



Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Economía y Relaciones Internacionales (FEyRI) Campus Otay



Tesis:

El impacto de las medidas de contención epidemiológicas durante la pandemia COVID-19 en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en Ontario y California (2019-2021)

Que para obtener el grado de licenciado en Relaciones Internacionales

Presenta:

Nathalye Michelle Ramirez Cabrera

Bajo la dirección de:

Francisco Cárdenas Ruiz

Tijuana, Baja California a 13 de junio de 2023

Agradecimientos

Con profundo respeto y gratitud, extiendo mi sincero agradecimiento a mi director de tesis, Francisco Cárdenas Ruiz. Su dedicación, paciencia y experiencia han sido fundamentales para la dirección y enriquecimiento de este trabajo.

Agradezco también a mis lectores sinodales por su disposición para leer mi investigación y por sus valiosas críticas constructivas, las cuales enriquecieron significativamente mi tesis. Sus votos aprobatorios fueron un gran apoyo en mi camino hacia la obtención de mi título.

Mi agradecimiento se extiende igualmente a mis supervisoras de prácticas profesionales en el Consulado General de los Estados Unidos en Tijuana, quienes me brindaron un valioso conocimiento sobre las relaciones entre Estados Unidos y México, ampliaron mi perspectiva de la vida y me impulsaron a mejorar constantemente mis herramientas para el ámbito profesional.

Gracias a mis familiares y amigos, quienes me acompañaron en este largo y desafiante camino lleno de estrés y ansiedad. Sin su apoyo incondicional, habría sido difícil continuar y concluir esta investigación. Agradezco también a mis profesores por los conocimientos que me compartieron a lo largo de mi formación académica.

Finalmente, dedico esta tesis a todas las personas migrantes mexicanas que viven en América del Norte, quienes siguen luchando por un mejor estilo de vida.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Marco contextual: Calidad de vida en el contexto del COVID-19 y Migrantes mexicanos en EE. UU y Canadá	12
Introducción	12
1.1 Calidad de vida.....	13
1.1.1 Bienestar objetivo	15
1.1.2 Bienestar subjetivo	16
1.2 COVID-19.....	19
1.2.1 Migrantes Mexicanos en Estados Unidos durante el COVID-19.....	22
1.2.2 Migrantes Mexicanos en Canadá durante el COVID-19.....	28
Consideraciones finales.....	33
Capítulo 2. Marco teórico.....	35
Introducción	35
2.1 Enfoques de las disciplinas sobre la calidad de vida.....	36
2.1.1 Jerarquía de Maslow	36
2.1.2 Ética: Enfoque descriptivo, evaluativo y prescriptivo.....	38
2.1.3 Filosofía: La teoría hedonista, satisfacción de preferencias, sobre los ideales de una buena vida y el utilitarismo	38
2.1.4 Economía: Renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida	40
2.1.5 Sociología: El modelo keynesiano, Quality Revolution, sistemático y desarrollo lineal	42
2.1.6 Ecología: La teoría de la acción y Bronfenbrenner	43
2.1.7 Cultural y Educativo: Investigaciones urbanas y la calidad de vida.	44
2.1.8 Salud: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), International Society for Quality of Life Research y la OMS.	46
2.1.9 Calidad de vida laboral o profesional: Subjetiva y Objetiva.....	48
2.2 Teorías relacionadas con la calidad de vida.....	51
2.2.1 Enfoque Capitalista.....	52
2.2.2 Igualitarista	53
2.2.3 Liberalista o institucionalista.....	53
Consideraciones finales.....	56
Capítulo 3. Propuesta metodológica.....	58

Introducción	58
3.1 El bienestar objetivo y subjetivo como metodología	58
3.2 Los enfoques cuantitativo y cualitativo como instrumentos	60
Consideraciones finales	63
Capítulo 4. Medidas de contención epidemiológicas durante la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos	64
Introducción	64
4.1. Estados Unidos durante la pandemia	65
4.2. Título 42	69
4.3. Bloqueo económico, comercial y financiero	71
4.4 Herramientas sanitarias	75
Consideraciones finales	77
Capítulo 5. Medidas de contención epidemiológicas durante la pandemia de COVID-19 en Canadá	80
Introducción	80
5.1 Canadá durante la pandemia	81
5.2 Cierre de fronteras y condiciones	84
5.3 Cierre de negocios	86
5.4 Herramientas sanitarias	88
Consideraciones finales	90
Capítulo 6: Consecuencias de las medidas epidemiológicas en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en California	92
Introducción	92
6.1 Salud mental y físico	93
6.2 Insatisfacción de vida	95
Consideraciones finales	98
Capítulo 7: Consecuencias de las medidas epidemiológicas en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en Ontario	100
Introducción	100
7.1 Salud mental y físico	101
7.2 Insatisfacción de vida	105
Consideraciones finales	108
Conclusiones	110
Referencias.....	112

Introducción

Durante la pandemia del COVID-19, Estados Unidos y Canadá demostraron la alta diferencia en el trato que existe entre los migrantes y los ciudadanos al momento de implementar medidas de contención epidemiológicas a la sociedad. El apoyo económico, el acceso a la salud, la protección y seguridad social son los beneficios que los migrantes mexicanos no lograron obtener al no estar en el sistema de cada gobierno, ya que uno de sus requisitos es la identificación oficial. Aunque en Estados Unidos existía la posibilidad de vacunación sin la necesidad de este requisito, al estar desinformados acerca de los requisitos para la obtención de la vacuna contra el COVID-19, el miedo de los migrantes de ser deportados fue constante.

Aunado a lo anterior, en Estados Unidos y Canadá hubo un alto índice de contagios en sectores de la población migrantes proveniente de América Latina. Entre 2019 y 2020, las entidades con mayor cantidad de contagiados oscilaban entre California y Ontario, respectivamente, donde un 43.5% (Gautier & Di Ruggiero, 2023) fueron migrantes latinoamericanos, lo cual dejó en condiciones de mayor vulnerabilidad a estos sectores de la población, ya que el no poseer un estatus migratorio “legal” en los países provoca dificultades en los ámbitos laboral, de vivienda y de acceso a la salud. No obstante, tanto en California como en Ontario el nivel de vida y las dificultades de los migrantes son distintas, debido a diversos factores, tales como las diferencias de su sistema de salud, sus restricciones migratorias, la cantidad de inmigrantes en su territorio y la integración de estos mismos en ambas sociedades.

En este contexto, tanto el ministro Justin Trudeau como el ex presidente de Estados Unidos, Donald Trump, tomaron medidas de contención epidemiológicas para la disminución de contagios con distintas perspectivas en el transcurso del ciclo del inicio de la pandemia en el 2019 hasta el 2021. Mientras Trudeau decidió implementar medidas más flexibles para la

contención epidemiológica en el área de trabajadores agrícolas temporales, Donald Trump tomó decisiones más proteccionistas. Por ejemplo, el cierre de fronteras y el aumento de deportaciones con base en leyes como el Título 42, el cual permitió bloquear la entrada de migrantes en caso de emergencia sanitaria, entre otras medidas. En consecuencia, las decisiones de ambos Estados afectaron la calidad de vida de los migrantes latinoamericanos no legalizados o temporales, tanto en el ámbito laboral como en su salud física y mental.

Según este orden de ideas, el objetivo general de esta investigación es hacer una comparación del impacto de las medidas de contención epidemiológicas de Trudeau y Trump, respectivamente, en el contexto de la pandemia del COVID-19 en dos categorías de la calidad de vida de los migrantes mexicanos en Ontario y California: la condición laboral y la salud. Por lo tanto, la pregunta principal es ¿Cuál fue el impacto de las medidas de contención epidemiológicas implementadas durante la pandemia del COVID-19 en las condiciones laborales y la salud de la población migrante mexicana en Ontario y California? Mientras que el objetivo secundario es el identificar las medidas de contención epidemiológicas implementadas en Ontario y California hacia la población migrante mexicana en la pandemia del COVID-19. Junto con su pregunta secundaria que es ¿Cuáles son las medidas de contención epidemiológicas implementadas en Ontario y California hacia la población migrante mexicana en la pandemia del COVID-19?

Dicho lo anterior, esta tesis sostiene como hipótesis que las medidas de contención epidemiológicas implementadas por California y Ontario, durante la pandemia del COVID-19, provocaron un aumento en la vulnerabilidad de la población migrante mexicana tras la falta de accesibilidad al trabajo y a la salud digna. De esta forma, California mostró un mayor impacto negativo en el ámbito laboral y la salud de los migrantes que en Ontario. Por ello, la variable independiente de esta investigación son las medidas de contención epidemiológicas, mientras las condiciones laborales y la salud de los migrantes son las variables dependientes. Por otro

lado, la delimitación temporal de la investigación es desde el inicio de la pandemia del COVID-19 en 2019 hasta el 2021. Asimismo, la delimitación geográfica de la investigación son los territorios de Ontario, Canadá y California, Estados Unidos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), las medidas de contención epidemiológicas son un método de prevención a la propagación de enfermedades en las primeras etapas de la transmisión, las cuales comprenden la detección temprana, el aislamiento de casos, el rastreo de contactos y la cuarentena. La epidemiología es la ciencia especializada en estudiar la dinámica del proceso salud-enfermedad en la población con el fin de intervenir su propagación (Namihira-Guerrero, 2020). En conjunto, esta tesis entiende el significado de medidas de contención epidemiológicas como la implementación de restricciones para prevenir la propagación de enfermedades en la primera etapa de transmisión.

Tanto Estados Unidos como Canadá tuvieron diferentes medidas de contención epidemiológicas. Por ejemplo, Estados Unidos implementó el título 42, el cual ayudó a justificar la deportación de extranjeros por motivos de sanitización. Por otro lado, Canadá llevó a cabo negociaciones con México para una mayor protección de los trabajadores temporales agrícolas ya que Ottawa reconoce la gran importancia de estos grupos en su economía. Por lo tanto, mientras Donald Trump decidió tomar medidas proteccionistas rígidas, Trudeau implementó medidas más flexibles que se fueron ajustando a las necesidades de los migrantes en la medida que evolucionó la pandemia.

Aún con el alto impacto de las medidas de contención epidemiológicas impuestas por los países en la pandemia y los índices de infectados y muertes derivadas de ella, aún existe una falta de estudios comparativos sobre los efectos de la pandemia en la calidad de vida de los migrantes mexicanos. Es por esto que es necesario hacer una investigación comparativa en la temporalidad de entre 2019 a 2021 para analizar el desarrollo de sus estrategias y obtener cifras sobre sus efectos en la calidad de vida de los migrantes mexicanos. Todo esto con la

finalidad de contribuir en la difusión de datos relacionados con la pandemia de COVID-19 sobre Canadá y Estados Unidos. Además, esta investigación busca difundir una perspectiva integral sobre la implementación del concepto de calidad de vida en el área de la migración latinoamericana.

De la misma forma, la recopilación de datos de la presente investigación es pertinente para la visualización de la comunidad migrante que se encuentra en Estados Unidos y Canadá, ya que ofrece un análisis comparativo sobre las consecuencias negativas de la implementación de medidas de contención epidemiológicas realizadas por Trudeau y Trump en la calidad de vida de los migrantes mexicanos. Finalmente, la investigación servirá como una herramienta para buscar mejores estrategias de políticas de contención epidemiológicas en el futuro para contribuir en mejorar la calidad de vida de los migrantes en Estados Unidos y Canadá.

En sintonía con lo anterior, con la finalidad de obtener los siguientes resultados, esta investigación opta por un enfoque cuantitativo y cualitativo para la revisión de indicadores para medir el bienestar objetivo y subjetivo de la calidad de vida, tales indicadores comprenden las áreas de la salud, el trabajo, el bienestar emocional y la satisfacción completa del individuo. Por lo tanto, esta tesis construye un análisis comparativo entre Estados Unidos y Canadá con base en la revisión de páginas gubernamentales e internacionales, artículos de revistas y periódicos tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Fundación de Mutualidad de la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España (MAPFRE), la Organización Mundial de la Salud, el Portal de Datos sobre Migración, El Colegio de la Frontera Norte, La Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA), entre otros. En el mismo sentido, la tesis utiliza como teoría el institucionalismo en aras de explicar la variable independiente con base en el análisis gubernamental y su relación con la calidad de vida.

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la emergencia de salud pública de alcance internacional por el COVID-19, países en todo el mundo impusieron restricciones como medida para combatir la propagación del virus. Entre las medidas de contención prevalecieron el cierre de fronteras, el uso de pruebas, el establecimiento de cuarentena, el distanciamiento social, la restricción laboral y medidas de higiene. Lo anterior con el objetivo de evitar la propagación del virus que resultó ser altamente mortal. Sin embargo, aún con las medidas de contención las cifras de contagiados alcanzaron un total de 14,9 millones en personas fallecidas entre 2020 y 2021 (Naciones Unidas, 2023). Los países que más contribuyeron en los índices de casos de personas infectadas son los países con mayor territorio como Estados Unidos, esto debido a los altos índices migratorios; India, por ser uno de los países con mayor población en el mundo.

Estados Unidos tuvo el primer lugar en casos de contagio del Covid-19 con una cifra de 3 mil de personas desde 2019 al 2021. Asimismo, en 2021 la nación estadounidense alcanzó un número de 251 mil personas fallecidas (Hopkins, 2023). Una de las razones que contribuyeron a las cifras de contagios por COVID-19 se debieron a que el gobierno de Donald Trump no estableció medidas sanitarias cuando la OMS estableció el estado de emergencia internacional. Lo anterior propició que Estados Unidos no pudiera evitar los altos índices de contagios y también una disminución drástica a su economía debido al estancamiento del comercio internacional por las medidas preventivas establecidas por otros países.

Aun después de que Estados Unidos tomó medidas de contención epidemiológicas tardías, Donald Trump declaró la emergencia de salud pública y mantuvo restricciones fronterizas hacia distintos países. Sin embargo, desde el 2012 aumentó el número de contagios por las elevadas cifras de indocumentados hasta alcanzar un total de 10.5 millones, donde el 47% eran de origen mexicano (Masferrer, 2021, p. 22). Un ejemplo es el Estado de California al ser considerado uno de los territorios con una cantidad de contagios de 603 mil en el 2020 a

consecuencia de contener al mayor grupo de indocumentados a diferencia de los demás Estados que alcanzaron una cifra inferior (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020).

Al inicio de los contagios su sistema de salud implementó una nueva metodología con procedimientos para la detección del Covid-19. Aun así, estas primeras herramientas sanitarias obtuvieron varios errores como la falta de rapidez y sencillez en la detección del COVID-19 y cifrar los posibles casos infectados. Por lo que varios pacientes decidieron recurrir a los hospitales para obtener el debido tratamiento, sin embargo, la propagación llegó a un punto de descontrol donde los hospitales rechazaron a los nuevos pacientes y los trasladaron a sus hogares u otros hospitales disponibles.

En este contexto, 38 por ciento de los migrantes latinoamericanos no tienen acceso a algún seguro médico estadounidense (Toro & Leyton, 2022). Lo anterior debido a que sobreviven con el salario mínimo y no cuentan con protección laboral, además de vivir en hogares o departamentos compartidos con grandes grupos de personas. En consecuencia, aumentaron los casos de infectados del COVID-19 por la falta de protección hacia todas las comunidades y especialmente a los migrantes latinoamericanos. Asimismo, los migrantes en Estados Unidos muestran múltiples enfermedades como la hipertensión, diabetes, obesidad y adicciones. Por ello, Estados Unidos mostró un mayor compromiso en sus restricciones con el uso de la ley para hacer más eficiente el acceso a pacientes en hospitales para sus vacunaciones como también la implementación de restricciones y medidas sanitarias. Un ejemplo de esto es el título 42 al ser un programa que involucra la deportación de migrantes a su territorio por razones de posible transmisión al Covid-19, en las que se aplica mayormente hacia las comunidades latinoamericanas en estatus migratorio. Otro punto a destacar fue el apoyo económico que el gobierno estadounidense decidió entregar a la población afectada por la restricción laboral que conllevó la cuarentena.

Las medidas de contención epidemiológica implementadas en Estados Unidos fueron cada vez más restringidas hacia la protección de la población para intentar disminuir la cantidad de contagiados en el país. A pesar de tener altos índices, para 2023, la pandemia del Covid-19 dejó ser una emergencia internacional, esto posibilitó que poco a poco volviera la vida cotidiana de la sociedad, su economía y el comercio internacional aún con ciertos cambios permanentes a causa de los efectos del coronavirus. Sin embargo, los ciudadanos estadounidenses aumentaron sus actos discriminatorios en un 22% hacia los inmigrantes con la justificación de un reporte que demuestra que un 42% actuó por miedo al contagio del virus (Strassle, 2022), por lo que la integración de los migrantes latinoamericanos en el ámbito laboral es cada vez más difícil, lo cual afecta salud física y mental.

Por otro lado, a diferencia de Estados Unidos, Canadá mantuvo desde el principio algunas medidas de confinamiento para combatir el Covid-19, por lo que las cifras que muestran desde 2019 a 2021 son considerablemente menores que en Estados Unidos: con un total de 4 millones 676 mil de personas, junto con 52 mil personas fallecidas y 4 millones 588 mil de personas recuperadas. Su procedimiento de vacunación hacia la población se ha mantenido constante para la disminución de casos activos. Como resultado de esto, para 2023 hubo un total de 35 mil casos de contagio (Hopkins, 2023).

Aun después de mantener las medidas de contención epidemiológicas necesarias, tales como los programas de detección al contagio, el uso de vacunas, el cierre temporal tanto de aeropuertos como empresas y escuelas, entre otras medidas. La realidad es que cada ciudad de Canadá reaccionó de distinta manera en cuestión de implementar sus políticas restrictivas. En Quebec y Ontario al principio de la pandemia se mantuvo un procedimiento de contingencia flexible donde la cuarentena no fue completamente aplicada en escuelas y para empleados laborales temporales. Mientras que las ciudades que están menos pobladas como Manitoba y Columbia Británica son las que mantuvieron desde el principio las medidas restrictivas.

Aunque a nivel federal la distribución de vacunas está completamente gestionada y cumple con sus objetivos de tener a la mayoría del porcentaje de la población ya vacunada, las diferencias del procedimiento de vacunación en cada provincia también pueden diferir. En Quebec al ser una de las provincias con mayor población es de esperar que al menos la mitad de la población esté vacunada con la primera dosis. Mientras que en las ciudades atlánticas como Ontario, Yukón y Nunavut los resultados de vacunación con todas las dosis alcanzaron el 57% y los de una sola dosis más del 47% desde 2021 (Shiab & Pelletier, 2021). En general Canadá mantuvo su procedimiento de vacunación a gran escala y con rapidez, por lo que la mayoría de población a la que le habían suministrado una dosis a finales del 2021 era del 83%, principalmente, con enfoque a personas con mayoría de 60 a 80 años de edad (Government of Canadá, 2023).

Sin embargo, Ontario es una de las ciudades que se enfocó en el tema de la contención del COVID-19, ya que este lugar cuenta con una gran cantidad de comunidades migrantes por su tradición de asilo y refugio. Esta comunidad considera tres categorías como altamente vulnerables de contraer el COVID-19 por sus diferencias en cuestiones de vivienda y trabajo en comparación con los ciudadanos canadienses. Específicamente, para los migrantes latinoamericanos temporales o no legalizados, que representan un 43.5% de los contagiados (Gautier & Di Ruggiero, 2023), la mayoría se encuentra en trabajos de bajos salarios, a menudo temporales. Entre las áreas más conocidas se encuentran la agricultura y el comercio, donde no están completamente protegidos debido a la falta de herramientas de contención epidemiológica. Como consecuencia del COVID-19, se produjeron numerosas pérdidas de empleo, lo que resultó en una falta de acceso a la salud para los migrantes latinoamericanos. Esto incrementó la desconfianza y el miedo a buscar apoyo o información en las instituciones migratorias. Tras la falta del acceso tanto laboral como de salud, era difícil obtener una vivienda adecuada para el cuidado de la cuarentena o integrarse a los programas de autoayuda del

gobierno al no cumplir con sus requisitos establecidos, tales como: tener una base salarial estable, mantener un estatus de ciudadano canadiense permanente y un certificado médico. Lo anterior provocó un aumento de la vulnerabilidad de los migrantes frente al COVID-19. Asimismo, la falta de trabajo estable y los riesgos de salud propiciaron altos índices de ansiedad en las comunidades migratorias.

Otra área en la que la pandemia del COVID-19 tuvo un fuerte impacto fue en la economía y el mercado laboral, afectando negativamente a jóvenes, mujeres trabajadoras, y empleados con contratos temporales y salarios mínimos. La vulnerabilidad de estos grupos se incrementó al trabajar sin las medidas sanitarias adecuadas, lo que llevó al gobierno canadiense a implementar normas más estrictas para contener la propagación del virus. Estadísticamente, se registraron pérdidas económicas significativas, alcanzando un 50% (Vall, 2021). Para mantener la estabilidad de la población, se implementaron programas de seguro de desempleo y subsidios de emergencia, además de fomentar nuevos sectores innovadores como la telemedicina, el teletrabajo e inversiones en el medio ambiente.

Por otro lado, las prohibiciones temporales de entrada a extranjeros para intentar controlar la propagación del Covid-19 perjudicó también la calidad de vida de los migrantes que ya residían en Estados Unidos y Canadá, ya que los países aplicaron medidas como la deportación a causa de posibles contagios debido a que las instalaciones de retención no son funcionales para la cuarentena. Otro factor importante fue la vulnerabilidad a los trabajadores migrantes temporales, ya que las naciones no utilizaron las herramientas sanitarias necesarias en el desempeño de sus actividades laborales, ya que en su mayoría trabajan en el área agrícola. Mientras que un factor social que afectó negativamente a los migrantes en Ontario y California fue el deterioro de la salud mental a causa de la cuarentena y el distanciamiento social.

En este orden de ideas, la presente investigación encuentra su pertinencia académica debido a la importancia de estudiar las variables que afectan la calidad de vida de los migrantes

en un contexto de emergencia sanitaria. Asimismo, la tesis contribuye en establecer un marco de análisis que contempla factores objetivos y subjetivos de la calidad de vida de los migrantes. Por otro lado, la tesis halla su pertinencia práctica, ya que evidencia la importancia de establecer, en un contexto de emergencia sanitaria, medidas que contemplen la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables en un espacio geográfico determinado. Esto puede contribuir en la formulación de políticas públicas integrales, realizadas desde una perspectiva que contemple los derechos humanos y la calidad de vida de los menos favorecidos.

Finalmente, esta investigación está dividida en siete capítulos. El primer capítulo delinea el marco contextual que explica el desarrollo de las nociones de calidad de vida. Este capítulo señala el enfoque basado en la satisfacción de las necesidades básicas de la población por medio de los factores del bienestar objetivo y subjetivo. Asimismo, el apartado incluye la explicación de los indicadores que abarcan el bienestar objetivo y subjetivo. Otro punto a desarrollar en este capítulo son los acontecimientos históricos sobre los migrantes mexicanos en Canadá y Estados Unidos al igual que la evolución de las normas migratorias establecidas en ambos países. Finalmente, el capítulo ofrece una explicación sobre qué COVID-19 y contexto en el que surge. El segundo capítulo expone el marco teórico de la investigación. Esta parte de la tesis expone la calidad de vida desde distintas perspectivas, entre las que se encuentran la ética, la filosofía, la economía, la sociología, la ecología. Este capítulo establece las razones para utilizar el institucionalismo como la herramienta teórica de esta investigación. Por otro lado, el tercer capítulo presenta la metodología e instrumentos para el análisis del bienestar objetivo y subjetivo. Después, el capítulo cuatro expone las medidas de contención epidemiológicas implementadas por Estados Unidos durante la pandemia del COVID-19. De igual manera, el capítulo cinco expone las medidas de contención epidemiológicas implementadas por Canadá durante la pandemia del COVID-19. Los capítulos seis y siete miden el impacto de las medidas de contención epidemiológicas implementadas por Estados

Unidos y Canadá, respectivamente cada capítulo, en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en California y Ontario.

Capítulo 1. Marco contextual: Calidad de vida en el contexto del COVID-19 y Migrantes mexicanos en EE. UU y Canadá

Introducción

El presente capítulo expone el concepto de la calidad de vida y su contexto histórico a través de la revisión de diferentes perspectivas tales como la sociología, salud y economía. Asimismo, el marco contextual describe el concepto de calidad de vida como indicador gubernamental. Por otro lado, el marco contextual expondrá los antecedentes de la pandemia del COVID-19. Esta enfermedad trajo consigo graves consecuencias en varios sectores económicos, comerciales y laborales. Sin embargo, este trabajo argumenta que el sector migratorio entre Canadá y Estados Unidos resultó ser uno de los más vulnerados tras la toma de medidas de contención epidemiológicas extremas. De esta forma, el presente capítulo realiza una línea temporal de los acontecimientos que ayudan a medir cada variable presentada en la investigación para un mayor entendimiento de la pandemia del COVID-19.

Por último, este capítulo está dividido en dos partes. Cada parte contiene dos subapartados. El apartado **1.1** explica el desarrollo del concepto de la calidad de vida desde los años 30 hasta los 90, a través de la revisión de varias disciplinas, tales como la sociología y la economía. El subapartado **1.1.1** explica la noción del bienestar objetivo, el cual analiza la obtención de datos cuantitativos en relación a las condiciones laborales de los trabajadores. Mientras que el subapartado **1.1.2** desarrolla el bienestar subjetivo, el cual explica cómo medir datos, desde una perspectiva cualitativa, relacionados con la salud mental.

Por otro lado, el apartado **1.2** explica la expansión del COVID-19 y expone el desarrollo de la pandemia en Estados Unidos y Canadá. El subapartado **1.2.1** es de los efectos sobre migrantes mexicanos en Estados Unidos durante el COVID-19, mientras que el subapartado

1.2.2 es de los efectos de la pandemia sobre los migrantes mexicanos en Canadá. Para finalizar con el marco contextual, la investigación ofrece una serie de conclusiones del capítulo.

1.1 Calidad de vida

La calidad de vida es un término amplio creado a través de la revisión de factores económicos, políticos y sociales en el transcurso de varias décadas. Incluso existen fuentes con perspectivas distintas en la utilización de la calidad de vida como una herramienta de investigación en categorías psicológicas, económicas, sociales y culturales. No obstante, los autores están de acuerdo en que los orígenes de este término son en los años 30, el cual nació derivado de una obra llamada “*The Economics Of Welfare*” (1920). Dicha obra tenía el propósito de mostrar datos sobre los costos y servicios del gobierno en relación al bienestar económico. Asimismo, la Segunda Guerra Mundial provocó cambios económicos y geopolíticos en el sistema internacional que ocasionaron que los Estados mostraran un mayor interés en la recopilación de datos para medir el bienestar humano.

Aun hasta 2023, no hay un concepto fijo de calidad de vida. Sin embargo, tras la Segunda Guerra Mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1954, definió el nivel de vida como el grado de satisfacción de la población al cubrir sus necesidades básicas, tanto socioeconómicas, psicológicas, biológicas, como ambientales, entre otras. Además, los especialistas de Naciones Unidas añadieron puntos claves en cada sector, tales como el entretenimiento, las condiciones del hogar, la situación económica por medio del empleo, la vivienda, el consumo, entre varias cosas más. Tras esta apertura de integrar el nivel de vida como herramienta de datos, el término contempló el bienestar social como objeto de análisis, ya que este concepto permitió establecer categorías objetivas, ya que los autores sostenían que

la subjetividad de las ideas de cada ciudadano sobre su rango de calidad de vida era difícilmente cuantificable.

En este orden de ideas, esta tesis observa que durante las décadas de los años 50 y 60 hubo un creciente interés sobre el conocimiento del nuevo concepto sobre el bienestar humano y lo que implica que hubiera diferentes niveles de vida en las sociedades de Estado a Estado. El área de las Ciencias Sociales fue la más determinada en identificar la evolución de los indicadores para alcanzar un puente entre los valores objetivos del bienestar en complementación con valores subjetivos, lo cual determinó que el concepto de calidad de vida como herramienta ha evolucionado hasta abarcar el concepto en relación al estudio de la satisfacción a gran escala (Gómez-Vela & Sabeh, 2000). Los indicadores que los autores incluyen son similares a lo que anteriormente la ONU había definido: la salud mental, la salud, la educación, la economía, la ideología política, y el medio ambiente.

Entre los setenta y los ochenta, los estudios sobre la calidad de vida experimentaron una evolución considerable en cuanto al carácter multidimensional de la obtención de datos sobre la calidad de vida, tanto desde una perspectiva basada en factores objetivos como subjetivos. La operacionalización del concepto de la calidad de vida se enfocó en tres dimensiones: la salud, la felicidad y bienestar de la población. En esta época comienza a ser más cotidiano el uso del concepto de calidad de vida como una herramienta para medir el bienestar de la sociedad. Varios historiadores sostienen que la objetividad comenzó a utilizarse en los inicios de la historia humana en el campo de la medicina, para luego expandirse rápidamente hacia la sociología y la psicología. Además, señalan la transformación de estas dos etapas: en las primeras civilizaciones, la objetividad se desarrolló a través de la salud privada y pública, mientras que la subjetividad se manifestó en aspectos como las leyes, la garantía de derechos y la recopilación de datos sobre el bienestar social (Gómez-Vela & Sabeh, 2000).

Además del concepto establecido por la ONU sobre la calidad de vida existen diferentes definiciones establecidas por otras instituciones en virtud de adaptar el conocimiento a los nuevos procesos sociales. Por ejemplo, en 1986, la OMS definió el concepto de calidad de vida como la percepción que una persona tiene de su entorno cultural y de los valores que lo acompañan, en relación con sus objetivos, metas y expectativas en la vida cotidiana (Cardona & Byron Agudelo, 2005). Asimismo, en 1996, la organización WHO Quality of Life Assessment Group agregó que había que contemplar entre las variables sobre la calidad de vida, la salud física, la salud psicológica, las interacciones, las relaciones sociales y el medio ambiente. De esta forma, las distintas ramas de estudio han contribuido en la formación de variables para medir la calidad de vida y en establecer la importancia de contemplar las variables objetivas y subjetivas para observar los niveles de satisfacción social para la creación de políticas públicas adecuadas (Valenzuela Hernández, 2021).

1.1.1 Bienestar objetivo

En general, el concepto de la calidad de vida contempla variables relacionadas con el bienestar objetivo y subjetivo. En cuanto al bienestar objetivo, los estudios contemplan indicadores cuantificables en su obtención de datos. Estos indicadores se dividen por necesidades básicas, las cuales son: económicas, políticas, sociales y culturales. Un ejemplo de cada uno podría ser la cantidad de ingreso en el hogar, las condiciones laborales, la vivienda, el ejercicio cultural y la participación en actividades en la vida cotidiana.

En la mayoría de los casos estas encuestas y censos son referentes al ingreso económico de la sociedad con base en su canasta básica alimentaria y sus gastos cotidianos. Asimismo, se puede cuantificar a través de la revisión del acceso a servicios básicos, tales como electricidad,

agua potable, drenaje, internet. Este enfoque permite describir el nivel de vida de la sociedad, según su estrato social (Rentería Pedraza, 2021).

En cuanto a las condiciones sociales, estas se distinguen al considerar aspectos como los niveles educativos, la calidad de las infraestructuras, el respeto de derechos como la igualdad, la equidad y la libertad de expresión, así como la participación política, la esperanza de vida, los índices de criminalidad, empleo y contaminación en su entorno. Otro aspecto medible es la salud, donde organizaciones como la OMS recopilan datos clave para observar y analizar los niveles de salud física y sanitaria (Rentería Pedraza, 2021).

Finalmente, el sector cultural es de gran importancia en lo que respecta a las creencias y religiones de cada país, especialmente al incluir las lenguas originales de tribus nativas, como los indígenas en México. Los indicadores medibles en el ámbito cultural podrían incluir las costumbres, religiones, tribus, lenguas indígenas, zonas turísticas, entre otros (Rentería Pedraza, 2016).

1.1.2 Bienestar subjetivo

Los indicadores del bienestar objetivo se basan en datos de instituciones o investigaciones establecidas. Sin embargo, recopilar datos para medir el bienestar subjetivo es más complicado. La forma de obtener estos datos es a través de las opiniones de distintos grupos o individuos. Sus indicadores están basados en la reflexión y las perspectivas individuales en relación a sus niveles de satisfacción de vida y su bienestar emocional. Tanto el bienestar objetivo como el subjetivo son diferentes en su análisis de datos, el primero es por la obtención de información de cifras relacionadas por condiciones externas y el segundo por medios internos al ser humano. La obtención de información a través de la subjetividad puede ser difícil, pero es viable si se utilizan cuestionarios específicos que incluyan escalas de

satisfacción, como la escala Likert, para medir los niveles de satisfacción de los individuos con su vida (Rentería Pedraza, 2021).

Dentro del estudio de la calidad de vida, el enfoque sobre el bienestar subjetivo permite analizar variables que no pueden obtenerse a través del bienestar objetivo. Un ejemplo de esto es en la identidad cultural: las percepciones y experiencias de cada individuo son distintas dependiendo de distintos factores como es su nacionalidad, crianza, productividad, seguridad, hobbies y relaciones sociales.

Aun así, un grupo de personas con características similares tiende a producir resultados consistentes en el estudio de su nivel de vida. La cultura es un factor clave para determinar las reacciones, emociones y pensamientos de una persona ante situaciones específicas. Por ejemplo, un estudio comparativo resalta este aspecto cultural distintivo entre Alemania y Japón en la crianza de los hijos: mientras que en Alemania se recurre al castigo como solución frente a la desobediencia, en Japón se maneja de manera diferente (Rentería Pedraza, 2021). Entender la subjetividad cultural permite distinguir que la satisfacción emocional de las personas puede variar de país a país. Por lo tanto, para ofrecer una idea sobre el nivel de vida de un Estado, es necesario contemplar el bienestar subjetivo de la población. Pues, aun si los datos oficiales demuestran una economía balanceada o altos niveles de PIB, esto no significa que la satisfacción de vida sea igualitaria a la satisfacción material de las necesidades básicas (Valenzuela Hernández, 2021).

Además de la cultura, existen otros factores como son las normas morales, sociales y religiosas. Sin embargo, esta tesis enfatiza el estudio de la salud mental. Jones y Crandall (1986) abordan la salud mental según los niveles de autoestima, de culpabilidad, de seguridad, debilidad o fortaleza en la personalidad de cada individuo. Un ejemplo de esto es el análisis realizado por un grupo en la Universidad de McGill, el Instituto Neurológico de Montreal y el Instituto Lady Davis y el Hospital General Judío en Canadá, los cuales se enfocaron en la salud

mental de los inmigrantes, refugiados y demás miembros de otras culturas utilizando una escala para medir los niveles de estrés, depresión, motivación y tristeza de las personas encuestadas (Aguzzi, 2021).

En adición a lo anterior, el bienestar emocional involucra como principales indicadores la salud mental y la perspectiva sobre el futuro de las personas, mientras que los indicadores de la satisfacción de la vida es la completación a un estilo de vida plena (Rentería Pedraza, 2021). La subjetividad ofrece un amplio campo de investigación sobre la calidad de vida de las personas, en función de sus propios criterios. Con el tiempo, ha adquirido mayor relevancia, permitiendo involucrar la opinión pública en relación con sus insatisfacciones en ámbitos laborales, educativos y sociales.

Finalmente, el concepto de calidad de vida abarca tanto el bienestar objetivo como el subjetivo, con el propósito de recopilar información sobre el nivel de satisfacción de cada individuo dentro de una sociedad. En conjunto, los gobiernos utilizan esta información como herramienta para anticipar los efectos de conflictos como el desempleo y la pobreza, que pueden ser causados por factores externos como crisis económicas, sanitarias o ecológicas. Por tanto, el análisis del concepto de calidad de vida es esencial para evaluar el nivel de satisfacción de las variables en la investigación. Esta tesis abordará el tema de manera exhaustiva en el siguiente capítulo, que corresponde al marco teórico, utilizando diversas fuentes y autores.

Figura 1. Indicadores del Bienestar objetivo y Bienestar subjetivo.

Subsistema	Dominio	Indicador	No. de Ítem	
Bienestar objetivo	Ingreso	Salario	1	
	Trabajo	Condiciones laborales	2	
	Vivienda	Vivienda y acondicionamiento de la misma	3	
	Salud	Acceso a los servicios de salud	4	
	Educación	Acceso a los servicios educativos	5	
	Integración y participación social		Capacidad para relacionarse socialmente	6
			Relación y convivencia con la familia	7
			Inclusión en actos políticos y cívicos de la comunidad	8
			Libertad de expresión	9
			Respeto a los derechos humanos y civiles	10
	Ejercicio de la cultura		Participación en celebraciones y fiestas tradicionales	11
			Ejercicio de la religión, espiritualidad y creencias	12
	Recreación y ocio		Participación en actividades recreativas	13
Bienestar subjetivo	Bienestar emocional	Salud mental	14	
		Percepción sobre el futuro (optimista o pesimista)	15	
	Satisfacción por la vida		Autosatisfacción reportada por la vida completa	16

Fuente: Rentería Pedraza, V. H. (2021, enero 25). *Impacto de la deportación, en las familias migrantes mexicanas en el sur del condado de San Diego, California*. Universidad Internacional de la Paz, México: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/14617/12007>

1.2 COVID-19

Durante la celebración del Año Nuevo Lunar en la República Popular China en 2019, comenzó a surgir un virus conocido como SARS-CoV-2, derivado de la familia de los coronavirus, en la ciudad de Wuhan. La rapidez con la que se propagó fue alarmante, con el número de contagiados aumentando en 262 ciudades en apenas 28 días. Es por esto mismo que el Ministerio de Salud de China decidió informar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se detectó en varios pacientes una nueva neumonía crítica de origen desconocido, cuyo contagio estuvo relacionado con el consumo de mariscos y animales exóticos (Pulcha-Ugarte

et al., 2019, p. 68-69). En respuesta, la organización decidió intervenir a través del Equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes (IMST, 2020) y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, 2020). Enviaron instituciones asociadas para facilitar laboratorios y equipos sanitarios con el fin de realizar nuevos descubrimientos sobre el virus. Además, solicitaron informes periódicos sobre los resultados obtenidos en Wuhan, en la provincia de Hubei.

Aunque China intentó retrasar el contagio por medio del cierre de sus fronteras al exterior y mantener una cuarentena en toda su población para la obtención de datos del nuevo virus, la enfermedad empezó a propagarse a nivel global. Al observar los hechos, la OMS decidió anunciar el estado de emergencia sanitaria a nivel global. De esta forma, la enfermedad adquirió el nombre de COVID-19 o Coronavirus por el tipo de virus y el año de su aparición. En el mismo contexto, el Ministro de la Salud Pública de Tailandia confirmó uno de los primeros casos de infectados al regresar desde Wuhan. Después el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón notificó el segundo caso de infección fuera de la República Popular China. En este contexto, la OMS sugirió a las naciones establecer el cierre temporal de los viajes internacionales para evitar la propagación (OMS, 2020). Sin embargo, el virus logró propagarse por todo el continente asiático, después en Medio Oriente, Europa y, finalmente, en América. En respuesta, los países de todo el mundo implementaron medidas de contingencia sanitaria, como el cierre temporal de fronteras, la realización de pruebas, la imposición de cuarentenas, el distanciamiento social, la restricción laboral y la adopción de medidas de higiene.

Investigadores y especialistas en epidemiología de todo el mundo, incluidos competidores en la industria farmacéutica como Alemania, Estados Unidos y China, comenzaron a estudiar el virus para identificar sus principales síntomas, los cuales eran fiebre, tos seca y dificultades respiratorias. Las investigaciones descubrieron que las personas de entre 50 y 64 años, especialmente aquellas con enfermedades crónicas como diabetes y problemas

respiratorios, eran las más afectadas (OMS, 2020). Además, se investigaron las posibles causas del origen del virus para desarrollar un tratamiento. El análisis genético reveló una relación entre el virus y los murciélagos o pangolín. Posiblemente, el informe supone una transmisión entre animales y humanos a través de la digestión y no por medio de la experimentación clínica (Reuters, 2021).

Hasta el 31 de diciembre de 2020, la OMS autorizó el uso de emergencia de varias vacunas contra el COVID-19, incluyendo las de Pfizer, AstraZeneca y Johnson & Johnson, entre otras. La organización subrayó la importancia de asegurar un acceso equitativo a las vacunas a nivel mundial, basándose en ejemplos de respuesta en salud pública de países como Dinamarca, Reino Unido y Sudáfrica. No fue sino hasta el 5 de enero de 2021 que el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE) de la OMS realizó sus primeras revisiones normativas sobre las vacunas para optimizar su uso. La vacuna de Pfizer fue la primera en recibir la validación de uso en emergencia por parte de la organización, debido a los resultados positivos observados en la lucha contra el COVID-19 (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Finalmente, el director general de la OMS enfatizó el compromiso global con el uso de vacunas, priorizando a los trabajadores de la salud y a las personas en alto riesgo en todos los países. Este esfuerzo buscó acelerar la vacunación de pacientes y facilitar el regreso a la interacción social, el acceso laboral y la entrada de extranjeros en áreas fronterizas. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el número de contagiados siguió en aumento, con un total de 14,9 millones de personas fallecidas entre 2020 y 2021 (Naciones Unidas, s.f).

1.2.1 Migrantes Mexicanos en Estados Unidos durante el COVID-19

La migración es definida por la Secretaría de Asuntos Migratorios (2013) como “el cambio de una residencia hábitat mediante un desplazamiento de una unidad geográfica a otra”. América del Norte es destacado por sus altos flujos migratorios. Según un informe de Naciones Unidas (2020), las cifras demuestran que más de 50 millones de migrantes internacionales van dirigidos a Estados Unidos, esto es el 86% en comparación con Canadá con un porcentaje del 14%, que corresponde a 4 millones. Los flujos migratorios involucran tanto a los migrantes como a los solicitantes de asilo y refugiados por motivos que estén establecidos en los requisitos de cada país. Un ejemplo de esto se observa en Estados Unidos, donde se reciben solicitudes de refugio debido a desastres naturales. En Canadá, además de estos casos, también se incluyen a los desplazados por incendios forestales. Sin embargo, obtener el estatus de refugiado en América del Norte sigue siendo extremadamente difícil. A pesar de ello, en 2020 se registraron 1.7 millones de personas desplazadas por desastres naturales (Centro de Monitoreo de Desplazamientos Internos, 2021).

Según Passel (2023), las principales causas del desplazamiento migratorio son la búsqueda de una mejor calidad de vida, impulsada por las altas tasas de desempleo en los países de origen y las diferencias salariales con países cercanos. Otros factores incluyen cuestiones políticas y la búsqueda de mejores oportunidades educativas. En Estados Unidos, el 43.2% de los migrantes provienen de América Latina y el Caribe, con el 85% procedente de Centroamérica, México y el Caribe. Asia ocupa el segundo lugar con el 29.9%, seguido de Europa con el 11.7% y África con el 5.6%. Los cinco países con mayor número de migrantes hacia Estados Unidos son México, India, China, Filipinas y Vietnam. Entre los migrantes mexicanos, los tres estados con mayor población en Estados Unidos son California, con el 35.12%, Texas, con el 21.80%, e Illinois, con el 5.34% (Heredia et al., 2023).

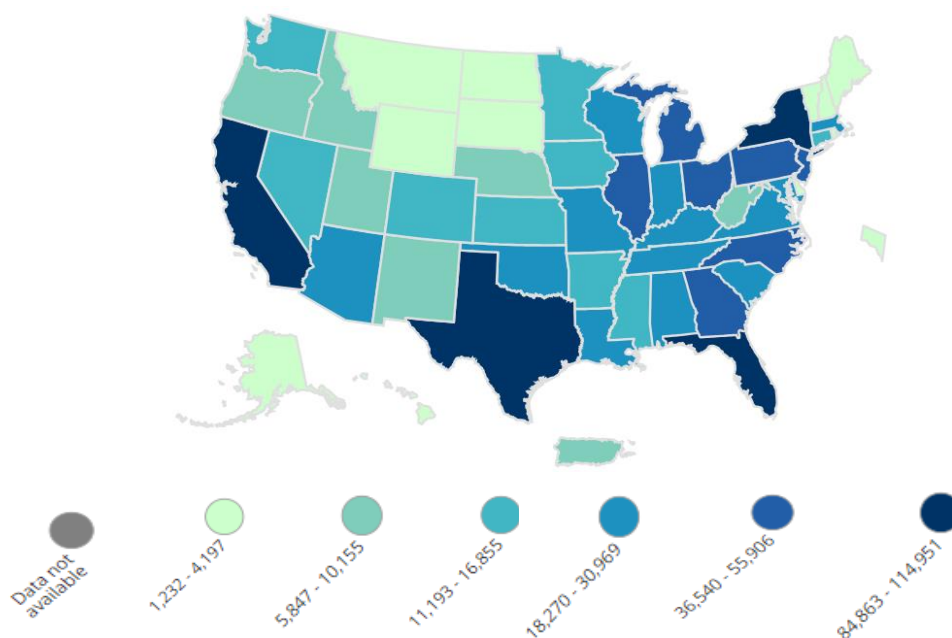
Los migrantes mexicanos constituyen el mayor número de migrantes hacia Estados Unidos, debido a la proximidad geográfica y a la relación comercial bajo el tratado internacional TMEC, que también incluye a Canadá. Las diferencias socioeconómicas y salariales entre ambos países hacen de Estados Unidos una de las principales opciones para la migración. Además, la relación bilateral entre México y Estados Unidos, que se remonta a 1822 cuando México fue reconocido como una nación independiente, ha facilitado esta migración. Actualmente, hay un total de 50 consulados mexicanos en Estados Unidos, lo que convierte a esta red consular en una de las más grandes del mundo (Heredia et al., 2023).

Sin embargo, la propagación del COVID-19 en marzo de 2020 tuvo un gran impacto en la migración, reduciendo significativamente la movilidad debido al cierre temporal de fronteras en el continente americano, así como la suspensión de la emisión de visas y permisos de estancia. En su lugar, Estados Unidos implementó requisitos sanitarios y restricciones temporales, como la cuarentena, el uso obligatorio de cubre bocas, el cierre de negocios, la prohibición de reuniones sociales, y leyes como el Título 42. También se impusieron restricciones laborales para evitar la propagación masiva del virus. Según la Oficina Nacional de Viajes y Turismo de Estados Unidos (2021), hubo una disminución del 76% en las llegadas internacionales de extranjeros entre 2019 y 2020.

A mediados de la presidencia de Donald Trump comenzó la primera ola de propagación del virus, con uno de los primeros casos de contagio registrado el 20 de enero de 2020 en Seattle, Washington, proveniente de Wuhan, República Popular China. Su mandato, que inició en 2017, finalizó durante la tercera ola del COVID-19, en 2021. La propagación del virus en los distintos estados fue constante debido a la vulnerabilidad de la población estadounidense, afectada por enfermedades como la obesidad, diabetes, hipertensión y cáncer. Al principio el estado con mayor cantidad de casos fue Nueva York con un total de 67 mil, después continuó con California, Illinois y Texas (Rosas, 2020). Sin embargo, en el transcurso de la Pandemia

los casos fueron aumentando y el estado que superó las cifras de mortalidad fue Texas con un total de 370,5 mil casos (Figura 2), mientras que el segundo lugar lo ocupó New York con un total de 330 mil casos y en tercer lugar California con 259,6 mil muertos (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020).

Figura 2. Mapa de mortalidad por Estado de Estados Unidos.



Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020, agosto 1). *Rastreador de datos del COVID de los CDC Revisión semanal*. CDC: https://espanol-covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#maps_total-admissions-state

Las decisiones de Donald Trump durante la pandemia fueron ampliamente cuestionadas debido a su tardía respuesta a la emergencia sanitaria. La postura del presidente fue incierta respecto a la urgencia del virus, lo que lo llevó a delegar la gestión de la pandemia al vicepresidente Mike Pence. Inicialmente, el gobierno estadounidense decidió implementar como medida de contención el cierre temporal de las fronteras a extranjeros que visitaron China, seguidas del cierre de viajes desde Europa y, en algunos casos, la interrupción del

comercio (Naciones Unidas, 2020). A pesar de estas medidas, la propagación continuó y Estados Unidos se convirtió en el país con el mayor número de contagios y muertes por COVID-19, con más de 3 millones de casos y 251 mil fallecimientos entre 2019 y 2021 (Hopkins, 2023).

El cierre de fronteras y la tardía respuesta a la emergencia internacional no fueron los únicos factores detrás del aumento en los casos de COVID-19. El presidente Donald Trump implementó las medidas de contención epidemiológicas de manera lenta e ineficaz a lo largo de la pandemia. En uno de sus discursos mediáticos, Trump afirmó que la epidemia "desaparecería como un milagro" durante el verano, mientras culpaba a China y a la OMS por ocultar información sobre el virus, en lugar de declarar de inmediato una emergencia internacional. Otro problema significativo fue la escasez de equipos de prueba a nivel mundial. Trump declaró que las pruebas no eran completamente necesarias, argumentando que algunos análisis habían arrojado resultados erróneos, lo que dificultaba la confirmación del virus, sugiriendo incluso que este no existía (Rosas, 2020)

El sistema de salud de Estados Unidos se caracteriza por su enfoque liberal, donde los recursos sanitarios se distribuyen a través del mercado, y el Estado no asume la responsabilidad de promover la salud pública. En su lugar, las compañías de seguros privados ofrecen a los usuarios una variedad de servicios de salud, según sus necesidades (Fundación MAPFRE, 2018). Esta distribución varía entre los diferentes estados, lo que resulta en la ausencia de un sistema de salud unificado, a diferencia de Canadá, donde el gobierno se encarga de la salud pública. Durante la pandemia de COVID-19, este sistema fragmentado y de acceso limitado colapsó, revelando su incapacidad para responder eficazmente a la crisis. Las principales causas de muerte en el país, como enfermedades cardíacas, cáncer, accidentes y enfermedades respiratorias crónicas, han contribuido a la disminución de la esperanza de vida en los últimos años. Además, la pandemia agravó el problema, con altos costos de medicamentos y falta de

acceso a hospitales, que se vieron desbordados por su infraestructura limitada (Masferrer, 2021).

Según Masferrer, uno de los autores del seminario del Colegio de México (2021), otro factor importante a destacar es la vulnerabilidad incrementada de los inmigrantes indocumentados en Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19, agravada por las fallas del sistema de salud y las decisiones del presidente Donald Trump. En particular, los afroamericanos y los 10.5 millones de inmigrantes indocumentados, de los cuales el 47% son de origen latinoamericano, se vieron especialmente afectados. La pandemia provocó un alto número de fallecimientos, especialmente entre la población migrante en estados como California y Texas, debido a condiciones laborales precarias y la falta de acceso a seguro médico. Los migrantes indocumentados constituyen el 10% de los trabajadores agrícolas, el 16% de los empleados del sector salud, y una parte considerable de quienes laboran en sectores críticos de infraestructura, siendo la mayoría provenientes de México (Naciones Unidas, 2020; CDC, 2020). Las restricciones fronterizas y la interrupción de empleos también afectaron gravemente los valores agrícolas, los precios, los salarios y la disponibilidad de productos.

La mayoría de los trabajos mencionados anteriormente no incluyen herramientas sanitarias, seguros médicos ni el acceso a la información necesaria para proteger a los trabajadores de accidentes o infecciones. Como dictan las Naciones Unidas junto con la CEPAL (2020), a medida que avanzaba 2020, la tasa de desempleo aumentó y fue cada vez más difícil encontrar empleos que pudieran realizarse a distancia. Como resultado, los inmigrantes indocumentados enfrentaron dificultades para encontrar viviendas asequibles que cumplieran con las condiciones sanitarias necesarias para cumplir con la cuarentena y el confinamiento durante la pandemia. Los sueldos por hora que ganaban estos trabajadores eran mínimos, y los departamentos o cuartos eran pequeños para albergar a toda una familia o a compañeros de vivienda. Como resultado, el brote de COVID-19 exacerbó la situación,

umentando los contagios y las muertes entre los inmigrantes, muchos de los cuales carecían de protección adecuada. Aunque la administración de Trump implementó apoyos federales de emergencia, los requisitos excluían a los inmigrantes indocumentados, impidiéndoles acceder a esta asistencia. Difícilmente uno obtiene acceso a un apoyo económico limitado por parte de las ciudades o estados santuarios, incluso el 38% de los migrantes estaban sin acceso a un seguro médico estadounidense en consideración a los bajos perfiles laborales (Toro & Leyton, 2022) y para los estudiantes extranjeros no hubo apoyo tras la prohibición de fondos de asistencia por parte del Estado.

Según los autores Castillo y García en el periódico Los Ángeles Times (2021), otra dificultad para los migrantes en el acceso a la salud fue el miedo a la deportación, exacerbado por la implementación, en marzo de 2020, del Título 42, Código de los Estados Unidos creado en la década de 1940. Este título facilitó la expulsión rápida de migrantes al agilizar los procedimientos de inmigración. Durante la pandemia, se registró un aumento significativo en las expulsiones y detenciones de migrantes, con más de 1,3 millones de migrantes expulsados a México. Los centros de detención y cárceles no contaban con las condiciones sanitarias adecuadas para cumplir con las cuarentenas establecidas, al igual que los campamentos en las fronteras donde se encontraban miles de solicitantes de asilo. Varias instituciones como Grupos de Defensa y Human Rights First perciben esta situación como negligente, inhumana y discriminatoria, dada la falta de protección y garantía de los derechos humanos para los extranjeros e indocumentados.

Finalmente, el presidente Trump se destacó por su postura aislacionista. El 29 de mayo de 2020, anunció la ruptura de relaciones con la OMS, acusando a la organización de complicidad con China debido a la falta de información sobre el COVID-19. Por otro lado, su enemistad con la República Popular China se intensificó durante la pandemia, y también se produjo la retirada de Estados Unidos del Acuerdo de París sobre el cambio climático, del

acuerdo nuclear con Irán y el retiro de la nación estadounidense de la UNESCO. Los efectos del COVID-19 no solo resultaron en un aumento significativo de contagios y muertes en Estados Unidos, sino también en un aislamiento a nivel mundial y un colapso económico (Rosas, 2020).

Como dicta Strassle (2022), las medidas de contención epidemiológica implementadas por Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19 se volvieron cada vez más restrictivas para proteger a la población estadounidense. Aunque estas medidas lograron reducir los casos activos y permitieron la reapertura de flujos comerciales y económicos en 2021, también provocaron varios efectos negativos. Entre ellos, se destacan la persistencia de condiciones sanitarias deficientes en áreas concurridas y un aumento en las tasas de discriminación. Según su informe en American Public Health Association, los actos discriminatorios contra inmigrantes aumentaron un 22%, con un 42% de estos actos motivados por el miedo al contagio del virus. Esta situación ha generado una alta vulnerabilidad entre los migrantes, quienes enfrentan dificultades para integrarse plenamente en la sociedad.

1.2.2 Migrantes Mexicanos en Canadá durante el COVID-19

El flujo migratorio en Canadá es notablemente distinto al de Estados Unidos. Según el Departamento de Relaciones Económicas y Sociales de Naciones Unidas (2020), en 2020 había 4 millones de inmigrantes integrados en la sociedad canadiense a nivel regional. Las principales razones para migrar a Canadá incluyen la calidad de su sistema educativo y de salud, su seguridad, las oportunidades económicas, y la aceptación de la inmigración en sus políticas de Estado. Sin embargo, muchos migrantes prefieren Estados Unidos debido a su cercanía, la falta de información sobre Canadá y su clima frío generalizado (Reitz & Hernández, 2023).

Las principales regiones de origen de los migrantes en Canadá son similares a las de Estados Unidos, ya que ambas pertenecen al continente occidental. América Latina y el Caribe lideran las regiones de procedencia de migrantes, seguidas por Asia, Europa y África. Sin embargo, los cinco principales países de origen de los migrantes en Canadá difieren de los de Estados Unidos, con una mayoría proveniente de India, China, Filipinas, Reino Unido y Estados Unidos (Passel, 2023). En cuanto a los migrantes de origen latinoamericano, se concentran en las provincias de Ontario, Quebec y Columbia Británica, donde se registró un aumento del 34% en 2001 al 39% en 2016.

Canadá ha buscado atraer extranjeros debido a sus bajos índices de natalidad. La estrategia de Ottawa ha sido ofrecer oportunidades educativas y laborales con requisitos más flexibles para la obtención de residencia temporal y autorización de viaje. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 provocó una significativa disminución en la llegada de extranjeros, incluso mayor que en Estados Unidos (Radio-Canadá, s. f.). En 2020, el número de inmigrantes se redujo en un 58% por el cierre de fronteras causados por la pandemia, pasando de 184, 606 residentes permanentes y 906,119 con problemas de documentación. Asimismo, las solicitudes de residencia temporal a permanente fueron un total de 51, 011 individuos (Government of Canadá, 2020).

Los efectos del COVID-19 en Canadá fueron diferentes a los de Estados Unidos, ya que el país logró mantener un mejor control de la pandemia desde el inicio mediante estrictas medidas de contingencia epidemiológica. Al principio de 2020, Canadá registró un total de 107 mil casos activos y 8 mil fallecidos. Las provincias más afectadas fueron Ontario y Quebec, que concentran la mayor cantidad de inmigrantes, con 36 mil casos y 2 mil fallecimientos. Mientras que en Canadá el aumento diario era de 400 casos, en Estados Unidos se reportaba una cifra 10 veces mayor (Detsky & Bogoch, 2020). Hasta 2021, Canadá reportó un total de 1 millón de casos de COVID-19 y 24 mil fallecimientos. Con la campaña de vacunación en

marcha, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando en 2023 un total de 4 millones 676 mil contagios, 52 mil fallecimientos y 4 millones 588 mil personas recuperadas. El proceso de vacunación ha sido constante, lo que ha contribuido a la reducción de casos activos. Actualmente, el número de contagios es de aproximadamente 35 mil (Hopkins, 2023).

Según Santín Peña (2023) Tras el anuncio de la emergencia internacional por la pandemia de COVID-19, el primer ministro canadiense, Justin Trudeau, reaccionó rápidamente, implementando medidas epidemiológicas para controlar el contagio del virus. Una de sus primeras acciones fue el cierre temporal de fronteras y la suspensión de viajes internacionales. Además, instó a los ciudadanos a mantener el distanciamiento social y utilizar cubre bocas mientras se distribuían los equipos necesarios para la detección del virus. Otras medidas incluyeron el confinamiento y la suspensión temporal de actividades laborales. Sin embargo, cada provincia adoptó diferentes políticas preventivas, dependiendo de su sistema de salud y la situación de sus gobiernos. Por ejemplo, en las investigaciones de Judit Vall (2021), Quebec implementó en 2020 normas sanitarias estrictas en las escuelas para mantener las clases presenciales, mientras que Ontario optó por cerrar las escuelas y operar de manera virtual. Las provincias atlánticas, por su parte, impusieron desde el inicio medidas internas y externas más estrictas. A pesar de las diferencias iniciales entre las provincias, para 2021 lograron mantener bajas tasas de casos activos y fallecimientos.

El sistema de salud pública de Canadá es gratuito para todos los ciudadanos y residentes, aunque, si bien se considera nacional, está descentralizado en seguros provinciales y territoriales, conocidos en su mayoría como Medicare. Estos programas universales son financiados por el gobierno federal a través de impuestos y cubren los servicios médicos básicos para quienes cumplan con los requisitos establecidos. Aquellos que no califiquen para estos servicios pueden acceder a la atención médica a través de seguros privados, como sucede en muchos casos con los empleadores canadienses, que ofrecen seguros médicos privados

como beneficio laboral (Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Canadá, s.f).

Las autoridades de salud pública provinciales en Canadá gestionaron con firmeza la contingencia y mitigación del virus mediante la implementación de múltiples restricciones. La distribución de las vacunas fue eficazmente coordinada, utilizando equipos de detección del virus y herramientas tecnológicas que facilitaron el rastreo de posibles casos activos en todo el territorio (Santín Peña, 2023; Debusmann, 2022). En el inicio de esta campaña, Quebec, una de las provincias más pobladas, vacunó a la mitad de su población con la primera dosis, mientras que un porcentaje menor logró completar el esquema de vacunación. En contraste, Ontario, Yukón y Nunavut superaron el 57% de su población con la vacunación completa, mientras que un 47% recibió al menos una dosis (Shiab & Pelletier, 2021). En general, Canadá distribuyó rápidamente las vacunas a gran escala, logrando vacunar al 83% de la población con al menos una dosis o la vacunación completa y 5% parcialmente vacunado, priorizando a las personas de 60 a 80 años debido a su mayor vulnerabilidad por la presencia de otras enfermedades y un sistema inmunológico debilitado (Government of Canadá, 2023; Debusmann, 2022).

A pesar de las medidas implementadas, el grupo de migrantes latinoamericanos, tanto temporales como no legalizados, en Canadá se encontraba en una situación de alta vulnerabilidad, representando un 43.5% de este grupo (Gautier & Di Ruggiero, 2023). Esta vulnerabilidad se hacía más evidente en provincias como Ontario y Quebec, donde muchos migrantes trabajan en la agricultura. Según el informe *En el camino, Migración más allá de las vías* (2020), hay aproximadamente 8,000 jornaleros extranjeros en granjas y la industria alimentaria, de los cuales más de 25,000 son latinoamericanos que viajan a Canadá para empleos temporales. Con la llegada del COVID-19 y la falta de herramientas sanitarias adecuadas, muchos de estos trabajadores se contagiaron; por ejemplo, en Ontario se reportaron

164 casos y una muerte. Ante esta situación, el presidente Trudeau inició negociaciones con México para garantizar la protección de los trabajadores agrícolas temporales, reconociendo su importancia para la economía canadiense.

Según Judit Vall (2021), la pandemia generó múltiples repercusiones en el sistema canadiense, entre ellas un aumento del desempleo del 34% y una caída en la actividad económica debido al cierre de comercios, actividades agrícolas y locales. Sin embargo, el impacto fue mayor sobre los migrantes mexicanos, quienes quedaron desempleados tras el cierre temporal de las empresas agrícolas. Esto complicó su acceso a viviendas con condiciones sanitarias adecuadas para el confinamiento. En respuesta, el presidente Trudeau implementó programas de seguro para empleados, ofreció apoyo económico a través de cheques con condiciones flexibles y promovió la creación de empleos a distancia. Los procedimientos para los registros de empleo cada vez iban cambiando para hacerlos más favorables para los ciudadanos canadienses. Además, el gobierno otorgó acceso a seguros de empleos junto con condiciones sanitarias como el uso de mascarillas y la implementación de un toque de queda para los locales establecidos. Sin embargo, la situación con los migrantes mexicanos indocumentados era completamente diferente tras la falta de acceso a la salud al no poseer los requisitos necesarios para los programas de apoyo del gobierno federal, tales como: tener una base salarial estable, mantener un estatus de ciudadano canadiense permanente y un certificado médico. Esto aumentó la desconfianza en los migrantes en la búsqueda de información y apoyo en las instituciones migratorias, como también aumentó la vulnerabilidad de los migrantes sobre el COVID-19 junto con otras problemáticas de salud mental (Rivas-Sánchez, 2021).

Según Allan Detsky y Isaac Bogoch (2020), a medida que avanzaba la pandemia, el gobierno federal estableció mejoras significativas en áreas clave, por ejemplo, la infraestructura de los espacios destinados para el confinamiento: se añadieron sistemas de ventilación y se proporcionaron más herramientas sanitarias. Además, se implementó un mayor control sobre

las hospitalizaciones y cuarentenas, complementado con equipos para la detección del virus en posibles casos de contagio. Los métodos de contingencia epidemiológica comenzaron a dar buenos resultados. A medida que se observaban avances, las restricciones políticas se fueron eliminando gradualmente, permitiendo el libre tránsito con algunas medidas sanitarias en cada provincia. Además, los extranjeros o migrantes vacunados eran puestos en cuarentena durante 14 días y sometidos a dos pruebas de detección del virus para asegurar su integración en las ciudades canadienses (Radio-Canadá, 2021).

Consideraciones finales

De acuerdo con el objetivo planteado en la introducción, la construcción del concepto de calidad de vida y los antecedentes del COVID-19 están relacionados con la comprensión de la problemática abordada en esta investigación. La calidad de vida es un concepto que ha evolucionado a lo largo del tiempo, adaptándose en distintas disciplinas como la sociología, la economía y la salud, con el fin de mejorar la recolección y análisis de datos. El enfoque de calidad de vida permite analizar los datos relacionados con los niveles de satisfacción y las necesidades cubiertas de los inmigrantes mexicanos por parte del gobierno. Los resultados serán comparados entre Estados Unidos y Canadá, considerando los efectos de sus medidas de contención epidemiológica. Asimismo, la distinción entre bienestar objetivo y subjetivo facilita la separación de los indicadores cuantitativos y cualitativos. El bienestar objetivo incluye aspectos como las condiciones laborales y de salud, mientras que el bienestar subjetivo se refiere a la salud mental y la satisfacción con el estilo de vida.

Este trabajo destaca el impacto del COVID-19 a nivel global. Una de las consecuencias, según los datos, fue el aumento de la vulnerabilidad en el flujo migratorio, especialmente entre los inmigrantes mexicanos, debido a la implementación de medidas de contención

epidemiológica como respuesta a la propagación del virus en países como Canadá y Estados Unidos. Sin embargo, se concluye que los resultados fueron diferentes en ambos países debido a las diversas acciones de sus líderes: Trudeau en Canadá y Trump en Estados Unidos. Mientras que Trump implementó medidas restrictivas como la aplicación del Título 42, Trudeau optó por enfoques más flexibles, como la mejora de la infraestructura para el confinamiento.

Capítulo 2. Marco teórico

Introducción

El concepto de calidad de vida ha sido definido a lo largo de la historia por diversas disciplinas, tales como la sociología, ecología, economía, filosofía y ética, cada una aportando diferentes enfoques según su ámbito. Esta investigación entiende el término calidad de vida como un recopilador de datos externos sobre la satisfacción subjetiva y objetiva de cada individuo dentro de la sociedad y, además, como un indicador a nivel internacional que evolucionó en la obtención de información sobre fenómenos como lo son la pobreza, el desempleo y las crisis sanitarias en cada Estado.

De esta forma, el presente capítulo tiene como objetivo discutir los diversos enfoques relacionados a la calidad de vida. Sin embargo, la tesis centra su análisis en el enfoque institucional, el cual argumenta que las instituciones son un medio de cooperación entre agentes y actores racionales para cumplir sus objetivos al analizar los conflictos, el poder y la política del Estado (José Vargas, 2008). Este enfoque sirve a la investigación porque ayuda a medir el impacto de las medidas institucionales de los gobiernos de Estados Unidos y Canadá en los inmigrantes mexicanos en el contexto del COVID-19.

Para cumplir sus objetivos, el presente capítulo está dividido en 2 apartados. El apartado 2.1 expone los diversos enfoques de cada disciplina sobre la calidad de vida. Este apartado consta de 9 subapartados. El **2.1.1** describe las necesidades básicas creadas en la jerarquía de maslow para el entendimiento de la satisfacción de calidad de vida en cada individuo. El **2.1.2** aborda el enfoque dentro de la disciplina de la ética. El **2.1.3** determina el enfoque de la filosofía tras la teoría hedonista, la satisfacción de preferencias, los ideales de una buena vida y el utilitarismo. El **2.1.4** discute el enfoque de la economía tras los conceptos de la renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida. El **2.1.5** ofrece el enfoque de la sociología con el modelo

keynesiano, Quality Revolution, el modelo sistemático y desarrollo lineal. El **2.1.6** expone el enfoque de la ecología al incluir la teoría de la acción y Bronfenbrenner. El **2.1.7** aborda el enfoque cultural y educativo tras las investigaciones urbanas y la calidad de vida, El **2.1.8** presenta el enfoque de la salud. Por último, el subapartado **2.1.9** explica el enfoque de la calidad laboral o profesional desde las perspectivas subjetiva y objetiva. En cada uno de los subapartados mencionados anteriormente se incluyen varias teorías que fueron expuestas durante la construcción del concepto de la calidad de vida. Por otro lado, el apartado **2.2** expone las teorías relacionadas sobre la calidad de vida. Este apartado contiene los siguientes subapartados: **2.2.1** el capitalismo, **2.2.2** el igualitarismo y **2.2.3** el liberalismo o institucionalismo. Para finalizar con el marco teórico, la investigación ofrece una serie de conclusiones del capítulo con respecto a las discusiones de las diversas teorías y autores.

2.1 Enfoques de las disciplinas sobre la calidad de vida

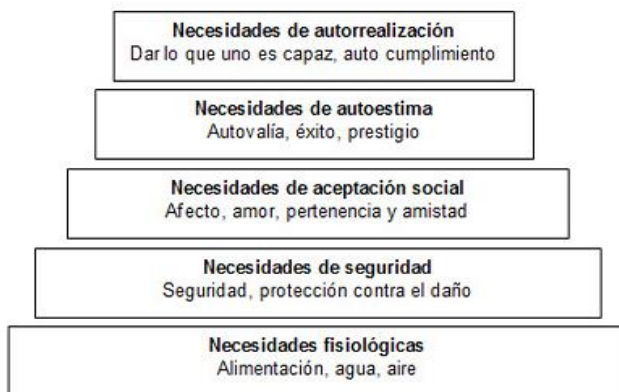
2.1.1 Jerarquía de Maslow

Salas y Garzón (2013), en su artículo titulado “La noción de calidad de vida y su medición”, incorporan la jerarquía de necesidades de Maslow en la definición de calidad de vida. Según ellos, estas necesidades se estructuran en niveles básicos que deben satisfacerse para lograr una satisfacción integral en cada individuo, tanto en el ámbito emocional como en el físico.

Por ello, las necesidades humanas sirven como un método de observación para evaluar el nivel de vida de las personas, abarcando desde su alimentación y seguridad hasta la autoestima o el amor propio necesarios para alcanzar sus metas. Para este enfoque, cuando no se cumplen estos criterios jerárquicos, el individuo experimenta insatisfacción en su calidad de

vida y se vuelve vulnerable en distintos aspectos. Un ejemplo de esto es la falta de protección laboral para los inmigrantes mexicanos durante la pandemia de COVID-19, lo que impidió satisfacer adecuadamente las necesidades de seguridad y autoestima dentro de la jerarquía de Maslow.

Figura 3. Jerarquía de Maslow



Fuente: Salas, C., & Garzón, M. O. (2013, febrero 18). La noción de calidad de vida y su medición. CES Salud Pública, 4(1), 40-41: [chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcjgclcfndmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356%20\(1\).pdf](chrome-extension://efaidnbmninnbpcjpcjgclcfndmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356%20(1).pdf)

Varios autores han integrado esta herramienta en sus definiciones de calidad de vida, utilizándose como apoyo para relacionar diversas teorías con su entorno. En el campo ético, Cardona y Byron Agudelo (2005) analizaron tres enfoques clave para la calidad de vida, que surgieron en los años noventa: el descriptivo, el evaluativo y el prescriptivo. El siguiente subapartado expone la perspectiva de la ética sobre la calidad de vida.

2.1.2 Ética: Enfoque descriptivo, evaluativo y prescriptivo

El enfoque descriptivo define un objeto diferenciándolo de los demás. Según Cardona y Byron Agudelo (2005), “la cualidad del ser humano es la razón, de modo que la calidad de vida se identifica con la racionalidad y es sinónimo de vida humana” (p. 81). Esto significa que la definición de calidad de vida en este contexto se basa en palabras clave que están estrechamente vinculadas con la lógica y racionalidad del ser humano, abordándola desde una perspectiva realista.

Mientras, Cardona y Byron Agudelo (2005, p. 81) explican el enfoque evaluativo o normativo como “los valores no morales donde se utiliza el verbo deber, puede evaluarse si existe un mayor o menor grado de calidad, pero el problema es definir el criterio para su evaluación”. En otras palabras, los factores evaluativos son interpretaciones de la moralidad de la persona o un grupo de personas sobre su calidad de vida.

Finalmente, el enfoque prescriptivo o moral en la calidad de vida es una mezcla de los otros enfoques mencionados anteriormente, aunque es más específico con el tema del individuo con “una ética rigurosa que permite diferenciar lo bueno de lo malo, lo que se debe de hacer de lo que no” (Cardona & Byron Agudelo, 2005, p. 82).

2.1.3 Filosofía: La teoría hedonista, satisfacción de preferencias, sobre los ideales de una buena vida y el utilitarismo

Tras los enfoques del campo ético, Dan Brock (1998) estableció una conexión con las teorías del ámbito filosófico para establecer un concepto de calidad de vida. Entre estas teorías se encuentran la teoría de la satisfacción de preferencias o del deseo, la teoría de los ideales de una buena vida o del bien sustantivo, y el hedonismo. No obstante, las teorías que más se asemejan a los enfoques éticos son el hedonismo y la satisfacción de preferencias en el contexto

descriptivo, mientras que la teoría sobre los ideales de una buena vida o del bien sustantivo se relaciona con los contextos evaluativo y prescriptivo (Salas & Garzón, 2013, p. 39)

La teoría hedonista se centra en el bienestar subjetivo. Esta teoría afirma que “el bien último para las personas consiste en sostener ciertas clases de experiencia consciente, como placer, felicidad, disfrute, que permiten una buena vida en la medida en que producen una valiosa experiencia” (Salas & Garzón, 2013, p. 39). Esto implica que factores externos como el entorno y las experiencias afectan los niveles de satisfacción de una persona, influyendo directamente en su calidad de vida. El filósofo Dan Brock (1998) sostiene que los enfoques éticos y el hedonismo coinciden en resaltar la importancia de la racionalidad para alcanzar satisfacciones como la felicidad y el deseo, claves para definir el nivel de vida de un individuo.

Otra teoría subjetiva relevante es la teoría de la satisfacción de preferencias, también conocida como teoría del deseo. Según Salas y Garzón (2013, p. 39), esta teoría se basa en “la satisfacción de los deseos o preferencias entendidos como estados de situaciones tomados como objetos”. Por ejemplo, si un individuo desea comer en un restaurante específico y lo hace, su nivel de satisfacción con la experiencia indica un alto nivel de calidad de vida. Esta teoría comparte similitudes con los enfoques éticos en el contexto descriptivo, ya que también asocia la calidad de vida del individuo con el cumplimiento de un objeto, situación o experiencia deseada.

Finalmente, la última teoría en el campo filosófico, que se integra en el concepto de bienestar objetivo, es la teoría sobre los ideales de una buena vida o del bien sustantivo. Según Cardona y Agudelo (2013), “la realización de ideales específicos explícitamente normativos (...) contempla una pluralidad de ideales componentes que establecen limitaciones y/o complementan la medida en que la felicidad y/o la satisfacción de preferencias sirven al bien de una persona”. Esta teoría se asemeja a los enfoques éticos, particularmente en los contextos

evaluativo/normativo y prescriptivo, ya que determina el nivel de satisfacción en función del cumplimiento de deberes morales y éticos de un grupo de personas (Cardona y Agudelo, 2005).

Según Dan Brock (1998), Las teorías filosóficas también ayudaron en el desarrollo de un nuevo concepto creado por el filósofo Jeremy Bentham, que es ahora llamado el fundador del utilitarismo. Esto es definido como las características distintas de satisfacción que adquieren los individuos en relación a los objetos. En otras palabras, de acuerdo con Salas y Garzón (2013, p. 39), la utilidad se relaciona con las percepciones individuales de las personas sobre la satisfacción que obtienen de diversos bienes y su satisfacción personal, en lugar de adherirse a un ideal de vida definido socialmente. Forma parte de su experiencia interna. Por lo tanto, al hablar de calidad de vida, nos adentramos en un ámbito ideológico y en una escala de valores que reflejan la experiencia consciente y racional que cada persona tiene de su propia vida.

2.1.4 Economía: Renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida

El enfoque utilitarista de Bentham proporcionó un marco teórico y filosófico importante para el concepto de calidad de vida. Sin embargo, en el ámbito económico surgieron dificultades al intentar definir la calidad de vida de manera más precisa que el bienestar general. J. S. Mill, discípulo de Bentham y seguidor del economista David Ricardo, analizó la evolución del concepto de calidad de vida en el campo económico en comparación con otras disciplinas. Mill identificó tres puntos clave para medir la calidad de vida: la renta per cápita, el nivel de vida y la calidad de vida misma (Salas y Garzón, 2013, p. 39).

La medición de la calidad de vida por la renta per cápita es una función aritmética que no está distribuida por las necesidades de los ciudadanos, ni el poder adquisitivo, y las carencias o abundancias de los bienes y servicios que puedan afectar en el bienestar personal de cada

individuo. Si no que está determinado por la cantidad del Producto Interno Bruto (PIB) de cada Estado, por lo que su eficiencia en la clasificación de la satisfacción de las personas no es favorable. Así continuó hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando las Naciones Unidas decidieron implementar una segunda medición que cumpliera con la determinación del bienestar de la sociedad y el ingreso per cápita (Erikson R, 1998).

El concepto establecido para nivel de vida fue “el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros medios de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida” (Cardona y Agudelo, 2005, p. 83). Sin embargo, aún faltaban otros caracteres como lo es la salud, la calidad del ambiente laboral y el estado de la vivienda. En los 90s, Los especialistas en economía tuvieron dificultades para desarrollar la calidad de vida como un identificador que no sea el Producto Nacional Bruto (PNB), por esta razón los economistas William Nordhaus y James Tobin desarrollaron un indicador que complementa el Bienestar Económico Neto (BEN) (Rodríguez y García, 2006).

Tyler (1992) explica este indicador de la siguiente manera:

Para estimar el cambio anual en la calidad de vida en un país. Calculan el BEN fijando un precio nominal a la contaminación y otros bienes y servicios negativos incluidos en el PNB: aquellos que no mejoran la calidad de vida. Los costos de estos factores negativos se restan luego del PNB para obtener el BEN”.

Así, la calidad de vida se ha convertido en un indicador clave en el campo de la economía, utilizado por Estados y organizaciones para cuantificar el bienestar de la población. En el ámbito de la sociología, la calidad de vida se evalúa mediante otros indicadores. Uno de estos indicadores es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), creado por las Naciones Unidas en 1990. El IDH combina datos sobre natalidad, alfabetización y PNB per cápita para medir el nivel de desarrollo en cada país (Tyler, 1992).

Otro indicador conocido es el Índice de Sufrimiento Humano (ISH), desarrollado por el Comité de Crisis Poblacional. Según Nancy Rodríguez y Margarita García (2006, p. 62), “este índice incluye una mayor variedad de combinaciones que el anterior, ya que abarca temas cuantitativos como la inflación, la libertad personal, el PNB per cápita, el acceso a agua potable, la mortalidad infantil, la suficiencia alimentaria, entre otros”.

2.1.5 Sociología: El modelo keynesiano, Quality Revolution, sistemático y desarrollo lineal

Además de los indicadores mencionados anteriormente, la sociología también incluye modelos que determinan la calidad de vida como producto de la evolución de la posguerra. La primera es la teoría del desarrollismo social, también conocida como el modelo keynesiano. Tras la evolución geopolítica y la restauración del orden internacional después de la Segunda Guerra Mundial, el papel del Estado fue definido por el surgimiento de un movimiento global enfocado en garantizar el bienestar de las comunidades: “la naturaleza del Estado de bienestar consiste en ofrecer algún tipo de protección a las personas que sin la ayuda del Estado puede que no sean capaces de tener una vida mínimamente aceptable, según los criterios de la sociedad moderna” (Salas y Garzón, 2013, p. 37).

Otro de los autores que clasifican una medición es Schalock (Salas & Garzón, 2013, p. 43) al convertir la calidad de vida como un concepto importante para la mejora de la sociedad, donde su utilidad es dirigida hacia los servicios humanos por medio de una planificación llamada *Quality Revolution* centrada en la persona y la mejora de su calidad de vida. Por otro lado, Fischer observa el modelo sistemático como una forma estable de medición hacia las pequeñas ciudades con registro de menores cambios y de la tecnología por medio de las redes sociales, por lo que indica que, al tener un aumento de estas mismas, aumenta también el bienestar psicológico y la calidad de vida (Galli, D, 2004, p. 09).

Por último, según Milgram, el modelo que exponen dentro del campo social es el desarrollo lineal, el cual “predice el tamaño y la diversidad de una población en aumento, las personas se vuelven más individualistas, egoístas y aisladas de los demás; por ende, la satisfacción vital para esa población disminuye, y las personas reconocen sentimientos de extrañamiento, aislamiento y ausencia de control sobre sus vidas” (Galli. D, 2004, p. 10).

Dicho esto, la interpretación de la calidad de vida en el campo económico fue distinta en comparación con el campo de la sociología. Los indicadores del primer campo fueron más reducidos en sus resultados, aunque el procedimiento de su evolución fue efectivo como indicador al abarcar un amplio rango de escala para la evaluación del bienestar y las necesidades de la población de cada Estado. Mientras que, en el campo social, desde la posguerra fue integrando la dimensión de la calidad de vida por varios indicadores creados por organizaciones como la ONU y la OMS, con base en rasgos que abarcan los niveles de satisfacción y necesidades que mejoren la sociedad (Rodríguez & García, 2006).

Aun así, según Flores (Rodríguez & García, 2006, p. 64), una “verdadera calidad de vida está consubstanciada con la condición de pueblos libres, con el respeto recíproco en todas las expresiones culturales y con la satisfacción de las necesidades básicas de la sociedad humana en toda su dimensión”, por lo que los indicadores integrados en la calidad de vida en los anteriores campos de estudio olvidaron un factor importante que es el ecosistema, ya que el ser humano es el que mayormente afecta la naturaleza.

2.1.6 Ecología: La teoría de la acción y Bronfenbrenner

El siguiente campo que integra el concepto de la calidad de vida como indicador es la ecología. Este campo surge por la necesidad de crear un nuevo término que cumpla con las necesidades ecológicas sustentables. Para definir la calidad de vida es fundamental contemplar

la relación entre los componentes de la naturaleza y el nivel de satisfacción, ya que incluye las interacciones del ser humano con el entorno ambiental. De acuerdo con Sánchez (Rodríguez & García, 2006, p. 64), “como sociedad debemos tener un sentido de dirección claro para nuestra calidad de vida y su entorno ambiental y como individuos debemos tener un sentido de continuidad y coherencia en nuestros esfuerzos por lograr esa calidad de vida”.

Belisario es otro de los autores que expresa la calidad de vida dentro de la perspectiva del medio ambiente y del individuo por medio de varias teorías. Una de ellas es la teoría de acción hecha por Azjen y Fishbein que permite medir el comportamiento tomando en cuenta las creencias de los grupos que se estudian para encontrar una relación de objeto-atributo con el ecosistema. Varios grupos sociales estaban involucrados en los indicadores establecidos por organizaciones y otros campos de estudios, pero el componente ambiental referido a un medio físico y social apto en las actividades humanas era un punto importante a involucrar (Rodríguez & García, 2006, p. 56)

En respuesta a lo anterior, la teoría ecológica o también conocida como la teoría de la ecología del desarrollo referida Bronfenbrenner expresa que “la calidad de vida es una propiedad de las personas, que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y dependerá de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos de su entorno” (Rodríguez & García, 2006, pp. 60-61).

2.1.7 Cultural y Educativo: Investigaciones urbanas y la calidad de vida.

Durante mucho tiempo, la satisfacción de las necesidades humanas ha omitido la importancia de contar con un ambiente natural, limpio, saludable y equilibrado para alcanzar una calidad de vida plena. Sin embargo, aún existen otros ámbitos, como el educativo, cultural y de salud, que carecen de una percepción y valoración adecuada en relación con la calidad de

vida. Varias investigaciones ofrecen una perspectiva sobre las afectaciones causadas por estas transformaciones en el contexto internacional.

Uno de los estudios mencionados es el de Ferrer (1977) sobre la cultura urbana y la calidad de vida en la ciudad de Guadalajara, México Ferrer analiza los efectos que los cambios y el crecimiento poblacional tienen sobre la calidad de vida, centrándose en tres aspectos principales:

El primer factor que noto fue el gran deterioro persistente e irreversible del hábitat les afecta negativamente a todos los sectores de la población, al no cumplir con sus necesidades básicas de vivienda, por lo que el segundo punto que expresa es que hay que establecer pautas de conducta destinadas a lograr una mayor cohesión social e integración cultural en los diversos grupos de población que coexisten en este mismo ámbito espacial, mientras que el último punto que concluye es que la calidad y estilo de vida de la población en Guadalajara se deterioraron a partir de procesos urbanísticos e industriales en países todavía en vías de desarrollo (Rodríguez & García, 2006, p. 53).

La investigación de Ferrer revela cómo las transformaciones sociales impactan la calidad de vida en el ámbito cultural. Los resultados muestran que los indicadores de necesidades básicas, desde la perspectiva cultural urbana, también influyen en los niveles de satisfacción según el estilo de vida de cada individuo. Grupos y movimientos sociales fuertemente vinculados a su identidad cultural se ven afectados por factores externos como la urbanización y la industrialización, lo que impide que su calidad de vida sea completamente satisfactoria (Rodríguez & García, 2006, p. 53).

Por otro lado, Stefano (2001) expone que “al estar los sectores salud y educación tan deteriorados, implica que las dimensiones cualitativas y cuantitativas, en lo relativo a las personas, también están comprometidas”. Por esta razón, la definición de calidad de vida

influye directamente tanto en el bienestar objetivo como en el subjetivo en el ámbito educativo. Según Castañeda (1986), “la comparación se lleva a cabo con cargo a criterios de valoración personal, concibiendo así la calidad de vida como fruto de la percepción individual y subjetiva de unas condiciones de vida objetivas”.

La educación es un indicador fundamental en el concepto de calidad de vida, ya que ha sido utilizado a lo largo de la historia para evaluar diferentes áreas del conocimiento, como la educación ambiental, social, económica y de la salud. Es crucial identificar sus componentes para analizar los datos de cada Estado y examinar los niveles de satisfacción tanto de estudiantes como de profesores. Algunas investigaciones se centran en aspectos como los intercambios estudiantiles y la calidad educativa. Como señalan Jenney EM y Meriel (Salas & Garzón, 2013, p. 40), la perspectiva personal de los niños y adolescentes sobre la calidad de vida es clave para evaluar sus necesidades educativas básicas, así como su salud física, mental, emocional y social.

2.1.8 Salud: La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), International Society for Quality of Life Research y la OMS.

En este contexto, resulta fundamental definir la calidad de vida en el ámbito de la salud, especialmente tras los avances médicos a nivel internacional. En las últimas décadas, este término ha evolucionado debido a factores económicos, socioculturales, políticos y experiencias personales, los cuales influyen en las condiciones crónicas de cada individuo. Por ello, se ha vuelto necesario evaluar el impacto físico, emocional y mental de las enfermedades e incapacidades para mejorar el bienestar del paciente a través de un nuevo concepto: la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Galli, 2004, p. 07).

La International Society for Quality of Life Research surge por este mismo término para publicar investigaciones científicas relacionadas con la salud desde distintas perspectivas. La CVRS contiene indicadores que evalúan la cantidad de enfermedades, tratamientos y niveles de mortalidad de la población con apoyo de otras disciplinas. Todo esto con la finalidad de comparar las distintas atenciones médicas que afectan en el bienestar de los pacientes y mejorar su calidad de vida. De acuerdo con Galli “se han logrado avances debido al control de los agentes biológicos que causan las enfermedades infectocontagiosas y en con los recursos médicos para curarlas”, por lo que los índices altos de mortalidad en los países con mayor desarrollo urbano son por enfermedades crónicas y lesiones (Galli. D, 2004, p. 07).

La evolución de las enfermedades impacta las condiciones de vida de la sociedad en su conjunto. Por ello, los indicadores de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ofrecen herramientas valiosas para interpretar y abordar los problemas de salud de las poblaciones. "Al reconocer la multicausalidad de la salud y la enfermedad, esta perspectiva destaca la subordinación de lo biológico a lo social, así como el papel mediador de la personalidad del ser humano, quien actúa de manera activa en su relación con la realidad" (Galli. D, 2004, p. 07).

Aunque inicialmente el concepto fue introducido como un enfoque cualitativo para la evaluación de tratamientos y control de los síntomas de los pacientes, no fue hasta en la modernidad que la salud se consideró como algo colectivo y se extendió a otras especialidades cuantitativas. La relación entre la calidad de vida y la salud hace hincapié en una perspectiva que asocia la mente con el cuerpo y su entorno. En este sentido, se entendería como “las relaciones humanas y de estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio y el cuerpo” (Salas y Garzón, 2013, p. 44).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) también estuvo involucrada con la construcción del concepto de la calidad de vida:

La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto que incorpora otras áreas físicas, psicológicas, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritual (Delgado Ce et al, 2009).

Finalmente, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) mantuvo una construcción establecida por varios autores y organizaciones como la OMS para abarcar indicadores que evalúan las condiciones físicas, mentales y emocionales. Esta integración ayudó en reconocer los niveles de necesidades completadas en los pacientes para adecuarse a tratamientos necesarios de sus enfermedades crónicas, además de relacionar los factores externos como el estilo de vida y el ambiente. Un ejemplo de esto es el ámbito laboral, donde el equilibrio en el espacio de trabajo es fundamental para preservar la salud de las personas. A menudo, la falta de este equilibrio puede llevar a estados de ansiedad, estrés e incluso a enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, que requieren tratamiento. Estas consecuencias surgen de no cumplir con una calidad de vida laboral adecuada, la cual involucra características esenciales relacionadas con los campos de estudio mencionados anteriormente (Cardona y Agudelo, 2005, p. 83).

2.1.9 Calidad de vida laboral o profesional: Subjetiva y Objetiva

Blanch sostiene que la calidad de vida laboral es “el cumplimiento de la satisfacción, de bienestar físico, psicológico y social que experimentan los trabajadores en su centro de trabajo, y esto tiene que ver con las percepciones y valoraciones subjetivas y objetivas de los integrantes de la organización” (Loli et al., 2018, p. 29). Es decir, dentro de las instituciones privadas, las públicas y locales el trabajador debe tener un ambiente laboral estable, equilibrado

y con armonía para todos los empleados. Lo anterior aumenta las posibilidades de mantener la satisfacción de los empleados en el desempeño de sus actividades.

Al contrario, a lo anterior, Bustamante (2003) y Camacaro (2010) sostienen que la calidad de vida laboral “no solo por las características individuales (necesidades, valores, expectativas) o de situación (estructura organizacional, tecnológica, sistema de remuneración, política interna) sino también por la actuación sistémica de estas características individuales y organizacionales” (Clúa JL. y Aguilar, C, 1998). Asimismo, según lo anterior, el ambiente laboral debe estar compuesto por una jerarquía, en la cual la institución tenga la capacidad de demostrar su apoyo a sus empleados al cumplir con sus necesidades de satisfacción básicas para lograr una calidad de vida en el trabajo completa.

Otros autores lo nombran con otro término que es la calidad de vida profesional por la integración y evaluación de la calidad de vida laboral con el soporte de la organización. También se agrega en su definición el sentimiento de bienestar como una de las cargas de trabajo y recursos para afrontar los momentos de exigencias por parte de los superiores en la jerarquía laboral (Loli et al., 2018, p. 44).

El término calidad de vida laboral muestra diferentes perspectivas por parte de los autores al agregar múltiples definiciones o descartar las que no ven necesarias. Sin embargo, algunos autores están de acuerdo en dividirla como la calidad psicológica de vida laboral y la calidad de vida objetiva. La primera está establecida así por ser uno de los indicadores para el bienestar subjetivo al relacionarse con las condiciones de la salud de los trabajadores, mientras que la segunda apunta al bienestar objetivo en relación con el entorno laboral y las condiciones de su ambiente (Loli et al., 2018, p. 45).

La calidad de vida objetiva está constituida con cumplir con las necesidades de los trabajadores de forma armoniosa y no afectar la salud física o psicológica de los mismos. Sin

embargo, la satisfacción o insatisfacción laboral depende del soporte que la organización de a los trabajadores en relación con la atención de las necesidades y el logro de las metas organizacionales. Como dictan Prior y de la Poza (1988), “el soporte que la organización proporcione a sus trabajadores, dependerá de la percepción y la experiencia que ellos tengan” (Loli et al., 2018, p. 44). Lo que significa que la percepción de los empleados puede cambiar dependiendo del apoyo y las acciones que muestra la institución, además de la situación e imagen que se muestra tanto en el exterior como en el interior.

Por su parte, la calidad psicológica de vida laboral abarca factores de experiencia personal y condiciones de salud. Un ejemplo es en una situación de emergencia familiar o adeudos, donde son situaciones graves que podrían causar dificultades en el rendimiento y desempeño laboral, e incluso la falta del cuidado o la pérdida de un estilo de vida cotidiano podría afectar negativamente en sus condiciones de salud mental y física. Estas son necesidades básicas que el soporte de las organizaciones debe cumplir para no generar pérdidas. Incluso esta relación tiene efectos en los resultados empresariales a causa de la calidad de vida laboral de los trabajadores. Algunos ejemplos que las organizaciones pueden otorgar a los empleados para mejorar la confianza es el apoyo mutuo entre compañeros, la competencia jerarquía, los bonos salariales, eventos empresariales, soporte en situaciones de emergencia, alimentos, entre otros (Loli et al., 2018).

Desde las dos perspectivas de la calidad de vida laboral, Loli et al (2018, p. 44) afirma que

La calidad de vida laboral depende de la forma y condiciones de vida en las que una persona se desenvuelve, esto es, a la satisfacción experimentada por el trabajador respecto de esas condiciones objetivas y subjetivas que están relacionadas a la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Del mismo modo, las organizaciones son una parte importante en la calidad de vida laboral para identificar el cumplimiento de la jerarquía de las necesidades básicas de sus empleados. Tanto su seguridad, integración de puesto, desarrollo personal y la administración del tiempo forman parte de los indicadores para evaluar la satisfacción e insatisfacción de los involucrados. Su soporte institucional es lo que abarca todos estos aspectos para establecer a la organización con un ambiente laboral estable y completo con sus niveles de calidad de vida integrados (Vergara D., R., Alonso, L; Palacio, J.E. y Rojas, M, 2009).

2.2 Teorías relacionadas con la calidad de vida

Lo siguiente a exponer son los enfoques y teorías encontradas por otros autores en la mayoría de las definiciones de calidad de vida, donde otro que se menciona es el carácter multidimensional. Desde la década de los 80s, las investigaciones han integrado en su concepto el estudio de todas las dimensiones de la vida y aspectos globales durante su desarrollo. La validación de sus conceptos es aplicada en las escalas evaluativas, modelos explicativos y análisis de multinivel, por lo que debe incluir las situaciones económicas, estilos de vida, salud, vivienda, entre otros. El enfoque multidimensional se conceptúa en la calidad de vida con tres factores: las perspectivas, valores y estándares de las personas y colectivos. Su estudio del bienestar es por medio de las experiencias objetivas y subjetivas personales (Cardona & Byron Agudelo, 2005, p. 85).

Mientras que otros de los enfoques que mencionan es el procedimiento de la globalización por medio del autor David Smith (como citado en Marcia Arce, 2009, p. 255) al introducirlo como “una provocación de cambios económicos y sociales sobre el territorio”. Los efectos que conllevó tras la llegada de la 3ra Revolución tecnológica, causó una expansión de las necesidades y deseos de los individuos hacia nuevos objetos que son necesarios para la

calidad de vida. El internet fue un descubrimiento que abrió acceso a otro tipo de comunicación en todas las sociedades y también dio acceso a toda la información disponible en el mundo. Tras esta existencia, las nuevas necesidades y situaciones de bienestar trajeron consigo una mayor calidad de vida para cada individuo. Sin embargo, el autor Alguacil Gómez argumenta que las necesidades presentadas son una condición del ser humano en relación de su salud, seguridad y relaciones sociales, pero el surgimiento de los deseos espontáneos por objetos avanzados es alentado por el mercado internacional y el Estado.

De la misma forma, Arce (2009, p. 251) sostiene que “la globalización económica, social y cultural que afecta a la sociedad actual, desarrolla el consumo de masas que se entiende como el deseo de satisfacer necesidades que antes eran consideradas secundarias”. Una teoría que tiene similitud a lo mencionado anteriormente es el capitalismo de consumo, que crea deseos influenciados de forma colectiva y que no están categorizados dentro de la jerarquía de necesidades básicas.

2.2.1 Enfoque Capitalista

El capitalismo es uno de los enfoques involucrados en la creación del concepto de la calidad de vida desde el campo económico. John Kenneth Galbraith (1973) sostiene que la civilización capitalista desarrolló con mayor énfasis aspectos de un ambiente socioeconómico y políticas públicas relacionadas con la calidad de vida. El objetivo de la investigación de Galbraith era favorecer a la población que tenían una baja escala de satisfacción en sus necesidades básicas, de este modo, el término de calidad de vida podría ser un indicador de la vivencia de cada individuo junto con sus niveles de salud y vida.

Sin embargo, Tyler (1992) sostiene que el capitalismo mantuvo un efecto negativo sobre la calidad de vida, ya que los actos de un país que agota todos los recursos obtenidos al

erosionar y contaminar los suelos, los bosques y la fauna, no muestran ninguna pérdida en su PNB. Por ello, muchos especialistas han buscado desarrollar distintos indicadores de calidad de vida que no sean el PNB para equilibrar la relación entre economía y el medio ambiente.

2.2.2 Igualitarista

Otras de las teorías que hablan sobre la medición de la satisfacción por medio de la calidad de vida es el igualitarismo, creada por el pensador Rawls. Esta consiste en la relación de la satisfacción de las necesidades básicas en los esfuerzos y deseos de los individuos. En consecuencia, da como resultado un sentimiento de compensación tras dar la elección esperada en una situación de igualdad de oportunidades.

Sin embargo, Salas & Garzón (2013, p. 40) cita que cada persona tiene una diferencia en la igualdad de bienestar porque no hay una posibilidad de elección, por esto mismo, plantea que todos deberían de tener la libre elección para ser completamente justos en los niveles de necesidades básicas. Para lograr este cometido, la teoría del liberalismo mantiene las mismas similitudes en su ideología junto con una medición integrada en la calidad de vida.

2.2.3 Liberalista o institucionalista

El último enfoque demostrado por los autores sobre la construcción del concepto de la calidad de vida es el liberalismo o también conocido como el institucionalismo liberal. Desde el punto de vista del economista Amartya Sen, el estilo de vida contempla los sentimientos de disfrute y de deseo. La obtención de la libertad es una medida que determina el bienestar de cada individuo por medio de sus necesidades y actividades hechas satisfactoriamente. Además de esto, Sen critica que la medición económica debe ser en términos de la libertad de los ciudadanos en su vida. “Dicha libertad es el fin último del desarrollo humano y es el medio

para acceder a él a través de las oportunidades sociales, económicas, de mercado y libertad política en su toma de decisiones y participación ciudadana” (Cardona & Byron Agudelo, 2005, pp. 83-84).

Desde el punto de vista de las organizaciones, el concepto del institucionalismo contiene similitudes con la calidad de vida laboral al involucrar las condiciones que ofrecen a los trabajadores para cumplir con los niveles de sus necesidades y de satisfacción (Loli, 2018, p. 28), lo explica desde la perspectiva de las instituciones al ofertar empleos con una jerarquía, estructura y metas establecidas para cumplirse por medio de la asignación de actividades en un ambiente de convivencia armoniosa. Mientras que Camacaro señala la calidad de vida institucional desde la perspectiva de la filosofía:

Como un conjunto de creencias y valores que integran todos los esfuerzos dirigidos a incrementar la productividad y mejorar la moral de los trabajadores de la organización, haciendo énfasis en el reconocimiento de la dignidad del ser humano, así como su potencial intelectual, buscando incrementar la participación de las personas en el trabajo bajo un esquema continuo (Citado en Loli, 2018, p. 28).

Además de lo anterior, también comparte que, al dar conocimiento y experiencia en sus actividades diarias establecidas para el cumplimiento de las metas de la organización, los empleados podrán aumentar su productividad e innovación durante su trabajo. Es una forma de potenciar a los integrantes de la institución para darles la oportunidad de mejorar su desarrollo personal y condiciones de calidad de vida laboral.

No obstante, otros autores mencionan que la postura neo institucionalista es criticada por las teorías marxistas por sus diferencias en los conceptos de las reglas y normas económicas. El capitalismo también es uno de los que no está de acuerdo en las recomendaciones políticas del neo institucionalismo al ser escasas y difíciles de realizar en una

temporalidad corta (Jutting, 2003; Bardhan, 2006; Streeck & Thelen, 2009, citado en Vargas. J, 2008, p. 49).

Mientras que el autor Mauro Reyes Pontet (2023, p. 21) en uno de sus escritos denomina calidad internacional como “un sistema de reglas coherentes, estables y legítimas que involucra a las instituciones informales”. Pontet plantea que los reglamentos establecidos por las instituciones de calidad van dentro del bienestar subjetivo, y a largo plazo estarán adaptados a las necesidades de la sociedad para crear una estabilidad económica total.

Otro de los autores que menciona la definición de la calidad institucional es Oscar Espinosa Henao (2004) desde la perspectiva de la administración pública. Lo define con tres enfoques distintos: el primero habla de la disponibilidad de recursos en las necesidades básicas, el segundo punto es la prestación de servicios públicos y el tercero es la gestión social con términos justos en las competencias de trabajo. Por lo que la calidad de vida ayuda a garantizar estos tres puntos para aumentar la evaluación satisfactoria de sus empleados.

Desde la perspectiva del liberalismo, el bienestar de las personas se alcanza a través de la cooperación internacional y las mejoras que esta conlleva. Las instituciones desempeñan un papel clave, ya que influyen en las conductas de diversos actores al interactuar con entidades regionales, bilaterales, nacionales, multilaterales o triangulares. El concepto de liberalismo institucional, también conocido como institucionalismo, surgió a mediados del siglo XX, destacando la seguridad y la cooperación global como elementos esenciales para el desarrollo.

Los institucionalistas actúan en los campos organizacionales mediante reglas que benefician a la sociedad, considerándolos recursos y actores racionales que cumplen con los objetivos establecidos. Además de analizar el poder de los Estados en situaciones de emergencia, también proporcionan información y fomentan la cooperación durante los conflictos. Por ello, el institucionalismo es una propuesta teórica clave en el análisis de la

calidad de vida, ya que involucra la toma de decisiones tanto de organizaciones privadas como públicas en contextos de emergencias globales. Al evaluar el bienestar de los grupos afectados por estas organizaciones, se pueden identificar los bajos niveles de satisfacción en sus necesidades básicas, según la jerarquía de Maslow, lo que a su vez impacta su salud mental y condiciones laborales.

Consideraciones finales

De acuerdo con el objetivo mencionado anteriormente en el apartado de la introducción, las discusiones de los diversos enfoques en cada disciplina y teorías relacionados en la calidad de vida han sido un apoyo en la construcción de su concepto y la recopilación de datos sobre las necesidades de la sociedad en cada Estado. Tanto en los apartados 2.1 y 2.2 concluye sobre la importancia de la enseñanza de la calidad de vida como un indicador internacional en cada ámbito al mostrar los efectos de los factores externos, tales como las crisis económicas, sanitarias y sociales, en la relación de la sociedad con su gobierno. El análisis del estilo de vida de cada individuo aporta datos sobre el cumplimiento de sus necesidades básicas, por lo que un bajo nivel en los resultados da a entender la insuficiencia de las acciones por parte de los Estados en la solución de estas problemáticas. Aunque cada disciplina tiene un propio concepto de la calidad de vida, es una constante que está involucrada en todas ellas pese a que cada institución contiene distintos compromisos y objetivos.

El segundo apartado del marco teórico concluye, según las disciplinas expuestas, que el concepto de la calidad de vida debe ser entendida por su carácter multidimensional, al destacar el desarrollo de su estudio en todas las dimensiones de la vida y aspectos globales para aplicar una escala de multinivel. Aunque en décadas anteriores las teorías no estaban de acuerdo en la integración del concepto de la calidad de vida en todos los ámbitos tras la falta

de datos como es la corrupción y la deforestación; este fue un procedimiento evolutivo en beneficio del estudio de la población de cada Estado para anticipar futuros problemas como el desempleo.

Finalmente, la investigación seleccionada para esta tesis es la institucional, pues ayuda a analizar las variables que afectan la calidad de vida de los migrantes en Canadá y Estados Unidos durante la pandemia del COVID-19. Esto es con el fin de observar los efectos de las acciones de distintas instituciones nacionales en la calidad de vida de los inmigrantes mexicanos. Asimismo, en el siguiente capítulo explican las herramientas a utilizar y su aplicación en el institucionalismo para este proyecto de investigación.

Capítulo 3. Propuesta metodológica

Introducción

El bienestar subjetivo y objetivo ha sido determinado previamente en el marco contextual como la división de indicadores, tales como el trabajo, la salud, la vivienda, la educación, el bienestar emocional, entre varios más; para evaluar la calidad de vida de un grupo de individuos. Tanto para el bienestar subjetivo como para el objetivo, el enfoque cuantitativo y el cualitativo funcionan como herramientas que facilitan la recopilación de datos de cada indicador como son las encuestas y las experiencias dichas directamente en primera persona. Por lo tanto, el propósito de este capítulo es presentar la metodología e instrumentos a emplear para el estudio de esta investigación. Asimismo, el capítulo está dividido en 2 apartados. El apartado **3.1** desarrolla la relación que existe entre el bienestar objetivo y subjetivo como metodología. Por otro lado, el apartado **3.2** expone en conjunto los enfoques cuantitativo y cualitativo como instrumentos para el análisis de esta investigación. Posteriormente, el último apartado ofrece una serie de conclusiones del capítulo.

3.1 El bienestar objetivo y subjetivo como metodología

Para evaluar el impacto de las medidas de contención epidemiológicas implementadas durante la pandemia de COVID-19 en los territorios de Ontario (Canadá) y California (Estados Unidos) sobre la calidad de vida de los inmigrantes mexicanos, se utilizarán diversos indicadores que miden tanto el bienestar objetivo como el subjetivo. Entre estos indicadores, se incluyen aspectos como el empleo, la salud, el bienestar emocional y la satisfacción integral del individuo. Específicamente, los indicadores a analizar en este estudio son las condiciones laborales y el acceso a los servicios de salud en el bienestar objetivo; mientras que en el bienestar subjetivo incluye la salud mental y la autosatisfacción alcanzada por cada individuo.

Las bases de datos sobre estos mismos indicadores estarán entre las páginas de cada gobierno, investigaciones de universidades, artículos de revistas y periódicos tales como la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Canadá, Instituto Pedagógico de Caracas, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA), National Geographic, Los Ángeles Times, El economista, Foreign Affairs Latinoamérica, y La Jornada del Campo. Esto con el objetivo de hacer una comparación sobre las consecuencias de las instituciones en las condiciones de vida de los inmigrantes mexicanos en las sociedades canadienses y estadounidenses.

El concepto de la calidad de vida es multidimensional, por lo que este estudio analiza las perspectivas y estándares de cada disciplina mencionadas anteriormente en el capítulo 2 como son la ética, economía, sociología, ecología, filosofía, cultural, salud, y calidad laboral. Es por eso que varios actores como Diener, Rapley, Hass e incluso del Banco Interamericano de Desarrollo (Citado en Víctor Rentería, 2016, p. 132) decretan que la integración de los indicadores objetivos y subjetivos son esenciales para obtener el desarrollo de la calidad de vida de una población. Dado que el bienestar objetivo es el cumplimiento de las condiciones externas de la población y el bienestar subjetivo es la autoevaluación de las condiciones internas o personales de cada individuo. Sin embargo, la relación de los dos indicadores es distinta en su obtención de datos sobre la calidad de vida de los individuos.

El autor Máximo Jaramillo (2016) explica que tanto el bienestar subjetivo y objetivo tienen desventajas y ventajas en relación a la obtención de datos sobre los niveles de calidad de vida de las personas. Mientras el bienestar subjetivo es considerado una pieza importante para conseguir información directamente desde los afectados y medir sus niveles de satisfacción en su estilo de vida, también es difícil utilizar este método como herramienta en una investigación, ya que, sin un testimonio de los individuos, los datos de su bienestar estarían incompletos. Del mismo modo, el bienestar objetivo obtuvo críticas por definir las

evaluaciones de la calidad de vida desde un enfoque de los expertos y no de las opiniones directas del pueblo. A pesar de ello, el enfoque objetivo mantuvo su postura de establecer un rango de satisfacción desde el estudio del comportamiento humano en sus condiciones materiales y facilitó la obtención de datos por medio de sus indicadores cuantitativos.

Por el contrario, el INEGI (2023) dicta que el bienestar objetivo y subjetivo se complementan al centrar su atención desde el bienestar objetivo en los niveles de satisfacción material que otorga la sociedad determinada por expertos; mientras que el bienestar subjetivo hace referencia a las experiencias de vida dictadas personalmente por cada individuo. Por lo que ambas partes contribuyen como metodología para analizar datos que puedan definir la calidad de vida de las personas, ya que sus indicadores muestran las necesidades que el gobierno no ha cubierto para su población.

3.2 Los enfoques cuantitativo y cualitativo como instrumentos

Otro aspecto a mencionar es la relación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos del bienestar subjetivo y objetivo. El primer enfoque se especializa en la práctica, concretamente en el cálculo de indicadores de la calidad de vida. Mientras que el segundo enfoque adopta una perspectiva más personal al obtener las experiencias y problemáticas de cada individuo durante su vida cotidiana. Ambas partes determinan las herramientas, indicadores y escalas a tener en cuenta para obtener los niveles de satisfacción de una sociedad. Es por esto mismo que la calidad de vida es multidimensional.

Además de esto, el enfoque cuantitativo es una herramienta que ayuda al bienestar objetivo y subjetivo para la obtención de datos sobre los niveles de satisfacción de las personas, por lo que durante la investigación esto ayudará a medir las condiciones laborales de los inmigrantes mexicanos durante la pandemia en los territorios de Ontario y California. De esta

forma, la investigación observará los porcentajes de desempleados y los apoyos económicos que otorgan las instituciones en los territorios analizados. Al mismo tiempo, la medición cuantitativa mostrará datos sobre el acceso de salud que otorgan los gobiernos canadienses y estadounidense a los migrantes por medio de seguros médicos o otros procedimientos que hayan otorgado durante la pandemia del COVID-19. Asimismo, existen varios instrumentos de medición cuantitativos utilizados para la calidad de vida, tales como Life Satisfaction Scale, McGill Quality of Life Questionnaire, Quality of Life Questionnaire in Social Relationship Scale (Rentería, 2016).

A su vez, el enfoque cualitativo da como ventaja la recopilación de datos sobre experiencias y opiniones de los individuos involucrados para una mejor comprensión de la falta de cumplimiento de sus necesidades. La valoración de cada persona hace la información factible para el análisis de esta investigación al saber directamente cuáles fueron las deficiencias de los gobiernos en el bienestar de los inmigrantes mexicanos tras la propagación del COVID-19. Una de las herramientas que mayormente utilizan para hacer una medición cualitativa es la escala Likert de 0 al 10 establecida por Hadley Cantril junto con otras más como McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) de la Organización Mundial de la Salud y el Well-Being Index (Rentería, 2016). Principalmente, se utiliza la escala Likert debido a su facilidad para administrar los resultados y su capacidad para hacer que los encuestados reflexionen sobre sus condiciones de vida. La escala va de 0, que representa una situación completamente insatisfactoria, a 10, que indica una satisfacción plena.

Este estudio de investigación se basará en un análisis estadístico apoyado por herramientas cuantitativas y cualitativas para evaluar los indicadores de bienestar objetivo y subjetivo, tales como las condiciones laborales y el acceso a la salud física y mental de los inmigrantes mexicanos. El objetivo es observar las diferentes consecuencias que tuvieron las

medidas de contención epidemiológica implementadas en Canadá y Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19.

Es importante destacar estos dos indicadores del bienestar, ya que el COVID-19 fue una crisis sanitaria mundial que impactó principalmente los sistemas de salud y los niveles de salud de la población. Esto provocó un aumento tanto en la mortalidad como en los contagios, lo que llevó a los gobiernos a implementar medidas de contención epidemiológica como normativas preventivas para mitigar dichas problemáticas.

En sintonía con lo anterior, las condiciones laborales también tuvieron afectaciones negativas tras el cierre temporal de negocios y el aumento en la tasa de desempleo. Específicamente, la vulnerabilidad de los inmigrantes aumentó tras el cierre temporal de las fronteras y el incremento de deportaciones por el miedo de la propagación del COVID-19. Es por esto que las condiciones de vida de esta comunidad es la variable principal de esta investigación. Para medirla, esta tesis se apoya de investigaciones, artículos de revistas y periódicos relacionados con los inmigrantes mexicanos en Canadá y Estados Unidos, además de otras publicaciones que han expuesto ambos gobiernos en sus páginas gubernamentales oficiales. Asimismo, la investigación analiza datos de organizaciones como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Fundación de Mutualidad de la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España (MAPFRE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Portal de Datos sobre Migración, El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y la Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Por otra parte, la teoría del institucionalismo será aplicada junto con ambas herramientas en el transcurso del análisis tras observar la toma de decisiones de las instituciones privadas y públicas de ambos gobiernos canadienses y estadounidenses durante la pandemia del COVID-19. El institucionalismo destaca la importancia de mejorar el bienestar de las

personas a través de la cooperación. Por ello, servirá de base para analizar cómo los grupos vulnerables se ven afectados en su bienestar objetivo y subjetivo, utilizando como indicadores el trabajo y la salud. Esta investigación considera esencial el análisis de la cooperación entre organizaciones en situaciones de emergencia global, y cómo estas brindan apoyo a las comunidades migrantes al evaluar el grado en que se satisfacen sus necesidades básicas, según lo planteado en la jerarquía de Maslow en el capítulo 2.

Consideraciones finales

Finalmente, la propuesta metodológica presentada en este capítulo se centra en el análisis del bienestar subjetivo y objetivo como indicadores clave, utilizando herramientas cuantitativas y cualitativas para recopilar datos sobre las condiciones laborales y el acceso a la salud de los inmigrantes mexicanos. El objetivo es comparar la calidad de vida de esta comunidad, apoyándose en la teoría del institucionalismo para evaluar las acciones de los gobiernos de Canadá y Estados Unidos. Aunque el bienestar subjetivo y los datos cualitativos presentan la desventaja de ser difíciles de obtener, las publicaciones de instituciones y revistas académicas sobre la crisis sanitaria brindan acceso a información relevante. Así, el análisis de esta tesis se sustentará en dichas estadísticas, y los resultados sobre las distintas consecuencias de la pandemia de COVID-19 en Ontario y California se presentarán en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Medidas de contención epidemiológicas durante la pandemia de COVID-19 en Estados Unidos

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo comparar el impacto de las medidas epidemiológicas y no epidemiológicas implementadas por Estados Unidos durante la pandemia de COVID-19 en tres áreas principales: economía, política y salud. Específicamente, se analiza cómo la pandemia influyó en las decisiones de las administraciones de Donald Trump y Joe Biden en estos ámbitos.

En este contexto, la comunidad migrante representa una parte importante de los afectados por la pandemia en territorio estadounidense. La implementación del Título 42, sumado a la falta de acceso a servicios sanitarios esenciales durante la pandemia, evidenció la vulnerabilidad de este grupo. Los datos recopilados por la CEPAL revelaron una situación preocupante en cuanto a los casos activos de COVID-19, debido a la falta de seguros médicos, los altos costos de atención sanitaria y las desigualdades laborales que enfrentan los inmigrantes mexicanos. Sin embargo, la llegada de la administración de Joe Biden trajo consigo la implementación del Plan Nacional de Preparación, que busca priorizar la promoción de medidas de protección y las herramientas sanitarias para prevenir la propagación del virus y mitigar los impactos económicos. Este plan marca un cambio en la estrategia gubernamental al reflejar un compromiso con la salud pública y el bienestar de la población.

De esta forma, el capítulo está dividido en cuatro apartados. El apartado **4.1** expone las medidas epidemiológicas implementadas por Estados Unidos durante la pandemia, destacando las diferencias entre las administraciones de Trump y Biden. Por otro lado, la sección **4.2** explora la implementación y las consecuencias del Título 42 para la comunidad migrante. Mientras el apartado **4.3** aborda los impactos del bloqueo económico, comercial y financiero

generado por la pandemia. Por otro lado, el apartado **4.4** examina la evolución de las herramientas sanitarias, incluyendo vacunas, mascarillas, pruebas y tratamientos, en Estados Unidos. Finalmente, el apartado final ofrece una serie de conclusiones finales del capítulo en relación a los efectos de las medidas implementadas en Estados Unidos.

4.1. Estados Unidos durante la pandemia

La administración de Donald Trump llevó a cabo acciones preventivas tardías para la disminución de los casos activos del COVID-19. Su perspectiva y toma de decisiones hacia el COVID-19 volvió vulnerable a la población migrante y especialmente a los mexicanos indocumentados. Estados Unidos es reconocido por su alto índice de migrantes internacionales registrados con un total de 50 millones, en la que el 43.2% son parte de América Latina y el Caribe. Asimismo, la calidad de vida de los migrantes mexicanos durante el COVID-19 es importante por su gran distribución en los diferentes distritos estadounidenses (Naciones Unidas, 2020).

El Instituto de la Política Migratoria (2023) señala que California alberga la mayor proporción de población mexicana en Estados Unidos, con un 35%, seguido de Texas con un 21% e Illinois con un 5%. En total, hay aproximadamente 11 millones de mexicanos residentes en el país, lo que representa un 24% de la población de inmigrantes mexicanos.

Al ser la población mexicana una de las mayores poblaciones de extranjeros establecidos en Estados Unidos, la red consular mexicana es la más grande del mundo con un total de 50 consulados. Sin embargo, la presidencia mexicana no demuestra interés y priorización al establecer una relación con los residentes mexicanos en Estados Unidos. El presidente mexicano Andrés Manuel López Obrador viajó pocas veces a Estados Unidos y a

su vez, no existe un registro de acercamiento o reunión de este mismo hacia la población mexicana (Zubieta, 2023).

Figura 4. Los Estados de Estados Unidos con mayor población mexicana (2020)

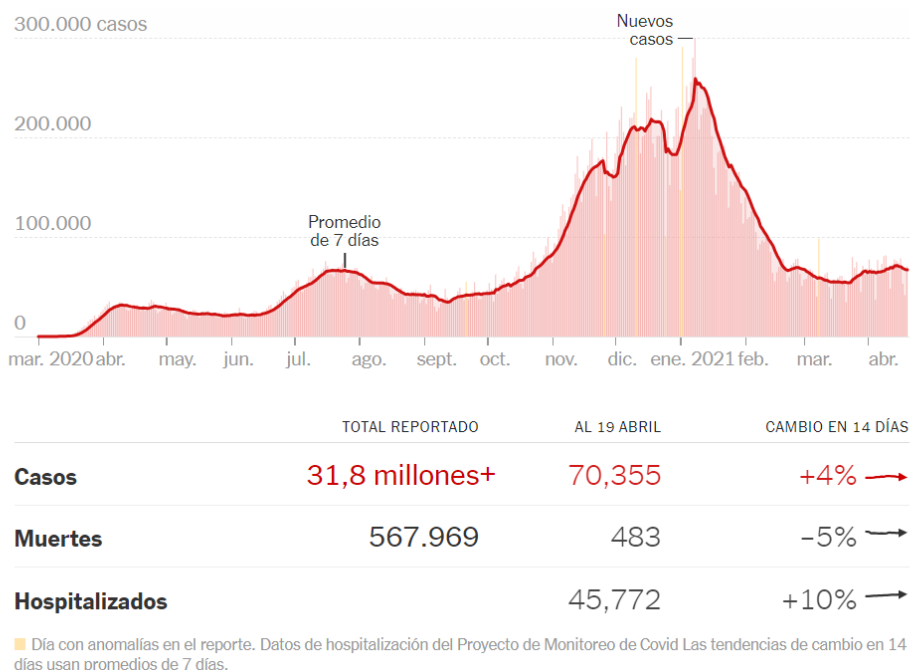
California	3 951 224	35.12%
Texas	2 453 126	21.80%
Illinois	601 682	5.34%
Arizona	516 618	4.59%
Florida	261 614	2.32%
Washington	257 275	2.29%
Georgia	231 850	2.06%
Nevada	224 981	2.0%
Carolina del Norte	219 337	1.95%
Colorado	209 408	1.86%
Top ten	8 927 115	79.34%
Los otros 40 estados	2 323 385	20.66%
Total de nacidos en México residiendo en Estados Unidos	11 200 000	100.00%

Fuente: Migration Policy Institute, American Community, Zubieta, C. H. (2023, 12 marzo). La presencia de los mexicanos en Estados Unidos: 200 años de incompreensión. Este País: https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/mexico-en-el-mundo/presencia-mexicanos-eua/

El consulado mexicano es uno de los medios de apoyo entre México y Estados Unidos dirigido hacia los mexicanos que residen en la unión americana. Aun así, los mexicanos indocumentados no están informados con esta herramienta de apoyo por su constante miedo de ser deportados. Por esto mismo, durante la propagación del COVID-19, en marzo de 2020, la calidad de vida de los inmigrantes mexicanos resultó afectada al no poseer las herramientas sanitarias y programas de salud necesarios. Como dicta la Figura 5, los casos reportados por el

COVID-19 son más de 31,8 millones entre enero y febrero del 2021, junto con una cantidad de 567 mil muertes y un total de 45 mil hospitalizados (The New York Times, 2021). En 2020, hubo varios momentos de incremento de casos activos como lo fue en los meses de abril, julio y diciembre. Hasta que, en enero del 2021, Estados Unidos alcanzó uno de los mayores índices de casos infectados y fallecidos según datos del The New York Times. A pesar de las cifras mencionadas, los casos de contagio siguen en aumento en estados como Illinois, Texas, California y Nueva York. Este último fue el que registró la mayor cantidad de casos al inicio de la pandemia, con un total de 67,000 (Rosas, 2020).

Figura 5. Cantidad de casos del coronavirus en Estados Unidos



Fuente: The New York Times. (2021, Abril). Mapa de coronavirus en Estados Unidos:

<https://www.nytimes.com/es/interactive/2020/espanol/mundo/coronavirus-en-estados-unidos.html#map>

Priyanka Runwal (2022) señala que en Estados Unidos hay aproximadamente 11 millones de indocumentados, la mayoría de los cuales trabaja en sectores como la agricultura, la industria y la salud. Durante la pandemia, estos inmigrantes desempeñaron roles esenciales, lo que contribuyó al 50% más probabilidad de aumentar los casos activos de COVID-19. Este incremento se debe, en parte, a que la mitad de los mexicanos carece de un seguro médico, lo que resulta de la falta de acceso y de los altos costos del sistema de salud. Las desigualdades laborales, influenciadas por el nivel de inglés, la nacionalidad y el estatus migratorio, impiden que los inmigrantes obtengan las herramientas sanitarias necesarias. Además, la propaganda anti migratoria fomenta la discriminación y la desigualdad hacia los inmigrantes mexicanos, generando miedo por la posibilidad de deportación. Jairo Guzmán, presidente de Mexican Coalition, y Don García, director médico de la Clínica Romero en Los Ángeles, observan que esta situación lleva a los inmigrantes a evitar buscar atención médica al presentar síntomas de contagio, lo que, a su vez, incrementa los casos activos de COVID-19.

Tal como muestra el artículo “El desafío de ser inmigrante en tiempos de COVID-19 en Estados Unidos” de National Geographic (2022), Imelda, Susan Rodríguez, Antonio y Ana son casos de inmigrantes mexicanos que resultaron afectados durante la pandemia y no desean mostrar su nombre completo por su estatus migratorio. Durante su entrevista en el artículo, ellos comentan que la temporada del COVID-19 fue una etapa difícil para los inmigrantes debido a la falta de acceso a la salud. Muchos de ellos perdieron a familiares o estaban a punto de morir por preferir la compra de medicamentos para aliviar los síntomas como fatiga, dificultades para respirar, ansiedad, depresión en vez de ir con un médico por el miedo a la deportación. Asimismo, su confinamiento no fue efectivo tras el escaso espacio de sus departamentos y una gran cantidad de personas en una vivienda. Además, los inmigrantes no obtenían sus vacunas y sus trabajos eran de bajo salario, por lo que los efectos de los síntomas eran tan fuertes que terminaron con una deuda enorme al ir a emergencias. El COVID-19 reveló

la falta de flexibilidad en el sistema sanitario relacionado con la migración, lo que llevó a Estados Unidos a ampliar varios programas de apoyo para inmigrantes mexicanos, como los seguros Medicaid y NYC Care, con el objetivo de reducir los casos activos (National Geographic, 2022).

4.2. Título 42

Como dicta el periodico de Los Angeles Times (2021), El título 42 es un protocolo hecho en 1944 por un cirujano general de Estados Unidos con la autoridad transferida a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El motivo de esta ley es determinar el nivel de contagio de una enfermedad proveniente del extranjero por personas o bienes que ingresan a Estados Unidos. El CDC tiene como objetivo evitar una propagación tras supervisar las enfermedades que son una amenaza para el país, para después esperar la aprobación del presidente para el cierre temporal de la entrada tanto comercial como fronteriza.

Durante la administración de Donald Trump, en marzo de 2020, la pandemia del COVID-19 comenzó con un constante aumento de casos activos y muertes por la enfermedad. Al ver este caso, el presidente Trump aplicó el Título 42 y, en este sentido, estipula que los agentes del Servicio de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (CBP) debían expulsar a los inmigrantes que deseaban ingresar, esto con el objetivo de evitar la propagación del COVID-19 dentro del país. A su vez, el estatuto detuvo los procedimientos de solicitud de asilo en Estados Unidos y son devueltos a su país de origen. El procedimiento del Título 42 implica que los agentes informen sobre la cantidad de migrantes detenidos en las fronteras. Después, los mismos agentes reciben la información biométrica de los migrantes junto con un estudio médico para detectar síntomas del COVID-19. Al concluir con el procedimiento de confinamiento, los agentes regresan a los migrantes a su país de origen por medio de un avión.

El título 42 aplicó un total de 1.3 millones de expulsiones de migrantes en la frontera sin otorgarles la solicitud de asilo u protecciones humanitarias durante el año de 2021 (Los Angeles Times, 2021).

Diversas organizaciones, incluida la CDC, así como grupos de defensa como la Unión Estadounidense por las Libertades Civiles (ACLU) y otros médicos especialistas, expresaron su desacuerdo al demandar la administración de Trump por la implementación del Título 42. A su vez, a principios de la presidencia de Biden, los defensores esperaban que esta medida se mitigara, dado que las restricciones relacionadas con el COVID-19 habían disminuido. (Los Angeles Times, 2021).

Exfuncionarios de la CDC criticaron la política del Título 42 bajo la administración de Biden, calificándola de “científicamente infundada y políticamente motivada” en perjuicio de los inmigrantes. En cambio, señalaron que medidas como la cuarentena, la vacunación, el uso de cubre bocas y el distanciamiento social son efectivas para prevenir la propagación del COVID-19. Por su parte, los abogados del Departamento de Justicia argumentaron que eliminar el Título 42 requeriría trasladar a los inmigrantes a “instalaciones que no están equipadas para el distanciamiento físico, la cuarentena o el aislamiento, y que actualmente operan sustancialmente por encima de su capacidad debido al COVID-19” (Los Angeles Times, 2021).

De la misma forma, la corte federal otorgó temporalmente a la administración de Biden el permiso para continuar aplicando el Título 42, permitiendo la expulsión rápida de migrantes en la frontera de Estados Unidos. Como resultado, Human Rights First y grupo sin fines de lucro, documentó al menos 7,647 casos de secuestros, violaciones y otros ataques contra migrantes y niños expulsados en la frontera entre México y Estados Unidos, muchos de los cuales se encontraban en campamentos en Tijuana y Reynosa, en el Valle del Río Grande (Los Angeles Times, 2021).

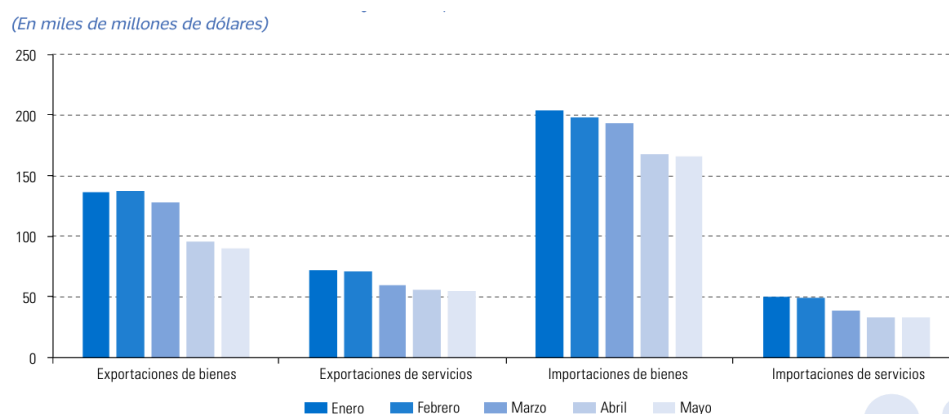
4.3. Bloqueo económico, comercial y financiero

La pandemia del COVID-19 afectó significativamente la economía, el comercio y las finanzas de Estados Unidos. Según un informe de la CEPAL (2020), el COVID-19 provocó el cierre de importantes sectores económicos y numerosos locales comerciales. La producción industrial disminuyó un 12,7% en 2020 debido a la falta de demanda generada por el confinamiento para contener el aumento de casos activos de COVID-19. Además, el sector privado enfrentó un colapso, con un incremento en las deudas de empresas en sectores como el petróleo, el gas, la minería y el hotelaría. Como resultado, la inflación anual se elevó un 5,4%, se redujo el comercio y se registraron numerosas pérdidas de empleos e ingresos (CEPAL, 2020).

El flujo comercial de Estados Unidos descendió debido a las restricciones impuestas a sus bienes y servicios como medida de contención del COVID-19. Según la gráfica 6, entre enero y mayo de 2020, el comercio estadounidense mantuvo un déficit, con una disminución en las exportaciones de 141.5 millones de dólares (13.6%) y en las importaciones de 173.1 millones de dólares (13.3%). Las exportaciones que experimentaron un impacto negativo durante la pandemia incluyen la industria automotriz, que cayó 22.8 millones de dólares (33%), bienes de consumo con una reducción de 19.2 millones de dólares (21.9%), capital que disminuyó en 37 millones de dólares (15.9%), servicios de viaje con una baja de 33.3 millones de dólares (41%) y transporte, que descendió 12.8 millones de dólares (33%). Asimismo, las importaciones también sufrieron caídas, destacándose la industria automotriz con 49.1 millones de dólares (30.9%), bienes electrodomésticos y telecomunicaciones con 36.3 millones de dólares (13.2%), bienes de capital con una reducción de 28 millones de dólares (9.8%), servicios de viaje que disminuyeron 29.1 millones de dólares (52.3%) y servicios de transporte con una baja de 15.2 millones de dólares (33.6%) (CEPAL, 2020).

Estados Unidos mantuvo el cierre de los servicios de aerolíneas hacia destinos en Europa y Asia debido a los altos índices de casos activos de COVID-19. También se implementó un cierre temporal de las fronteras con Canadá y México para evitar la propagación del virus. Como resultado, el comercio en Estados Unidos continuó su descenso entre enero y mayo de 2020, especialmente en los servicios, a raíz de las medidas de confinamiento adoptadas para controlar la pandemia. El mes de abril registró las cifras más bajas en comparación con otros meses, debido a la aplicación de medidas de contención, el cierre de negocios locales y la recomendación a los ciudadanos de quedarse en casa. En marzo comenzó el cierre de la economía, que se extendió hasta su reapertura en mayo (CEPAL, 2020).

Figura 6. Estados Unidos: Comercio mensual de bienes y servicios, 2020.



Fuente: Naciones Unidas. (2020, Agosto). *Impacto del COVID-19 en la economía de los Estados Unidos y respuestas de política.*

CEPAL: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45981-impacto-covid-19-la-economia-estados-unidos-respuestas-politica>

El colapso del empleo es una de las consecuencias de las medidas de contención implementadas contra el COVID-19. En 2020, Estados Unidos experimentó la recesión más profunda de su historia económica. Según la figura 7, marzo fue el mes con la mayor cantidad

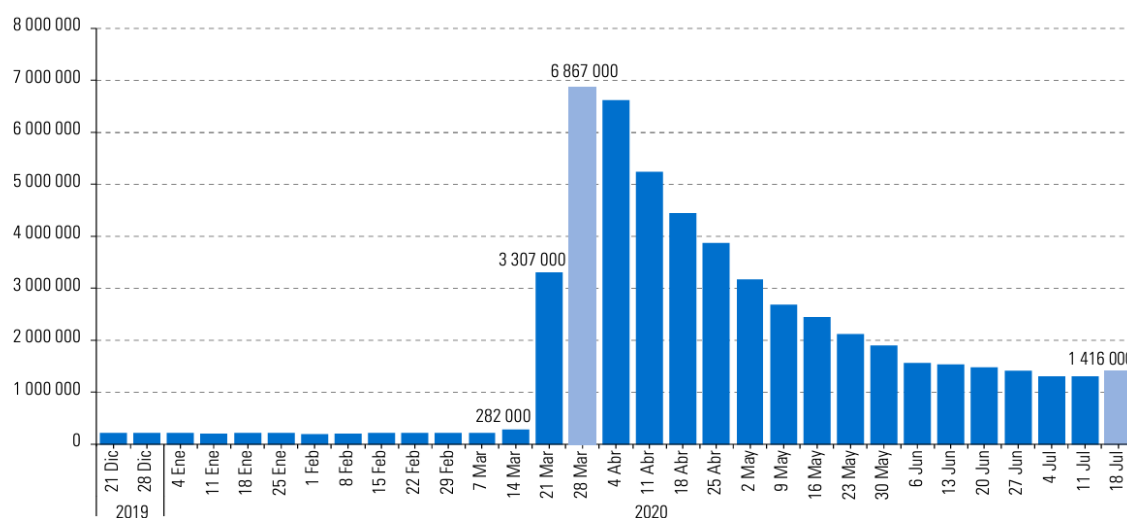
de solicitudes de seguro por desempleo, alcanzando un total de 6 millones. Además, los meses de marzo y julio superaron el récord de prestaciones de desempleo, acumulando 52 millones de personas en total. Este colapso se debió al cierre de negocios locales, comercios, escuelas y la implementación de la cuarentena en casa desde principios de marzo, lo que resultó en una falta de ingresos y un aumento sin precedentes en las solicitudes de subsidios por desempleo (CEPAL, 2020).

En marzo, la pandemia provocó la pérdida de 870,000 puestos de trabajo, mientras que en abril esa cifra ascendió a 21 millones. Estas pérdidas representan la mayor caída acumulada en 50 años, desde la crisis financiera de 2008. Las comunidades migrantes más afectadas por la pandemia fueron los hispanos, con una tasa de desempleo del 18.9%, seguidos por los afroamericanos con un 16.7%, los asiáticos con un 14.5% y los trabajadores de sectores comerciales y restaurantes locales con un 14.2%. Además, las mujeres enfrentaron una desventaja significativa, con una tasa de desempleo más alta que la de los hombres en todos los grupos (CEPAL, 2020).

Los sectores de servicios representan el 31% del valor agregado en la economía estadounidense. Sin embargo, la pandemia tuvo un impacto negativo significativo en diversos sectores. En el hotelaría, se registraron pérdidas de puestos de trabajo del 37.3%. Otros sectores afectados incluyen los servicios educativos y de salud, con un 12.4%; los servicios empresariales, con un 10.4%; el manufacturero, con un 6.5%; y la construcción, con un 4.8%. En total, 32 millones de personas perdieron sus empleos en el sector de servicios debido a las medidas de confinamiento y restricciones comerciales impuestas por el COVID-19. Las repercusiones de estas medidas se manifestaron en el aumento del endeudamiento por alquileres y el agotamiento laboral. En respuesta, el gobierno implementó subsidios y apoyo a las empresas para preservar la mayor cantidad de puestos de trabajo posible (CEPAL, 2020).

Figura 7. Estados Unidos: Solicitud de subsidios por desempleo

(En número de solicitudes)



Fuente: Naciones Unidas. (2020, Agosto). *Impacto del COVID-19 en la economía de los Estados Unidos y respuestas de política.*

CEPAL: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45981-impacto-covid-19-la-economia-estados-unidos-respuestas-politica>

En California, el cierre de empresas y trabajos esenciales durante la pandemia generó diversos desafíos. Las leyes de seguridad laboral del estado se debilitaron debido a la falta de personal y supervisores, alcanzando hasta un 80% en empresas clave como cadenas de supermercados, empacadoras de carne, establecimientos de comida rápida y almacenes. Mientras tanto, se implementó a nivel federal el proyecto de Ley 606 del Senado, que otorga a los inspectores la capacidad de imponer multas de hasta 135 dólares por violaciones a las normas de asistencia laboral (Los Angeles Times, 2022).

Para garantizar la continuidad de los trabajos de manera presencial, California implementó pruebas de detección de COVID-19 y exige certificaciones oficiales de vacunación. Como resultado, la norma de emergencia de la División de Seguridad y Salud Laboral de California permite que los trabajadores no vacunados reciban salario durante 10 días de confinamiento. Sin embargo, es importante señalar que los cuidados familiares no están

cubiertos por el seguro médico, esto con el hecho de que buscan fomentar la vacunación (Los Angeles Times, 2022).

4.4 Herramientas sanitarias

A inicios de 2020, Estados Unidos enfrentó cinco fases de pandemia provocadas por el COVID-19. Esta crisis impulsó una transformación en el sistema de salud del gobierno estadounidense, lo que llevó a la publicación del Plan Nacional de Preparación. Su objetivo es promover las medidas de protección necesarias para prevenir futuros brotes de COVID-19 y avanzar hacia un futuro más seguro y resiliente. El plan se basa en cuatro puntos centrales: las herramientas sanitarias para tratar la enfermedad, la preparación para nuevas variantes, la prevención de cierres económicos y educativos, y el liderazgo en la promoción de vacunas a nivel global. Este apartado se enfoca en las herramientas sanitarias, la preparación y el liderazgo en la vacunación (La Casa Blanca, 2022).

En enero de 2021, las herramientas disponibles en Estados Unidos para combatir el COVID-19 eran limitadas. En ese momento, las mascarillas, las pruebas y los tratamientos eran esenciales para protegerse contra la pandemia, junto con medidas de contención como el confinamiento y el protocolo conocido como el Título 42. Las vacunas llegaron posteriormente y se convirtieron en una herramienta fundamental para reducir tanto los casos activos de COVID-19 como la mortalidad asociada (La Casa Blanca, 2022).

En 2020, el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) destacó la importancia de las mascarillas como una de las pocas medidas preventivas efectivas contra el COVID-19. En lugar de centrarse únicamente en recopilar datos sobre casos y resultados positivos de pruebas, el CDC promovió el uso de medidas sanitarias, como las mascarillas, para reducir significativamente la propagación del virus y aliviar la carga sobre los sistemas

hospitalarios. Se recomienda el uso de mascarillas en situaciones de alto riesgo de contagio de COVID-19. A medida que este riesgo disminuye, también lo hace la necesidad de usarlas; sin embargo, siguen siendo una herramienta crucial cuando la amenaza de contagio es alta (La Casa Blanca, 2022).

Las pruebas, vacunas y tratamientos contra el COVID-19 son esenciales para proteger a los ciudadanos de la enfermedad. La administración estadounidense reconoció su importancia al aumentar su producción y garantizar que estos recursos fueran gratuitos, utilizando la Ley de Producción de Defensa (DPA). Según El Economista (2021), “esta ley autoriza a las agencias federales a priorizar las adquisiciones relacionadas con la defensa nacional, asegurando así un suministro adecuado”.

Estados Unidos prioriza su propia producción de vacunas, lo que llevó a proveedores estadounidenses, como Thermo Fisher Scientific Inc., a destinar sus suministros principalmente al país. Esta situación dejó a naciones como India, Sudáfrica, Guatemala y Tailandia vulnerables, obligándolas a buscar alternativas para obtener vacunas. Por esta razón, el presidente Joe Biden decidió acelerar la producción de vacunas al liberar las patentes correspondientes. Esta medida recibió el respaldo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y tiene como objetivo permitir que otros países fabriquen sus propias vacunas, reduciendo así la propagación del virus a nivel global (El Economista, 2021). Como resultado, Estados Unidos distribuyó 475 millones de dosis gratuitas a 112 países, junto con otros suministros esenciales y tratamientos para mitigar la pandemia del COVID-19 (La Casa Blanca, 2022).

Estados Unidos estableció 90,000 centros de vacunación con una capacidad total para administrar 125,000 dosis y contó con 9,000 empleados médicos distribuidos por todo el país. Con el 80% de los estadounidenses completamente vacunados y un 30% recibiendo dosis de refuerzo, se estima que se salvaron un millón de vidas y se evitaron 10 millones de

hospitalizaciones. Al mismo tiempo, los tratamientos experimentaron avances significativos, lo que permitió una mayor adaptabilidad para los pacientes. Se dispusieron aproximadamente 4 millones de dosis, con un millón adicionales de Pfizer en marzo y 2.5 millones más en abril. Además, se distribuyeron 20 millones de píldoras destinadas a reducir en un 90% el riesgo de mortalidad y hospitalización. Por otro lado, la disponibilidad de pruebas gratuitas aumentó considerablemente, con la apertura de 21,500 centros en todo el país para facilitar el acceso a los ciudadanos (La Casa Blanca, 2022).

Por último, el gobierno de Estados Unidos mejoró la recopilación y el análisis de datos sobre los casos activos, incorporando la equidad como un componente fundamental de su plan. Esto garantiza que los migrantes hispanos, afroamericanos y asiáticos reciban las mismas condiciones de atención en los centros de salud y acceso a la vacunación. Este enfoque busca fortalecer la cohesión social en la lucha contra el COVID-19 y avanzar hacia la reducción del uso de mascarillas y el cierre de negocios locales, con el objetivo de restaurar la seguridad en el país (La Casa Blanca, 2022).

Consideraciones finales

En conclusión, la pandemia del COVID-19 tuvo un impacto profundo y multifacético en la vida de los migrantes mexicanos en Estados Unidos. Desde el inicio de la crisis sanitaria, la administración del ex presidente Donald Trump implementó medidas preventivas tardías y controvertidas, lo que dejó especialmente vulnerables a los mexicanos indocumentados. La elevada presencia de migrantes mexicanos en estados como California, Texas e Illinois subrayó la importancia de la calidad de vida de esta comunidad durante la pandemia. Sin embargo, la falta de atención y apoyo por parte del gobierno mexicano, junto con el constante temor a la

deportación, dificultó el acceso a recursos y servicios de salud para los inmigrantes indocumentados.

La administración Trump aplicó el Título 42, que permite la expulsión de migrantes en la frontera sin ofrecerles la oportunidad de solicitar asilo o protección humanitaria. Esta medida ha sido objeto de críticas por parte de organizaciones de derechos humanos y de salud pública, ya que ha dejado a muchos migrantes en una situación precaria, sin acceso a atención médica adecuada durante la pandemia.

En el ámbito laboral y económico, la pandemia afectó principalmente a los trabajadores esenciales, como los de la agricultura y la atención médica, exponiéndolos a un mayor riesgo de contagio. La falta de seguro médico, los altos costos de atención sanitaria, las barreras lingüísticas y el temor a la deportación dificultaron aún más su acceso a los servicios de salud.

Los testimonios de inmigrantes mexicanos recopilados por medios como National Geographic y Los Angeles Times brindan una visión clara de los desafíos que enfrentó esta comunidad durante la pandemia. La falta de acceso a atención médica, el hacinamiento en viviendas compartidas y los bajos salarios contribuyeron a la propagación del virus y agravaron los efectos de la enfermedad.

A pesar de estos desafíos, el gobierno de Estados Unidos realizó esfuerzos significativos para abordar la crisis sanitaria y económica provocada por la pandemia. La implementación de medidas de salud pública, como el uso de mascarillas y la distribución de vacunas, ayudó a reducir los casos activos y las hospitalizaciones en la población general. Además, se promovieron iniciativas para garantizar la equidad en el acceso a atención médica y vacunas, especialmente para comunidades marginadas como los hispanos, afroamericanos y asiáticos. La distribución de vacunas gratuitas y la apertura de centros de vacunación en todo el país formaron parte de este enfoque inclusivo.

Finalmente, la pandemia del COVID-19 expuso las desigualdades existentes en la sociedad estadounidense, especialmente entre los migrantes mexicanos. Aunque se han realizado esfuerzos para abordar la crisis, aún queda mucho por hacer para garantizar que todas las comunidades tengan acceso equitativo a la atención médica y a los recursos necesarios para superar esta crisis y construir un futuro más resiliente.

Capítulo 5. Medidas de contención epidemiológicas durante la pandemia de COVID-19 en Canadá

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo explorar la evolución de Canadá en respuesta a la pandemia en tres áreas principales: económica, política y de salud. En particular, se busca identificar los desafíos que enfrentó el país, que abarcan desde la gestión de la salud pública hasta aspectos económicos y políticos a nivel federal y provincial. En respuesta a la crisis, Canadá implementó medidas de contención, como el confinamiento y la Ley de Cuarentena, para limitar la propagación del COVID-19. Sin embargo, el país cometió errores al aplicar tardíamente herramientas sanitarias clave, como el uso de mascarillas y el cuidado de las instalaciones de atención a largo plazo (LTC).

En este contexto, la comunidad migrante es particularmente vulnerable, ya que representa una parte significativa de la población canadiense. La falta de protección adecuada para los migrantes mexicanos temporales o indocumentados contribuye al aumento de contagios y mortalidad. En respuesta, el gobierno mexicano comunicó esta emergencia sanitaria al gobierno canadiense, instándolo a implementar medidas para proteger a los trabajadores esenciales durante la pandemia.

Canadá está implementando diversas estrategias para reducir los niveles de contagio, incluyendo el cierre de fronteras y la introducción de subsidios para apoyar a los empleados afectados por la crisis económica provocada por el COVID-19. Este capítulo se divide en cuatro apartados. El apartado 5.1 proporciona contexto sobre las acciones tomadas durante la pandemia y la presencia de migrantes mexicanos en el territorio canadiense. El apartado 5.2 explora la implementación y las consecuencias del cierre de fronteras y de los viajes

internacionales. El apartado 5.3 aborda los impactos del bloqueo económico generado por la pandemia. Por último, el apartado 5.4 examina la evolución de las herramientas sanitarias, incluyendo vacunas, mascarillas, pruebas y el cuidado de las instalaciones de atención intensiva. El apartado final presenta consideraciones sobre los efectos económicos, políticos y de salud en Canadá durante la pandemia.

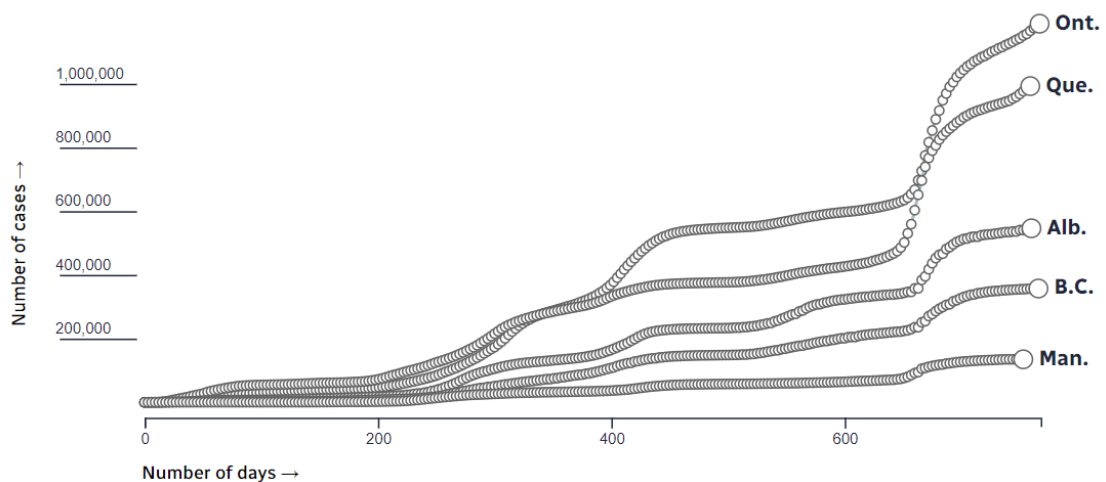
5.1 Canadá durante la pandemia

El gobierno canadiense adoptó un enfoque diferente al del gobierno estadounidense en respuesta a la pandemia de COVID-19, como se detalla en el subapartado 1.2.2, "Migrantes Mexicanos en Canadá durante el COVID-19". En marzo de 2020, Canadá implementó medidas de confinamiento para prevenir el aumento de casos activos. Sin embargo, las provincias reaccionaron de manera diversa debido a las diferencias en sus sistemas de salud y políticas. A pesar de estas variaciones, los representantes de cada provincia colaboraron para establecer estrategias de confinamiento, mitigación y detección de casos activos. El gobierno federal respaldó estas iniciativas tras priorizar el cierre de fronteras y la gestión del suministro de equipos de protección para evitar el contagio. Hasta el momento, la cooperación entre el gobierno federal y las autoridades provinciales ha facilitado la recopilación de datos sobre los casos activos y ha mejorado los servicios de salud pública (Detsky & Bogoch, 2020).

En 2020, Canadá registró un total de 107,000 casos activos y 8,000 fallecimientos. Para 2021, estos números aumentaron significativamente, alcanzando 1 millón de casos reportados y 24,000 muertes. El proceso de vacunación de la población avanzó de manera constante con el objetivo de reducir los casos activos (Hopkins, 2023). En términos de distribución geográfica, Ontario y Quebec son las provincias con el mayor número de contagios, en parte debido a su alta población migrante. Según la Figura 8, Ontario lidera con 1,188,000 casos,

seguido de Quebec con 992,000, Alberta con 546,000, British Columbia con 357,000 y Manitoba con 134,000 (Radio-Canadá). En comparación, el aumento diario de casos en Canadá es de 400, mientras que en Estados Unidos esta cifra es diez veces mayor (Detsky & Bogoch, 2020).

Figura 8. Número de casos activos en Canadá por provincia.



Fuente: CBC, Radio-Canadá (2022). Evolución del COVID-19: <https://ici.radio-canada.ca/info/2020/coronavirus-covid-19-pandemie-cas-carte-maladie-symptomes-propagation/index-en.html>

Los migrantes mexicanos constituyen una parte significativa de la población residente en Canadá, siendo el grupo más numeroso en el país. Según datos recientes, el número total de inmigrantes en América del Norte disminuyó de 55 millones en 2019 a 22 millones en 2020. Las principales razones que motivan la migración hacia Canadá incluyen su sistema educativo y de salud, las oportunidades laborales disponibles y una política de aceptación favorable hacia la inmigración, aspectos que contrastan con las políticas migratorias de Estados Unidos. A pesar de estas ventajas, la mayoría de los migrantes todavía prefieren trasladarse a Estados Unidos debido a su proximidad geográfica y clima. Las provincias donde más se establecen los

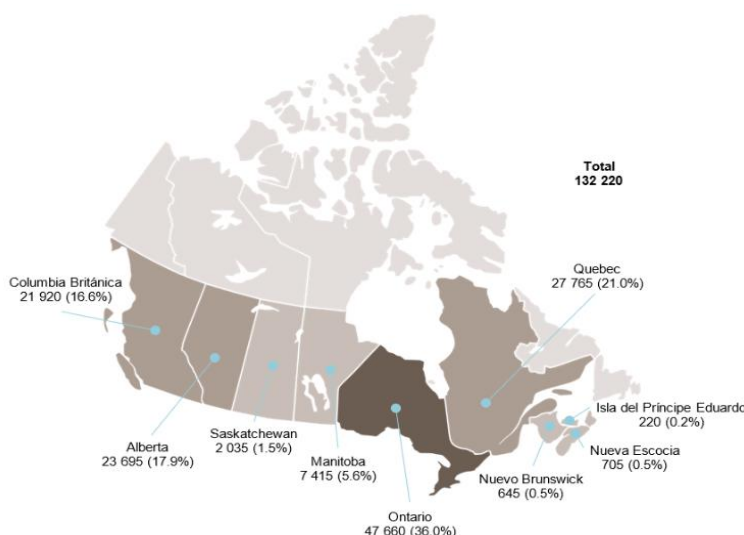
migrantes de origen latinoamericano son Ontario, Quebec y Columbia Británica (Reitz & Hernández, 2023).

En un informe basado en datos de Statistics Canadá, Foreign Affairs Latinoamérica (2023) señala que en 2021 la población migrante en Canadá alcanzó un total de 8.4 millones. Dado que la población total de Canadá ese mismo año era de 36.3 millones, esto significa que los migrantes representan aproximadamente una cuarta parte de la población. En particular, la comunidad de migrantes mexicanos en Canadá consiste en 100,270 residentes permanentes, lo que equivale al 75.8%. Por otro lado, los residentes no permanentes, que poseen visas para trabajar, estudiar, solicitar asilo u otros permisos, suman 31,950, representando el 24.2%.

Como indica la Figura 9, la mayoría de los migrantes mexicanos se concentra en las provincias de Ontario (36%), Quebec (21%), Alberta (18%) y Columbia Británica (17%). Estos migrantes suelen tener entre 25 y 54 años, con una distribución de género casi equitativa: 51% son mujeres y 49% son hombres. En contraste, las provincias de Yukon, Newfoundland y Labrador, Territorios del Noroeste y Nunavut albergan una población mexicana menor, con menos de 100 personas en cada una de ellas (Foreign Affairs Latinoamérica, 2023).

Figura 9. Residentes mexicanos en Canadá, 2021

(Población y porcentaje)



Fuente: Foreign Affairs Latinoamérica (2023). La diáspora mexicana en Canadá: hacia la otra frontera: <https://revistafal.com/la-diaspora-mexicana-en-canada-hacia-la-otra-frontera/>

En comparación con las gráficas anteriores, los migrantes mexicanos son fundamentales para mitigar los altos índices de contagio, ya que representan aproximadamente una cuarta parte de la población canadiense. La administración de Canadá implementó diversas herramientas sanitarias y medidas de contención, como el distanciamiento social, el uso de mascarillas y el cierre de transporte público, negocios no esenciales y escuelas en todas las provincias. Sin embargo, la aplicación de estas estrategias varió en cada territorio. Por ejemplo, en 2020, Quebec decidió mantener abiertas las escuelas primarias y secundarias bajo reglas específicas, mientras que Ontario optó por un cierre total de todas las escuelas, implementando educación a distancia. No fue hasta mediados de 2021 que se inició la reapertura de las escuelas y los negocios locales (Detsky & Bogoch, 2020).

5.2 Cierre de fronteras y condiciones

Canadá implementó diversas estrategias en colaboración con las autoridades provinciales para controlar el COVID-19. El distanciamiento social se estableció como la primera medida fundamental para mitigar la pandemia. A finales de marzo, todas las provincias decidieron cerrar escuelas, parques públicos y negocios no esenciales. Además, el gobierno canadiense instauró requisitos de confinamiento en los hogares y estableció límites para las reuniones sociales al aire libre, permitiendo entre 5 y 10 personas siempre que se mantuviera el distanciamiento adecuado. Estas medidas resultaron en una notable reducción de la movilidad, con un descenso del 80% en el uso del transporte público, del 60% en la conducción

y la caminata, y del 46% en los viajes en general. A excepción de Columbia Británica, donde la reducción del contacto interpersonal alcanzó el 65% (Detsky & Bogoch, 2020).

Las restricciones de viaje no esenciales, especialmente en el turismo, son otra medida implementada para controlar la propagación del COVID-19. A finales de enero, Canadá anunció el cierre de vuelos hacia China y, en marzo, limitó los vuelos internacionales. Por primera vez, las fronteras con Estados Unidos se cerraron, permitiendo la entrada únicamente a ciudadanos canadienses, trabajadores esenciales y para viajes esenciales, como asistir a un funeral o solicitar asilo. Los ciudadanos estadounidenses pudieron ingresar solo a Alaska. Además, Canadá aplicó la Ley de Cuarentena, establecida por el gobierno federal en 2005, con el objetivo de "prevenir la introducción y propagación de enfermedades transmisibles" (Detsky & Bogoch, 2020). Para ingresar al país, las personas deben someterse a una prueba de detección del COVID-19 y permanecer en cuarentena durante 14 días. En comparación, en la provincia de Newfoundland se requiere un permiso oficial para ingresar.

A mediados de 2021, el gobierno federal propuso nuevas medidas de cuarentena en los aeropuertos, tras la disminución de los casos activos de COVID-19 en la población canadiense. Los viajes no esenciales ahora requieren aislamiento en instalaciones designadas por las autoridades durante 72 horas, mientras se esperan los resultados de la prueba de PCR para detectar el virus. Esta cuarentena obligatoria tiene una duración mínima de 3 días y un costo total de 2,000 dólares por persona. Sin embargo, el ministro de la provincia de Ontario, Doug Ford, solicitó que estas medidas también se aplicarían a todas las personas que ingresan al país desde la frontera con Estados Unidos. En respuesta, el gobierno federal rechazó esta solicitud, argumentando que Canadá cuenta con 117 puntos de entrada compartidos con Estados Unidos, muchos de los cuales están alejados de instalaciones hoteleras (Valencia, 2018).

El portavoz de la CBC, Blair, afirmó: "La forma más segura y eficaz de gestionar la situación de las personas que llegan a nuestras fronteras por tierra es a través del sistema que

hemos implementado". También añadió que "quedarse en sus vehículos con sus familias y dirigirse directamente a casa después de someterse a las pruebas de COVID-19, para luego permanecer en cuarentena durante dos semanas, es la forma más segura de manejar la situación de estas personas" (CBC, Radio-Canada, 2021).

A finales de 2021, el gobierno canadiense comenzó a abrir gradualmente sus fronteras a viajeros internacionales vacunados, permitiéndoles evitar la cuarentena obligatoria de 14 días al llegar al país. Sin embargo, esta medida generó desacuerdo en la opinión pública, especialmente al observar un aumento en la situación epidemiológica nacional desde finales de junio. En particular, la provincia de Alberta registró altos niveles de contagio, con un número creciente de pacientes no vacunados ingresando a los hospitales debido al COVID-19. A pesar de esta situación, Howard Njoo, subdirector de Salud Pública de Canadá, aclaró en una conferencia de prensa que solo los viajeros completamente vacunados tendrían la oportunidad de ingresar al país, ya que se consideraban de bajo riesgo de contagio (CBC, Radio-Canada, 2021).

5.3 Cierre de negocios

Las nuevas medidas de contención epidemiológica provocaron una caída en la economía de Canadá al limitar las actividades comerciales y mercantiles. Los trabajadores esenciales, como los del sector agrícola, las fábricas y aquellos en entornos familiares multigeneracionales, carecían de las herramientas sanitarias necesarias para protegerse del contagio. Como resultado, la tasa de infección aumentó en lugares donde las personas viven y trabajan en espacios cerrados. Además, la pérdida de empleos se incrementó drásticamente, pasando del 5.7% en febrero de 2020 al 13.1% en abril del mismo año. Muchos trabajadores se vieron obligados a adoptar modalidades de trabajo a distancia, especialmente en sectores

como hoteles, restaurantes y actividades recreativas, lo que ocasionó una disminución en los salarios (Judit Vall, 2021).

Según Statistics Canadá, el Producto Interno Bruto (PIB) cayó un 5.4% en 2020 debido al cierre de empresas. Sin embargo, se espera que la economía crezca un 6.5% en 2021. Los sectores de servicios fueron los más afectados, registrando una disminución del 50% en su valor agregado durante los primeros meses de la pandemia. El desempleo también aumentó significativamente, alcanzando un 23.8% en febrero, con recaídas en marzo y abril que elevaron la tasa al 35% (Judit Vall, 2021).

El Banco Central de Canadá desembolsó miles de millones de dólares mediante una serie de programas de subsidios para mitigar las consecuencias de la pandemia. El aumento de casos y hospitalizaciones en todo el país provocó un retroceso en la economía, dejando a muchas empresas luchando por sobrevivir debido a la disminución de la demanda y los efectos del contagio. Sin embargo, la expansión de la vacunación ha permitido prever un crecimiento económico del 4.4% en 2021 (CBC, Radio-Canadá, 2021).

Mientras tanto, el gobierno canadiense proporcionó subsidios de emergencia y amplió los programas de seguro de empleo para apoyar a la población. Además, implementó un programa de cheques con condiciones flexibles para más de 8 millones de ciudadanos canadienses y ofreció subsidios salariales a empresas para mantener el 75% de los salarios de todos los empleados (Judit Vall, 2021).

Finalmente, Canadá reconoce la falta de medidas sanitarias adecuadas para los trabajadores agrícolas. En Ontario, se han registrado 164 casos de jornaleros contagiados con COVID-19, incluyendo 7 hospitalizados y 1 fallecimiento. La mayoría de los trabajadores agrícolas temporales son migrantes que viven en condiciones de vivienda precarias y se

desplazan con frecuencia entre diferentes territorios en camiones, lo que los expone a un mayor riesgo de contagio (En el camino, 2020).

Ante esta situación, la comunidad expresó con urgencia la necesidad de implementar medidas binacionales para mejorar las condiciones laborales y de vivienda durante la pandemia (La Jornada del Campo). El gobierno federal mexicano notificó a las autoridades de salud canadienses sobre la propagación del virus entre los trabajadores. Esta cooperación facilitó que el gobierno canadiense instaure toques de queda y el uso de mascarillas a partir de 2021, como parte de sus esfuerzos para contener la propagación del virus y proteger a los trabajadores esenciales (Judit Vall, 2021).

5.4 Herramientas sanitarias

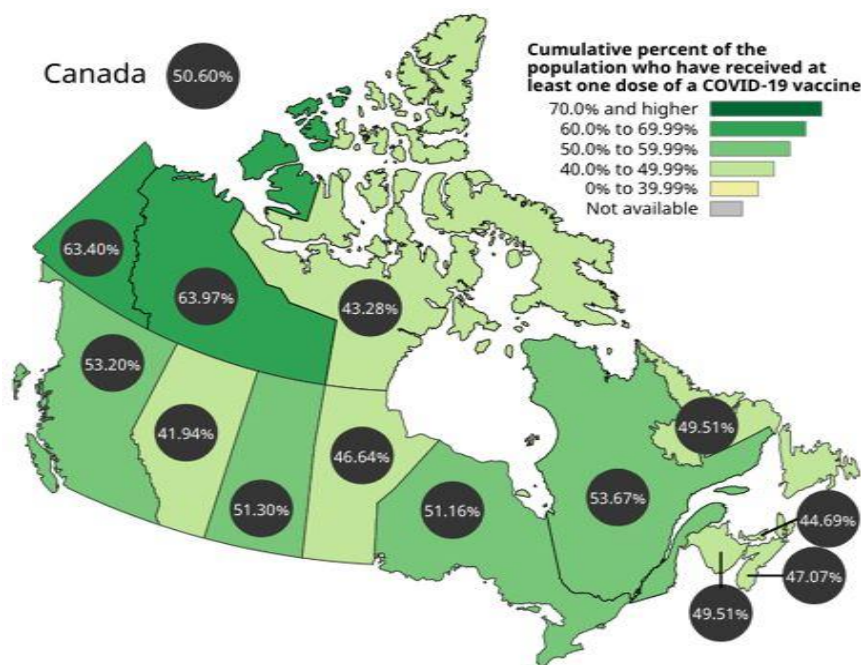
Durante la pandemia, el gobierno de Canadá implementó diversas estrategias sanitarias para reducir los casos activos y la mortalidad por COVID-19. Uno de los errores iniciales fue la falta de requisitos para el uso de mascarillas en todas las provincias hasta junio, a pesar de los persistentes índices de contagio. Sin embargo, Canadá logró mantener el control al integrar las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) como una herramienta crucial para rastrear los contagios. Esto llevó a las agencias de salud pública a desplegar personal capacitado en diferentes sucursales para aumentar la capacidad de pruebas y reducir la propagación del virus. Además, el primer ministro Justin Trudeau anunció el lanzamiento de una aplicación diseñada para facilitar la notificación de casos de exposición al COVID-19 (Detsky & Bogoch, 2020).

Los sistemas de atención médica de Canadá demostraron su capacidad para manejar el elevado volumen de pacientes, manteniendo bajo control los cuidados intensivos gracias al cumplimiento de la población con las medidas de contención. Sin embargo, las instalaciones

de atención a largo plazo (LTC) en Ontario y Quebec no ofrecieron un entorno completamente seguro. Aproximadamente el 80% de las muertes por COVID-19 en Canadá ocurrieron en estas instalaciones, debido a la falta de mantenimiento y a prácticas de prevención insuficientes que contribuyeron a una alta mortalidad. La opinión pública expresó su descontento y exigió al gobierno canadiense mejoras en la atención de la población vulnerable (Detsky & Bogoch, 2020).

En respuesta a la situación, el gobierno federal se propuso vacunar a la mayoría de la población para finales de 2021. Como muestra la figura 10, en mayo de 2021, Quebec había vacunado completamente al 5.21% de su población, mientras que el 50.62% había recibido al menos una dosis. En las provincias atlánticas, el 47% de la población recibió una dosis, y en Ontario, esta cifra alcanzó el 51.16%. En contraste, en provincias con menor población, como Yukón, el 57.48% estaba completamente vacunado, mientras que, en Nunavut, este porcentaje era del 33.76%. Hasta ese momento, Canadá había administrado al menos una dosis a aproximadamente el 80% de la población adulta (Government of Canadá, 2021).

Figura 10. Porcentaje de vacunados contra el COVID-19 en Canadá.



Canadá comenzó a levantar las restricciones políticas entre mayo y julio de 2021 al observar una disminución en los casos de COVID-19. En este contexto, las provincias atlánticas decidieron permitir a los visitantes cruzar las fronteras libremente, siempre que cumplieran con un período de confinamiento de 14 días y estuvieran completamente vacunados. El gobierno canadiense subraya la importancia de evitar nuevos brotes por falta de precauciones. Además, el Departamento de Salud Pública de Columbia Británica advierte que, aunque lograron contener los niveles de contagio, un aumento leve del 60% al 70% en la interacción social podría desencadenar un nuevo brote. Por ejemplo, la provincia de Ontario registró un brote relacionado con un salón de belleza, atribuido a la falta de distanciamiento social y a la verificación insuficiente de los certificados de vacunación contra el COVID-19 (Detsky & Bogoch, 2020). Hasta la fecha, Canadá gestiona y coordina los requisitos para los visitantes con el objetivo de facilitar un regreso seguro a la vida cotidiana anterior (Detsky & Bogoch, 2020).

Consideraciones finales

Canadá ha implementado estrategias multifacéticas y en constante evolución para enfrentar la pandemia de COVID-19, reflejando la necesidad de adaptarse a medida que la crisis avanzaba. En comparación con otras naciones, el enfoque canadiense se destaca por la colaboración entre el gobierno federal y las autoridades provinciales en la gestión de la salud pública y la distribución de vacunas.

Desde el inicio de la pandemia, Canadá implementó medidas de confinamiento que varían en su aplicación según cada provincia, debido a las diferencias en los sistemas de salud

y las políticas locales. Sin embargo, la cooperación entre el gobierno federal y las autoridades provinciales es crucial para la efectividad de las estrategias de confinamiento, mitigación y detección de casos activos de COVID-19. Las fortalezas de Canadá residen en su capacidad para aprender de sus errores y en su compromiso de cumplir con los objetivos relacionados con los servicios de salud pública. La rapidez en la toma de decisiones para informar y responder a la evolución de la pandemia ha sido fundamental para controlar los altos niveles de contagio.

El proceso de vacunación en Canadá se destaca por haber logrado el objetivo de vacunar al 80% de su población, lo que reduce significativamente las posibilidades de un brote. Sin embargo, la mortalidad aumentó debido a la falta de mantenimiento y cuidados adecuados en las instalaciones de atención a largo plazo (LTC). A pesar de estos desafíos, Canadá ha avanzado en la protección de su población vulnerable.

A medida que Canadá comienza a levantar las restricciones y reabrir sus fronteras, es fundamental mantener la vigilancia y seguir aplicando medidas de precaución para evitar nuevos brotes. La gestión de la interacción social y los requisitos para los visitantes son esenciales en este proceso. Al mismo tiempo, Canadá se esfuerza por lograr un retorno seguro a la normalidad, siendo cauteloso ante cualquier posible resurgimiento de la pandemia.

Capítulo 6: Consecuencias de las medidas epidemiológicas en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en California

Introducción

El presente capítulo examina el impacto de la pandemia en la salud mental y física de los migrantes mexicanos, así como su insatisfacción con la vida durante este período. En particular, se analizan las desigualdades en salud y bienestar que afectan a las comunidades migrantes en Estados Unidos, enfocándose en los migrantes mexicanos en California. Desde el inicio de la crisis sanitaria en 2020, California implementó medidas de contención, como pruebas periódicas y el uso obligatorio de mascarillas en sectores críticos. Sin embargo, los migrantes enfrentaron numerosos desafíos que agravaron su vulnerabilidad.

Los migrantes mexicanos enfrentan varios desafíos significativos durante la pandemia, incluyendo un aumento del 47% en los casos de COVID-19 en esta población. La falta de condiciones sanitarias adecuadas en los lugares de trabajo y en sus residencias, así como el limitado acceso a servicios médicos esenciales, agravan su situación. La mayoría de estos inmigrantes trabaja en sectores esenciales como la agricultura, la construcción y la industria alimentaria, lo que los expone continuamente al riesgo de contagio. Además, el temor a la deportación y la carencia de seguros médicos adecuados afectan tanto su salud física como mental. En California, se ha registrado un aumento en los suicidios, reflejando los altos niveles de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia. Esta insatisfacción abarca aspectos que van desde el empleo y la vivienda hasta el acceso a servicios básicos, a pesar de los esfuerzos en el mercado laboral para mitigar estas dificultades.

Este capítulo se divide en dos apartados. El apartado 6.1 contextualiza los efectos de las medidas sanitarias en la salud mental y física de los inmigrantes mexicanos. Por su parte, el apartado 6.2 analiza la insatisfacción de vida de estos inmigrantes, centrándose en sus

condiciones de vivienda, empleo y la búsqueda de programas de apoyo financiero gubernamentales. Finalmente, el último apartado presenta una serie de consideraciones finales.

6.1 Salud mental y físico

En 2020, California implementó diversas medidas sanitarias para enfrentar el COVID-19, incluyendo la vacunación y pruebas periódicas a nivel estatal para los trabajadores de la salud, con el objetivo de prevenir la propagación del virus. Asimismo, se exigió el uso de mascarillas en áreas críticas, como hospitales, centros de atención a largo plazo, refugios de emergencia, comunidades sin hogar y prisiones (Rough & Markowitz, 2022).

A pesar de estas medidas, los migrantes mexicanos en Estados Unidos enfrentan una vulnerabilidad significativa, con una tasa de infección que supera el 47%. Carecen de condiciones sanitarias adecuadas en sus lugares de trabajo y residencia. La mayoría trabaja en sectores esenciales como la agricultura, la construcción y la industria alimentaria, lo que los expone a un alto riesgo de contraer COVID-19. Como resultado, estos migrantes tienen una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas como diabetes, obesidad e hipertensión, así como de enfrentar problemas de adicciones y violencia doméstica (Délano, 2020).

A pesar de la urgente necesidad de atención médica para recibir tratamiento contra el COVID-19, muchos migrantes temen ser deportados debido a la implementación del Título 42. Además, la mayoría de los migrantes desempleados o con bajos salarios no lograron acceder al apoyo financiero de algunos programas que el gobierno federal de California ofreció, lo que les ocasionó dificultades económicas. Esta situación les impide obtener los medicamentos necesarios o realizar consultas médicas para sus familiares debido a los altos costos. En consecuencia, la crisis de salud entre los migrantes se agrava, aumentando su exposición a riesgos durante la pandemia (Délano, 2020).

Durante la pandemia, las medidas de contención epidemiológica afectaron no solo la salud física, sino también la salud mental de la comunidad migrante mexicana. El aislamiento social y las restricciones de viaje limitaron la comunicación con familiares, lo que incrementó la sensación de vulnerabilidad. Los constantes informes sobre casos activos y fallecimientos aumentaron el estrés y la ansiedad, especialmente en sectores vulnerables como la agricultura y la construcción. Como resultado, la depresión y el trauma emocional crecieron debido a noticias negativas sobre la pérdida de empleo, la inseguridad económica y el fallecimiento de seres queridos. Además, la falta de acceso a servicios de asistencia psicológica y médica se agravó por el temor a la deportación, lo que impactó aún más la salud mental y física de los migrantes mexicanos (National Geographic, 2020).

Finalmente, el suicidio representa una de las situaciones graves en aumento durante la pandemia de COVID-19. El prolongado aislamiento social deterioró la salud mental de la población californiana. Entre 2020 y 2021, estas medidas contribuyeron a un incremento de 4.3 millones de casos de autolesionamiento y suicidios, afectando especialmente a mujeres, afroamericanos y latinoamericanos. En total, 110,000 personas se autolesionaron y 390,000 decidieron suicidarse, en parte debido al constante ambiente negativo a nivel personal y global. Las mujeres enfrentaron un riesgo un 35% mayor en comparación con los hombres, quienes presentaron un 8% de casos graves de suicidio. En consecuencia, la pandemia no solo impactó la economía, sino que también exacerbó los problemas de salud mental y física, lo que llevó a California a implementar diversas medidas de protección para reducir estos casos (Lund, Tomsich, & Schleimer, 2023).

6.2 Insatisfacción de vida

Desde el siglo XX, los mexicanos han desempeñado un papel crucial en el mercado laboral de California, encontrando empleo en sectores como laboratorios, hospitales y agricultura. Sin embargo, muchos de estos trabajos carecen de los beneficios necesarios para mantener un estilo de vida satisfactorio.

En 2021, el sur de California comenzó a implementar vacunaciones obligatorias para todos los trabajadores esenciales en los sectores de salud y agricultura. Aunque más del 90% de los empleados cumplió con los requisitos establecidos por el gobierno federal, aproximadamente el 30% de los trabajadores se opuso a esta medida. En las zonas rurales de California, algunos empleados rechazaron las vacunaciones por motivos religiosos. En respuesta a esta resistencia, el Estado permitió a los proveedores de servicios sanitarios tomar decisiones independientes para aumentar las tasas de vacunación entre su personal (Nelson & Sheets, 2021).

Algunos centros médicos tomaron medidas inmediatas al despedir a los empleados que se oponían a la vacunación, mientras que otros les negaron la entrada. Algunos establecimientos optaron por otorgarles vacaciones sin salario hasta que proporcionaran una justificación razonable para no recibir la vacuna contra el COVID-19 (Nelson & Sheets, 2021).

Muchos inmigrantes mexicanos enfrentaron el desempleo debido al incumplimiento de los requisitos sanitarios o a la discriminación por su estatus de extranjeros, lo que los hacía especialmente vulnerables al contagio. Estos migrantes carecían de acceso a los beneficios de salud necesarios debido a su estatus migratorio, lo que limitaba también su acceso a apoyos financieros. En cuanto a la vivienda, solían vivir en condiciones precarias, con escaso acceso al agua y en hogares de reducido espacio, lo que aumentaba el riesgo de contagio, especialmente en entornos relacionados con la alimentación (Triandafyllidou, 2021, pp. 70-95).

Además, los migrantes deportados enfrentaban condiciones terribles y abarrotadas en las celdas. Reconociendo esta realidad, California implementó programas de apoyo financiero en salud y desempleo para inmigrantes, debido al aumento de contagios asociado a estas condiciones adversas. El gobierno destinó un total de 75 millones de dólares para ayudar a los indocumentados que estaban en lista de espera. En mayo de 2020, había 7,000 personas en esta lista, pero solo una cuarta parte logró recibir los beneficios, a pesar de que estos migrantes contribuyeron con 3 billones de dólares en impuestos (Triandafyllidou, 2021, pp. 70-95).

Los fondos resultaron insuficientes para atender a la gran cantidad de migrantes en California y excluyeron beneficios como devoluciones de impuestos y suplementos de desempleo. Muchos mexicanos rechazaron estos beneficios por temor a repercusiones en su estatus migratorio, lo que limitó su efectividad. Como resultado, muchos optaron por seguir trabajando, exponiéndose al riesgo de contraer COVID-19 por miedo a perder sus empleos (Triandafyllidou, 2021, pp. 70-95).

Los inmigrantes indocumentados en California enfrentan desventajas significativas en su vida diaria. Sin embargo, diversas organizaciones migratorias se esforzaron por brindar apoyo durante la pandemia. Centros de trabajo en Los Ángeles y San Diego, por ejemplo, distribuyeron cajas de alimentos y otros suministros esenciales para asistir a diferentes comunidades. Además, tanto California como Washington desempeñaron un papel importante al destinar fondos para apoyar a los migrantes indocumentados (Triandafyllidou, 2021, pp. 70-95).

La autora Ericka Chavez-Marroquin realiza un análisis de datos en su proyecto titulado "La pandemia del COVID-19 y las dificultades materiales: Un estudio cualitativo de inmigrantes indocumentados en Estados Unidos". Su objetivo es evidenciar el impacto del COVID-19 en el estilo de vida de hispanos y latinos indocumentados originarios de México, Guatemala, El Salvador y Honduras que residen en California.

El análisis de datos destaca la escasez de recursos disponibles tanto a nivel estatal como federal en Estados Unidos. Los participantes comparten una frustración común respecto a la falta de acceso a servicios médicos y apoyo financiero para inmigrantes indocumentados. Aunque existen numerosos programas de apoyo dirigidos a ciudadanos, se observa una notable ausencia de iniciativas similares para inmigrantes indocumentados (Chavez-Marroquin, 2022).

La falta de acceso a atención médica impide que los migrantes sin seguro reciban servicios adecuados de salud física y mental. Los hospitales priorizan a los pacientes con seguro médico, lo que deja a quienes no tienen cobertura en largas listas de espera debido a la alta demanda. Además, la comunidad indocumentada ha sido excluida de numerosos programas de salud y asistencia mental, lo que ha incrementado su estrés y ansiedad ante el temor de contraer y propagar el COVID-19 entre sus familias (Chavez-Marroquin, 2022).

En Los Ángeles, aproximadamente un tercio de los migrantes mexicanos reportan un mal estado de salud. Menos del 38% indicó que no recibió servicios médicos no urgentes durante los últimos seis meses de 2020. Además, la inseguridad alimentaria se identifica como uno de los principales problemas de vulnerabilidad entre los inmigrantes indocumentados. Datos recientes revelan que el 19.6% de los inmigrantes mexicanos se encuentra en un nivel bajo de seguridad alimentaria, mientras que el 3.8% enfrenta niveles moderados y el 2.3% niveles severos. El Departamento de Agricultura destaca estas cifras preocupantes en su último informe de 2019 sobre Estados Unidos, que señala que el 10.5% de la población estadounidense y el 15.6% de los hispanos experimentan problemas alimentarios (Vilar-Compte et al., 2022, pp. 65-77).

En Los Ángeles, la mayoría de la comunidad mexicana inmigrante trabaja en sectores esenciales como transporte, supermercados, restaurantes y servicios de entrega a domicilio. Esta situación los expone significativamente al riesgo de contagio por COVID-19 debido a la falta de medidas sanitarias adecuadas. Un informante resumió esta problemática al señalar: "La

necesidad económica, la falta de información y la barrera del idioma impiden que los inmigrantes mexicanos tengan el conocimiento necesario para protegerse a sí mismos, creyendo erróneamente que el consumo de medicamentos puede hacer desaparecer los síntomas" (Vilar-Compte et al., 2022, pp. 65-77).

Consideraciones finales

La pandemia de COVID-19 expuso múltiples vulnerabilidades en las comunidades migrantes, especialmente entre los inmigrantes mexicanos en California. Las medidas sanitarias implementadas por el gobierno para mitigar la propagación del virus no se distribuyeron equitativamente, afectando aspectos como la vacunación y el uso de mascarillas. Las áreas más impactadas fueron el empleo y el acceso a servicios médicos adecuados. La tasa de infectados aumentó, y los migrantes mexicanos que trabajaban en sectores esenciales como la agricultura y la construcción se vieron particularmente expuestos. La falta de acceso a atención médica y los temores relacionados con el estatus migratorio agravaron la situación, limitando su acceso a tratamientos y apoyo financiero. Además, la implementación del Título 42 intensificó esta situación desfavorable al impedir que los inmigrantes buscaran atención médica por miedo a la deportación.

El impacto de la pandemia en la cuestión salarial y de vivienda afectó notablemente la salud mental de los inmigrantes. El aislamiento social, el estrés económico y las restricciones sanitarias aumentaron la ansiedad y la depresión en esta comunidad latinoamericana. Estos factores no solo deterioraron su bienestar emocional, sino que también contribuyeron a un incremento en los casos de suicidio y autolesiones.

La insatisfacción con la vida evidenció la desigualdad en el acceso a recursos y beneficios entre inmigrantes y ciudadanos estadounidenses. A pesar de contribuir al mercado

laboral durante la pandemia, asumiendo el riesgo de contagio, muchos de estos inmigrantes enfrentaron constantemente la falta de acceso a servicios de salud y apoyo financiero.

Las medidas de vacunación obligatoria y el aumento del desempleo afectaron desproporcionadamente su capacidad para cumplir con los requisitos de los programas de apoyo, ya sea por su estatus migratorio o por razones personales. Este ciclo de vulnerabilidad refleja una necesidad urgente de abordar las desigualdades estructurales que afectan a los inmigrantes en situaciones de crisis.

Finalmente, el gobierno estadounidense implementó programas de apoyo financiero para inmigrantes. Sin embargo, esta asistencia resultó insuficiente debido a la falta de recursos y a la exclusión de muchos programas dirigidos a la comunidad migrante. Como resultado, un gran número de latinoamericanos se encontró en situaciones vulnerables y expuestos a un alto riesgo de contagio del virus.

Además, la investigación destaca la necesidad de reformar los programas de apoyo y salud destinados a los migrantes, así como de desarrollar servicios en español y mejorar la atención médica. Estas acciones son esenciales para prevenir futuros brotes y crisis similares.

Capítulo 7: Consecuencias de las medidas epidemiológicas en la calidad de vida de los migrantes mexicanos en Ontario

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo analizar en detalle el impacto de la pandemia en la salud mental y física de los inmigrantes latinoamericanos, así como su calidad de vida. En particular, se centra en las necesidades y desafíos que enfrenta la comunidad migrante durante la crisis sanitaria en el área metropolitana de Toronto. Este análisis busca explicar los efectos que la pandemia ha tenido en los servicios de salud, los recursos sociales y los factores económicos que afectan a los latinoamericanos en Toronto.

Para obtener estos resultados, la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA), en colaboración con el Wellesley Institute, presenta un informe basado en las experiencias de 24 participantes latinoamericanos residentes en Toronto. Estos individuos compartieron sus vivencias en relación con la infección por COVID-19, el cuidado de personas afectadas y la prestación de servicios a su comunidad.

El informe de la CMHA analiza los efectos de la pandemia en la salud mental y física de los latinoamericanos, revelando un aumento significativo en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Las barreras para acceder a servicios de salud, la falta de información en español y la escasez de atención médica virtual han contribuido a esta situación crítica. Además, los problemas económicos y las restricciones migratorias han agravado la insatisfacción con la vida durante la pandemia.

Canadá implementó medidas sanitarias, como el aislamiento social y el distanciamiento físico, para prevenir el aumento de casos activos de COVID-19. Sin embargo, los inmigrantes enfrentan altos niveles de desempleo, reducción de salarios y condiciones de vivienda inadecuadas. Estas circunstancias aumentan la vulnerabilidad de los latinoamericanos, quienes

se han convertido en una de las comunidades más afectadas en términos de mortalidad. Este capítulo se divide en dos apartados: el apartado 7.1 aborda los efectos de las medidas sanitarias en la salud mental y física de los migrantes, mientras que el apartado 7.2 examina las dificultades relacionadas con su calidad de vida, incluyendo el acceso a servicios médicos, condiciones de vivienda y apoyo financiero. Finalmente, el apartado final presenta una serie de consideraciones conclusivas.

7.1 Salud mental y físico

El Wellesley Institute presenta un informe elaborado por la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA) que analiza las necesidades de la comunidad inmigrante latinoamericana durante la pandemia de COVID-19 en el área metropolitana de Toronto. Este estudio examina el impacto de la pandemia en la salud mental y física de los latinoamericanos en Ontario. La investigación incluyó a 24 participantes, todos ellos latinoamericanos de habla hispana que residían en el Área Metropolitana de Toronto (GTA). De estos, 15 compartieron sus experiencias al contraer COVID-19 o al cuidar a personas infectadas, mientras que 10 describieron sus vivencias al proporcionar servicios médicos a la comunidad latinoamericana. La mayoría de los participantes se encontraba en el rango de 40 a 50 años, con una distribución equitativa entre mujeres y hombres. Algunos habían residido en Canadá entre 1 y 5 años, mientras que otros llevaban de 8 a 10 años. En cuanto a seguros médicos, la mayoría contaba con OHIP, el Programa Federal Interino (IFHP), el Plan de Seguro de Salud Universitario (UHIP) o no tenía seguro alguno (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Tabla 1: Participantes que tuvieron COVID-19 o cuidaron a alguien con COVID-19

Características		No. (%) de entrevistas Total: 15
Edad	20s-30s	5 (33)
	40s-50s	8 (53)
	70s-80s	2 (13)
Género	Femenino	8 (53)
	Masculino	7 (47)
Orientación sexual	Gay	1 (7)
	Queer	1 (7)
	Heterosexual	13 (86)
Lugar de nacimiento	Canadá	2 (13)
	Chile	1 (7)
	Colombia	2 (13)
	Cuba	2 (13)
	El Salvador	1 (7)
	Honduras	1 (7)
	México	6 (40)
Años en Canadá	Nacido en Canadá	2 (13)
	1-5	5 (33)
	10 +	8 (53)
Lenguaje aprendido en casa y aún entendido	Español	14 (93)
	Lenguaje indígena	1 (7)
Seguro de salud	OHIP	11 (73)
	IFH (Programa Federal de Salud Provisional)	2 (13)
	Plan de seguro médico universitario (UHIP)	1 (1)
	Sin seguro	1 (1)
Ingreso suficiente para cubrir necesidades	Si	9 (60)
	No	6 (40)

Fuente: Canadian Mental Health Association Toronto (2023). El impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud de la población latinoamericana de habla hispana en Toronto: Un análisis de desigualdades. Wellesley Institute: <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/el-impacto-de-la-pandemia-del-covid-19-en-la-salud-de-la-poblacion-latinoamericana-de-habla-hispana-en-toronto-un-analisis-de-desigualdades/>

Las medidas implementadas por Canadá durante la pandemia, como el aislamiento social y el distanciamiento físico, provocaron una notable pérdida en los negocios locales. La mayoría de los trabajos presenciales se transformaron en formatos de trabajo remoto, mientras

que otros tuvieron que cerrar temporalmente o de manera permanente. Además, muchos inmigrantes trabajaban en sectores con contacto constante con otras personas, lo que resultó en que, en 2020, enfrentaran la tasa de desempleo más alta, con un 13,9%, debido al aumento de casos de COVID-19 y la falta de herramientas sanitarias adecuadas. Aquellos que experimentaron una reducción en sus horas laborales y salarios se vieron obligados a mudarse a viviendas más pequeñas, a menudo compartiendo espacio con familiares o desconocidos. Estos cambios generaron una alteración significativa en sus responsabilidades y aumentaron la presión en sus trabajos y en el cuidado de sus seres queridos (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

El censo del gobierno canadiense de 2021 revela que aproximadamente 156,455 latinoamericanos residen en Toronto. Aunque este grupo representa solo el 3% de la población canadiense, entre 2020 y 2021 experimentó un 8% de los casos activos de COVID-19. Como resultado, los latinoamericanos registraron la segunda tasa de mortalidad más alta entre las comunidades inmigrantes en Canadá. Además, este grupo presenta el porcentaje más bajo de personas vacunadas en Ontario (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

La Asociación Canadiense evaluó el impacto en la salud mental y el bienestar de las personas debido a la disminución de empleos y la falta de vivienda estable. Los resultados mostraron que la salud mental de los latinoamericanos se deterioró significativamente, pasando del 43% en 2020 al 68% a finales de 2021. Entre 2020 y 2021, Ontario reveló que la falta de acceso a atención médica, el aislamiento abrupto y la prolongada cuarentena fueron las principales causas de vulnerabilidad y mortalidad en la comunidad inmigrante. Este aislamiento generó una desconexión de los sistemas de apoyo, y muchos inmigrantes carecían de información crucial sobre salud debido a la falta de traducción al español (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Los inmigrantes experimentaron síntomas graves, como diarrea, dolor abdominal, vómito, fiebre, dolor de cabeza y dificultades para respirar. El tratamiento requerido implicó una cuarentena estricta, durante la cual debían permanecer completamente aislados y postrados en cama debido a la falta de energía. Esta situación generó sentimientos de desesperación y desánimo. Un participante compartió la experiencia de un familiar que sufrió diarrea durante un mes (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

“Estuvimos con mucha fiebre y casi no comimos durante tres o cuatro días. Teníamos dolor de cabeza, fiebre alta, y dolor en el cuerpo y los huesos. Nos sentíamos muy mal, hasta que llegó un punto en que sentí que ya no podía ni respirar. Mi papá se enfermó gravemente con el virus, ya que le afectó el estómago. Tuvo diarreas horribles que no se controlaron durante más de un mes. Además, él es diabético, por lo que nos asustamos mucho por su descompensación. Le llevó más tiempo recuperarse, aproximadamente un mes” (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Los participantes describieron síntomas como ansiedad, miedo, soledad, tristeza y estrés, tanto por estar enfermos como por cuidar a familiares contagiados. Muchos inmigrantes también enfrentaron pérdidas y el duelo por la muerte de sus seres queridos a causa del COVID-19. Aquellos que no contrajeron el virus experimentaron un aumento en sus niveles de ansiedad y miedo debido a la preocupación por contagiarse, el incremento del aislamiento y el desarrollo de depresión con pensamientos suicidas. Además, un conflicto significativo para la salud mental de los migrantes fue la imposibilidad de viajar a su país de origen debido a su estatus migratorio, lo que les impidió estar presentes durante el fallecimiento de familiares a causa del COVID-19 (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Por último, los servicios de salud mental ofrecidos por las aseguradoras médicas se brindaron en línea. Sin embargo, las barreras de acceso relacionadas con la seguridad, la tecnología, la privacidad y el idioma dificultaron la obtención de atención médica. Los

latinoamericanos enfrentaron dificultades para acceder a plataformas virtuales debido a la falta de computadoras, laptops o teléfonos celulares, situación agravada por su baja situación económica. Un proveedor de servicios comentó: “Es difícil navegar; cuando marcas un número, no encuentras respuesta. Entonces tienes que llamar a otro lugar y continúas así sin encontrar un procedimiento directo. Para algunos, fue difícil acceder a los servicios de salud mental, y la barrera del idioma lo empeoró” (Canadian Mental Health Association Toronto, 2024).

7.2 Insatisfacción de vida

La calidad de vida de los inmigrantes mexicanos en Ontario durante la pandemia fue variable. La investigación realizada por la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA) destaca la importancia del apoyo alimenticio, médico, emocional y económico proporcionado por familiares y amigos cercanos. La mayoría de los participantes buscó atención médica en servicios de emergencia o consultorios médicos de familia, mientras que otros recibieron la vacuna después de haberse infectado. El acceso a las vacunas fue posible para muchos inmigrantes a través de clínicas comunitarias que ofrecían servicios en español y no requerían el seguro OHIP. Sin embargo, pocos programas migratorios, como el Beneficio Canadiense de Respuesta de Emergencia (CERB) y el Programa Federal Interino (FHP), brindaron el apoyo necesario (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Durante las entrevistas realizadas por la Asociación Canadiense a latinoamericanos en Toronto, se evidenciaron los efectos negativos de la pandemia en la calidad de vida de los inmigrantes. Algunos participantes enfrentaron retrasos en sus procedimientos de estatus migratorio, así como restricciones de viaje, separación familiar, discriminación y barreras para acceder a la atención médica. En 2020, el gobierno canadiense pospuso los trámites de

inmigración, refugio y ciudadanía, dejando a muchos inmigrantes en una situación de migración temporal e incertidumbre. Un participante, que experimentó un retraso de dos años en su solicitud de asilo, expresó cómo esta demora lo sumió en frustración e inseguridad. Los solicitantes de asilo tuvieron dificultades para acceder a servicios de salud a través del Programa de Salud Interino Federal (IFHP), y aquellos sin cobertura de OHIP enfrentaron aún mayores obstáculos. Algunos participantes sin OHIP informaron haber experimentado síntomas de COVID-19 sin recibir atención médica, además de vivir con el temor constante de ser deportados o separados de sus familias (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Uno de los participantes sin estatus migratorio comenta: “En su momento, le dije a la persona que me cuidaba que necesitaba ir al doctor, pero él me respondió que no podían hacerlo porque no tenía seguro médico y no podían darme tratamiento. Cuando escuché eso, sentí que me faltaba aire y me estaba asfixiando. Me sentía cada vez más débil. Mi única salvación fue mi compañero de cuarto, quien me apoyó todo el tiempo. Cuando fui al centro de salud, me dijeron que podía esperar en casa. Yo hubiera preferido ir a una institución médica, recibir la medicina y la atención que necesitaba en ese momento” (Canadian Mental Health Association Toronto, 2024).

La falta de equipos tecnológicos dificulta el acceso de los latinoamericanos a la atención médica virtual. Estas personas enfrentan diversas dificultades, como la falta de familiaridad con las plataformas en línea, el desconocimiento sobre su uso y la barrera del idioma. Los proveedores de servicios médicos señalan la notable ausencia de información y traducción al español en las medidas de contención, los servicios disponibles, las restricciones y las pautas dirigidas a la comunidad latinoamericana. Esta carencia provocó que los migrantes no recibieran información confiable y transparente de fuentes adecuadas, generando miedo,

incumplimiento de los protocolos y desconfianza hacia las autoridades gubernamentales (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

El informe de la Asociación Canadiense destaca que los grupos latinoamericanos, así como los recién llegados y aquellos con estatus migratorio precario, fueron los más afectados por la pandemia debido a los altos casos de COVID-19. Las principales causas del aumento de infectados incluyen las precarias condiciones de vivienda, sociales y económicas de los migrantes durante este periodo. Un participante señaló que la falta de posibilidades de aislamiento en pequeños apartamentos, la disminución de actividades laborales durante la cuarentena y las barreras para acceder a la atención médica contribuyeron a su exposición al virus. Las experiencias de los latinoamericanos con estatus precario reflejan un aumento en su vulnerabilidad debido a estas desfavorecidas condiciones de vida (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Al inicio de la pandemia, el gobierno canadiense decidió extender la cobertura de atención médica a los residentes sin seguro. Sin embargo, muchos migrantes no eran elegibles para recibir programas de apoyo como el Beneficio Canadiense de Respuesta de Emergencia (CERB) o el apoyo general para trabajadores. Como resultado, se vieron obligados a continuar trabajando durante la pandemia, exponiéndose al riesgo de contagio por COVID-19. En respuesta a las desigualdades de salud observadas, en 2020 el gobierno de Ontario modificó estas medidas. A través de los Programas de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas No Aseguradas, se otorgó acceso completo a la atención médica a todas las comunidades, sin importar su estatus migratorio (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Finalmente, la Red de Salud para Clientes No Asegurados destaca la necesidad de hacer permanente el Programa de Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas No Aseguradas en todos los hospitales, así como de ampliar la disponibilidad de información sobre este programa a todas las comunidades. El informe también recomienda mejorar el acceso a la

atención médica y aumentar el financiamiento para los centros y clínicas de salud comunitaria que atienden a personas no aseguradas. Además, el gobierno de Toronto considera esencial educar a todos los profesionales de salud sobre las opciones disponibles para las personas sin estatus migratorio y garantizar su acceso a programas y servicios de apoyo sin temor a ser deportados (Canadian Mental Health Association Toronto, 2023).

Consideraciones finales

El informe de la Asociación Canadiense de Salud Mental (CMHA) detalla cómo la pandemia de COVID-19 impactó la salud mental y física de la comunidad latinoamericana en el área metropolitana de Toronto. Las medidas implementadas, como el aislamiento social y el distanciamiento físico, agravaron las condiciones laborales de los inmigrantes que trabajan en contacto constante con otros. La pandemia resultó en la falta de recursos sanitarios adecuados y en un acceso limitado a servicios médicos para la comunidad migrante, lo que provocó un aumento significativo de infecciones entre los latinoamericanos. Además, los inmigrantes enfrentaron un estilo de vida desfavorable caracterizado por condiciones de vivienda insuficientes, un incremento en el desempleo y desigualdades en el acceso a servicios médicos.

Además, la barrera del idioma y la falta de equipo tecnológico para acceder a servicios en línea dificultaron aún más el acceso a la atención médica. Durante la pandemia, los inmigrantes experimentaron diversos síntomas graves, agravados por el miedo a la deportación y la falta de información sobre seguros médicos. Muchos miembros de la comunidad latinoamericana sufrieron consecuencias a largo plazo en su salud, e incluso algunos perdieron a familiares debido al contagio. La pandemia no solo impactó considerablemente la salud física, sino que también provocó un aumento en los problemas de salud mental, como la ansiedad, la

depresión y el estrés, derivados de la pérdida de seres queridos, el abrupto aislamiento, la falta de acceso a servicios esenciales y las preocupaciones sobre el estatus migratorio.

La falta de servicios médicos en español y el apoyo gubernamental insuficiente resaltan la necesidad urgente de mejorar la asistencia a las comunidades migrantes. En este contexto, la expansión de programas como los Servicios Médicos y Hospitalarios para Personas no Aseguradas en Ontario representa un avance positivo. Sin embargo, es fundamental que estas iniciativas se mantengan y amplíen para garantizar un apoyo equitativo en futuras crisis, sin importar el estatus migratorio.

Conclusiones

La pandemia del COVID-19 generó diversos efectos y desafíos en Canadá y Estados Unidos. Los líderes de ambos gobiernos tomaron decisiones diferentes al implementar medidas de contención epidemiológica para sus comunidades. Sin embargo, la investigación muestra que la aplicación del Título 42, junto con el aislamiento social, el distanciamiento físico, la cuarentena, la vacunación y el uso de herramientas sanitarias, hizo que la comunidad migrante latinoamericana en ambos países se volviera especialmente vulnerable.

El análisis comparativo entre California y Ontario respalda la hipótesis sobre la notable falta de acceso a servicios médicos para los migrantes, atribuida a la ausencia de requisitos adecuados, el miedo a la deportación y la escasez de programas de salud para personas no aseguradas. Además, la pandemia del COVID-19 desencadenó una crisis económica debido a la implementación de la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social. La disminución de la demanda en los negocios locales y comerciales provocó un aumento en el desempleo y una reducción de salarios, lo que a su vez deterioró las condiciones de vivienda y calidad de vida de los migrantes.

La vulnerabilidad de los migrantes indocumentados en California y Ontario fue similar durante la pandemia. Sin embargo, los líderes de ambos países tomaron decisiones diferentes al inicio de la crisis. Mientras Donald Trump implementó medidas de manera tardía, Justin Trudeau actuó rápidamente, estableciendo protocolos sanitarios en colaboración con las provincias. Estados Unidos registró un mayor número de casos activos y una mayor mortalidad en comparación con Canadá, además de un alto porcentaje de discriminación hacia los extranjeros debido al miedo al contagio. A pesar de estas diferencias, ambos países enfrentaron desafíos comunes, como la desigualdad en el apoyo financiero entre residentes y migrantes indocumentados, así como la falta de acceso a servicios de salud, tecnología, protección social y recursos informativos en español.

La transición de presidencia de Donald Trump a Joe Biden también trajo un cambio en la toma de decisiones para prevenir el contagio de COVID-19 en Estados Unidos. Aunque el Título 42 fue una de las medidas de contención implementadas por Trump, Biden continuó su aplicación con la esperanza de reducir los casos activos. Sin embargo, Biden enfatizó la importancia de herramientas sanitarias como el uso de mascarillas, la vacunación y los instrumentos de detección de la enfermedad. Por otro lado, Justin Trudeau se centró en proteger a los migrantes mexicanos, reconociendo la falta de acceso a herramientas sanitarias básicas en sus trabajos esenciales.

Ambos gobiernos enfrentaron dificultades durante la pandemia de COVID-19. En respuesta, las organizaciones de salud de ambos países decidieron unir esfuerzos para agregar más programas de apoyo destinados a personas sin seguro médico, incluidos los migrantes no legalizados, y para expandir la información confiable sin generar miedo o desesperación ante largas listas de espera. La pandemia facilitó la identificación de problemas críticos en comunidades desatendidas y promovió soluciones a través del apoyo mutuo entre distritos, provincias y organizaciones médicas.

La metodología de esta investigación se centra en mejorar la recopilación de datos sobre la calidad de vida de los migrantes mexicanos en Canadá y Estados Unidos. El análisis comparativo revela una notable falta de información en este ámbito. La importancia de estos informes radica en exponer las debilidades y fortalezas de las medidas de contención implementadas durante la pandemia de COVID-19, lo que puede contribuir a mejorar las estrategias políticas en ambos países. Dado que la comunidad migrante representa un porcentaje significativo de la población en Estados Unidos y Canadá, es fundamental analizar las complicaciones y razones detrás de sus condiciones de vida diarias para facilitar una mayor integración en ambas sociedades.

Referencias

1. Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz*, 35(2), 161-164: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf
2. Aguzzi, M. G. (2021). Salud mental: McGill crea un centro en línea para las comunidades culturales. RCI español: <https://www.rcinet.ca/es/2021/01/18/salud-mental-mcgill-crea-centro-en-linea-para-las-comunidades-culturales/>
3. Beltrán Guerra, L. F. (2020, octubre 25). Medición del Bienestar Subjetivo y Condiciones de Vida en el contexto sociocultural de la contingencia por COVID en Veracruz, México. *Observatorio de Calidad de Vida y Salud Social. Instituto de Investigaciones Psicológicas Universidad Veracruzana*, (10), 94-103: <https://uvserva.uv.mx/index.php/Uvserva/article/view/2727>
4. Brock D. (1998). Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. Fundación Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=582770>
5. Canadian Mental Health Association Toronto (2023). El impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud de la población latinoamericana de habla hispana en Toronto: Un análisis de desigualdades. Wellesley Institute: <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/el-impacto-de-la-pandemia-del-covid-19-en-la-salud-de-la-poblacion-latinoamericana-de-habla-hispana-en-toronto-un-analisis-de-desigualdades/>
6. Cardona, D., & Byron Agudelo, H. (2005, junio 2). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 81-82: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/lta piasescalante,+521-Texto+del+articulo-1679-1-10-20090203_compressed.pdf
7. Castañeda, E (compilador). (1986). *Calidad de vida y cambio: reformas institucionales*. Caracas, Venezuela: conciencia 21
8. Castillo, A., & García, K. (2021, octubre 28). El Título 42 explicado: La oscura política de salud pública en el centro de una lucha fronteriza de Estados U. Los Angeles Times En español; Los Angeles Times en español: <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2021-10-28/que-es-el-titulo-42-como-afecta-a-la-inmigracion-fronteriza-de-los-norteamericanos>

9. CBC, Radio-Canadá (2022). Evolución del COVID-19: <https://ici.radio-canada.ca/info/2020/coronavirus-covid-19-pandemie-cas-carte-maladie-symptomes-propagation/index-en.html>
10. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020, agosto 1). *Rastreador de datos del COVID de los CDC Revisión semanal*. CDC: https://espanol-covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#maps_total-admissions-state
11. Chavez-Marroquin, E. (2022). The COVID-19 pandemic and material hardships: a qualitative study of undocumented immigrants in the United States. California State University, San Bernardino Scholarworks: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scholarworks.lib.csusb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2629&context=etd>
12. Clúa JL. y Aguilar, C. (1998, Setiembre). La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. España: Sociedad española de familia y comunitaria. Vol. 22 N° 5, pp 308-314: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2892789>
13. Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Canadá. (n.d.). *Portal de empleo de la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social en Canadá. Sanidad*. Ministerio de Trabajo y Economía Social: <https://www.mites.gob.es/es/mundo/consejerias/canada/webempleo/es/condiciones-trabajo/sanidad/index.htm>
14. Debusmann, B., Jr. (2022, 16 febrero). Covid: ¿por qué la tasa de mortalidad es mucho más baja en Canadá que en EE.UU.? BBC News Mundo: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-60402897>
15. Delgado Ce, Jaramillo Mm, Be, O., Santaella Mh, Nuñez Jj, Muñoz Jp, Bermonth Mv, & Arias Rd. (2009). Quality of life in patients with chronic kidney disease without dialysis or transplant: a random sample from two insurance companies. Medellín, Colombia, 2008. PubMed, 29(6), 548-556: <https://doi.org/10.3265/nefrologia.2009.29.6.5490.en.full>
16. Detsky, A., & Bogoch, I. (2020, agosto 10). *COVID-19 en Canadá. Experience and response*. Jama Network: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769439>
17. El Economista (2021). Asi bloquea Estados Unidos el material para vacunas Covid-19 que otros países necesitan: <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Asi-bloquea-Estados-Unidos-el-material-para-vacunas-Covid-19-que-otros-paises-necesitan-20210507-0068.html>

18. En El Camino. (2020, 3 junio). Jornalero mexicano muere por covid-19 en Canadá; crecen contagios en granjas: <https://enelcamino.piedepagina.mx/jornalero-mexicano-muere-por-covid-19-en-canada-crecen-contagios-en-granjas/>
19. Erikson R. (1998). *Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. La calidad de vida.* México: Fondo de Cultura Económica; 1998. p. 101-20.
20. Espinosa Henao, O. M. (2004, marzo 22). *Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de vida.* 2do Congreso Virtual de Antropología y Arqueología: https://www.equiponaya.com.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm
21. Foreign Affairs Latinoamérica (2023). La diáspora mexicana en Canadá: hacia la otra frontera: <https://revistafal.com/la-diaspora-mexicana-en-canada-hacia-la-otra-frontera/>
22. Fundación MAPFRE. (2018). Comparación internacional de sistemas sanitarios seleccionados. In *Sistemas de salud: un análisis global* (Madrid ed., pp. 32-33): <https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/todas/informe-sistemas-de-salud-analisis-global/>
23. Galli, D. (2004, octubre 22). *Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo.* Universidad de Palermo: chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcgclclefindmkaj/<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/665/Galli%2C%20Dora.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
24. Galbraith, J. K. (1973). *The new industrial state.* Houghton Mifflin
25. Gautier, L., & Di Ruggiero, E. (2023, junio 20). *Learning from intersectoral initiatives to respond to the needs of refugees, asylum seekers, and migrants without status in the context of COVID-19 in Quebec and Ontario: a qualitative multiple case study protocol - Health Research Policy and Systems.* Health Research Policy and Systems: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-023-00991-x>
26. Gómez-Vela, M., & Sabeh, E. N. (2000, enero 4). *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y la práctica.* Universidad de Salamanca: <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
27. Government of Canada. (2023, June 23). *COVID-19 vaccination coverage in 4 Canada.* Health Infobase: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/#a5>
28. Government of Canada. (2020). 2021 Annual Report to Parliament on Immigration. Canada.ca: [114](https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-

</div>
<div data-bbox=)

- citizenship/corporate/publications-manuals/annual-report-parliament-immigration-2021.html
29. Hopkins, J. (2023, marzo 10). *Coronavirus: Mapa Interactivo en Vivo*. CODEINEP : https://codeinep.org/coronavirus-mapa-interactivo-en-vivo/#after_section_1
30. INEGI. (2023). Bienestar subjetivo - BIARE Básico. INEGI: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/basico/#tabulados>
31. Jaramillo, M. (2016). Mediciones de bienestar subjetivo y objetivo: Complemento o sustituto. *Acta sociológica*, (70), 49-71: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/57829>
32. Jiménez Romera, C. (2010). Calidad de vida. *Temas de sostenibilidad urbana*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.pdf
33. La Jornada del Campo. (2020, 16 mayo). Impacto del COVID-19 en el trabajo y la salud de migrantes mexicanos en Canadá: <https://www.jornada.com.mx/2020/05/16/delcampo/articulos/impacto-en-migrantes.html>
34. La Casa Blanca. (2022, 11 mayo). *Plan del COVID-19 del presidente Biden*. La Casa Blanca: <https://www.whitehouse.gov/es/plandelcovid/>
35. Loli, A. E., R, J. D., Navarro, V., & Cerón, F. (2018). La calidad de vida laboral y el soporte institucional para el trabajo en profesionales de las entidades públicas y privadas de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 21(1), 27-50: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/Di alnet-LaCalidadDeVidaLaboralYElSoporteInstitucionalParaE-8162716.pdf
36. Lund, J.J., Tomsich, E., Schleimer, J.P. et al. Changes in suicide in California from 2017 to 2021: a population-based study. *Inj. Epidemiol.* 10, 19 (2023): <https://doi.org/10.1186/s40621-023-00429-6>
37. Macía Arce, X. C. (2009, Julio). Consideraciones teóricas sobre el concepto calidad de vida en la sociedad de la información. *Teoría de la educación, educación y cultura en la sociedad de la información*, 10(2), 246-262: chrome-

- extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/2010/201017352015.pdf
38. Masferrer, C. (2021). *Migración y desigualdades ante COVID-19: Poblaciones vulnerables y redes de apoyo en México y Estados Unidos*. (1ra ed.). El Colegio de México: https://migdep.colmex.mx/publicaciones/COVID-19_Poblaciones-Vulnerables-Redes-Apoyo.pdf
 39. Naciones Unidas (s.f). Las muertes por COVID-19 sumarían 15 millones entre 2020 y 2021. Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/desa/las-muertes-por-covid-19-sumar%C3%ADan-15-millones-entre-2020-y-2021>
 40. Naciones Unidas. (2020, agosto). Impacto del COVID-19 en la economía de los Estados Unidos y respuestas de política. CEPAL: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45981-impacto-covid-19-la-economia-estados-unidos-respuestas-politica>
 41. Namihira-Guerrero, D. (2020). *Glosario epidemiológico 2020 para entender la pandemia COVID 19*. Universidad Veracruzana: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.uv.mx/plandecontingencia/files/2020/05/Glosario_Epidemiologico_90520.pdf
 42. Nelson, L. J., & Sheets, C. (2021, octubre 2). La mayoría de los trabajadores sanitarios de California se han vacunado, pero los que se resistan podrían ser despedidos. Los Angeles Times: <https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2021-10-02/most-california-health-workers-got-vaccinated-but-holdouts-could-be-fired>
 43. Ochoa Bilbao, L., & Lallande, J. P. (2017). Cosmopolitismo, constructivismo y liberalismo institucional: diálogo teórico en torno a la cooperación internacional para el desarrollo. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 19(37), 273-299: <https://www.redalyc.org/journal/282/28250843015/html/>
 44. Organización Mundial de la Salud. (2020, junio 29). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
 45. Passel, J. S. (2023, mayo 31). *Datos migratorios en América del Norte*. Migration Data Portal: <https://www.migrationdataportal.org/es/regional-data-overview/datos-migratorios-en-america-del-norte>
 46. Pulcha-Ugarte, R., Pizarro-Lau, M., Gastelo-Acosta, R., & Maguiña-Vargas, C. (2019). ¿Qué lecciones nos dejará el covid-19?: Historia de los nuevos coronavirus. *Rev Soc Peru Med Interna*, 33(2), 68-76: <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i2.523>

47. Radio-Canada. (2021). *Canadá se prepara a abrir sus fronteras a viajeros extranjeros vacunados*. RCI: <https://ici.radio-canada.ca/rci/es/noticia/1821573/canada-apertura-fronteras-viajeros-extranjeros-vacunados>
48. Radio-Canada. (s. f.). Gobierno afirma que Canadá necesita más inmigrantes. RCI : <https://ici.radio-canada.ca/rci/es/noticia/1948214/gobierno-afirma-canada-necesita-inmigrantes>
49. Reitz, J., & Hernández, M. (2023). El crecimiento de la migración mexicana calificada hacia el norte: destinos estadounidenses y canadienses. *Migraciones Internacionales*, 14(5), 30: <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/2593/2117>
50. Rentería Pedraza, V. H. (2021, enero 25). *Impacto de la deportación, en las familias migrantes mexicanas en el sur del condado de San Diego, California*. Universidad Internacional de la Paz, México: <https://huellasdelamigracion.uaemex.mx/article/view/14617/12007>
51. Rentería Pedraza, V. H., & Spears Kirkland, A. L. (2016). Migración y calidad de vida: el caso de los migrantes latinoamericanos resididos en el este de Los Ángeles, California. *Revista Internacional de Estudios Sociales y Comunes interdisciplinarios*, 5(1), 33-47: <https://journals.eagora.org/revSOCIAL/article/view/474/82>
52. Reyes Pontet, M. D. (2023, mayo). *Índice de calidad institucional y desarrollo económico: Análisis de clústeres y el caso de Argentina*. Red Nacional de Investigadores en Economía: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rednie.eco.unc.edu.ar/files/DT/238.pdf](https://rednie.eco.unc.edu.ar/files/DT/238.pdf)
53. Reuters, A. S. (2021, abril 22). El esperado informe resuelve algunas dudas, pero los expertos advierten que habrá que seguir indagando para descubrir los verdaderos orígenes del virus. National Geographic: <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2021/03/esto-revela-informe-oms-sobre-origenes-de-coronavirus>
54. Rivas-Sánchez, E. (2021, diciembre 30). Grietas en las fronteras: insurgencias migrantes en Canadá, solidaridad, refugio y protección de la vida en los tiempos del COVID-19. *Revista de Sociología*, 1(33), 95-121: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociologia/article/view/21797>

55. Rodríguez, N., & García, M. (2006, febrero 03). La noción de Calidad de Vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación. Instituto Pedagógico de Caracas*, 57(10): chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaDesdeDiversasPerspectivas-2053485.pdf
56. Rosas, M. C. (2020, junio 14). *Estados Unidos y el Coronavirus*. UNAM Global: https://unamglobal.unam.mx/global_revista/estados-unidos-y-el-coronavirus/
57. Roosevelt, M. (2022, 3 enero). ¿Cómo cambiarán las leyes laborales de California en 2022?. Los Angeles Times: <https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2022-01-02/la-las-nuevas-leyes-sobre-el-lugar-de-trabajo-que-entraron>
58. Runwal P. (2022, 2 septiembre). La pandemia agravó los obstáculos para acceder a la atención médica, y muchas personas en EE.UU. siguen retrasando o renunciando al tratamiento. National Geographic: <https://www.nationalgeographic.es/historia/2022/09/el-desafio-de-ser-inmigrante-en-tiempos-de-covid-19>
59. Salas, C., & Garzón, M. O. (2013, febrero 18). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4(1), 40-41: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/file:///C:/Users/pancho/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356%20(1).pdf
60. Santín Peña, O. (2023). Estrategias canadienses para enfrentar la Covid-19 y escenarios pos pandémicos en la región de Norteamérica. Banca, Finanzas y Política Macroeconómica: Afrontar la pandemia en condiciones inciertas: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ru.micisan.unam.mx/bitstream/handle/123456789/1024/L0169_0133.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. Shiab, N., & Pelletier, D. (2021, February 9). *Suivez la campagne de vaccination en continu*. Radio-Canada: <https://ici.radio-canada.ca/info/2021/02/vaccination-doses-immunite-collective-covid-19/>
62. Stefano, A. (2001). El curso realizadores audiovisuales como alternativa de aprendizaje desarrollada desde la educación popular para mejorar la calidad de vida de los jóvenes de la parroquia Caricuao. Trabajo de Grado no publicado Instituto Pedagógico Miranda José Manuel Siso Martínez, La Urbina.
63. Strassle, P. (2022, Febrero 23). *COVID-19–Related Discrimination Among Racial/Ethnic Minorities and Other Marginalized Communities in the United States*.

- American Public Health Association:
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2021.306594?role=tab>
64. Toro, O., & Leyton, G. (2022, octubre 21). *The impact of COVID-19 and access to health services in the Hispanic/Mexican population living in the United States*. *Frontiers*: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.977792/full>
65. Triandafyllidou, A. (2021). Migration and Pandemics: Spaces of solidarity and spaces of exception. *IMISCOE Research Series*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/51966/978-3-030%E2%80%939381210-2.pdf?sequence=1
66. Tyler G. (1992). *Ecología y medio ambiente: introducción a la ciencia ambiental, el desarrollo sustentable y la conciencia de conservación del planeta tierra*. Grupo Editorial Iberoamérica
67. Valencia, R. (2018, mayo). *Comienzan conversaciones sobre el cierre fronterizo entre Canadá y Estados Unidos*. *Radio-Canada*: <https://www.rcinet.ca/es/2021/05/17/comienzan-conversaciones-sobre-cierre-fronterizo-entre-canada-y-estados-unidos/>
68. Valenzuela Hernández, E. R. (2021). Antecedentes conceptuales acerca del bienestar humano y la calidad de vida. In *Evolución de constructos en psicología* (1era ed., pp. 52-60). Qartuppi: <https://qartuppi.com/ciencias-sociales/evolucion/>
69. Vall, J. (2021). *COVID en el mundo. Canadá. Nada es gratis*: <https://nadaesgratis.es/judit-vall/covid-en-el-mundo-canada>
70. Vargas Hernández, J. G. (2008). *Perspectivas del Institucionalismo y Neo institucionalismo*. *Ciencia Administrativa*: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/perspectivas2008-1.pdf
71. Vergara D., R., Alonso, L., Palacio, J.E. y Rojas, M. (2009, Abril/Junio). El desarrollo humano en la calidad de vidas integradas en un modelo de gestión urbana para Barranquilla. Colombia: *Revista Salud Uninorte* Vol. 25, N° 2, 374-390:

http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/25-2/14_%20El%20

[Desarrollo%20Humano%20y%20la%20Calidad%20de%20Vida.pdf](#)

72. Vilar-Compte, M., Gaitan-Rossi, P., Felix-Beltran, L., & Bustamante, A. V. (2022). Pre-COVID-19 Social Determinants of Health Among Mexican Migrants in Los Angeles and New York City and Their Increased Vulnerability to Unfavorable Health Outcomes During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Immigrant and Minority Health*. (24), 65-77: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-021-01283-8>
73. Zubieta, C. H. (2023, 12 marzo). La presencia de los mexicanos en Estados Unidos: 200 años de incomprensión. Este País: https://estepais.com/tendencias_y_opiniones/mexico-en-el-mundo/presencia-mexicanos-eua/