la trazabilidad de la inclusión de población vulnerable en los PNDV y en la práctica, lo que permite a su vez rastrear si existe equidad y justicia en la distribución de vacunas a nivel mundial. Aunque el

balance en el cuarto informe es positivo, es importante tener en cuenta que tan solo en 9 países de los 30 que tienen presencia de la OIM en América del Norte, América Central y Caribe, están vacunando a los migrantes en situación irregular. Dado que no se tiene reporte por país, a partir del informe de la OIM es imposible identificar en qué posición se encuentra México. A continuación, serán presentadas las directrices de la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) y de la Oficina del Alto Comisionado para los derechos Humanos (OHCHR) en cuanto a la población de interés.

2.1.4. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) fue establecida el 14 de diciembre de 1950 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y tiene como mandato dirigir y coordinar la acción internacional para la protección de los refugiados a nivel mundial (UNHCR, n.d.). Aunque la población de refugiados y solicitantes de asilo no es la población objetivo del presente trabajo, se incluirá información de referencia por tratarse de un grupo de personas que al igual que los migrantes en situación irregular forman parte de una comunidad vulnerable y en desplazamiento. No existe un manual de ACNUR en que se establezcan principios o directrices para guiar los procesos de vacunación en la población de interés, sin embargo, a través de su página web se puede rastrear comunicados y publicaciones que sirven para comprender la posición de ACNUR frente a los procesos de vacunación.

El 24 de junio de 2021 ACNUR publicó un comunicado de prensa a través del cual solicitaba a los Estados que eliminaran las barreras de acceso a la vacunación contra COVID-19 para los refugiados. A la fecha de la publicación, habían sido revisados los PNDV de 126 países que tienen una población de refugiados de más de 500 personas, de los 126 países en 123 habían sido incluidos de manera explícita, y en el caso de solicitantes de asilo, habían sido incluidos en 93 de 96 países. En la práctica 91 países estaban vacunando a esta población según lo observado por las oficinas de ACNUR en cada país. Sin embargo, al igual que lo

reportado por la OIM, ACNUR relata que refugiados y solicitantes de asilo se enfrentan a constantes barreras para acceder a la inmunización como lo son solicitudes de identificación para acceder a la vacuna, registros en páginas web, distancias importantes entre la ubicación de la población y los centros de vacunación, barreras lingüísticas, escasa o falsa información. ACNUR a través de su comunicado, también ofrece su experiencia para trabajar mano a mano con los Estados y así cumplir los objetivos de vacunación. También insta a los Estados con excedentes de vacunas a compartirlas con los países de ingresos medianos y bajos (UNHCR, 2021b).

En una publicación posterior del 20 de septiembre de 2021 ACNUR informa que 58 países habían reportado que al menos 350 mil personas de la población de interés habían recibido la vacuna, y que en 121 países los refugiados y desplazados internos de alto riesgo había recibido al menos la primera dosis. Sin embargo en términos generales las tasas de vacunación eran bajas. En este comunicado se hizo mención de manera especial de la creciente preocupación por la situación actual de la población en desplazamiento devuelta a México a través del título 42⁷ pues constituye una nueva y preocupante dimensión en la aplicación de la orden de salud pública relacionada con COVID-19 (UNHCR, 2021a).

Más recientemente, el 22 de marzo de 2022 ACNUR publicó un nuevo comunicado de prensa en el que afirmaba que se había presentado un gran avance en la inclusión de refugiados y solicitantes de asilo en los PNDV así como una mejora sustantiva en la práctica. Casi 8,3 millones de dosis de vacuna habían sido recibidas por refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza en 68 países de Asia-

⁷ Título 42. Es una de las restricciones fronterizas entre México y Estados Unidos implementadas para evitar la propagación de enfermedades transmisibles desde el año 1940. Actualmente dada la pandemia por COVID-19 es usado para justificar la expulsión de EEUU de personas en movilidad sin conceder a los migrantes amenazados el derecho a pedir asilo, un derecho garantizado por la Ley de Refugiados de 1980 (WOLA, 2022).

Pacífico, Oriente Medio, Europa, África y las Américas. Sin embargo, las barreras antes mencionadas seguían impidiendo llegar a más población. Una novedad adicional de este documento es que ACNUR solicita mayor inversión para fortalecer los sistemas nacionales de salud en los países de acogida de refugiados de ingresos bajos y medianos, para apoyar capacidades de preparación y respuesta a la pandemia más eficaces, así como trabajar en eliminar las barreras de acceso a la vacunación de la población de interés.

La movilidad humana que incluye desplazados internos, migrantes de cualquier tipo, personas en tránsito, refugiados y solicitantes de asilo es una categoría de especial atención al estar representada generalmente por personas en situación de vulnerabilidad. Hasta este punto se han presentado las posiciones de diferentes Organismos Internacionales en relación a los procesos de vacunación de este grupo poblacional, a pesar de las diferencias que se pueden encontrar dada la diversa naturaleza de cada una de ellas, todas coinciden en que la distribución de las vacunas debe ser de manera equitativa y justa. También coinciden en que los Estados deben buscar mitigar las barreras de acceso a la vacunación que se puedan presentar. A continuación como último apartado de esta sección se presentará la posición de la Oficina del Alto Comisionado para los derechos Humanos OHCHR

2.1.5. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos OHCHR

La Oficina del Alto Comisionado es la principal entidad de las Naciones Unidas en el ámbito de los Derechos Humanos y dispone de un mandato excepcional para promover y proteger todos los derechos humanos de todas las personas (Naciones Unidas, n.d.). En una publicación del 08 de marzo del 2021 emitió una nota de orientación conjunta sobre el acceso equitativo a las vacunas COVID-19 para todos los migrantes. En ella ofrece seis propuestas clave para la distribución de las vacunas. La publicación fue emitida en manera conjunta con el Comité de las Naciones Unidas sobre los Trabajadores Migratorios (CMW), el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, la Oficina del Alto Comisionado para

los Derechos Humanos y los expertos regionales en derechos humanos (OHCHR, 2021a, 2021c).

A través de su publicación OHCHR insta a los Estados a proporcionar un acceso equitativo a la vacunación para todos los migrantes con independencia de su nacionalidad o situación migratoria recordándoles que el derecho a la salud y a la no discriminación es una obligación internacional. La inclusión de los migrantes en los PNDV se debe hacer sobre la base de que están más expuestos y son más vulnerables al contagio debido a los determinantes sociales de la salud, en especial aquéllos migrantes en situación irregular y de bajos ingresos que viven en campamentos, detención migratoria o procesos de tránsito. Al igual que la OMS, la OIM y ACNUR, la OHCHR considera que existen amplios obstáculos que ocasionan que los migrantes no puedan acceder a la vacunación entre los que se cuentan, las barreras lingüísticas, las barreras legales, administrativas y prácticas y la ausencia de cortafuegos en los servicios sanitarios que aseguren la confidencialidad de los datos sensibles de los migrantes.

Un interés adicional para incluir a los migrantes en los PNDV se resume en las palabras del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos "Garantizar el acceso a la vacuna no es sólo lo correcto, sino que nos interesa a todos, ya que a menos que todo el mundo esté a salvo, nadie está a salvo" la frase "nadie está a salvo hasta que todos estemos a salvo" ha sido el mantra utilizado por diversos organismos (Nations, n.d.). En este sentido rezagar a la población migrante de los procesos de vacunación puede ocasionar nuevos brotes y en consecuencia repuntes de la pandemia. Por las razones antes aducidas, los Estados deben respetar el derecho a la salud garantizando que los migrantes tengan el mismo acceso que los nacionales a las vacunas contra COVID-19 con independencia de su situación migratoria (OHCHR, 2021a).

A continuación, se presentan las 6 propuestas claves ofrecidas por la OHCHR para la distribución de las vacunas:

1. Proporcionar un acceso equitativo a la vacunación contra el COVID-19 a todos los migrantes y sus familias de forma no discriminatoria, independientemente de su nacionalidad y situación migratoria.
2. Garantizar que la priorización de las vacunas dentro de los países tenga en cuenta las vulnerabilidades, los riesgos y las necesidades de los migrantes más expuestos y vulnerables al SARS-COV-2.
3. Adoptar medidas para superar las barreras, establecer protocolos que faciliten el acceso equitativo a la vacunación de los migrantes, incluidos los que se encuentran en situación irregular, y realizar actividades de divulgación y suministro de información entre los migrantes en un idioma que entiendan y en formatos a los que puedan acceder.
4. Establecer cortafuegos entre la aplicación de la ley de inmigración y el suministro de la vacuna COVID-19, con el fin de evitar el miedo o el riesgo de denuncia, detención, deportación y otras sanciones como resultado de la situación migratoria. El registro de la vacuna no debe utilizarse para recoger ni compartir información sobre la situación migratoria. Los mensajes de comunicación y las campañas de información pública deben dejar claro que los migrantes en situación irregular no serán penalizados ni objeto de aplicación de la ley de inmigración cuando soliciten el acceso a la vacunación COVID-19.
5. Evitar la retórica y la terminología que estigmatizan y refuerzan las narrativas perjudiciales contra los migrantes que pueden dar lugar a la exclusión de los migrantes y las personas en situación irregular de la respuesta de salud pública. Garantizar que la información pública y la retórica relativa a la salud pública incluya a los migrantes.
6. Desarrollar estrategias y mecanismos coordinados de cooperación y asistencia para garantizar el acceso universal y equitativo a las vacunas contra la COVID-19 en todo el mundo, y tener especialmente en cuenta a los países que, debido a factores económicos o financieros, se enfrentan a obstáculos para conseguir vacunas para sus poblaciones, incluidos los migrantes y sus familias (OHCHR, 2021a, 2021c).

Hasta este punto han sido mencionadas las directrices o comunicados de los Organismos Internacionales de interés para el presente trabajo en referencia a la vacunación de migrantes en situación irregular. En seguida se hará una revisión de las diferentes versiones de los PNDV de México para confirmar su adherencia a estas directrices. También se revisará comunicados de organizaciones de la sociedad civil e informes de diversos medios de comunicación que permitan contrastar las directrices del PNDV de México con su aplicación real.

2.2 Plan Nacional de Vacunación México y acciones locales

Actualmente México se encuentra en la décima versión de su Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19. La primera versión corresponde a diciembre de 2020 y la última hasta este momento a junio de 2022. No fue sino hasta la quinta versión donde fueron incluidos los migrantes como población vulnerable y aún de manera más explícita los migrantes en situación irregular. El primer Plan Nacional de Vacunación de México contemplaba como meta inmunizar al menos al 75% de la población mayor de 16 años, la estrategia estaba distribuida de la siguiente manera: **Etapas** **1** De diciembre de 2020 a febrero de 2021. Vacunar al personal de salud de primera línea de control de COVID-19. **Etapas** **2**. De febrero a abril de 2021. Vacunar al personal de la salud restante y personas de 60 y más años. **Etapas** **3**. De abril a mayo de 2021, vacunar a personas de 50 a 59 años. **Etapas** **4**. De mayo a junio de 2021, vacunar a personas de 40 a 49 años. **Etapas** **5**. De junio de 2021 a marzo de 2022; en este periodo se vacunaría al resto de la población (Gobierno de México, 2020).

En la versión 5.1 del 28 de abril de 2021 se contempla por primera vez la inclusión de la población migrante en el PNDV de México. En él se presenta el apartado “Ejes de priorización de la vacunación en México” y grupos de atención prioritaria, y entre ellos se menciona que “Los grupos de atención prioritaria como niñas, niños y adolescentes, personas de 60 años o más, mujeres, personas con discapacidad, víctimas, personas jóvenes, personas de la comunidad LGBTTTI, personas migrantes y sujetas de protección internacional, personas en situación de calle,

personas privadas de la libertad, personas que residen en instituciones de asistencia social, personas afrodescendientes y las de identidad indígena son contemplados como el tercer eje de priorización de la vacunación. Esto significa que, como eje de priorización, se cuidará de manera especial que su acceso esté garantizado en el momento en que, por edad, condición de vida o comorbilidad deban vacunarse” (Gobierno de México, 2021).

Aunque las declaraciones del Director General de Epidemiología, el Doctor José Luis Alomía Zegarra, en la Conferencia de Prensa #COVID19 del 21 de febrero de 2021, ya indicaba que los migrantes en general estarían incluidos dentro del plan de vacunación, y que el ritmo de aplicación de la vacuna para ellos sería el mismo que el de cualquier ciudadano del país, uno de los documentos solicitados para acceder al biológico sería el CURP o el comprobante de domicilio (Gobierno de México, 2021b). Tal como ha sido mencionado anteriormente, esto se traduce en una barrera de acceso a la vacuna para la población migrante, especialmente para aquéllos que no tienen regularizada su estancia en el país y que en ese sentido no cuentan con este tipo de documentos. La quinta versión del PNDV especifica: “Es importante precisar que, el no contar con documentos oficiales de identidad como acta de nacimiento, credencial de elector, CURP, pasaporte u otros, o registros médicos, no será un obstáculo para acceder a la vacunación. Frente a esta situación, se debe privilegiar el criterio de auto identificación o auto adscripción y/o se podrán generar claves provisionales con las características de la CURP, o cualquier otra forma de generar un identificador único para cada persona, esto para facilitar el procedimiento. Las personas migrantes en situación irregular podrán acceder a la vacuna sin que esto ponga en riesgo su estancia en el país” (Gobierno de México, 2021a). Desde la versión quinta, todos los PNDV incluyen estas especificaciones.

México contempla la atención sanitaria para los migrantes en la Ley de Migración que en el Artículo 27. En él se establece que a la Secretaría de Salud le corresponde “Promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles

de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables” (de Diputados et al., 2011). Aunque no hay consideraciones específicas en relación con procesos de vacunación, se entiende que se encuentra cobijada dentro de este artículo. Dada esta nueva experiencia de Pandemia sería importante hacer una especificación puntual en referencia a la inmunización, pues no es sólo contra COVID-19 que debemos ser vacunados, sino que también existen enfermedades que aún requieren de la inoculación para ser combatidas.

De acuerdo con la línea de análisis de la OIM y después de haber hecho una revisión de todas las versiones de las Políticas rectoras de vacunación, México se encuentra dentro del grupo que incluye a los migrantes en situación irregular de manera explícita en su PNDV. En términos prácticos es difícil rastrear la información pues los datos proporcionados por la Secretaría de Salud de México solo se encuentran discriminados por región. No hay información que permita identificar la discriminación de los datos por sexo, esquema parcial o completo, y menos aún por estatus migratorio.

De acuerdo a lo consignado por la Secretaría de Salud de México en su página web, en la etapa 1, se vacunó al 100% de la población correspondiente al personal de salud de primera línea de control de COVID-19, esto equivale a 1.320.433 de personas. En la etapa 2, se vacunó al 26% de la población correspondiente a personas de 60 años o más y personal de salud restante, lo que equivale a 3.761.406 personas. En la etapa 3 se vacunó al 100% de la población que integra el grupo etario de 50 a 59 años y embarazadas mayores de 18 años y a partir del tercer mes de gestación, esto equivale a 13.500.880 personas. En la etapa 4 se vacunó al 91% de la población que tenía entre 40 y 49 años de edad, lo que equivale a 14.786.679 personas. En la etapa 5 se vacunó al 20% de la población no contemplada en las etapas anteriores es decir a 10.385.292 personas (Secretaría de Salud de México, n.d.)

En la página de La Secretaría de Salud de México también se encuentra un mapa interactivo donde se puede consultar la cantidad de vacunas aplicadas por Entidad Federativa. Para el caso de aquéllas que tienen frontera con Guatemala al sur y Estados Unidos al norte y que en consecuencia tienen mayor afluencia de migrantes la secretaria dice lo siguiente: en Chiapas 4.717.637, en Chihuahua 7.037.786, Baja California 4.677.226, Sonora 5.285.472, Nuevo León 10.201.570 y Tamaulipas 6.450.304 vacunas aplicadas. Es importante resaltar que tanto en la discriminación de vacunas por etapas o por Entidad Federativa, no se especifica si se trata de esquemas completos o medios esquemas (Secretaría de Salud de México, n.d.). De manera individual en cada una de Las Secretarías de Salud de las Entidades Federativas antes mencionadas no se registra información con respecto a cifras o estadísticas de vacunación.

En la mesa de Migración y Bioética del *II Congreso de Ética y Bioética Susana Vidal* de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, llevado a cabo en el mes de octubre del año 2022, la Doctora Ana Saíz Valenzuela Directora de la organización civil Sin fronteras⁸ relató que a pesar de que México decidió no exigir documentos de identidad como requisito para el proceso de vacunación, en la práctica lo que evidenció la Organización fue que una vez los migrantes se acercaban a las brigadas de vacunación les pedían su INE, CURP o algún tipo de Pasaporte, dado que los migrantes no contaban con algunos de estos documentos les informaban que la prioridad eran los mexicanos. Saíz también comentó que sumando el esfuerzo de varias organizaciones se logró que se llevaran vacunas a la Estación Migratoria Siglo XXI porque no se había contemplado vacunar a las personas recluidas en dichas estaciones (Ética y Bioética FACMED, 2022).

⁸ Sin fronteras es una organización de la sociedad civil creada en 1995 con la visión de garantizar el respeto a los derechos humanos y la promoción de mejoramiento de las condiciones de vida de los migrantes (Sin Fronteras, n.d.)

Un relato similar fue ofrecido por Eunice Rendón Cárdenas en el Simposio Internacional de Bioética del Colegio de Bioética y la Universidad Nacional Autónoma de México a través del Instituto de Investigaciones Filosóficas y del Instituto de Investigaciones Filológicas, quién en su plática sobre “Bioética y Migración” refirió que los migrantes no fueron una población prioritaria al inicio de la vacunación. Sumado a esto, estaba en su máxima expresión la Política MPP⁹ o Permanece en México donde los solicitantes de asilo y de refugio en Estados Unidos estaban obligados a esperar sus procesos en México, lo que ocasionaba que los migrantes se quedaran atorados en la frontera en campamentos totalmente insalubres y espacios reducidos dónde si se enfermaba uno, se enfermaban todos. A pesar de que con el tiempo se fueron abriendo contingentes de vacunación para los migrantes, estos procesos llegaron de manera tardía. Rendón también resaltó el miedo de los migrantes en situación irregular de acceder a servicios sanitarios por miedo a la identificación y deportación y la relación de esto con la multiplicación de contagios entre esta población (Rendón, 2023).

De acuerdo con entrevistas hechas en Ciudad de México, Tapachula, Saltillo y Tijuana por el grupo CAMINAR¹⁰ se determinaron los principales obstáculos de acceso a los derechos para personas migrantes que existieron durante la pandemia, específicamente en el periodo de junio de 2020 a abril de 2021. Éstos fueron categorizados entre normativos y operativos, siendo los normativos aquéllos que reflejan limitaciones en su diseño, por ejemplo, que el reglamento no lo contemple. Y los operativos que hacen referencia a la etapa de implementación. Las barreras

⁹ La política consiste en que los solicitantes de asilo que llegan a Estados Unidos por su Frontera Sur podrían ser devueltos a México para esperar la resolución de su caso en las cortes estadounidenses (COLEF, 2018).

¹⁰ Comparative Analysis on International Migration and Displacement in the Americas. Su objetivo es analizar de manera interdisciplinaria cómo la crisis sanitaria y económica asociada a COVID-19 ha impactado la dinámica de movilidad en la región y el bienestar de la población migrante, desplazada y refugiada (Zapata et al., 2022).

encontradas estaban asociadas a la salud, la vivienda, el trabajo y la educación. Específicamente sobre la salud se identificaron dificultades de acceso a hospitalización, servicios de ginecobstetricia y consulta externa. Las dificultades de acceso se reflejaban en solicitudes de documentos como el INE, falta de claridad sobre criterios de atención¹¹ y falta de servicios de traducción. Otro obstáculo identificado en referencia a la salud fue la escasez de pruebas diagnósticas de COVID-19 y la escasez de kits de sanitización. Finalmente, otro obstáculo encontrado categorizado como operativo fue el acceso a las vacunas, pues le era solicitado a los migrantes un INE y/o CURP. Las barreras antes mencionadas también se dividieron entre aquéllas que afectaban sólo a la población migrante o aquéllas que afectaban a la sociedad en general. Particularmente de las vacunas se identificó que afectaba solo a los migrantes, así como un nivel de respuesta bajo en la búsqueda de soluciones (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022).

Conforme avanzó la pandemia, el principal obstáculo identificado y a la fecha no resuelto del todo, se refiere al acceso diferenciado a las vacunas (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022). Según lo reportado en el estudio, el Gobierno de México buscó garantizar el acceso a las vacunas para los migrantes, pero no se diseñó un protocolo específico de atención, lo que ocasionó que eventualmente se solicitaran documentos de acceso único para la población mexicana o para la población migrante en situación regular, negando el acceso a quienes no contaran con ella (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022).

Hasta este punto se han expuesto los datos disponibles a nivel mundial desde los Organismos Multilaterales y a nivel Estatal de acuerdo con las páginas web oficiales e información proporcionada por investigadoras y expertas en el área. A

¹¹ En el 2018 el Seguro Popular inició una transición hacía El Instituto de Salud para el Bienestar INSABI. Con el esquema anterior solo estaba contemplada la atención en salud a los migrantes hasta por tres meses. En el actual se busca ofrecer servicios de salud de manera gratuita y sin límites de temporalidad (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022).

continuación, se expondrá en detalle el marco teórico sobre el cual se pretende analizar la información.

3. JUSTICIA DISTRIBUTIVA Y SALUD

3.1. ¿Por qué un concepto de filosofía política en la bioética?

Garantizar un acceso global a las vacunas contra el virus SARS/CoV-2 o COVID-19 adquiere una gran complejidad cuando entran en juego situaciones propias de nuestra geopolítica actual. La primera situación que cabe resaltar es que los laboratorios desarrolladores de la vacuna son solo unos pocos, y su producción, aunque se expande a más lugares, está reservada a tan solo 35 países, de los cuales 18 son de ingresos altos y 17 de ingresos medios (Oliveres & Gutiérrez, 2021). Esto se traduce en que la comercialización de la sustancia farmacológica queda en manos de unos pocos, y la distribución inicialmente solo es garantizada para aquellos países que participan en su elaboración (Oliveres & Gutiérrez, 2021) dejando así un panorama desfavorecedor para los países de ingresos bajos. Lo anterior nos abre paso a otra de las situaciones que entran en juego cuando se apela a un acceso global y equitativo de las vacunas, este es el “nacionalismo vacunal” descrito por el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Director General de la OMS. *Un enfoque de yo-primero* (WHO, 2021c) donde las naciones más ricas han acaparado la disponibilidad de las vacunas dejando a las otras naciones a merced de su propia caridad, reflejando su gran ventaja al momento de iniciar un proceso de negociación.

Otros son los dilemas que se presentan al interior de las naciones al momento de establecer los parámetros de distribución de un bien escaso, como lo son las vacunas. Cuando se habla de distribución, se presentan al menos tres elementos (Dieterlen, 2015). En primer lugar, tenemos a los sujetos de la distribución, que son quienes reciben los beneficios, y quienes están en la obligación de proporcionarlos. Un segundo elemento es el objeto de distribución, que corresponde al escaso recurso que hay que repartir de manera óptima. Finalmente, como tercer elemento tenemos el criterio de distribución, que nos dice de acuerdo con qué se hizo la repartición del recurso. Cuando los bienes son escasos y no alcanzan a cubrir la

demanda total de la población, es necesario echar mano de algún marco ético que nos garantice que la repartición de dichos recursos se haga de manera óptima, es decir que nos brinde un criterio de distribución.

Dentro de las teorías éticas que nos pueden dar luz sobre cómo distribuir los recursos cuando son escasos, tenemos el utilitarismo, que defiende la idea del mayor bien para el mayor número (Bentham, 2010). Sin embargo, la teoría utilitarista, pensando en minorías vulnerables, puede significar un camino para acrecentar la desigualdad. Un ejemplo de una minoría vulnerable es aquella constituida por los migrantes en situación irregular, los cuales generalmente se ven excluidos de las políticas estatales enfocadas en atender las necesidades de su propia población. Se presenta un importante conflicto cuando hay que definir de dónde deben salir los recursos para atender a las personas que no están nacionalizadas en un territorio.

Para poder concretar por que la distribución que se haría desde la teoría utilitarista no sería la más adecuada, se desarrollará brevemente en qué consiste esta doctrina. Jeremy Bentham es conocido como el padre del Utilitarismo. En su obra *A fragment on government* de 1776 articula su principio de máxima felicidad partiendo de autores como Platón, Hume, Hartley, Helvetius y Priestley en quienes se podía atisbar algunos referentes de utilidad, placer y felicidad (Guisan, 1992). En ella nos dice que la tarea de un gobernante es buscar la mayor felicidad para sus súbditos (Gracia Guillén, 2008) y entiende la moral como la teoría normativa que indica a los hombres de manera general y a los legisladores de manera particular los móviles del comportamiento humano partiendo del hecho de que el hombre es dominado naturalmente por dos amos, el dolor y el placer (Guisan, 1992).

La inclinación de Bentham era hacia la jurisprudencia, por lo que el principio del mayor bien para el mayor número lo pensaba como la forma correcta de gobernar, entendiendo esto como la medida de lo justo y lo injusto, es así como el criterio de utilidad se convierte en un criterio de justicia distributiva (Guisan, 1992). Los actos

humanos serán entonces juzgados según sus consecuencias, y estas consecuencias a su vez se miden según la utilidad que generaron y el alcance que tuvieron. En 1789 publica la obra *An introduction to the principles of moral and legislation* donde hace una clasificación de los placeres y las penas. Bentham identifica utilidad con placer y su utilitarismo se puede clasificar como cuantitativo y hedonista pues cobra gran importancia la medición de los placeres según el cálculo felicítico por criterios de intensidad, duración, certidumbre, proximidad, pureza y extensión (Guisan, 1992).

Posterior a este planteamiento tenemos a John Stuart Mill quién fue discípulo de Bentham y perfeccionó su doctrina. Criticó que Bentham identificara utilidad con placer, pues para él la utilidad hacía referencia a los bienes más preciosos y codiciados, incluida la virtud, el autorrespeto, la propia dignidad y el auto-desarrollo (Guisan, 1992) es decir, tenía una concepción más amplia de utilidad la cual tendía hacia la felicidad. En el capítulo quinto de su ensayo *El utilitarismo (1863)* habla de la relación entre utilidad y justicia donde primero diferenciará los deberes éticos perfectos e imperfectos, diciendo que los primeros son deberes de justicia y los segundos son obligaciones morales (Gracia Guillén, 2008). Su concepción de justicia parte de la definición clásica de “dar a cada quién lo suyo”, entendiendo “lo suyo” como lo más útil, lo que produce más felicidad. La justicia distributiva tiene por objeto la utilidad general pero siempre en términos de reciprocidad, recibe quién ha dado de manera previa, de lo contrario no se estaría hablando de justicia si no de obligación moral (Gracia Guillén, 2008).

Partiendo de la concepción utilitarista expuesta por Bentham y posteriormente por Mill, se entiende que siempre hay que maximizar la utilidad y que esto constituye una acción justa. Sin embargo, pensando en la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular, es válido cuestionarnos cuál sería la utilidad que recibiría México tras la inversión que implicaría llevar a cabo este proceso. Puede que no exista una utilidad general pensando que en muchas ocasiones son personas que se encuentran de paso y no están asentadas en una comunidad específica, es decir

que no existirá una retribución en términos de fuerza laboral o pago de impuestos indirectos por consumo de alimentos o renta. El problema de la teoría utilitarista en este caso radica en su carácter teleológico, pues nos pide juzgar una acción por sus consecuencias más inmediatas. Para el caso de la atención médica a migrantes en situación irregular y la distribución de vacunas puede no existir una consecuencia positiva a futuro que se pueda evaluar. La acción debería considerarse solo desde el deber moral que implica atender a los más desfavorecidos.

Otra consideración que podemos tener en cuenta desde el utilitarismo es que en el caso de que la cantidad de vacunas no fuera suficiente para llegar a todas las personas dentro de un territorio, podría defenderse la idea de que aquéllos que deben ser vacunados sean solo los ciudadanos, pues los migrantes corresponden a una minoría, así se estaría garantizando el mayor bien para el mayor número. Otros factores que podrían influir en esta decisión, es que vacunar a la población migrante podría significar una mayor inversión de capital al dirigir un recurso público hacia una población de la cual no se tiene un registro previo. Implicaría seguramente tener que abrir una nueva base de datos donde se registre a aquéllos de los que no se tiene antecedentes e información para poder garantizar una futura rendición de cuentas. Basarse en la teoría que enfoca la distribución en el mayor bien para el mayor número al menor costo, puede significar para el caso específico de los migrantes en situación irregular quedar desprotegidos ante la presente pandemia (Barragán, 2021).

Es así como se hace necesario revisar otro tipo de enfoque ético desde el cual se pueda sustentar un criterio de distribución donde las minorías, en este caso los migrantes en situación irregular, puedan ser tenidos en cuenta al momento de la asignación de las vacunas. Una alternativa al utilitarismo nace en un escenario norteamericano de los años setenta a partir del movimiento igualitario inspirado en la libertad como valor superior. Esta alternativa es la teoría de la justicia de John Rawls 1971, quien, inspirado en la libertad como principio básico de la sociedad, elabora una teoría que parte de una situación original desde la cual se podrán definir

los principios más justos que deben regir una sociedad, dichos principios nacen desde la autonomía, la cual, de acuerdo con Kant, es la base de la igualdad de los seres humanos en tanto que personas morales (Páez, 2018). Rawls entiende la justicia como equidad y esta le debe garantizar a las personas en primer lugar sus libertades y, en segundo lugar, la igualdad, por lo que en su teoría se concilian estas dos ideas opuestas. La justicia de John Rawls es inspirada en el contractualismo, específicamente de John Locke y Jean Jacques Rousseau ambos filósofos de la ilustración. Locke expuso los principios del contractualismo liberal en su obra *Dos ensayos sobre el gobierno civil* de 1690, mientras Rousseau lo hizo en su obra *El contrato social* de 1762. Teniendo como base un contrato social hipotético este autor nos relata como las personas participantes de dicho contrato elegirían unos principios de justicia sobre cualquier otra teoría de distribución. Es así como desde la bioética podemos hacer uso de una teoría de justicia con bases en filosofía política para poder definir cuál sería la forma óptima de distribuir los recursos.

En los siguientes apartados se desarrollará de manera más extensa en qué consiste la teoría de la justicia de John Rawls, la cual, aunque no está diseñada específicamente para hablar de salud, puede darnos una luz sobre cómo distribuir recursos particularmente en poblaciones que corresponden a minorías vulnerables. En un siguiente apartado se describirá el aporte del filósofo Norman Daniels a la teoría de la justicia de John Rawls y cómo ésta es aplicada específicamente a la salud. Partiendo de los bienes primarios propuestos por Rawls y haciendo una ampliación de los mismos, Daniels nos demuestra como la salud se convierte en un bien primario al ser factor primordial para garantizar la igualdad de oportunidades.

Finalmente, y para aterrizar la teoría de la justicia en el caso particular mexicano, se expondrá la justicia distributiva desarrollada por la filósofa Paulette Dieterlen que nos dará luz a cómo es entendida la distribución en el contexto de este país.

3.2. Rawls. El velo de la ignorancia como herramienta para la asignación de vacunas

La teoría de la justicia de John Rawls expuesta en su libro *A theory of justice* de 1971, nos describe cuales son los principios y las instituciones fundamentales para una sociedad justa. Inspirado tanto en tradiciones filosóficas como de investigación en ciencias políticas, económicas y del derecho, nos dice que la justicia debe ser entendida como el resultado de una negociación en la cual, las partes interesadas establecen unos acuerdos sobre los principios básicos que deben regir la sociedad. La negociación que nos propone Rawls está fundamentada en la teoría contractual de John Locke y Jean Jacques Rousseau, sin embargo, a pesar de que sus predecesores lo pensaron para dar justificación del poder político, Rawls echará mano de esta teoría para sentar las bases de la justicia social.

El contractualismo aplicado a una teoría de carácter ético cobra una especial importancia ya que responde dos preguntas principales propias de este ámbito. Por un lado, está la pregunta sobre el qué nos demanda la moral, a la cual el contractualismo responderá que la moral nos exigirá cumplir con las obligaciones que hemos adquirido por medio del contrato. La segunda pregunta está dirigida hacia el por qué cumplir dichas reglas, el contractualismo nos responderá que debemos cumplirlas porque a ello nos hemos comprometido. Los principios que resultan de la negociación serán los que se deduzcan a partir de un punto de vista imparcial, pues los participantes estarán en una situación particular que impedirá que puedan buscar un beneficio propio al elegirlos.

Desde un punto de vista imparcial, Rawls nos dice que elegiríamos ser gobernados por dos principios de justicia, el primero conocido como el principio de libertad y el segundo como el principio de la diferencia. Tal como lo expone Rawls, están expresados de la siguiente manera:

PRIMER PRINCIPIO. Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás.

SEGUNDO PRINCIPIO. Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que cumplan estos dos principios. (a) Principio de diferencia: sean para el mayor beneficio de los menos aventajados. (b) Principio liberal de la justa igualdad de oportunidades: ligadas con cargos y posiciones asequibles a todos en condiciones de justa igualdad de oportunidades (Rawls, 1995).

Los principios están presentados en un orden lexical, por lo que el principio de libertad siempre va a primar sobre el de diferencia. Estos según Rawls nos garantizan que los bienes primordiales libertad y oportunidad, ingreso y riqueza y las bases del respeto a sí mismo, sean repartidos de manera equitativa, a menos que una inequidad sea generada para beneficio de los más desfavorecidos.

Las libertades de las que nos habla el primer principio son aquéllas referentes a las libertades civiles propias de las democracias modernas como el derecho al voto, al debido proceso, a la libertad de expresión y de asociación (Gargarella, 1999). Según Rawls, el interés de los participantes en referencia a este principio será que independientemente de la concepción de bien que terminen adoptando las instituciones básicas de la sociedad, estas no les perjudiquen o discriminen.

El segundo principio, que a su vez se divide en dos, uno conocido como el principio de diferencia, y otro como principio liberal de la justa igualdad de oportunidades gobierna la distribución de los recursos en una sociedad. Así como el primer principio tiene como base la idea de libertad, el segundo principio tendrá como base la idea de igualdad. Con este se intentará superar la idea de justicia distributiva clásica según la cual una distribución es justa siempre que todos hayan tenido la misma posibilidad de acceso al beneficio. Esta igualdad de oportunidades queda

desestimada ya que venimos al mundo con una suerte de características que no hemos elegido. Nos dice Rawls que no merecemos aquello que nos es dado por medio de la lotería que puede ser social o natural, por ejemplo, los talentos o la posición económica. Dado que no merecemos nuestras mayores capacidades o nuestros mayores talentos, la distribución justa no se agota solamente en una igualdad de oportunidades, pues aquéllos a quienes ha beneficiado la lotería natural podrían verse aventajados sobre los otros.

El método que utiliza Rawls para definir los principios que regirían una sociedad justa, se basa en recrear una situación hipotética denominada la posición original. En ella, los individuos quienes previamente han aceptado un contrato imaginario son colocados detrás de un velo de ignorancia, este estriba en que desconocen su identidad, su posición económica en la sociedad, sus talentos, y su propósito en la vida. El único conocimiento que tienen es que algunos bienes primarios como la libertad, la riqueza, la igualdad de oportunidad, el respeto a sí mismo, son necesarios para llevar un correcto proyecto de vida.

Rawls nos dice que este contrato debe ser hipotético y hecho entre personas imaginarias, porque si fuese celebrado en la realidad por personas de carne y hueso, quedarían excluidos todos aquéllos que no tengan las capacidades físicas e intelectuales para celebrarlo, entre estos individuos estarán los menores de edad, los adultos mayores, las personas con graves problemas de salud y/o con capacidades limitadas. Sumado a esto, en los contratos reales entre personas de carne y hueso el resultado de la negociación dependerá de las capacidades de los participantes, de su talento y poder, por lo que los más vulnerables y menos aventajados obtendrán la peor parte.

Estando en la posición original, se pide a los participantes del contrato seleccionar los principios de justicia mediante los cuales aceptarían ser gobernados una vez hayan retornado al mundo real. Al estar detrás de un velo de ignorancia, los participantes no podrán tomar decisiones para favorecer su situación particular. La

estrategia que usarían los individuos participantes del contrato sería la del equilibrio reflexivo, la cual constituye un modo de razonar donde se apela a un equilibrio entre las intuiciones particulares y los principios generales.

Según Rawls, desde la situación original los participantes elegirían los principios de la justicia como equidad expuestos anteriormente, los cuales serán resultado de una decisión libre, racional y autointeresada. La condición de incertidumbre propia del velo de ignorancia apuntaría a que los individuos adoptaran una estrategia de elección denominada *maximin*, la cual consiste en clasificar las opciones en función de sus peores resultados posibles, es decir una regla de elección pesimista, donde al desconocer su situación real, las partes eligen los principios de organización de la sociedad como si su lugar en ella estuviera determinado por sus peores enemigos (Canto Sperber, 2002). Deberá adoptarse la alternativa cuyo peor resultado sea siempre superior al peor de los resultados de las otras alternativas. Es así como los participantes en la posición original se orientarán a alcanzar un acuerdo capaz de considerar de manera imparcial los puntos de vista de todos los contratantes.

Según el análisis de Jesús Rodríguez Zepeda filósofo mexicano y vasto conocedor de la teoría de Rawls, la teoría de la justicia también llamada “justicia como imparcialidad” se puede definir en dos grandes ideas. La primera habla de la capacidad que tenemos las personas de identificar los dos principios de justicia que han de determinar el modelo en el que se definen y se organizan las principales instituciones de orden social: desde la constitución hasta el sistema legal, pasando por el modelo de propiedad. Y la segunda hace honor al compromiso liberal de Rawls, y es el reconocimiento de la capacidad de cada persona de poder orientar sus proyectos de vida conforme a una idea particular de bien o felicidad. La realización de cada persona depende de ella y no del Estado (Rodríguez Zepeda, 2021).

Como alternativa a la justicia como equidad, los participantes del contrato podrían optar por ser gobernados por otros principios morales como el utilitarismo, el

intuicionismo o el egoísmo. Sin embargo, al desconocer su posición social y económica en la sociedad, y al desconocer también sus talentos y capacidades, sería arriesgado optar por teorías como el utilitarismo que tiene como principio rector maximizar el bienestar para la mayoría, teniendo la incertidumbre de si el participante del contrato en su realidad pertenece a aquella minoría que no se favorece con este principio. El problema del utilitarismo radicaría entonces en que la maximización de la utilidad no excluye que se pueda colocar a algunas personas en una situación perjudicial. Un ejemplo proporcionado por Rawls para ilustrar las desventajas del utilitarismo es la esclavitud. Nos dice que, aunque es una posición que favorece a una mayoría y que podría estar justificada desde el principio utilitarista, esta no sería aceptada desde el principio de justicia como equidad pues los participantes de la posición original no justificarían la esclavitud toda vez que desde esta situación ellos no podrían determinar si son el amo o el esclavo.

Como se mencionó antes, si bien la teoría de la justicia de Rawls no está enfocada a definir cómo debería llevarse a cabo una distribución óptima de los recursos de la salud y mucho menos como hacer una distribución justa de las vacunas, si nos permite sentar las bases sobre los principios de justicia que deberían regir una sociedad. Posicionados en una situación hipotética como la que nos propone Rawls, desde el velo de la ignorancia podríamos pretender a una tentativa de distribución óptima de las vacunas contra COVID-19 al interior de una nación. Dada la posición original, y teniendo en cuenta que tras el velo de la ignorancia no podríamos definir si en la realidad hacemos parte de una caravana de migrantes en situación irregular que se encuentra atravesando el territorio mexicano de sur a norte, estaríamos de acuerdo en que la distribución de las vacunas se haga de manera equitativa para todos los individuos al interior de un territorio nacional y que los planes de vacunación no dejen desprotegida a ninguna persona.

Menos aún en el caso de aquéllos que son más vulnerables, como nos dice Rawls con sus principios. Inicialmente se debe garantizar el mayor grado de libertades posibles, las cuales, al estar generalmente ligadas a una institución, se ven

reducidas para el caso de los migrantes en situación irregular, quienes tienen su marco de libertades restringidas a su país de origen. A pesar de que Rawls establece como norma un orden lexicográfico de sus principios, estamos de acuerdo en que las libertades propuestas por Rawls se garantizan al interior de un estado. Aquéllas como el derecho al voto, al debido proceso, a la libertad de expresión y de asociación solo pueden exigirse en el país originario.

Dada esta libertad disminuida, el segundo principio referido por Rawls nos permite garantizar que las desigualdades sociales y económicas sean aceptadas solo si son para el beneficio de los menos aventajados y que se garantice una justa igualdad de oportunidades para todos. Desde este segundo principio podemos argumentar a favor de toda acción que vaya encaminada a beneficiar a los migrantes en situación irregular teniendo en cuenta su posición de desventaja en la sociedad. En referencia a la formulación del principio de diferencia que nos habla de garantizar la igualdad de oportunidades, es Norman Daniels quién nos hará una ampliación del principio de justicia expuesto por Rawls y que nos ayudará a fijar de manera más determinada cómo la teoría de justicia puede ser útil en el ámbito de la salud, en el siguiente apartado se hablará más en detalle de esta postura.

3.3. Norman Daniels. Salud como bien primario

Norman Daniels (1941) fue catedrático de ética y salud pública en la Universidad de Harvard, en sus trabajos retomó la Teoría de la justicia de John Rawls con un interés particular en el componente igualitario presente en ella. En su libro *Just health. Meeting health needs fairly* (2008) Daniels se plantea una pregunta focal que a su vez desglosa en tres preguntas fundamentales desde las cuales pretende resaltar la importancia de la justicia en el ámbito de la salud. La pregunta focal planteada por este autor es la siguiente, ¿Qué obligaciones sociales tenemos unos con otros como miembros de una sociedad para poder promover y proteger la salud de toda la población y ayudar a los enfermos y a los discapacitados? Esta pregunta es fundamental toda vez que permitirá según Daniels definir los principios de justicia

que deberán regir el área de la salud, los cuales garantizarán que realmente exista igualdad de oportunidades para todos los individuos pertenecientes a una sociedad.

Aunque entre los bienes primarios enunciados por Rawls no se cuenta la salud, Daniels nos dirá que esta es importante porque permite promover la igualdad de oportunidad para las personas y esto a su vez permitirá que funcionemos en sociedad como ciudadanos libres e iguales (Daniels, 2008). Es así como nos planteará su primera pregunta fundamental ¿Es la salud y otros factores que afectan a la salud de importancia moral especial? Atendiendo las finalidades del presente trabajo, esta pregunta será de importancia fundamental para argumentar desde Norman Daniels como el garantizar la equidad en la atención sanitaria es de importancia fundamental para asegurar la igualdad de oportunidades, esto otorgará un argumento teórico adicional que ayuda a justificar la importancia moral de incluir a los migrantes en situación irregular en los planes de vacunación.

Para dar respuesta a esta pregunta Daniels parte del presupuesto de que las enfermedades y discapacidades que son producto de falta de poder adquisitivo son ofensivas. Es decir, aquellas situaciones donde las personas tienen un padecimiento en torno a temas de salud que no puede ser atendido por la imposibilidad de asumir los gastos médicos. Por lo tanto, las instituciones deben garantizar que haya equidad en acceso a la salud. Teniendo en cuenta este presupuesto, nos dice que la salud sí tiene una importancia moral especial pues se espera que todos puedan tener un acceso igualitario a ella y que el estado lo garantice. Para fundamentar su respuesta propone una extensión a la Teoría de la justicia rawlsiana. Para esto sentará las bases de lo que desde su perspectiva implica la definición de salud, las necesidades básicas que debe incluir esta definición y lo que implicaría una gama normal de oportunidades.

El contrato hipotético propuesto por Rawls en su teoría es celebrado entre personas ideales, esto garantiza que no haya ningún impedimento para que pueda ejecutarse. Si el contrato fuera entre personas reales no podría ser celebrado por aquéllos con

autonomía disminuida como menores de edad o personas en situación de discapacidad. Norman Daniels no acepta esta premisa pues en la realidad no todos gozan de una vida plena. En este sentido se articula su primera propuesta de extensión de la teoría rawlsiana. Daniels busca que en el contrato puedan ser incluidos casos de enfermedad y discapacidad. Para entender todo lo que puede constituir estar enfermo, nos brinda la definición de salud como la ausencia de toda patología entendida ésta como cualquier desviación con respecto a la organización funcional típica de una especie. Las necesidades básicas que deben ser atendidas en términos de salud son, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones laborales y de vida seguras y libres de contaminación, ejercicio y descanso, servicios médicos preventivos, curativos y de rehabilitación y personal de ayuda en todos los ámbitos de salud incluyendo el social y psicológico (Dieterlen, 2015). Daniels incluye las anteriormente enumeradas dentro del concepto de necesidad ya que su satisfacción permite un normal funcionamiento de la especie.

Teniendo en cuenta los elementos mínimos que deben ser garantizados en una vida saludable, Daniels nos brinda adicionalmente lo que denomina la gama normal de oportunidades que se define partiendo del entorno social. Hace referencia a el proyecto de vida razonable que podría tener una persona en el caso de que sus necesidades básicas en relación con la salud estén satisfechas. Partiendo de la necesidad de instituciones que garanticen la prestación equitativa de servicios de salud se debe tender hacia poder permitir una gama normal de oportunidades para todos. En este sentido Daniels identifica la gama normal de oportunidades con la gama equitativa de oportunidades, pues tal como en la primera se debe garantizar el proyecto de vida razonable que se podría desear cuando las necesidades básicas han sido cubiertas, en la segunda, se debe garantizar una equitativa oportunidad de acceso a los diferentes bienes partiendo del supuesto de que exista una sociedad justa y menos desigual.

Por ejemplo, si se abre una plaza laboral para un determinado cargo público, y entre los aspirantes existe alguien con una discapacidad física o alguna enfermedad

limitante, posiblemente esta persona tendrá menos oportunidad para acceder a esta plaza. Si a esta situación le añadimos que su enfermedad no ha sido atendida porque no cuenta con los recursos para ir consulta médica, y que por esta razón se encuentra en la búsqueda de un trabajo que le permita ser afiliado a un servicio de salud a pesar de que no se siente en buena condición para afrontar una jornada laboral, entonces de manera más clara podemos identificar como los problemas de salud limitan la oportunidad. No podemos pensar que en una carrera atlética tendrán igual desempeño una persona en silla de ruedas y otra que cuente con un normal funcionamiento de su capacidad motora, tal como ha sido enunciado en la teoría rawlsiana las inequidades se justificarán solo si se llevan a cabo para beneficiar al más vulnerable, en el caso de la carrera atlética, deberían tomarse las medidas necesarias para que la persona en silla de ruedas tenga la misma oportunidad de ganar que aquél que no tiene su movilidad restringida.

La orientación inicial de Daniels será incluir la salud dentro de los bienes primarios mencionados por Rawls, sin embargo, esto iría en contra de la definición original de bien primario como aquello que todas las personas en un estado democrático estarían de acuerdo en perseguir como ciudadanos libres e iguales, la salud en cambio podría entenderse mejor como un medio disponible para asegurar dichos bienes. Teniendo en cuenta lo expuesto en el anterior párrafo, ya existe un bien primario incluido en la Teoría de la justicia en el cual se puede pensar las necesidades en torno a la salud, este es, como había sido antes mencionado, el de la oportunidad. En este sentido se articula la segunda propuesta de ampliación de la teoría rawlsiana en Daniels, diciéndonos que la mejor forma de relacionar la salud con el índice de bienes primarios sociales es ampliar la noción de oportunidades para incluir las instituciones de salud entre las instituciones básicas encargadas de promover una equitativa igualdad de oportunidades (Daniels, 2008). Si bien la noción de equitativa igualdad de oportunidades permite hacer frente a aquellos talentos que nos son dados por la naturaleza y nos ponen en ventaja frente a otros individuos, la salud como un elemento que permite la equitativa igualdad de

oportunidades hará frente a las desventajas engendradas por las diversas patologías.

La segunda pregunta fundamental de Daniels es ¿cuándo son injustas las desigualdades en materia de salud? Para responderla habrá que tener en cuenta unos elementos iniciales. Primero, las diversas desigualdades que pueden afectar la salud. Se puede mencionar entre ellas el género, la etnia y la posición socioeconómica. Daniels propone fijar la atención en las desigualdades producto de la posición socioeconómica, pues son a las que se puede hacer frente desde las instituciones. Luego de considerar las desigualdades en torno a la salud, Daniels examina las situaciones que afectan a la salud y están en el centro de la justicia y la desigualdad. La primera es la elaboración de correctas políticas públicas que permitan desde el ámbito económico la correcta distribución de los recursos. El análisis de la relación entre pendiente económica y salud también debe ser tenido en cuenta, pues podemos encontrar evidencia fuerte que demuestra que no hay una relación directa entre poder adquisitivo y enfermedad, ya que existen personas con altos ingresos económicos aquejadas por múltiples enfermedades. A pesar de esto, si es normal que la enfermedad tenga una relación directa con la pobreza en aquellas personas en estado de vulnerabilidad económica. La imposibilidad de saneamiento o acceso a agua potable en lugares de bajos recursos tienen una relación directa con enfermedades de tipo infeccioso que podrían evitarse tan solo con prevención y atención oportuna.

Las desigualdades socioeconómicas son evidentes, pero no pueden constituir una privación del acceso a la salud. Estas limitan la participación de la ciudadanía en toma de decisiones de carácter público que pueden llegar a convertirse en políticas públicas, dejando estas decisiones en manos de aquéllos que desconocen los sectores vulnerables de la sociedad por no pertenecer a ellos. Regresando a la pregunta, y teniendo en cuenta que existen desigualdades de carácter social, es importante dar respuesta a cuándo son justas las desigualdades en la distribución de los recursos sanitarios. Para esta labor Daniels hará uso nuevamente de la

Teoría de la justicia de Rawls. Partiendo de los dos principios de justicia, el primero que habla del derecho a un mínimo de libertades básicas, solo se puede garantizar cuando las necesidades básicas de las personas se encuentran cubiertas, entre ellas se puede incluir a la salud. El segundo principio dividido en el de igualdad y diferencia, nos menciona como las desigualdades solo son aceptadas cuando son en beneficio de los más desposeídos, y permiten el acceso a la igualdad de oportunidades. Por lo tanto, las desigualdades en materia de salud serán justas siempre que atiendan a estos principios rawlsianos.

La tercera pregunta fundamental es ¿cómo podemos satisfacer las necesidades de salud si los recursos para hacerlo son limitados? Con las dos primeras preguntas se estableció la importancia que tiene la salud en la vida de las personas, y cómo su correcta distribución ayuda a que se disminuyan las desigualdades sociales. Sin embargo, los recursos de la salud no son ilimitados por lo que a pesar de que se tenga la buena intención de distribuirlos de manera equitativa para toda la población, este objetivo estará delimitado por la cantidad de recursos. Para poder definir a quién debe ser asignados los recursos cuando son escasos hace falta pasar por un proceso deliberativo. Para ello, partiendo nuevamente de lo propuesto en la teoría de Rawls, Daniels nos dice que inicialmente deberán considerarse aquellos que se encuentren en una posición de desventaja, y seguido considerar en términos de coste beneficio a quién se le producirá una mayor ventaja en términos netos de salud. Para garantizar que esto se cumpla, Daniels propone el método de responsabilidad por razonabilidad que consiste en establecer unos límites legítimos y equitativos de distribución, los cuales deben ser definidos desde la deliberación conjunta y justificados en unas bases razonables. Estos límites deben darse a conocer de manera pública, es decir, deben ser sometidos a rendición de cuentas y cumplir las condiciones de publicidad, pertinencia, revisión y apelación y condición regulativa (Dieterlen, 2015).

Una vez mencionadas las tres preguntas fundamentales formuladas por Daniels, podemos dar respuesta a la pregunta focal, pues queda establecida la

responsabilidad que tenemos como sociedad en promover políticas de salud y dar una especial atención a enfermos y discapacitados, partiendo de la base de que la salud permite un acceso equitativo a las oportunidades. Esta respuesta podemos articularla entonces con el deber que tenemos de garantizar unos mínimos de salud a todas las personas con independencia de su estatus social. Haciendo énfasis en el caso de los migrantes en situación irregular, el hecho de garantizarles unos mínimos de salud, permitirá a su vez que, teniendo que evitar pensar en padecimientos, puedan concentrar sus esfuerzos en otras actividades como cuidar sus hijos en caso de que hayan migrado con menores, identificar las herramientas que tienen para regularizar su situación, identificar las posibilidades que tienen en el nuevo territorio en el que se encuentran de materializar lo que define su proyecto de vida que en muchos casos constituye la razón por la cual dejaron atrás todo aquello que conocían.

En el libro *The Routledge Companion to Bioethics* del año 2015, Norman Daniels en coautoría con Keren Ladin escriben un capítulo dedicado a la inmigración y el acceso a la sanidad. Aunque el escrito habla desde el contexto norteamericano, podemos extraer varios elementos de análisis propios de la migración como fenómeno global con independencia de su lugar de origen y destino. El texto parte de la base de que la apertura de las fronteras es un requisito de la justicia global, y que el desplazamiento y la migración son derechos humanos consagrados en los artículos 13 y 14 de la declaración.

Sin embargo, esto es idealista, porque no es viable en un contexto real. Los derechos humanos nos dicen que es posible emigrar del país de origen y que esto no constituye ningún tipo de delito, sin embargo, no establecen unas reglas claras para los países destino. No existe el deber correlativo de ningún Estado de aceptar al emigrado como inmigrante (Daniels & Ladin, 2015). Una posición contraria a la establecida por los derechos es aquélla que le da total autonomía a los estados para regular la migración y en este caso decidir si aceptan o no el flujo de migrantes al

interior de su territorio. Los autores se posicionarán en un punto de vista intermedio entre estas dos posibilidades.

Teniendo en cuenta que la migración es un derecho humano universal, pero los estados tendrán una importante injerencia en términos de regulación ¿los estados deberían desconocer la diferencia entre los migrantes que regularicen su situación y los que no? ¿cómo se puede sustentar que se deba prestar atención sanitaria a los migrantes con independencia de su estatus? La justicia debe entenderse en términos de viabilidad. Para que algo sea una obligación de justicia debe ser factible para las personas (o para los Estados) cumplir con esa obligación (Daniels & Ladin, 2015). No puede haber una pretensión de justicia con algo que no es factible o sostenible, pues si no existen los medios y recursos para materializarlo, entonces no se puede exigir.

Desconocer la diferencia en el estatus de los migrantes puede llevar a una política de fronteras abiertas. Es decir, llegar a un punto donde no haya una regularización en las fronteras entre estados y las personas puedan moverse sin ningún tipo de restricción entre ellos. Esto posiblemente llevaría a un replanteamiento de la estructura social y política actual a nivel mundial. Nos convertiríamos en ciudadanos del mundo y no tan solo de un país, posiblemente esto nos llevaría a tener que plantear políticas de alcance mundial y en ese sentido también un gobierno centralizado en el cual se puedan deliberar dichas políticas ¿qué tan viable sería esto? La organización social y política que tenemos actualmente responde a un resultado histórico fruto del ensayo-error. Para llegar a la democracia como la mayor forma de gobierno actual donde los estados son soberanos, se pasó por muchos otros tipos gobiernos desde la aristocracia y la monarquía, hasta oligarquías, dictaduras y fascismos. Si no existe una estrategia para hacer frente a las desigualdades con la forma de organización política actual, mucho menos la habrá si se centraliza el poder de todo el mundo en unas pocas manos. Partiendo de la premisa de la justicia como viabilidad, una política de fronteras abiertas al no ser sostenible no es justa.

Regresando a la postura de la salud como uno de los elementos que permite que haya igualdad de oportunidades, y poniendo en el centro del debate la igualdad de oportunidades como un bien primario, ¿quién debe garantizarla? Pensaríamos de la mano de Rawls que lo deben de hacer los estados a través de las instituciones. Pero esto dejaría por fuera nuevamente a los migrantes en situación irregular al encontrarse fuera de la jurisdicción de sus propios estados. Deberíamos pensar en la igualdad de oportunidades como un principio de alcance global y no solo al interior de un país. Sin embargo, como ya lo vimos anteriormente, pensar en políticas globales de atención a migrantes no es viable y en consecuencia no se puede considerar justo. ¿Bajo qué argumentos se puede defender entonces la atención sanitaria a los migrantes en situación irregular? Una opción sería extender la responsabilidad de los estados en términos de justicia, y esperar que estos garanticen los bienes primarios a ciudadanos y a migrantes con independencia de su estatus. Esto no violaría la soberanía del estado porque las decisiones seguirían tomándose de manera interna. La inversión de recursos en migrantes en situación irregular se podría justificar siguiendo la argumentación de Daniels & Ladin en una respuesta recíproca frente a personas que están trayendo fuerza de trabajo a sus territorios, pago de impuestos indirectos por consumo de canasta básica, renta y transporte.

En tiempos de pandemia, la aplicación de vacunas constituyó la garantía de poder salir a ejecutar las tareas de la vida diaria con la tranquilidad de estar protegido frente al virus de COVID. Como se pudo registrar el contagiarse de este virus representaba entrar en un asilamiento que para quienes viven de trabajos informales o del “día a día” podía implicar no generar ningún tipo de ingreso para el sustento diario, este tipo de informalidad es propia de los migrantes en situación irregular quienes no tiene permiso para laborar. La distribución justa de vacunas como una herramienta de prevención en términos sanitarios permitiría la igualdad de oportunidades en un contexto de pandemia, porque facilitaría la libre circulación de las personas sin estar permeados por el miedo de ser contagiados.

3.4. Paulette Dieterlen. Justicia distributiva en el contexto mexicano

Paulette Dieterlen Struck (1947) Es licenciada, maestra y doctora en filosofía y es una de las filósofas vivas más importantes de México. En su trayectoria académica se ha dedicado a trabajar problemas alrededor de la pobreza, los derechos humanos, las políticas públicas y la justicia distributiva. La doctora Dieterlen es una amplia conocedora de las teorías de la justicia que se han elaborado, especialmente la expuesta por John Rawls en 1971 en su libro *A theory of justice*. Ha ocupado cargos administrativos de alta importancia como la Dirección del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM desde el año 2000 al 2004. Entre los legados más importantes que hemos recibido de su investigación están las amplias revisiones de teorías políticas, especialmente aquellas enfocadas en la justicia. Revisiones que posteriormente se han convertido en ricos análisis que, a través de sus libros han permitido que los hispanohablantes interesados en el tema puedan acceder a ellos en su propio idioma, acompañados siempre de ejemplos y reflexiones que permiten aplicarlos y entenderlos desde el contexto mexicano.

Dieterlen cuenta con una amplia bibliografía, así como conferencias y entrevistas. Para las finalidades del presente trabajo me basaré en los argumentos expuestos en sus libro *Ensayos sobre justicia distributiva (2001)*, *La pobreza: un estudio filosófico (2003)*, *Justicia distributiva y salud (2015)*, la videoconferencia *Justicia distributiva y salud* emitida como parte del Seminario Justicia y equidad en la distribución de los recursos sanitarios de la Comisión Nacional de Bioética en el año 2016 y en la conferencia *La bioética y los servicios de salud (2018)* emitida por el Programa Universitario de Bioética de la UNAM.

En los trabajos mencionados anteriormente Dieterlen revisa distintas teorías a través de las cuales se puede dar respuesta a la pregunta principal de la justicia distributiva ¿cómo se debe distribuir un bien cuando es escaso?, también desarrolla tres temas de estudio que competen a la justicia distributiva: los sujetos de la distribución, los objetos de la distribución y los criterios de la distribución. A partir de la pregunta ¿quiénes son los individuos indicados para recibir ciertos bienes y

servicios y quienes tienen el deber de otorgarlos? Dieterlen realiza un análisis que aporta elementos novedosos a la teoría de la justicia en especial porque su respuesta se enmarca en el contexto mexicano.

Desde el análisis de la autora, la justicia distributiva está directamente comprometida con el estudio de tres temas en específico, los sujetos de la distribución, los objetos que se distribuyen, los mecanismos mediante los cuales se lleva a cabo la distribución (Dieterlen, 2015). Si bien estas cuestiones están dirigidas a la repartición de bienes escasos, la investigación de la doctora Dieterlen da una respuesta generalizada a cada una de ellas para posteriormente dar un enfoque particular en los recursos de la salud. De la primera cuestión ¿quiénes deben ser los sujetos de la distribución? La respuesta está dirigida a dos clases de sujetos diferentes. Por un lado, tenemos aquéllos que son susceptibles de recibir algún bien y servicio (Dieterlen, 2019). Y por otro lado quiénes son responsables de proporcionar dichos bienes y servicios.

De quiénes son los sujetos susceptibles de recibir un bien o servicio, nos dice que generalmente se trata de individuos de escasos recursos. Dentro de un amplio espectro de necesidades que puede tener una persona, definir quiénes son aquéllos que requieren los recursos sobre otros es una tarea difícil. Según la autora existen al menos tres posibilidades. Una primera postura apunta a que sea el Estado el que determine quiénes deben ser estos sujetos. Pero esto nos llevaría a políticas paternalistas. Por Estado de bienestar entendemos aquel que redistribuye la producción otorgando subsidios, principalmente, para la educación y la salud. Por esto es *filantrópico* y muchas veces, la distribución es independiente de las necesidades, deseos y preferencias de los ciudadanos (Dieterlen, 2001). Pensar que sólo el Estado puede identificar los sujetos y sus necesidades ocasiona que se tomen decisiones ineficientes por falta de conocimiento real, esto se puede ver en los casos en los cuales se envían brigadas de atención médica a comunidades indígenas pero los médicos no logran comunicarse con las personas al no contar

con el mismo idioma o llegan incluso a vulnerar su cultura por no tener un conocimiento suficiente de sus costumbres.

Una segunda posibilidad radica en hacer un análisis de utilidad donde se mida el consumo en relación con el ingreso, es decir, determinar los sujetos según su nivel de utilidad. En el caso de personas de escasos recursos que hayan incrementado su consumo, se sobre entiende que también incrementaron sus ingresos y en ese sentido pueden ser excluidos de políticas que busquen distribuir algún tipo de bien. La utilidad es usada comúnmente para definir los sujetos de la distribución, pues para realizar una medición efectiva de la pobreza generalmente se recurre a un cálculo de los bienes de los individuos y de sus ingresos, frente a sus gastos.

Por último, tenemos una concepción más kantiana, la que nos recuerda concebir a las personas como fines en sí mismos y no como medios. El enfoque de esta postura se dirige a los proyectos de vida de cada persona. Las políticas públicas en este sentido deben de tener en cuenta el gran abanico de posiciones sociales y económicas y estar diversificadas según la necesidad (Dieterlen, 2019). Para los casos de pobreza extrema donde se encuentran los menos favorecidos dentro del grupo de los menos favorecidos, es necesario tener políticas de corte asistencialista, pues existen aquéllas que ven a los sujetos de distribución como un posible productor, es decir, se le da un recurso determinado con la finalidad de que pueda multiplicarlo a fuerza de trabajo (Dieterlen, 2003). Primero se debe garantizar un nivel mínimo para todos, para esto se deben subir los niveles de aquéllos que se encuentran en situación de pobreza extrema, porque no se puede esperar que una persona con desnutrición que no tiene garantizada ni siquiera una ración de comida al día pueda regresar con una gran cantidad de pescados si en lugar de alimentos se le entrega una caña de pescar.

Hablando de aquéllos a quienes les corresponde otorgar los bienes y específicamente hablando de salud, la autora nos dice que existen tres puntos de vista. El primero, al cual se adscribe ella, define que la obligación de otorgar los

recursos le corresponde al Estado. Para el caso de México, nos dice que esta obligación se encuentra consignada en su Constitución Política que dice: “*Todos los mexicanos tienen derecho a la salud*” (Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, 1917) al ser entendida como un derecho, la salud debe ser garantizada. Sin embargo, esto no se traduce a la realidad. Son pocos los países que asumieron la responsabilidad de otorgar la salud a la totalidad de su población entre los que se cuentan los países del Norte de Europa, Francia, Inglaterra y Canadá.

Una segunda posición niega que el Estado sea el responsable de ocuparse de la salud y de la educación, pues su responsabilidad radica en la protección de los ciudadanos, por lo que las instituciones que le corresponde financiar son: el ejército, los juzgados, la policía y las cárceles, siendo este el modelo de países como Estados Unidos. La tercera posición es una intermedia a las dos anteriores, donde la salud tiene una financiación mixta, pues algunos recursos vienen de entidades privadas y otras del Estado, a pesar de que la salud está consagrada como un derecho en la Constitución Política mexicana, este es el modelo que opera actualmente, pues a pesar de que existen entidades Estatales que están encargadas de temas relacionados con la salud como el IMSS, el ISSSTE, La Secretaría de Salud y el Seguro Popular, también existe cada vez más un alto porcentaje de gasto de bolsillo en este ámbito, lo que significa que cada vez más mexicanos se dirigen a lugares de atención exclusiva y pagan de manera particular por sus tratamientos (Dieterlen, 2016).

Frente a la cuestión sobre ¿cuáles deben ser los objetos de distribución? La doctora Dieterlen nos dice que estos se encuentran definidos en el art. 25 de la carta de Declaración Universal de los Derechos Humanos que dice:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia la salud y el bienestar, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales, necesarios, tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez y vejez

y otros de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad” (ONU, 1948).

Aunque es una definición bastante amplia, y resulta imposible que todos estos elementos estén satisfechos para todas las personas, Dieterlen nos dice que deberían ser tomados como un imperativo, y cuando estos no sean garantizados, los Estados estarían incumpliendo sus deberes frente a sus ciudadanos. Como quedó expuesto en el apartado anterior, la definición de salud de Norman Daniels se acerca mucho a los elementos enumerados en este artículo de los Derechos Humanos. Como veremos más adelante Dieterlen se suscribe a la definición de Daniels.

Finalmente, frente a la cuestión sobre ¿Cuáles deben ser los criterios para la distribución? Dieterlen nos dice que estos deben ser, objetivos, públicos, transparentes y eficientes. La objetividad implica que los criterios sobre los que se basa la distribución deben ser patentes, es decir, no pueden ser subjetivos. Deben poder hacerse explícitos y verificables, deben basarse en las condiciones de vida del sujeto, por ejemplo, la cantidad de personas que conforman el núcleo familiar, número de personas dependientes, su capacidad de acceso a determinados bienes.

La publicidad tal como su nombre lo indica, implica que los criterios que se empleen para distribuir un bien deben ser conocidos para todas las personas, no pueden hacerse de manera discrecional, deben exponerse para todo el público de manera clara para que todos puedan entenderlos. La transparencia hace referencia a la imparcialidad de los criterios, implica que los criterios que se usan para la distribución usen como principio la igualdad, los recursos de salud deben ser asignados para aquéllos que los necesiten independientemente de su composición familiar, partido político, lugar de residencia, etc (Dieterlen, 2019) Finalmente la eficiencia busca que los medios que se utilicen para hacer la distribución sean los más adecuados.

El prólogo del libro *Justicia distributiva y salud* fue escrito por José Narro Robles quién se desempeñaba como Rector de la UNAM en el momento de la publicación del texto y posteriormente desempeñó el cargo de Secretario de Salud, en él de manera breve nos sitúa en entorno mexicano desde cifras reales, datos estadísticos en relación con la mortalidad infantil o la diabetes mellitus que con el paso de los años en lugar de disminuir han incrementado, esto habla de cuan exitosas han sido las estrategias enfocadas a las políticas públicas. Narro inicia su texto diciendo que la salud de un individuo o de una colectividad resulta indispensable. Sin salud no hay desarrollo completo (Dieterlen, 2015, 2016) y la razón de esto es que se disminuyen las capacidades de cada individuo. A continuación, nos encontramos con la introducción del libro donde Dieterlen menciona como es entendida la salud en México y a través de qué esfuerzos se les proporciona a los individuos.

Hacer una revisión de esto es importante toda vez que nos permite entender los elementos de la distribución en un contexto específico, primero, quién debe ser beneficiario de los servicios de salud, segundo, quién debe proporcionarlos y tercero bajo qué criterios debe hacerlo, en cuanto al objeto de distribución aquél que se examinará principalmente será el de la salud y su protección. Entender el contexto mexicano también es importante pues a partir de lo que se pueda identificar frente inversión de recursos para brindar servicios de salud a la población mexicana, se podrá deducir la capacidad para atender a población extranjera y en tránsito migratorio.

El problema de la distribución de los recursos de salud en países en vía de desarrollo se agudiza por dos razones, la primera es que por su estado de pobreza, los habitantes tienen necesidad de más recursos públicos, y la segunda es que el producto interno bruto es mucho más bajo, lo que ocasiona que haya menos recursos que distribuir. Lo que exige a su vez que los criterios para que se haga la distribución sean más claros y eficaces (Dieterlen, 2015).

La salud y su protección se encuentran amparadas en la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos que en su artículo 4° dice: «Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social» (Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, 1917). En el mismo artículo, incluye otros elementos que para Dieterlen son determinantes de una buena salud, como lo son: alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, un medio ambiente sano, saneamiento del agua para consumo personal y doméstico de forma salubre, suficiente, aceptable y asequible, derecho a una vivienda digna y decorosa, derecho a la cultura física y deporte (Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, 1917).

El 7 de febrero de 1984 se decretó la Ley General de Salud que reglamentó el Derecho a la protección de la salud teniendo como base el artículo 4° de la Constitución. La Ley General de salud dice lo siguiente:

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (Ley General de Salud, 1984).

La misma Ley en su artículo 2° enumera los elementos que deben estar incluidos en la protección de la salud, entre ellos: la salud mental, la calidad de vida y todo lo que permita su disfrute, servicios de salud y asistencia social, amplio conocimiento

de los servicios de salud disponibles para poder garantizar su aprovechamiento y finalmente el desarrollo y enseñanza de la investigación científica y técnica en el ámbito de la salud (Ley General de Salud, 1984).

La salud y su protección son derechos amparados por la Constitución política y por la Ley general de la salud en México. La definición de salud para el caso de México es restringida como la que pudimos ver con Daniels, pues se detallan unos elementos específicos que deben protegerse y garantizarse para garantizar a su vez un buen estado de salud, lo cual contrasta con la definición de la OMS que habla de la salud en términos más generales, precisándola como “El estado de bienestar completo físico y social de una persona y no sólo la ausencia de enfermedad” (WHO, 1948). Para permitir el acceso a la salud de la población mexicana, el país cuenta con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que brinda servicios de salud a los trabajadores formales del sector privado, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados del gobierno, Pemex Secretaria de Marina y Secretaria de la Defensa Nacional que se encarga de otorgar servicios y prestaciones a los trabajadores o miembros de sus propias dependencias, y el Seguro Popular que pretende cubrir los servicios de salud a todos aquéllos que no se encuentran bajo la cobertura de los antes mencionados (Dieterlen, 2015).

A pesar de que la salud es un derecho constitucional para todos los mexicanos, el país se encuentra entre los países con menor gasto público en la región y también entre aquéllos donde el gasto público representa aún una fracción minoritaria del gasto total en salud (46%) siendo el promedio general de la región de (55%). Se ha evidenciado un aumento en el gasto total en salud en proporción al PIB pasando del año 1996 al 2005 de 5.1% a 6.5%, sin embargo, se encuentra por debajo del promedio de gasto de los países Latinoamericanos que es de 7% (Dieterlen, 2015). Sumado al tema de la inversión la doctora Dieterlen menciona al menos 6 retos adicionales descritos por Narro Robles a los que se enfrenta el sistema de salud mexicano: El crecimiento demográfico, la dispersión de la población rural, la

mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacimiento, las defunciones infantiles y finalmente las enfermedades infecciosas (Dieterlen, 2015), en este último punto cabe destacar que para el momento en que Dieterlen escribió su libro era imposible prever una pandemia con la magnitud de la vivida entre los años 2020 y 2022 por cuenta del SARS-COV2. Sumado a estos 6 retos, la autora propone agregar uno más resultado de la falta de conocimiento de las teorías filosóficas relacionadas con la justicia distributiva, y la ausencia del enfoque bioético en estos ámbitos.

Hasta este punto se ha presentado un panorama general de varios temas relacionados con la salud y su protección en el contexto mexicano. El pensamiento de Dieterlen es afín con la teoría de la justicia de John Rawls tomando sus criterios como los indicados para hacer una distribución justa. También es afín con la importancia dada a la salud por Norman Daniels resaltando que esta juega un papel determinante en la vida de las personas al convertirse en un factor primordial que garantiza la igualdad de oportunidades.

Para el caso que nos converge en el presente trabajo, la aplicación de vacunas a migrantes en situación irregular en el territorio mexicano, el objeto de distribución ya se encuentra definido por las vacunas, los sujetos de distribución haciendo referencia a quienes son los receptores de dicha distribución también se encuentra claramente definido, son los migrantes en situación irregular que se encuentran asentados o atravesando el territorio mexicano, lo que queda pendiente teorizar es quien debe ser el encargado de distribuir las vacunas y bajo qué criterios se debe hacer. En el siguiente capítulo se hará el análisis bioético de los datos proporcionados en el primer capítulo a la luz de las teorías expuestas en el que se acaba de desarrollar.

4. ANÁLISIS BIOÉTICO

En el primer capítulo se hizo una exposición general de las directrices de vacunación emitidas por los organismos multilaterales que tienen algún tipo de vínculo con la migración. También se relató la posición tomada por México en su Política Rectora de vacunación frente a la distribución a migrantes así como la experiencia relatada por personas expertas en migración. En el segundo capítulo se expuso la teoría de la Justicia como equidad de Rawls, su aplicación desde el ámbito de la salud según Daniels y finalmente se mencionó el enfoque en los criterios de distribución de Dieterlen. En el presente apartado se hará un análisis de los datos presentados en el primer capítulo a partir de las teorías proporcionadas en el segundo. Como estrategia se irá de lo general a lo particular. Es decir, de evaluar cómo fue la distribución de las vacunas a partir de los criterios de distribución de Dieterlen, para posteriormente identificar como afectó esto a los sujetos de la distribución, quiénes están representados por los migrantes en situación irregular y cómo se afectó a su vez sus bienes primarios, principalmente el de la equitativa igualdad de oportunidades, este análisis se hará a partir de las bases teóricas proporcionadas por Rawls y Daniels.

El análisis se enfocará principalmente en dos aspectos. Por un lado, partiendo de la definición de criterios de distribución realizada por Dieterlen se analizará cómo habría sido el comportamiento de la distribución de vacunas si este se hubiese llevado a cabo según las directrices expuestas por la autora, y cómo se habría desarrollado si su ejecución hubiese sido totalmente contraria. Posteriormente se hará una comparación con los datos proporcionados por los organismos multilaterales y los informes oficiales de los diferentes portales y dependencias mexicanas

Una vez hecho esto, se pasará a hacer un análisis de los sujetos de la distribución teniendo como énfasis la equitativa igualdad de oportunidades como bien primario. Se analizará cómo sería una distribución en términos ideales que garantice este

bien primario y cómo sería una que no la garantice, luego se revisará como se llevó a cabo la distribución en la conforme a los datos expuestos en el primer capítulo. Una vez realizados los análisis planteados se podrá evaluar la situación para posteriormente proponer algunas recomendaciones a futuros planes de vacunación en contextos de emergencia y así cumplir con el principal objetivo planteado en la presente tesis.

4.1. Análisis de los criterios de distribución

Como se había mencionado anteriormente, Dieterlen parte de la pregunta ¿quiénes son los individuos indicados para recibir ciertos bienes y servicios y quienes tienen el deber de otorgarlos? En respuesta a ello, nos dice que la justicia distributiva está directamente comprometida con el estudio de tres temas en específico, los sujetos de la distribución, los objetos que se distribuyen, los mecanismos mediante los cuales se lleva a cabo la distribución (Dieterlen, 2015). Frente al tema que nos converge en la presente tesis, es fácil presumir que los objetos de distribución son las vacunas, de los sujetos de distribución que se dividen en dos, primero quiénes son susceptibles de recibir un bien, servicio o carga, que para el presente análisis son los migrantes en situación irregular. Por otro lado, de los sujetos de distribución, se puede decir que también son aquéllos a quienes corresponde otorgar dichos bienes, servicios o cargas. Como ya mencionamos que el objeto a distribuir para el caso presente son vacunas, y que estas garantizan a su vez un bien mayor que es la salud, siguiendo la línea de análisis dada por Dieterlen, el derecho a la salud está consignado en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos y en este sentido el Estado está en la obligación de garantizarla.

Hasta este punto están definidos dos de los elementos descritos por la autora. Sin embargo, el elemento restante no se puede intuir de manera unívoca. Los criterios de distribución son al menos cuatro: objetividad, publicidad, imparcialidad y efectividad (Dieterlen, 2015, 2016, 2019). A partir de estos criterios se hará un análisis de cómo fue llevada a cabo la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular.

4.1.1. Criterio de objetividad

La objetividad describe la necesidad de conocer las características de los sujetos a quienes se distribuyen los bienes y los servicios (Dieterlen, 2015, 2016, 2019). Este conocimiento debe estar basado en la situación en la que estos sujetos se encuentran, es decir, basada en hechos y datos concretos que permitan determinar las necesidades de una población determinada. Para cumplir este criterio, debe existir un conocimiento detallado de la población migrante en México. Un primer dato relevante es la cantidad. Tener conocimiento de este dato permite conocer la suma adicional de vacunas que se precisan para la distribución. Conocer la cantidad de migrantes también incluye determinar cuántos tienen sus trámites administrativos regularizados y se encuentran en el territorio mexicano realizando alguna actividad remunerada, realizando estudios o adelantando trámites por unidad familiar. Sumado a este grupo de migrantes en situación regular, debe de conocerse la cantidad de aquéllos que llegaron a México cruzando fronteras no oficializadas y aquéllos que llegando a México de manera regular se quedaron en el territorio una vez vencidos los plazos para tal efecto. Como se mencionó, conocer la cantidad de migrantes permite que estos sean incluidos desde el momento de la planeación para determinar la cantidad de vacunas que serán necesarias para inmunizar a toda la población y el recurso que se invertirá en ello.

Una vez determinada la cantidad de migrantes, es importante conocer algunos datos poblacionales como la discriminación por edades y sexo. Esto es importante toda vez que el proceso de vacunación se realizó por etapas según rangos etarios, así, es de suma importancia conocer cuántos migrantes en situación irregular hay mayores de 60 años, de 50 a 59 años, de 40 a 49 años y menores de 40 años. En cuanto a la discriminación por sexo, permite identificar la vulnerabilidad al contagio por los roles ejecutados en los núcleos familiares. Se identificó en muchos casos que la mujer era quién asumía el cuidado de los enfermos dentro del hogar lo que la hacía más vulnerable al contagio (Amilpas García, 2020). Sumado a esto, también es importante conocer la cantidad de mujeres gestantes ya que estas tuvieron priorización en las etapas de vacunación.

Una vez identificada la cantidad de migrantes y su discriminación por edad y sexo, es importante conocer las condiciones de vida para identificar su vulnerabilidad al contagio. Se debe identificar las condiciones de vivienda, cuantos viven en zonas urbanas densamente pobladas o en condiciones de hacinamiento. Qué cantidad vive en albergues, en tiendas de campaña a la intemperie y cuántos se encuentran reclusos en estaciones migratorias. Esto permite conocer la posibilidad de distanciamiento social efectivo en caso de contagio y conocer también las dinámicas de vida, de dónde viene su sustento diario, las comidas que ingieren, su acceso a agua potable y sanitarios. Lo que a su vez permite identificar qué acceso tienen a medidas de saneamiento como uso de cubrebocas, gel antibacterial y constante lavado de manos.

Tres elementos adicionales que se deben conocer de la población migrante son las comorbilidades presentes, los diferentes grupos étnicos y diferentes grupos racializados. Las comorbilidades son importantes porque fueron decisivas al momento de priorizar la vacunación. La Organización Panamericana de la Salud determinó que al menos 14 enfermedades aumentaban el riesgo de morir por COVID-19 en caso de contagio entre ellas: enfermedad renal, cardiovascular y pulmonar, diabetes, cáncer, hipertensión y SIDA (OPS, n.d.-a). Identificar este tipo de enfermedades entre los migrantes permite priorizarlos en la aplicación de vacunas contra COVID-19. Reconocer las diferentes etnias y grupos racializados da lugar a identificar aquellos grupos más vulnerables dentro un grupo vulnerable mayor. Sumado a la xenofobia se pueden encontrar casos de racismo y discriminación por diferentes acentos y apariencias físicas. Identificarlo permite combatirlo. Así se pueden pensar jornadas de vacunación o brigadas correccaminos inclusivas donde los migrantes tengan acceso a información en su idioma y que no vulneren sus costumbres.

El cumplimiento a cabalidad del criterio de objetividad permite reconocer las necesidades reales de los migrantes en situación irregular para que la distribución de vacunas sea orientada de una manera efectiva. Ignorar el criterio de objetividad

llevaría a una distribución descontextualizada. Desconocer la cantidad total de migrantes impide tener una planeación de la cantidad de vacunas a utilizar, lo que podría llevarnos a uno de dos caminos, por un lado, ignorar sistemáticamente a los migrantes y por otro, llevar una cantidad de vacunas excesiva o insuficiente a los territorios donde ellos se encuentran. Desconocer su distribución por edades impide que sean tenidos en cuenta en los Política Rectora de Vacunación que fue concebida por etapas según rangos etarios.

Desconocer sus situaciones de vida y sus comorbilidades nos llevaría a desconocer también su vulnerabilidad al contagio y a una eventual muerte. Desconocer su posibilidad de acceso a saneamiento y medidas de distanciamiento social impide que se pueda realizar una corrección sobre esto en caso de ser necesario. Desconocer si pertenecen a grupos de personas racializadas puede llevar a políticas discriminatorias. Una distribución de vacunas que ignore el criterio de objetividad puede llevar a que la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular sea inefectiva e incluso nula.

Se puede presumir que no existe una cultura generalizada de integración de los migrantes en las políticas estatales. A pesar de que la OMS, la OIM, ACNUR y OHCHR emitieron diversos comunicados exhortando a reconocer las necesidades de los migrantes, la OIM evidencia que al menos el 50% de los países reportados no vacunaron a los migrantes y poco más del 30% no los incluían en sus Planes Nacionales de Vacunación. Lo que lleva a pensar a su vez que no existe en muchos países un conteo fiable de la cantidad de migrantes en sus territorios con la consecuente dificultad de integrar una población que no se conoce.

De acuerdo con los hallazgos de la OIM sobre las barreras enfrentadas por los migrantes al momento de acceder a la vacuna, entre las barreras administrativas se encontró que en muchos países exigían documentos a los migrantes para acceder a la vacunación, así como ausencia de cortafuegos que pudieran proteger la información de los migrantes frente al riesgo inminente de ser deportados. Estas

barreras demuestran un desconocimiento del contexto propio de la situación migratoria y un incumplimiento del criterio de objetividad.

No es muy amplia la información que se puede encontrar en referencia a la vacunación de migrantes en situación irregular en México. El Instituto Nacional de Migración¹² mantiene su página *web* donde se puede obtener información parcial de la cantidad de migrantes en el territorio mexicano que ha canalizado. Los datos se encuentran divididos por sexo, nacionalidad y edad. Adicionalmente, no hay datos detallados sobre la vacunación a la población en general, lo que impide hacer un diagnóstico certero de la aplicación del criterio de objetividad. Una nota de prensa de septiembre de 2021, diez meses después de haber iniciado el proceso de vacunación en México reportó vacunación de migrantes en situación irregular (Chávez, 2021). En otros diarios, se refirieron casos donde los migrantes rechazaban la vacuna aparentemente por tratarse de la vacuna CanSino la cual no era aceptada por Estados Unidos y representaba un riesgo a futuro para los migrantes que tenían intención de presentar solicitudes de refugio en este país (Franco, 2021; Rodríguez, 2021).

4.1.2. Criterio de publicidad

La publicidad es todo lo contrario a la discrecionalidad (Dieterlen, 2015, 2016, 2019). Toda política pública tiene que ser pública. Las personas deben poder tener acceso a ella y entender de qué se trata. La información debe ser transparente y pública, debe existir un portal donde todas las personas tengan acceso a información sobre cuántas vacunas se compraron, cuánto costaron y cómo se distribuyeron. También debe ser pública la cantidad de personas que se proyecta vacunar para poder hacer un comparativo entre las vacunas compradas y las distribuidas. La información debe

12

<http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Publicaciones/Infografias/new/2021/12/4.jpg>

estar presta para cálculos de terceros y debería poder ser sometida a rendición de cuentas en cualquier momento. Para cumplir este criterio debe existir un lugar de acceso público, bien sea a través de sitios web, documentos en las diferentes Secretarías, o bancos de información donde quede depositado todo lo referente a la distribución de vacuna, total de personas vacunadas discriminadas por rangos de edad, sexo, grupos vulnerables, así como la división por esquema parcial o completo.

No sólo la información ha de ser pública, debe garantizarse el acceso real a ella. Teniendo en cuenta el criterio de objetividad y conociendo las condiciones de vida propias de la población migrante en situación irregular, se puede considerar la dificultad de las personas para acceder a internet, la disponibilidad de teléfonos celulares, televisión o computadoras, el acceso a periódicos, revistas o gacetas. Cumplir el criterio de publicidad en condiciones ideales, implicaría un medio a través del cual la información pueda llegar a los migrantes. Un ejemplo podría ser la distribución de folletos informativos accesibles sobre brigadas de vacunación en los diferentes albergues, casas migrantes, centros de detención migratorias y campamentos. Estos folletos deben adaptarse a las necesidades de los migrantes en términos de idioma y complejidad. Otra opción de acceso a la información es a través de grupos de capacitación en las diferentes oficinas de la COMAR, el INM y otras entidades gubernamentales, así como en los diferentes albergues para que la información pueda ser difundida de manera clara y precisa.

Al no seguir el criterio de publicidad, la información respecto a la política pública es inexistente y por tanto no puede ser sometida a evaluación. El no hacer pública la información impide conocer la destinación de los fondos, así como una posible malversación de estos. El incumplimiento del criterio de publicidad lleva a desconocer la cantidad de migrantes vacunados y por lo tanto impide hacer un diagnóstico del reconocimiento o violación de varios Derechos Humanos, entre ellos el Derecho a la Salud. Por otro lado, el no hacer pública información de manera certera y enfocada a los migrantes sobre lugares de vacunación, horarios, requisitos

y demás conlleva a que los migrantes desconozcan sus oportunidades de acceso, que rechacen la vacuna por miedo y desconocimiento a los efectos de esta y que no accedan a las jornadas de vacunación por miedo a la deportación.

La disponibilidad de la información fue una de las barreras para los migrantes al momento de acceder a la vacuna (OIM, 2019, 2021b, 2021a, 2022). Los migrantes no contaban con acceso a internet, prensa o cualquier canal informativo a través del cual se pudieran enterar de jornadas de vacunación, acceso gratuito a la misma, disponibilidad de vacunas, etc. Hablando particularmente del contexto mexicano, actualmente no existe un lugar de acceso público a través del cual se pueda obtener información detallada en referencia a la distribución de las vacunas. Algunas organizaciones de la sociedad civil han solicitado esta información a través del Instituto Nacional de Transparencia INAI sin éxito (Barrera, 2023; Padilla, 2021; Sánchez & Jaramillo Molina, 2021; Velázquez et al., 2021).

4.1.3. Criterio de imparcialidad

El criterio de imparcialidad se remite a la igualdad de condiciones que son relevantes para distribuir apoyos (Dieterlen, 2015, 2016, 2019). Los beneficiados deben de ser aquéllos que más los necesitan con independencia de su estatus socioeconómico, partido político, estructura familiar o lugar de residencia, es decir, de acuerdo con factores de riesgo objetivos y necesidades reales. La imparcialidad nos lleva a pensar en una distribución ideal donde el acceso a la vacuna se dé con independencia del estatus migratorio de las personas. Los migrantes deberían entonces ser incluidos en cada una de las etapas de vacunación, y para garantizar que la vacunación sea efectiva no debería exigirse ningún documento que acredite su estancia regular en el país.

Para garantizar la imparcialidad también se debe buscar el acceso igualitario a la vacuna con independencia del territorio donde se encuentren las personas. La vacuna debe llegar a los territorios más apartados y así asegurarse que nadie se quedará sin vacuna por dificultades de desplazamiento por medios o falta de

recursos. También se debe disponer de personal que pueda comunicarse efectivamente con los migrantes con independencia del idioma que hablen, incluso garantizar la comunicación con personas que padezcan algún tipo de discapacidad.

De no cumplirse el criterio de imparcialidad, la repartición de las vacunas beneficiaría a aquéllos con mayor capacidad adquisitiva, personas con cargos de poder, con alto estatus socioeconómico y relaciones interpersonales que permitan algún tipo de favoritismo. El resultado sería la concentración de los beneficios que trae consigo la vacunación en una única población y el rezago de aquéllos con escasos recursos. En términos generales, el hecho de que la vacunación y los beneficios que trae consigo se concentre solo en una minoría privilegiada, llevaría a que se propaguen los contagios y no se alcance la inmunidad de rebaño deseada para frenar la transmisión del virus, lo que a su vez también incrementaría los índices de mortalidad.

De acuerdo con los informes de los organismos multilaterales si existió un rezago de la población migrante en situación irregular al momento de aplicar las vacunas. Como se puede detectar en las cifras entregadas por la OIM, en muchos países no se incluyó a los migrantes en el momento de la planeación y tampoco en la práctica. La ausencia de imparcialidad se puede identificar en al menos tres de las barreras de acceso a la vacunación que tuvieron los migrantes y que fueron descritas por la OIM. La primera de ellas fue el acceso a las vacunas que afectó no solo a la población migrante en situación irregular, sino en general a los países menos desarrollados. La imparcialidad se vio afectada con lo que se denominó el nacionalismo vacunal donde los países más poderosos en un primer momento acapararon las vacunas.

Luego tenemos la barrera financiera según la cual en algunos países la gratuidad de la vacuna estaba asociada con estar afiliado a algún servicio de salud, lo cual se traduce en un posible costo para los migrantes que por situaciones propias de su condición no tienen la posibilidad de acceder a este tipo de servicios. Finalmente, la

barrera de xenofobia y discriminación que fue argüida por algunos países como la razón para no vacunar a los migrantes. Las tres barreras mencionadas anteriormente, muestran a partir de los datos recopilados por la OIM como la distribución de vacunas no fue del todo imparcial. Para el caso mexicano, el criterio de imparcialidad se vio afectado porque los migrantes en situación irregular fueron incluidos en los planes de vacunación varios meses después de haberse iniciado las jornadas para tal efecto, y se solicitaron documentos de identificación para acceder a ellas.

4.1.4. Criterio de eficiencia

El criterio de eficiencia indica que hay que buscar los medios más adecuados para llevar a cabo la distribución y así maximizar su impacto positivo. Para esto se deben usar los recursos de manera responsable, evitar los desperdicios y alcanzar la mayor cantidad de personas posibles. Para velar por que este criterio se cumpla es necesario que vaya de la mano con los criterios anteriores. En especial con el criterio de objetividad. Si se conoce de manera amplia y certera el sujeto de distribución, se puede asegurar que los recursos que se inviertan sean los más adecuados permitiendo así un uso eficiente de los mismos. Se debe tener claro el manejo de las diversas vacunas y sus cadenas de frío. Así como conocer los territorios donde están van a ser distribuidas. Esto permite identificar el tiempo de desplazamiento de la vacuna. De un solo frasco de vacuna salen varias dosis, la cantidad varía según el laboratorio, lo que lleva a que se deba tener un cálculo previo de cuántas personas se van a inocular para evitar pérdidas del inmunológico.

Es eficiente también identificar la vacuna más adecuada según las necesidades de los migrantes. Muchos están de paso por lo que es ineficiente aplicarles una vacuna que requiera refuerzos posteriores en lapsos de tiempo determinados. Según los objetivos de aquellos migrantes que se encuentran en tránsito es ideal pensar en vacunas que sean de dosis única y que tengan aceptación en los países que tienen como destino.

La eficiencia depende de una planeación exitosa que requerirá identificar las necesidades de cada población, y permitirá llegar a la mayor cantidad de población posible. También se hará necesario efectuar campañas de difusión previas a las jornadas de vacunación donde se entregue información y se resuelvan aquellas dudas que podían llevar a las personas a rechazar la vacuna. Esclarecer información con temas relacionados a requisitos, costos, efectos secundarios, refuerzos, porcentaje de efectividad de la vacuna y diferencias entre las versiones de cada una de las farmacéuticas.

La ineficiencia en la distribución llevará a pérdidas materiales que inevitablemente se traducirán en pérdidas económicas. La pérdida de vacunas por no conservar su cadena de frío o por mala manipulación pueden resultar en una de dos consecuencias, o se quedan personas sin vacunar o se tiene que volver a comprar las vacunas ocasionando un reproceso y duplicación de costos. Una mala planeación puede ocasionar que las poblaciones más vulnerables y aquéllas que viven en las periferias se queden sin vacuna por desconocimiento o por no tener la posibilidad de desplazarse. En el caso particular de la población migrante, la eficiencia se ve afectada cuando son excluidos de los planes de vacunación porque se deja marginada una cantidad importante de personas.

De acuerdo con los datos reportados y conforme a las barreras de acceso descritas por la OIM, la distribución de vacunas a los migrantes en situación irregular fue ineficiente. En general no hubo una planeación inclusiva según la cual fueran tenidos en cuenta al momento de la aplicación. La OIM realizó cuatro informes con una periodicidad trimestral de mayo de 2021 a noviembre de 2022, y desde el primer informe hasta el último no se evidencia un aumento significativo entre la cantidad de países que incluyó a los migrantes en los planes de vacunación y en la práctica.

Todas las barreras descritas por la OIM (*administrativas, financieras, tecnológicas, informativas, de disponibilidad, técnicas, de discriminación y xenofobia*) denotan falta de planeación e ineficiencia en la distribución. Las barreras administrativas

demuestran desconocimiento de una población que por su condición no cuenta con documentos vigentes o válidos, las barreras financieras demuestran que no se tuvo en cuenta la imposibilidad de acceso a servicios de salud para algunos migrantes, las barreras tecnológicas ponen al descubierto que no se tuvo en cuenta el poco acceso a medios informativos que tiene los migrantes. Las barreras de disponibilidad demuestran que no se previó que las vacunas podrían ser acaparadas o no se planearon estrategias para evitarlo. Las barreras técnicas desconocieron a los migrantes en tránsito y como resultado un medio para llegar a ellos, las barreras de discriminación y xenofobia dejan a la luz nuestra poca capacidad de empatía y el poco trabajo que hay para combatir esto. El resultado de todas estas barreras es una distribución ineficiente toda vez que no se maximiza el impacto positivo de la distribución de vacunas y se quedan poblaciones rezagadas.

La distribución de la vacuna contra COVID-19 en México respondió a las necesidades mundiales y la población se vacunó con una relativa rapidez priorizando a aquéllos con mayor vulnerabilidad al contagio. Sin embargo, esto sucedió para las personas nacionales. Como se ha mencionado en párrafos anteriores, la distribución de vacunas para migrantes en situación irregular se llevó a cabo con disparidad, por lo que, aunque en términos generales se puede hablar de eficiencia en el proceso de vacunación de México, esto puede quedar entredicho cuando se piensa en la población migrante en situación irregular.

Lo reportado por los datos se distancia mucho de la aplicación ideal de los cuatro criterios de distribución descritos por Dieterlen. Esto deja entrever la falta de igualdad en la distribución y las oportunidades de mejora para futuros planes de vacunación en contextos de emergencia. A continuación, se hará una evaluación de cómo la inequidad afecta directamente a los sujetos de la distribución minimizando su acceso a las oportunidades.

4.2. Análisis de la garantía de la equitativa igualdad de oportunidades

En la presente sección se analizará si la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular en México favoreció la equitativa igualdad de oportunidades. De acuerdo con la teoría de la justicia como equidad existen determinados bienes primarios, estos se definen como aquellas cosas que todas las personas en un Estado libre y democrático estarían de acuerdo en perseguir como ciudadanos libres e iguales (Rawls, 1995). La equitativa igualdad de oportunidades es uno de estos bienes. Según la idea clásica, la distribución es justa siempre que todas las personas tengan la misma posibilidad de acceso al beneficio, sin embargo, si solo se garantiza la igualdad para todos, se verán más beneficiados aquéllos que por lotería natural tengan talentos o una posición socioeconómica favorable que les permita optimizar de mejor manera los recursos. Se debe tender hacia la equidad en la oportunidad.

La equitativa igualdad de oportunidades hace frente a las ventajas y las desventajas dadas por la lotería natural. De esta manera, según la teoría de la justicia como equidad todos estaríamos de acuerdo en que los beneficios se otorguen de manera desigual, siempre que esta desigualdad se dé para favorecer a los menos aventajados. Para Daniels la importancia moral especial de la salud radica en que permite la equitativa igualdad de oportunidades ¿Cómo lo hace? Existe la gama normal de oportunidades que se define como el proyecto de vida razonable que podría tener una persona si sus necesidades básicas en salud estuvieran satisfechas, por lo tanto, si se garantiza la salud, se garantiza la gama normal de oportunidades.

Si la equitativa igualdad de oportunidades permite afrontar las desventajas de la lotería natural, la salud permite afrontar las desventajas engendradas por las patologías (Daniels, 2008). Es importante recordar para este punto la definición de salud dada por Daniels. Salud se entiende como toda ausencia de patología, y patología es cualquier desviación con respecto a la organización funcional típica de una especie (Daniels, 2008). Las necesidades básicas que deben ser atendidas en

términos de salud son: nutrición y vivienda, condiciones laborales y de vida seguras y libres de contaminación, ejercicio y descanso, servicios médicos preventivos, curativos y de rehabilitación, personal de ayuda en ámbitos de salud, sociales y psicológicos. La gama normal de oportunidades hace referencia a aquellos deseos que tenemos en torno a nuestro proyecto de vida cuando no precisamos estar pensando en esas necesidades porque ya están cubiertas.

Algunas de las desigualdades que afectan el acceso salud y son producto de la lotería natural son el género, la etnia y la economía (Daniels, 2008). Podemos incluir a la migración irregular dentro de estas desigualdades pues es producto de una migración forzada que no resulta de la elección de las personas sino de la necesidad de huir de la falta de oportunidades, la violencia sistemática y los desastres naturales. De estas desigualdades aquéllas que resultan de las limitaciones económicas son las que se pueden combatir y tienen que ser atendidas por las instituciones (Daniels, 2008). Dentro de los servicios médicos preventivos que se deben asegurar podemos incluir la vacunación. Siguiendo la definición de Daniels, garantizar la vacunación es una forma de garantizar la salud, que a su vez permite una gama normal de oportunidades la cual va de la mano con la equitativa oportunidad de acceso.

Ya que fueron mencionadas las características de la equitativa igualdad de oportunidades se pasará a describir cómo sería una distribución de vacunas que garantice este bien. Conforme a lo descrito por Rawls, la justicia como equidad sería la estrategia de distribución que elegirían las personas tras el velo de ignorancia y haciendo uso del *maximin* es decir a partir de imaginarse en el peor lugar posible. Estando en esta posición, las personas estarían de acuerdo en seguir dos principios (1) el de libertad (2) el de igualdad. El principio de libertad que asegura el esquema más extenso de libertades básicas que todas las personas puedan compartir, siendo algunas de las libertades el derecho al voto, a la libre asociación, a la libertad de expresión y al debido proceso, algunas de estas libertades están vetadas para los migrantes en situación irregular. Dado que el principio de libertad se ve

condicionado para los migrantes en situación irregular y su ejecución depende de trámites burocráticos más complejos, es el segundo principio el que tiene un peso importante en la justicia como equidad para este grupo poblacional.

El segundo principio o principio de igualdad, nos dice que las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de tal manera cumplan con los principios de diferencia que insta a que las desigualdades sean permitidas solo si son en beneficio de los menos aventajados, y el principio liberal de la justa igualdad de oportunidades ligado con cargos y posiciones asequibles a todos en condiciones de justa igualdad de oportunidades. Retomando la estrategia de *maximin*, la posición de los migrantes en situación irregular podría ser uno de los peores lugares posibles para imaginarse. Si estamos de acuerdo con eso, estamos de acuerdo en que el principio de igualdad los favorezca.

La distribución de vacunas en contextos de emergencia y particularmente en el caso de la vacuna contra COVID-19 debe hacerse pensando principalmente en beneficiar a los grupos poblacionales más desfavorecidos, para hacer esto se requiere tener un conocimiento certero de quiénes los integran. Las condiciones de desventaja de los migrantes en situación irregular se evidencian en sus mayores tasas de contagio de COVID (WHO, 2022b). Como se ha mencionado antes, la imposibilidad de adherirse a las medidas de bioseguridad incrementa su vulnerabilidad a contraer el virus. La dificultad de acceder a servicios médicos ocasiona también que aquellos con enfermedades de base no se puedan atender, como se pudo ver, la atención médica se enfocó a la detección y tratamiento del virus dejando rezagadas otras enfermedades de importancia y con tratamientos urgentes, si esto afectó a la población nacional, seguramente afectó con mayor proporción a los migrantes en situación irregular que como se ha relatado anteriormente no hacen uso de servicios médicos aún si estos están disponibles por miedo a la identificación y posterior deportación.

En condiciones ideales debe identificarse la población objetivo para proceder a comprender y delimitar sus desventajas, hecho esto, se debe hacer frente a estas. Para el caso de los migrantes, dado que por su condición no pueden adherirse fácilmente a medidas de bioseguridad como: distanciamiento social, aislamiento en caso de contagio, medidas de confinamiento, uso de cubrebocas y gel antibacterial, lavado constante de manos y disponibilidad de pruebas PCR, estos debían ser vacunados con prioridad. Estar inmunizados les permitiría despreocuparse por el contagio y poder enfocar sus esfuerzos en otros temas más importantes guiados a cumplir sus proyectos de vida. Si bien, podría pensarse que en general son muchas las deficiencias que tienen los migrantes frente a la definición de salud de Daniels, la distribución de vacunas es de carácter público y busca de alcanzar a toda la población.

Son muchas las necesidades que no tienen cubiertas los migrantes en situación irregular como la nutrición y vivienda adecuadas, las condiciones laborales y de vida seguras, el ejercicio y el descanso y los servicios médicos en general. Estas falencias también les generan desventaja a los migrantes cuando hablamos de equitativa igualdad de oportunidades. Sin embargo, pensando en el contexto de pandemia que nos converge en el presente texto, la inmunización contra el virus representa una carga importante al ser determinante para la consecución de la protección de las otras necesidades. Por lo tanto, si la distribución de vacunas se hace pensando en la equitativa igualdad de oportunidades, debe priorizarse la población migrante en situación irregular.

La priorización de los migrantes en situación irregular en los procesos de vacunación y la consecuente reducción de su vulnerabilidad al contagio, les permitiría ocuparse de otros temas importantes para cumplir sus objetivos como empezar, continuar o culminar sus solicitudes de refugio, desempeñar labores remuneradas siempre que esto les sea permitido, planear su recorrido en caso de que su fin sea llegar a otro país, buscar asesorías legales y buscar un refugio

seguro. Para aquéllos que vienen acompañados de sus hijos menores, les permitiría ocuparse de la manera más idónea posible de ellos.

La equitativa igualdad de oportunidades se vería reflejada inicialmente en que dentro del grupo migrante ninguno se quede rezagado por condiciones de enfermedad, que todos tengan la misma posibilidad de acceder a albergues seguros, a asesorías legales, a presentar solicitudes de refugio y en general a cualquier necesidad que demanden. Y en términos generales y yéndonos adelante en el tiempo, esto permitirá que una vez se haya cumplido el objetivo por el cual se emprendió la migración, estas personas puedan competir en condiciones equitativas por un puesto de trabajo y por cualquier beneficio que se presente en el futuro, pues su migración no se vería frustrada por el contagio del virus o una eventual muerte. Claro que en el camino se podrán topar con muchas más dificultades, pero la vacunación cuya provisión está en manos de instituciones estatales no sería una de ellas.

Una distribución que no garantice la equitativa igualdad de oportunidades podrá enfocarse en vacunar la población según criterios utilitaristas donde la finalidad sea el mayor beneficio para el mayor número, sin ocuparse de que dicho beneficio alcance a los grupos más vulnerables. El mayor número podría estar representado por los más aventajados de la sociedad. Si bien este tipo de distribución es efectiva teniendo en cuenta que la finalidad es alcanzar la inmunidad de rebaño, ocasionará que poblaciones que ya se encuentran en desventaja adquieran una desventaja aún mayor al tener mayor probabilidad de contagiarse del virus. Dado que estamos hablando de una población de la cual no se tienen datos específicos de densidad, comorbilidades, determinantes sociales y factores de riesgo quizá no se pueda calcular en términos generales el índice de mortalidad resultado de la desatención, pero se puede presumir que sería alto por la poca adherencia a las medidas de bioseguridad.

Obviar el principio de equitativa igualdad de oportunidades llevaría entonces a incrementar las tasas de mortalidad en los migrantes y reducir su posibilidad de acceso a beneficios. El riesgo inminente al contagio limitaría sus capacidades de normal desarrollo, siendo la frase “normal desarrollo” un eufemismo cuando la población de la que estamos hablando vive en condiciones totalmente atípicas. En todo caso, el que tengan más vulnerabilidad al contagio o que incluso se contagien más por imposibilidad de acceso a la vacuna, hará que la condición de enfermedad los limite en la consecución de asesorías para regularizar su condición, en poder continuar su ruta migratoria en caso de que estén de tránsito, limitará también su posibilidad de integrarse con otros grupos migratorios, acceder a refugio y trabajo.

Los datos nos proporcionan elementos para identificar que la planeación y la posterior distribución de la vacuna contra COVID-19 en términos generales y en la mayoría de los países no fue un garante de la equitativa igualdad de oportunidades. De acuerdo con los datos proporcionados por la OMS, de su revisión de 104 PNDV al menos el 72% no incluía a los migrantes, 53% incluía a refugiados y solicitantes de asilo y sólo el 14% incluía a los migrantes de manera explícita. De manera más detallada y a través de los 4 informes de la OIM mencionados en el primer capítulo se describe como de 30 países reportados de América del Norte y Caribe solo 9 en promedio incluían a los migrantes en situación irregular en sus PNDV y en la práctica.

Cada uno de los organismos multilaterales que tienen algún vínculo con migración publicó directrices que instaban a los países a incluir a los migrantes en sus procesos de vacunación, sin embargo, a partir de los datos publicados podemos ver que estas directrices no fueron acatadas completamente por algunos países e ignoradas totalmente por otros. El diagnóstico hecho por la OMS y la OIM de las barreras que tienen los migrantes para acceder a la vacuna, revela la falta de equitativa igualdad de oportunidad que tienen. Su baja posibilidad de acceso a medios tecnológicos, económicos, de transporte seguro, la falta de documentos que

acrediten su estancia legal, sumado a la xenofobia y la discriminación de la que son víctimas ocasiona que no puedan tener una gama normal de oportunidades.

Para el caso mexicano concretamente y a partir de los datos disponibles se puede evidenciar que, si bien la población migrante en situación irregular sí fue incluida en los procesos de vacunación, este proceso llegó de manera tardía. En los primeros meses de despliegue los migrantes fueron excluidos. En párrafos anteriores se describió como esto puede afectar el acceso a la equitativa igualdad de oportunidades. Sin embargo, una vez superado esto se dispuso recursos y logística para llegar esta población vulnerable.

En una valoración general encontramos que los datos no son totalizantes y que, así como en algunos países la distribución de la vacuna contra COVID-19 favoreció la equitativa igualdad de oportunidades, en otros países esto no sucedió. También podemos identificar que la postura no fue estática todo el tiempo, pues algunos países como México que no incluyeron a los migrantes en un primer momento, si los contemplaron conforme fue avanzando el tiempo.

4.3. Recomendaciones a futuros planes de vacunación en contexto de emergencia sanitaria

En el presente apartado se emitirán recomendaciones a partir del análisis bioético previo en el marco de los criterios de distribución expuestos por Dieterlen y orientadas a garantizar la equitativa igualdad de oportunidades. Por considerarse tres actores principales en relación con la distribución de vacunas contra COVID-19 a migrantes en situación irregular, las recomendaciones estarán dirigidas a Organismos multilaterales, a entidades gubernamentales y a organizaciones de la sociedad civil focalizadas en el trabajo con migrantes.

Para emitir dichas recomendaciones se hizo una revisión de los objetivos y funciones de cada uno de los actores mencionados anteriormente con la finalidad de determinar su relación con la población migrante, y con base a esto establecer

qué tipo de recomendación era adecuada para cada uno. Dentro de los actores pertenecientes a los Organismos multilaterales, tenemos a los mencionados en el capítulo 1: OMS, OIM, ACNUR y OHCHR. De las entidades gubernamentales, tenemos los actores relacionados con autoridades sanitarias e Institutos que favorecen la gestión de la migración. Finalmente, dentro de las organizaciones de la sociedad civil para efectos prácticos se revisarán los objetivos de algunas dentro del territorio mexicano: Sin fronteras, Casa del migrante del Saltillo, Al otro lado, FM4 Paso libre y Casa del migrante de Ciudad Juárez.

A continuación, se resaltarán lo más relevante de dicha revisión. De los Organismos multilaterales, la OIM pone a disposición su experiencia y fuerza de trabajo para la investigación, el diálogo, la negociación, la divulgación y el análisis de información para fungir como punto de referencia en el ámbito migratorio. Su objetivo es promover la migración humana y ordenada para beneficio de todos. Para esto ofrece asesoramientos y servicios tanto a gobiernos como a migrantes, promueve la cooperación internacional y hace trabajo de vigilancia al cerciorarse que la gestión en relación con los migrantes se lleve a cabo con apego total a los Derechos Humanos. También tiene dentro de sus objetivos contribuir al desarrollo económico y social de los Estados a través de la realización de estudios, diálogo, diseño y puesta en práctica de los programas relacionados con la migración.

La OMS en su *Plan de acción mundial de la OMS sobre la promoción de salud de los Refugiados y los migrantes 2019-2023* trabaja de la mano con los países para promover el Derecho Humano a la salud y el acceso a servicios de salud de calidad y culturalmente apropiados. ACNUR busca proteger y asistir a los refugiados de todo el mundo garantizando que las personas tengan derecho a buscar asilo y encontrar refugio seguro. Finalmente, El Alto Comisionado de los Derechos Humanos trabaja con el fin de promover, proteger y hacer cumplir los Derechos de los migrantes cualquiera que sea su condición, en especial aquéllos que se encuentran en situación de vulnerabilidad y corren mayor riesgo de padecer violaciones de sus Derechos Humanos. El punto común de encuentro en los

objetivos de cada uno de los organismos mencionados es la protección de los Derechos Humanos de las personas en movilidad y para hacerlo ponen a disposición su trabajo en materia de investigación y difusión.

Desde las entidades gubernamentales las recomendaciones irán dirigidas a dos actores: las autoridades sanitarias y las instituciones o autoridades enfocadas en trabajar los flujos migratorios dentro de los territorios. Para definir sus funciones se revisarán las directrices emitidas por los Organismos Multilaterales en relación con ellos. También se mencionarán acuerdos internacionales que guían el quehacer de los Estados frente a objetivos determinados como la cobertura en salud y la migración segura y ordenada.

Las autoridades de salud en todos los niveles institucionales apuestan a desarrollar un conjunto de capacidades para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de este derecho, actuando sobre los factores de riesgo y determinantes sociales que tienen efectos en la salud de la población. Las capacidades a las que hace referencia son: evaluar el estado de salud de la población y los factores de la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, asignar los recursos necesarios, y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública (OPS, n.d.-b).

Un dato adicional es que los países miembros de la ONU aprobaron en 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS). Se trata de una hoja de ruta que pone un horizonte en común con el fin de orientar acciones multisectoriales a favor de las personas, la preservación del planeta, la prosperidad económica en disminución de desigualdades, así como fomentar la paz y las alianzas (Gobierno de México, n.d.-a). La Agenda tiene diecisiete objetivos, entre los cuales está el objetivo 3 “Salud y bienestar” y el objetivo 10 “Reducción de las desigualdades”. Del objetivo de Salud y bienestar se desprenden varios objetivos específicos, entre ellos, lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los

riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (Gobierno de México, n.d.-b).

El objetivo 10 está orientado a la Reducción de desigualdades. En él se encuentran los siguientes objetivos específicos: facilitar la migración y la movilidad ordenadas, seguras, regulares y responsables de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas migratorias planificadas y bien gestionadas, y garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto (Gobierno de México, n.d.-c). Los Estados firmantes se comprometieron a través de estos objetivos a erradicar el hambre y la pobreza para el año 2030.

Con la finalidad de facilitar el objetivo 10 de los ODS, particularmente lo relacionado con la migración y movilidad ordenadas, el 19 de septiembre de 2016, Jefes de Estado y de Gobierno se congregaron por primera vez en la historia a nivel mundial en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas para discutir cuestiones relacionadas con la migración y los refugiados (IOM, n.d.). Como resultado de esta y varias reuniones posteriores, en diciembre de 2018 se firmó el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular siendo este el primer acuerdo intergubernamental, elaborado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, que abarca todas las dimensiones de la migración internacional de forma holística y completa. En él se enumeran 23 objetivos para la acción de los Estados, reforzados por compromisos específicos, que pretenden abordar los retos relacionados con la migración actual (OHCHR, n.d.).

Los ODS así como el Pacto si bien no son vinculantes, establecen los cursos de acción de los Estados en relación a temas específicos como la migración y acceso universal a la salud, por lo tanto, las recomendaciones dirigidas a las entidades gubernamentales irán enfocadas al cumplimiento de dichos objetivos.

Específicamente sobre migración, los objetivos firmados por los Estados miembros de la ONU buscan reforzar políticas basadas en derechos humanos, reducir los efectos adversos de la migración, abordar y reducir las vulnerabilidades y violaciones de los derechos humanos en contextos de migración, proteger el derecho a la vida, garantizar el derecho de los migrantes a acceder a servicios de sanidad, educación y apoyo social sin ningún tipo de discriminación, entre otros (OHCHR, n.d.).

Sobre las organizaciones de la sociedad civil se identificó que su labor está enfocada a la promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas migrantes. Para esto, prestan una labor de protección y denuncia cuando se ejerce algún tipo de vulneración. Fungen como asesores para los migrantes en materia de asilo y refugio y trabajan en garantizar el debido proceso en caso de detención. Finalmente, buscan promover la difusión de información sobre el fenómeno migratorio para sensibilizar a la sociedad civil.

Definir los objetivos de cada uno de los actores permite identificar qué recomendación se puede dirigir a cada uno de ellos según las funciones que tienen determinadas. A continuación, se emitirán recomendaciones a partir del análisis previo del cumplimiento de cada uno de los criterios de distribución: objetividad, publicidad, imparcialidad y efectividad, en relación con la distribución de vacunas en contextos de pandemia. Luego de ello se pasará a enfatizar la necesidad de la cobertura sanitaria universal e integral para promover la equitativa igualdad de oportunidades de la población migrante en situación irregular a partir de la justa distribución de las vacunas.

Desde el criterio de objetividad la recomendación general va orientada a identificar adecuadamente a la población migrante, esto incluye primordialmente tener un censo de esta. A los Organismos multilaterales de acuerdo con el objetivo de facilitar la migración humana y ordenada, se demanda su apoyo a los Estados en la consecución de dicha información. La OIM a través de las oficinas presentes en los

Estados y dada su naturaleza tiene una mayor y mejor posibilidad de interacción con los migrantes en situación irregular pues se vence la barrera del miedo a la identificación y deportación. Dada la finalidad de la OMS de la promoción del Derecho Humano a la Salud, se recomienda alimentar la base de datos de los migrantes con información referente a comorbilidades, estadísticas de contagio y acceso a medidas de mitigación y contención.

En la consecución de datos sobre los migrantes en situación irregular es importante contar con la labor de las Instituciones estatales enfocadas a la migración. Según el objetivo global de facilitar la migración ordenada y dada su cercanía y capacitación alrededor de los flujos migratorios que les permite conocer los puntos focales en el territorio donde se puede identificar presencia de migrantes en situación irregular, es imperativo conocer un censo aproximado de la población migrante en situación irregular, así como personas solicitantes de asilo y refugio. A las entidades sanitarias con la intención de garantizar una cobertura universal de salud, se recomienda alimentar el censo con datos específicos sobre la condición de salud de los migrantes para identificar sus comorbilidades y vulnerabilidad al contagio.

En referencia al criterio de objetividad, desde las organizaciones de la sociedad civil se recomendaría hacer un censo alternativo que permita dar cuenta de la presencia de migrantes en albergues y casas migrantes que no hayan sido identificados por las entidades gubernamentales. En el caso de que se cuente con un censo poblacional desde los tres actores, es deseable que se unifiquen los datos que permitan tener un estimado de la población migrante en situación irregular dentro de los territorios. Como se mencionó anteriormente, reconocer la población permitirá a su vez emitir políticas públicas enfocadas objetivamente. En referencia a la vacunación, permitirá identificar la cantidad de dosis necesarias y planear de manera más asertiva su distribución.

Sobre el criterio de publicidad, el análisis se enfoca a la necesidad de tener datos abiertos que puedan ser sujetos de rendición de cuentas. También se mencionó la

necesidad de que las novedades sobre vacunación lleguen a los migrantes de fuentes fiables y se venza la barrera de acceso a la información. Para dar cumplimiento a lo anterior, se sugiere a los organismos multilaterales publicar en sus plataformas web información referente a la distribución de las vacunas, no sólo a modo de informe como lo hizo la OIM, sino un portal web con datos actualizados y en tiempo real conforme a lo reportado por sus oficinas en cada uno de los países en los que tiene presencia, esto permite hacer un comparativo entre regiones y evaluar su apego a las directrices proporcionadas por los mismos organismos. También se sugiere resaltar las buenas prácticas de los países para que estas puedan ser replicadas.

Para asegurar el acceso a información confiable a los migrantes en situación irregular, se recomienda a los Organismos multilaterales aprovechar su presencia en los Estados y su cercanía a la población para difundir información entre migrantes, albergues, campamentos y demás, referente a planes de vacunación como horarios, requisitos, tipos de vacunas y diferencias entre ellas, efectos secundarios, costos, cantidad de dosis según laboratorio y tiempo de espera entre dosis. La información debe ser de fácil comprensión y en el idioma requerido según la nacionalidad del migrante.

A las autoridades sanitarias se sugiere detallar de manera explícita la responsabilidad de cada actor gubernamental en la distribución de las vacunas, una vez hecho esto, identificar quién debe ser el encargado de proporcionar los datos abiertos en relación con el proceso de distribución. Se sugiere garantizar acceso a la información sobre la distribución para permitir una correcta gobernanza. Con respecto a la posibilidad de acceso a la información, se sugiere a los gobiernos reforzar las redes de conectividad y acceso a wifi gratuito para que los migrantes en caso de contar con dispositivos electrónicos como celulares, puedan acceder a internet. También se sugiere implementar puntos de carga de libre acceso en lugares de alta convergencia. Lo anterior además de permitir acceso a la información compartida por medios oficiales y redes sociales, también les permitirá

realizar trámites, gestionar citas, ubicarse mejor por medio del sistema de geolocalización para marcar rutas y encontrar lugares seguros de refugio. En paralelo realizar campañas de información referente a campañas de vacunación impartidas por las instituciones que trabajen con los migrantes, en los diferentes albergues, campamentos y centros de procesamiento en caso de que existan.

A las organizaciones de la sociedad civil se recomienda realizar la labor de documentación y denuncia sobre la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular. Reportar a través de sus páginas web cualquier amenaza o violación a los derechos humanos en relación con la aplicación de la vacuna, como la exigencia de documentos, discriminación o sesgo en la distribución por nacionalidad. Por lo que se refiere a la difusión de información entre los migrantes en situación irregular, se recomienda a las organizaciones seguir desempeñando el papel de divulgación y publicidad, siendo el punto de referencia para los migrantes a través del cual pueden acceder de forma segura y certera a datos de primera mano.

Desde el criterio de imparcialidad se busca que la distribución de vacunas sea equitativa para los migrantes con independencia de su estatus legal. Para asegurar esto se sugiere a los Organismos multilaterales en concordancia con sus objetivos, ejercer un trabajo de vigilancia sobre los Estados, así como ejecutar la tarea de negociación en caso de que los Estados se nieguen a distribuir las vacunas a los migrantes en situación irregular alegando falta de recursos o falta de disposición. Desde la labor de vigilancia, los Organismos multilaterales pueden identificar cuáles países no garantizan el acceso a las vacunas a los migrantes en situación irregular y las razones que aducen para no hacerlo, esto les permitiría a su vez ayudar a encontrar soluciones prácticas a cada uno de los obstáculos identificados.

Para las autoridades sanitarias cuyo objetivo es velar por el acceso a servicios sanitarios para toda la población se recomienda evaluar la necesidad de diseñar, elaborar y ejecutar brigadas correccaminos dirigidas a vacunar específicamente a migrantes en situación irregular, como recomendación, estas brigadas deben estar

enfocadas según las necesidades de la población objetivo, por lo tanto se hace necesario a su vez que haya una capacitación de la mano con los expertos en migración de las entidades gubernamentales quienes tienen un conocimiento más específico de la población en situación de movilidad. Una sugerencia importante es evitar solicitar documentos de identidad a los migrantes, como se pudo ver en los datos proporcionados en el primer capítulo esto constituye una barrera de acceso a la vacunación, por lo tanto, se sugiere la asignación de una identificación provisional para poder llevar la estadística de la distribución. Adicionalmente para el caso de los centros de procesamiento de migrantes, donde la población está localizada y de la cual se tienen datos específicos, se recomienda que la vacunación se realice de manera prioritaria debido a la imposibilidad de guardar medidas de bioseguridad como el distanciamiento social.

Dado el objetivo común de las organizaciones de la sociedad civil de velar porque se respeten los derechos humanos a los migrantes en situación irregular, y teniendo en cuenta que la salud es uno de ellos, éstas juegan un papel importante frente al criterio de imparcialidad. La labor desde su concepción ha constituido en asegurar que los migrantes reciban un trato justo e igualitario frente al resto de la población, por ello se sugiere que aquéllas que tienen cuidados médicos dentro los servicios que prestan, puedan fungir como puntos de aplicación de vacunas en correspondencia con los lineamientos de las autoridades sanitarias. Según la positiva evaluación de esta medida, la sugerencia va dirigida a implementar esta modalidad en otros albergues y casas migrantes que no tengan este servicio.

El objetivo del criterio de eficiencia va dirigido a que los recursos sean aprovechados de la mejor manera posible. Desde los organismos multilaterales se esperaría contar con la experiencia ganada en la distribución de la vacuna contra COVID-19 y la consiguiente identificación de prácticas eficientes que llevaron a la optimización de recursos para que éstas sean replicadas en futuros planes de vacunación en contexto de emergencia. Teniendo en cuenta que la OIM busca realizar estudios que contribuyan al desarrollo económico y social de los Estados, se sugiere realizar

una evaluación de prácticas eficientes en la distribución de vacunas contribuiría a que en futuras pandemias se evite cometer errores que se traduzcan en pérdidas de recursos.

El enfoque del tercer objetivo de la agenda 2030 es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y como parte de esto se plantea llegar a una cobertura sanitaria universal. De acuerdo con este propósito, se espera que los Estados extiendan una cobertura optima de recursos sanitarios a migrantes en situación irregular. La distribución de vacunas en contextos de emergencia apoyará su cumplimiento, por lo cual es recomendable que, en términos de inmunización se implementen protocolos permitan la eficiencia en el proceso, para esto, se requiere un conocimiento objetivo de la población, lo que permitirá distribuir la vacuna más adecuada conforme a las necesidades de los migrantes, una capacitación previa que les permita identificar los beneficios de acceder al inmunológico y distribuciones focalizadas en puntos neurálgicos. Lo mencionado anteriormente permitirá hacer frente al rechazo de la vacuna por parte de los migrantes y posibilitará una distribución oportuna y efectiva.

La infraestructura y la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil permite que proporcionen apoyo en logística, espacio y transmisión de la información. Sumado a esto, su interacción constante con los migrantes les posibilita tener un panorama amplio de las necesidades de este grupo poblacional. Estas características contribuyen a que se pueda recopilar información que permita una distribución eficiente de los recursos sanitarios, particularmente de las vacunas. Es menester que los organismos multilaterales trabajen en conjunto con las autoridades sanitarias, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades para garantizar que la distribución de vacunas contra el COVID-19 sea objetiva y justa para todos, para lograrlo en contextos donde los recursos son escasos, es fundamental contar con el apoyo de la información proporcionada por las organizaciones civiles.

El cumplimiento de los criterios permite que la distribución sea llevada a cabo de una manera equitativa y justa al resaltar la necesidad de conocer objetivamente a los sujetos de distribución. Permite también que las razones aducidas para ejecutar la distribución de una manera determinada puedan ser sometidos a rendición de cuentas dada la exigencia de la publicidad de la información. Se enfrentan a la discriminación y el rezago de poblaciones vulnerables al hacer énfasis en la imparcialidad y finalmente evitan costos ulteriores realizando la necesidad de utilizar los recursos de manera óptima. Realizar recomendaciones a futuros planes de vacunación en contexto de emergencia enfocados en el cumplimiento de los criterios de distribución expuestos por Dieterlen permitirá que la distribución se efectúe en amparo de los Derechos Humanos de los migrantes en situación irregular al garantizar su equitativo acceso a los servicios sanitarios.

Finalmente, la salud es un garante de la equitativa igualdad de oportunidades (Daniels, 2008), por lo tanto, las recomendaciones en este punto irán enfocadas a la necesidad de extender la cobertura de salud a los migrantes en situación irregular. De acuerdo con los objetivos expuestos en la Agenda 2030, el Plan de acción mundial de la OMS sobre la promoción de salud de los Refugiados y migrantes 2019-2023, el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular, y, de acuerdo con el objetivo general de organizaciones multilaterales, autoridades sanitarias y organizaciones de la sociedad civil de promover los derechos humanos de las personas migrantes, es recomendable primero identificar de manera certera cuáles son las barreras que encuentran los migrantes al momento de acceder a servicios sanitarios. Dado que la OMS y la OIM llevan trabajo adelantado en este proceso, el paso siguiente será identificar a cuáles de estas barreras se enfrentan los migrantes en situación irregular dentro de los territorios de cada Estado donde tienen presencia. A partir de ese momento será menester realizar un trabajo conjunto de cada uno de los actores para derrotar los obstáculos y favorecer en un futuro el acceso universal a la salud, siendo un punto importante, la distribución equitativa de las vacunas.

5. CONCLUSIONES

Las preguntas de investigación que orientaron esta tesis fueron ¿Cómo se ha desarrollado el proceso de vacunación a migrantes en situación irregular en el territorio mexicano durante la pandemia COVID-19? Y, desde una perspectiva bioética y tomando como base el principio de justicia distributiva ¿cómo podrían mejorarse en un futuro los planes de vacunación orientados a los migrantes en situación irregular? para responder la primera pregunta, se expuso de manera amplia los hallazgos de la OMS y la OIM sobre la distribución de vacunas contra COVID-19 a migrantes en situación irregular. También se reportó los datos a los que se tuvo acceso sobre la aplicación de vacunas a migrantes en situación irregular dentro del territorio mexicano.

Los datos exponen los obstáculos que limitaron el acceso de los migrantes en situación irregular a este bien. Entre ellos se identifican barreras de tipo administrativo por la exigencia de documentos que acreditaran la estancia regular de los migrantes. Barreras de tipo tecnológico, por el limitado acceso de los migrantes a medios de comunicación. Barreras de tipo técnico, por la dificultad de llevar brigadas de vacunación a la población en constante movilidad. Barreras en el acceso a suministros resultado de la acaparación de vacunas por parte de las grandes potencias. Barreras financieras ocasionadas por la incertidumbre sobre costos asociados a la vacuna y finalmente barreras asociadas a la discriminación y la xenofobia.

Los datos también dejaron en manifiesto que la pandemia incrementó las vulnerabilidades para aquellas poblaciones más desaventajadas, los migrantes en situación irregular no son una excepción de esto. De acuerdo con la OMS los estudios realizados en varios países miembros de la OCDE han revelado que el riesgo de infección en estos grupos es al menos dos veces mayor que el de las personas nacidas en el país, con un efecto desproporcionadamente negativo en refugiados y migrantes (World Health Organization, 2021). La conclusión de la OMS

se puede explicar en las condiciones propias de la vida de los inmigrantes que no tienen su situación regularizada. Condiciones de vivienda en hacinamiento y en muchas ocasiones a la intemperie, dificultad de adherirse a los protocolos de bioseguridad como distanciamiento social preventivo, uso de cubrebocas, lavado de manos constante y aislamiento en caso de contagio.

En la distribución de vacunas también se pudo evidenciar el rezago de este grupo poblacional. Según datos de la OIM para marzo del 2022 solo 9 países de 30 reportados en la región de América del Norte, América Central y Caribe incluían a los migrantes dentro de sus PNDV y en la práctica. Para el caso puntual de México los migrantes fueron incluidos hasta la quinta versión de su política rectora de vacunación. Si bien el gobierno mexicano buscó garantizar el acceso a la vacunación a los migrantes en situación irregular, no se diseñó un protocolo específico de atención, lo que ocasionó que al inicio se solicitaran documentos a los migrantes como INE y/o CURP (Gandini & Fernández de la Reguera, 2022).

La distribución de vacunas requiere realizarse bajo algún marco ético que oriente la distribución cuando los bienes son escasos. La razón de esto, es que no se dispone en la inmediatez de la cantidad suficiente de vacunas para inmunizar a toda la población. El marco ético que se propuso para hacerlo es la justicia como equidad. Este marco ético teórico se enfocó desde la equitativa igualdad de oportunidades y la salud como garante de ello. También se tomaron los siguientes criterios: objetividad, publicidad, imparcialidad y eficiencia, para analizar la distribución de vacunas a migrantes en situación irregular.

Como resultado del análisis se encontró que los criterios de distribución se cumplieron solo parcialmente pues no hay un censo de la población migrante en situación irregular que permita conocer objetivamente a los sujetos de distribución, no hay datos públicos con estadísticas sobre la distribución de vacunas que puedan ser sometidos a rendición de cuentas y se encontraron barreras de acceso exclusivas a migrantes en situación irregular. Frente al análisis en referencia a la

equitativa igualdad de oportunidades, partiendo de que la salud es un garante de esto, las dificultades de acceso a sistemas sanitarios y a distribución de vacunas a los migrantes en situación irregular se tradujo en limitar sus oportunidades.

A partir del análisis, se mencionó aquello que podría ser deseable por los organismos multilaterales, entidades gubernamentales y asociaciones de la sociedad civil para cumplir su objetivo de lograr una migración segura y ordenada. Dicha desiderata se orientó al cumplimiento de cada uno de los criterios de distribución, es decir buscando vencer las limitaciones mencionadas en el párrafo anterior, con el objetivo final de que se garantice la equitativa igualdad de oportunidades para la población migrante en situación irregular.

Por lo tanto, la respuesta a la segunda pregunta de investigación, ¿cómo podrían mejorarse en un futuro los planes de vacunación orientados a los migrantes en situación irregular? Es que pueden mejorarse implementando protocolos que favorezcan la equitativa igualdad de oportunidades, cumpliendo cada uno de los criterios de objetividad, publicidad, imparcialidad y eficiencia toda vez que estos permiten apelar a distribuciones justas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Salas, Á. (2022). *Bioética social*. Descarga Cultura.UNAM.
<https://descargacultura.unam.mx/>
- Amilpas García, M. (2020). MUJERES, TRABAJO DE CUIDADOS Y SOBREEXPLOTACIÓN: DESIGUALDADES DE GÉNERO EN MÉXICO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. *Revista Espacio I+D Innovación Más Desarrollo*, 9(25), 99–117. <https://doi.org/10.31644/IMASD.25.2020.a06>
- Barragán, L. (2021, April). ¿Quién vacuna a los migrantes? | Foreign Affairs Latinoamérica | La revista oficial de Foreign Affairs Latinoamérica.
<https://revistafal.com/quien-vacuna-a-los-migrantes/>
- Barrera, Á. (2023, February 27). *Vacunación COVID en México: no hay información veraz*. Serendipia. <https://serendipia.digital/covid-19/vacunacion-covid-en-mexico/>
- Bentham, J. (2010). *Un fragmento sobre el gobierno*. Tecnos.
https://books.google.com/books/about/Un_fragmento_sobre_el_gobierno.html?hl=es&id=IFnBcQAACAAJ
- Canto Sperber, M. (2002). *Diccionario de ética y de filosofía moral Tomo II*. FCE.
- Chávez, V. (2021, September 20). *México inicia vacunación contra COVID a migrantes que cruzan por el país – El Financiero*.
<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/09/20/mexico-inicia-vacunacion-contra-covid-a-migrantes-que-cruzan-por-el-pais/>
- COLEF. (2018, November 28). Qué significa el programa “Quédate en México” y en qué difiere de “México como tercer país seguro” | El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/noticia/que-significa-el-programa-quedate-en-mexico-y-en-que-difiere-de-mexico-como-tercer-pais-seguro/>
- Daniels, N. (2008). *Just health : meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.

- Daniels, N., & Ladin, K. (2015). Immigration and Access to Health Care. In *The Routledge companion to bioethics* (pp. 56–69). Taylor and Francis.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, (1917).
- de Diputados, C., Congreso De, D. H., Unión, L. A., & de Migración, L. (2011). *LEY DE MIGRACIÓN*.
- de Migración, D., Salud, Y., de Vacunación, S., Los, D. E., de Evaluación, P., La, D. E., De, S., Oim, L. A., & Migrantes, P. (2019). *SERVICIOS DE VACUNACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LA OIM PARA MIGRANTES*.
- Dieterlen, P. (2001). *Ensayos sobre justicia distributiva*. Distribuciones fontarama.
- Dieterlen, P. (2003). *La pobreza: Un estudio filosófico*. FCE.
- Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. FCE.
- Dieterlen, P. (2016). *Justicia distributiva en salud - Paulette Dieterlen Strucks* .
<https://www.youtube.com/watch?v=EYOa73xWIXI>
- Dieterlen, P. (2019). *La Bioética y su relación con los servicios de salud - Descarga Cultura.UNAM*. <https://descargacultura.unam.mx/la-bioetica-y-su-relacion-con-los-servicios-de-salud-7064906>
- Ética y Bioética FACMED. (2022). (176) *Migración y Bioética - YouTube*.
<https://www.youtube.com/watch?v=jZ6rb5eJVzY&t=3776s>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad Vulnerability. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30, 7–22.
- Franco, P. (2021, November 3). Migrantes rechazan vacuna contra COVID-19 en México por ser Cansino. *LA VERDAD*.
<https://laverdadnoticias.com/mexico/Migrantes-rechazan-vacuna-contra-COVID-19-en-Mexico-por-ser-Cansino-20211103-0010.html>
- Gandini, L., & Fernández de la Reguera, A. (2022). Inclusión social de personas en movilidad en México: un reto heredado y acentuado con la pandemia de la

COVID-19. In G. P. Zapata, M. Vera Espinoza, & L. Gandini (Eds.), *Movilidades y COVID-19 en América Latina: inclusiones y exclusiones en tiempos de “crisis”* (pp. 131–155). Secretaría de desarrollo institucional UNAM.

Gargarella, R. (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls: un breve manual de filosofía*. Paidós.

Gavi. (2021a, March 30). *The COVAX Humanitarian Buffer Explained | Gavi, the Vaccine Alliance*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-humanitarian-buffer-explained>

Gavi. (2021b, November 16). *Gavi y las agencias humanitarias se asocian para entregar vacunas contra la COVID-19 a las personas más vulnerables del mundo | Gavi, la Alianza de Vacunas*. <https://www.gavi.org/news/media-room/gavi-and-humanitarian-agencies-partner-deliver-covid-19-vaccines-most-vulnerable>

GAVI. (2022, March 10). *Q&A: COVAX and the Humanitarian Buffer | Gavi, the Vaccine Alliance*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/qa-covax-and-humanitarian-buffer>

Gobierno de México. (n.d.-a). *Agenda 2030 | Gobierno | gob.mx*. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.gob.mx/agenda2030>

Gobierno de México. (n.d.-b). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades | Agenda 2030 | Gobierno | gob.mx*. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.gob.mx/agenda2030/articulos/objetivo-3-garantizar-una-vida-sana-y-promover-el-bienestar-para-todos-en-todas-las-edades>

Gobierno de México. (n.d.-c). *Objetivo 10: Reducir la desigualdad en y entre los países | Agenda 2030 | Gobierno | gob.mx*. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.gob.mx/agenda2030/articulos/objetivo-10-reducir-la-desigualdad-en-y-entre-los-paises>

Gobierno de México. (2020, August 12). *242. Presenta Secretaría de Salud Política Nacional de Vacunación contra COVID-19 | Secretaría de Salud | Gobierno |*

gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/242-presenta-secretaria-de-salud-politica-nacional-de-vacunacion-contracovid-19>

Gobierno de México. (2021a). Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector.

Gobierno de México. (2021b). (85) Conferencia de Prensa #COVID19 | 18 de febrero de 2021 #GraciasPorCuidarnos - YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=fHCo3hPawqc>

Gracia Guillén, Diego. (2008). *Fundamentos de bioética*. Triacastela.

Guarascioy, F. (2021, December 16). Los refugiados carecen de vacunas contra la COVID porque los fabricantes de drogas temen las demandas, muestran los documentos | Reuters. Reuters. <https://www.reuters.com/world/refugees-lack-covid-shots-because-drugmakers-fear-lawsuits-documents-2021-12-16/>

Guisan, E. (1992). Utilitarismo. In *Concepciones de la Etica*.

IASC. (2022). *Frequently Asked Questions: The COVAX Humanitarian Buffer*. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2022-05/Frequently%20Asked%20Questions-%20The%20COVAX%20Humanitarian%20Buffer%2C%2016%20May%202022.pdf>

IOM. (n.d.). *Global Compact for Migration | IOM, UN Migration*. Retrieved April 14, 2023, from <https://www.iom.int/global-compact-migration>

IOM. (2021a). MIGRANT INCLUSION IN COVID-19 VACCINATION CAMPAIGNS IOM Country Office Review.

IOM. (2021b, March). *IOM MIGRATION HEALTH ASSESSMENT PROGRAMMES RESPONSE TO COVID-19*.

https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our_work/DMM/Migration-Health/mhd_infosheet_covid19_hap_18.03.2021.pdf

IOM. (2021c, March 3). Striving for Equitable Access to COVID-19 Vaccines to Leave No Migrant Behind | International Organization for Migration.

<https://www.iom.int/news/striving-equitable-access-covid-19-vaccines-leave-no-migrant-behind>

Ley General de Salud, (1984).

Lima, L. (n.d.). Coronavirus | “La distribución desigual de vacunas entre países ricos y pobres significará que el virus continuará propagándose y mutando” - BBC

News Mundo. Retrieved November 1, 2022, from

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-55911364>

Naciones Unidas. (n.d.). *UN Human Rights Office*. Retrieved November 5, 2022, from

https://www.ohchr.org/es/ohchr_home

Nations, U. (n.d.). “*No one is safe, until everyone is*” | *United Nations*. Retrieved

November 5, 2022, from <https://www.un.org/en/desa/%E2%80%9Cno-one-safe-until-everyone-%E2%80%9D>

OHCHR. (n.d.). *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (GCM)* |

OHCHR. Retrieved April 14, 2023, from

<https://www.ohchr.org/en/migration/global-compact-safe-orderly-and-regular-migration-gcm>

OHCHR. (2021a). UN Committee on Migrant Workers UN Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants United Nations High Commissioner for Human

Rights. <https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19>

OHCHR. (2021b). *ACNUDH | ACNUDH y COVID-19*. <https://www.ohchr.org/es/covid-19>

OHCHR. (2021c, March 8). *Migrants: Guidance on equitable access to COVID-19*

vaccine | *OHCHR*. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2021/03/migrants-guidance-equitable-access-covid-19-vaccine>

OIM. (2019). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020. www.iom.int

- OIM. (2021a). MIGRANT INCLUSION IN COVID-19 VACCINATION CAMPAIGNS.
- OIM. (2021b). MIGRANT INCLUSION IN COVID-19 VACCINATION CAMPAIGNS
IOM Country Office Review.
- OIM. (2022). MIGRANT INCLUSION IN COVID-19 VACCINATION DEPLOYMENT.
- Oliveres, V., & Gutiérrez, I. (2021, June 5). *Radiografía de la fabricación de vacunas: 35 países concentran la producción de las principales dosis contra el coronavirus*. https://www.eldiario.es/internacional/radiografia-fabricacion-vacunas-35-paises-concentran-produccion-principales-dosis-coronavirus_1_8006149.html
- OMS. (2020, August 24). Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19. <https://www.who.int/es/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>
- ONU. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos* | Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- OPS. (n.d.-a). *ENT y COVID-19 - OPS/OMS* | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.paho.org/es/ent-covid-19>
- OPS. (n.d.-b). *Funciones esenciales de salud pública - OPS/OMS* | Organización Panamericana de la Salud. Retrieved April 14, 2023, from <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
- OPS. (2021, March 26). Preguntas Frecuentes sobre el Mecanismo COVAX y vacunas COVID-19 en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/26-3-2021-preguntas-frecuentes-sobre-mecanismo-covax-vacunas-covid-19-americas>
- Padilla, A. (2021, February 10). *No hay registro sobre avance de vacunación contra COVID-19 en México*. Serendipia. <https://serendipia.digital/covid-19/no-existe-registro-sobre-el-avance-de-la-campana-de-vacunacion-contra-covid-19-en-mexico-salud/>

- Páez, R. (2018). Pautas bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado (Segunda). FCE.
- Rawls, John. (1995). *Teoría de la justicia*. FCE - Fondo de Cultura Económica.
- Rendón, E. (2023, March 23). (322) *Simposio Internacional de Bioética • MESAS 1, 2 y 3 - YouTube*. https://www.youtube.com/watch?v=H4Ufb_yM5ks&t=6012s
- Rivero Weber, Paulina. (2021). *Introducción a la bioética desde una perspectiva filosófica*. FCE - Fondo de Cultura Económica.
- Rodriguez, A. (2021, November 3). *Rechazan migrantes dosis de CanSino y sólo 270 se vacunan en NL | Excelsior*. Excelsior. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/rechazan-migrantes-dosis-de-cansino-en-nl/1480505>
- Rodríguez Zepeda, J. (2021, February 22). *Un siglo de John Rawls – El Juego de la Suprema Corte*. <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/un-siglo-de-john-rawls/>
- Sanchez, E., & Jaramillo Molina, M. E. (2021, September 8). *Vacunación en México: ¿qué nos dicen (y que esconden) los datos?* Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/el-ronroneo/vacunacion-en-mexico-que-nos-dicen-y-que-esconden-los-datos>
- Secretaría de Salud de México. (n.d.). *Inicio - Vacuna Covid*. Retrieved March 5, 2023, from <https://vacunacovid.gob.mx/>
- Sharma, S., Kawa, N., & Gomber, A. (2021). WHO's allocation framework for COVAX: Is it fair? *Journal of Medical Ethics*. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107152>
- Sin Fronteras. (n.d.). *Nuestra historia – Sin Fronteras IAP*. Retrieved March 6, 2023, from <https://sinfronteras.org.mx/historial/>
- UN. (n.d.). *Salud - Desarrollo Sostenible*. Retrieved April 15, 2023, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- UNHCR. (n.d.). *ACNUR - ACNUR*. Retrieved November 5, 2022, from <https://www.acnur.org/es-mx/el-acnur.html>
- UNHCR. (2021a). UNHCR COVID-19 Response.
- UNHCR. (2021b, June 24). *UNHCR - UNHCR calls on states to remove barriers to access to COVID-19 vaccines for refugees*. <https://www.unhcr.org/news/press/2021/6/60d45ebf4/unhcr-calls-states-remove-barriers-access-covid-19-vaccines-refugees.html>
- UNICEF. (2020, December 18). UNICEF define los planes para transportar hasta 850 toneladas de vacunas contra la COVID-19 al mes en nombre de COVAX, en una operación de logística “histórica y colosal.” <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/unicef-define-los-planes-para-transportar-hasta-850-toneladas-de-vacunas-contra>
- UNICEF. (2022, February 24). *Mecanismo COVAX: vacunas contra la COVID-19 para todos | UNICEF*. <https://www.unicef.es/noticia/mecanismo-covax-vacunas-contra-la-covid-19-para-todos>
- Usher, A. D. (2021). A beautiful idea: how COVAX has fallen short. *Lancet (London, England)*, 397(10292), 2322–2325. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01367-2)
- Velázquez, S., Roa, J., Padilla, A., & Alarid-Escudero, F. (2021, June 23). *¿Qué tan abiertos son los “datos abiertos” de vacunación en México?* Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/el-contagio/que-tan-abiertos-son-los-datos-abiertos-de-vacunacion-en-mexico>
- WHO. (n.d.-a). *Preguntas frecuentes sobre el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19*. Retrieved November 1, 2022, from <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/faq>
- WHO. (n.d.-b). *Who We Are | International Organization for Migration, IOM*. Retrieved November 4, 2022, from <https://www.iom.int/who-we-are>

- WHO. (1948). *Health and Well-Being*. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- WHO. (2020a). COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19. <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>
- WHO. (2020b, December 18). El COVAX anuncia acuerdos adicionales para acceder a vacunas candidatas prometedoras contra la COVID 19; la distribución mundial está prevista para el primer trimestre de 2021. <https://www.who.int/es/news/item/18-12-2020-covax-announces-additional-deals-to-access-promising-covid-19-vaccine-candidates-plans-global-rollout-starting-q1-2021>
- WHO. (2021a). COVID-19 immunization in refugees and migrants: principles and key considerations.
- WHO. (2021b, January 22). *COVAX anuncia un nuevo acuerdo y provisiones sobre las primeras entregas de vacunas*. <https://www.who.int/es/news/item/22-01-2021-covax-announces-new-agreement-plans-for-first-deliveries>
- WHO. (2021c, December 1). World Health Assembly agrees to launch process to develop historic global accord on pandemic prevention, preparedness and response. <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-world-health-assembly-agrees-to-launch-process-to-develop-historic-global-accord-on-pandemic-prevention-preparedness-and-response>
- WHO. (2022a). Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants An operational guide.
- WHO. (2022b, March 14). WHO released a new operational guide to promote COVID-19 vaccination uptake and tackle vaccine hesitancy among refugees and migrants. <https://www.who.int/news/item/14-03-2022-who-released-a-new-operational-guide-to-promote-covid-19-vaccination-uptake-and-tackle-vaccine-hesitancy-among-refugees-and-migrants>

WOLA. (2022, March 31). *Preguntas y respuestas: La frontera México-Estados Unidos después del Título 42 - WOLA.*

<https://www.wola.org/es/2022/03/preguntas-y-respuestas-la-frontera-mexico-estados-unidos-despues-del-titulo-42/>

Zapata, G. P., Vera Espinoza, M., & Gandini, L. (2022). *Movilidades y COVID-19 en América Latina: inclusiones y exclusiones en tiempos de "crisis."* Secretaría de desarrollo institucional UNAM.