

Políticas públicas y gestión de crisis en relación con la salud mental durante la pandemia en la Ciudad de México

Karla Steffany Ruiz Ramírez  Universidad Autónoma Metropolitana, México.
Correo electrónico: steffany2191@gmail.com

Jorge E. Culebro M.  Universidad Autónoma de México, México.
Correo electrónico: jcmoreno@cua.uam.mx

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.16256>

RESUMEN

Este artículo examina la administración de crisis y las políticas públicas en términos de salud mental en la Ciudad de México durante la pandemia del Covid-19, centrándose específicamente en los migrantes irregulares. Mediante un análisis documental, se constata que la respuesta gubernamental fue fragmentada y relegó la salud mental. Las políticas resultaron insuficientes, agravando la situación de los migrantes, quienes enfrentaron trauma acumulado, estigma y falta de acceso a servicios, asimismo, la sociedad civil cubrió parcialmente el vacío institucional. Se concluye que la pandemia evidenció fallas estructurales en el sistema de salud mental y se requiere un cambio de paradigma que lo priorice, con políticas descentralizadas, con enfoque de género y de derechos humanos, centradas en los grupos más vulnerables.

Palabras clave: gestión de crisis; Covid-19; salud mental; migración; políticas públicas.

Public Policies and Crisis Management in Relation to Mental Health During the Pandemic in Mexico City

ABSTRACT

This article analyzes crisis management and public mental health policies in Mexico City during the Covid-19 pandemic, focusing on the irregular migrant population. Through document analysis, it is established that the governmental response was fragmented and relegated mental health. The policies proved insufficient, exacerbating the situation of migrants, who faced accumulated trauma, stigma, and a lack of access to services, while civil society partially filled the institutional gap. It is

Para citar este artículo: Ruiz Ramírez, K. S., & Culebro M., J. E. (2026). Políticas públicas y gestión de crisis en relación con la salud mental durante la pandemia en la Ciudad de México. *Desafíos*, 38(Especial), 1-27.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.16256>

concluded that the pandemic exposed structural failures in the mental health system and necessitates a paradigm shift to prioritize it, with decentralized policies employing gender and human rights perspectives, centered on the most vulnerable groups.

Keywords: crisis management; Covid-19; mental health; migration; public policies.

Políticas públicas e gestão de crises relacionadas à saúde mental durante a pandemia na Cidade do México

RESUMO

Este artigo examina as políticas públicas e a gestão de crises relacionadas à saúde mental na Cidade do México durante a pandemia de covid-19, com foco específico em migrantes em situação irregular. Por meio de uma análise documental, constata-se que a resposta governamental foi fragmentada e relegou a saúde mental a segundo plano. As políticas se mostraram insuficientes, agravando a situação dos migrantes, que enfrentavam traumas acumulados, estigma e falta de acesso a serviços, e a sociedade civil preencheu parcialmente o vácuo institucional. Conclui-se que a pandemia evidenciou falhas estruturais no sistema de saúde mental e que é necessária uma mudança de paradigma que priorize essa área, com políticas descentralizadas, abordagem de gênero e de direitos humanos e foco nos grupos mais vulneráveis.

Palavras-chave: gestão de crises; covid-19; saúde mental; migração; políticas públicas.

Introducción

Conforme lo estipula el Reglamento Sanitario Internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proclamó el 30 de enero del 2020 que la epidemia de Covid-19 era una emergencia sanitaria. Más de dos años después, el 28 de junio del 2022, se habían registrado 162 418 598 casos acumulados y 2 759 793 muertes en las Américas (World Health Organization [WHO], 2022). En el caso de México, para los primeros días de julio de 2022, se contabilizaron 4 930 069 de casos acumulados y 305 983 defunciones, de acuerdo con la Secretaría de Salud (WHO, 2022).

En respuesta a este escenario, diversos gobiernos implementaron programas y políticas para reducir el efecto de la crisis sanitaria. Estas acciones incluyeron el confinamiento de individuos infectados, la reducción de la movilidad y el cierre de una gran cantidad de establecimientos (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Aunque estas medidas tuvieron un efecto significativo en las áreas económicas del país, también perjudicaron la salud mental y

emocional de los ciudadanos (González-Jaimes et al., 2020; Mucci et al., 2016). La evidencia empírica acumulada durante la pandemia ha demostrado que el confinamiento prolongado, el aislamiento social y la incertidumbre económica generaron un incremento significativo en los trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático a nivel global (Pfefferbaum & North, 2020; Vindegaard & Benros, 2020).

Han pasado más de seis años desde que el Covid-19 fue declarado como pandemia y que llegó a México con el primer caso registrado en la Ciudad de México el 28 de febrero de 2020. A partir de entonces, el gobierno mexicano inició una serie de medidas dirigidas principalmente al aislamiento de la población y la disminución de la movilidad en todo el país (Hernández et al., 2023). Estas medidas se desarrollaron en diversas fases y, en muchos casos, con resultados diferentes entre los Estados. En el ámbito de la Ciudad de México, se implementaron, por un lado, las políticas del gobierno federal y, por el otro, un conjunto de medidas para mitigar el impacto de la crisis, aunque la mayoría de ellas fueron de carácter económico y sanitario, con escasa atención a la salud mental.

Durante esta etapa de pandemia, una de las poblaciones vulnerables más afectadas fue la población migrante y refugiada, no solo por las consecuencias que conlleva inmigrar de manera irregular, sino también por el hecho de enfrentar “conductas racistas y xenófobas hacia la población migrante y refugiada que se vieron incrementadas por la creencia de que eran los responsables de la propagación del virus, debido a la poca protección o cuidado ante el contagio” (You et al., 2020, p. 37). Diversos estudios señalan la vulnerabilidad y precariedad de esta población durante la pandemia, especialmente en las ciudades y zonas metropolitanas (Guadagno, 2020; Kluge et al., 2020).

Parte del problema —que se derivó de dichas políticas en los distintos niveles de gobierno— es responsabilidad de la ciudad y los gobiernos metropolitanos, que deben atender a la población inmigrante con las facultades y competencias que les otorga el marco normativo como gobierno subnacional, pero que, generalmente, tienen pocas herramientas y capacidad para llevar a cabo políticas y programas efectivos, ya que la migración corresponde principalmente al ámbito nacional o federal (Lacroix et al., 2025). Algunas de estas limitaciones se deben al carácter transfronterizo que tienen las llamadas crisis migratorias (Boin et al., 2014).

Existe inquietud acerca de cómo se encuentran las personas que han migrado irregularmente en el contexto de una crisis y una pandemia, no solo por ser transfronteriza esta migración, sino también por las particularidades que tiene la crisis producida por la pandemia a nivel global. En contraste, aunque la mayoría de las investigaciones sobre el manejo de crisis y del Covid-19 se enfocan tanto en las consecuencias económicas como en las de salud y muertes, existen pocas que tratan específicamente el rol que tienen los países en los problemas de salud mental, especialmente en las urbes (Holmes et al., 2020).

El objetivo de esta investigación es proporcionar un modelo analítico que permita examinar el impacto en la salud mental de la población migrante en Ciudad de México, como resultado de las políticas y programas implementados por el gobierno durante la pandemia. Se analizan las estrategias de salud pública que se enfocaron en la administración de crisis durante la pandemia y en el bienestar mental de esta agrupación poblacional. Aunque se ha reconocido que la salud mental es un problema relevante en el contexto de la pandemia y después de ella, sus efectos sanitarios aún no han sido investigados a fondo en grupos poblacionales concretos (Xiong et al., 2020; Ruiz Ramírez, 2023).

Asimismo, sectores como la clase media, que ya enfrentaban desigualdades económicas, sufrieron un fuerte impacto debido a las crisis sanitaria y económica. Para ello, se recomienda que la literatura sobre las crisis y su gestión sea considerada como una perspectiva territorial que tenga en cuenta las particularidades de las zonas rurales y urbanas (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). En esta situación, es fundamental que las comunidades en condición de marginación intervengan en la elaboración de políticas públicas del gobierno durante la emergencia sanitaria con el fin de promover la prevención de trastornos mentales y facilitar a los infectados las medidas de aislamiento (Pérez-Escamilla et al., 2020). Se considera relevante destacar que una parte importante de este texto se fundamenta en lo expuesto en la ponencia del XXXIII Congreso Alas 2021 (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022).

Metodología

El análisis cualitativo de documentos, con un enfoque descriptivo y exploratorio, fue la metodología que se empleó para llevar a cabo este estudio entre enero y junio del 2023. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Redalyc, Google Scholar, SciELO y PubMed. Se emplearon los descriptores “salud

mental”, “ Covid-19”, “migración”, “políticas públicas” y “Ciudad de México”, junto con operadores booleanos. Los documentos que fueron publicados entre 2020 y 2023, en inglés o español, y que trataran sobre la relación entre migración, políticas públicas y salud mental se establecieron como criterios de inclusión. Dentro de estos documentos se incluyen informes de organizaciones no gubernamentales (ONG) e internacionales, artículos académicos revisados por pares, tesis pertinentes y documentos oficiales del gobierno. Se excluyeron publicaciones anteriores a 2020 sin contexto pandémico, materiales de opinión no sustentados, documentos sin autoría institucional identificable y artículos que no guardaban una relación directa con el tema tratado.

Las fuentes se agruparon en cuatro tipos: de la sociedad civil (informes de ONG y MSF), académicas (tesis y artículos científicos), gubernamentales (documentos de SEDESA, SHCP y legislación) e internacionales (OIM, OMS y ACNUR). El análisis se llevó a cabo a través de un procedimiento de cuatro etapas: 1) Revisión y selección documental (se identificaron 186 documentos iniciales, pero solo 52 fueron seleccionados para el análisis final); 2) Extracción de datos usando una matriz de categorías (incluyendo información bibliográfica, contexto, políticas identificadas, población objetivo, impactos y limitaciones); 3) Análisis de contenido temático siguiendo el método propuesto por Braun y Clarke (2006), con categorías tales como gestión de crisis, políticas relacionadas con la salud mental, impacto en migrantes y barreras para acceder a los servicios; y, finalmente, triangulación de fuentes para corroborar la coherencia de los hallazgos según Denzin (2017).

Para evaluar la calidad de las fuentes se emplearon los criterios de autoridad institucional, actualidad, objetividad, verificabilidad y relevancia temática. Los principales obstáculos metodológicos fueron: la escasez de información concreta sobre migrantes irregulares, el acceso limitado a ciertos documentos del gobierno, la posibilidad de que los datos sean actualizados después del periodo de recolección, la tendencia a publicar solo información positiva en las fuentes gubernamentales (que se mitiga por medio de triangulación) y el alcance geográfico que se limita a la Ciudad de México, lo cual dificulta generalizar los resultados.

Gestión de crisis y Covid-19

Usualmente, el término crisis se ha vinculado con otros sucesos como los desastres naturales o acontecimientos deliberados, por ejemplo, la violencia o el

terrorismo, e incluso problemas económicos. Asimismo, el concepto de crisis incluye el componente inesperado o sorpresivo, por lo que se trata de eventos excepcionales y singulares, a pesar de que las organizaciones cuentan con protocolos y esquemas que les facilitan la atención a circunstancias de emergencia o alteraciones súbitas en el entorno (Boin et al., 2021a).

Aunque numerosas crisis han surgido en las últimas décadas, como el atentado de las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001 y el accidente de Chernóbil, con características diferentes, todas ellas han requerido medidas urgentes debido a la incertidumbre que las rodeaba y, a la necesidad de una respuesta por parte de las organizaciones responsables o de las autoridades frente a una amenaza significativa. En muchas circunstancias, como la pandemia de Covid-19, también pueden ser consideradas puntos de inflexión en el desarrollo de trayectorias y como coyunturas críticas (Boin et al., 2021b; del Rosario et al., 2021; Moloney & Moloney, 2020; Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022).

Desde diferentes enfoques académicos se ha analizado el estudio de las crisis. Sin embargo, según la perspectiva de la gestión de crisis (Boin, 2009), se puede describir por medio de tres ejes fundamentales: el hecho de que existe una amenaza importante para una entidad, la sociedad o el bienestar humano; un alto grado de incertidumbre y la urgente necesidad de una respuesta pronta (Boin & 't Hart, 2007). En este escenario, gestionar una crisis consiste en implementar acciones para reducir sus efectos y restaurar la normalidad en la medida de lo posible.

En tiempos de crisis, la población busca a las autoridades no únicamente para entender lo que está ocurriendo, sino también para determinar el tipo de crisis y disminuir el sentimiento de incertidumbre (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). En esta dinámica de gestión, el papel del gobierno y las figuras de autoridad son fundamentales, no solo para la creación de políticas públicas, sino también durante las etapas de preparación y análisis posterior (Boin et al., 2007). La definición de la estrategia de comunicación, dar sentido a la crisis, tomar decisiones rápidamente y garantizar su implementación son algunas de las funciones principales de la autoridad (Boin & 't Hart, 2007; Boin et al., 2013).

Esto impacta de manera importante en la gobernabilidad, la legitimidad y la capacidad de reacción de las entidades gubernamentales (Christensen et al., 2018). Las políticas públicas del gobierno federal, y en específico las

del Gobierno de la Ciudad de México, relacionadas con la salud mental, cobran importancia precisamente en este contexto. Esto se debe a que las políticas se implementan para enfrentar los retos surgidos a raíz de la pandemia del Covid-19 (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). La gestión de crisis, por tanto, no se limita a la respuesta inmediata, sino que implica un proceso continuo de aprendizaje y adaptación institucional (Ansell & Boin, 2019; Boin, Hart & Kuipers, 2017).

Salud mental, migración y Covid-19 en la Ciudad de México

Los datos de salud mental de la población migrante reflejan el impacto negativo a lo largo de su experiencia migratoria, por lo cual es necesario comparar la etapa previa con la pandemia del Covid-19. En 2017, Médicos Sin Fronteras (MSF) informó que a nivel mundial se atendieron 306300 consultas individuales de salud mental y 49800 sesiones grupales. Asimismo, se reportó que en la ruta de migrantes y refugiados en México se realizaron 1857 sesiones de atención en salud mental y psicosocial (Médicos Sin Fronteras [MSF], 2017), las cuales se clasifican en atención grupal, primeras sesiones y atención de seguimiento (figura 1). El 30% de los pacientes —de las 833 consultas de primera vez de salud mental— presentaron síntomas de depresión, mientras que el 43% se asoció con signos de ansiedad (MSF, 2017, p. 13). En otras palabras, los trastornos depresivos y de ansiedad son los más comunes en los síntomas de salud mental, y la violencia es el principal factor de riesgo relacionado, tal como se observa en la figura 2.

Figura 1. Atención en la ruta de migrantes y refugiados en México

Tipo de atención	Número de sesiones
Atención grupal	415
Primeras sesiones	833
Atención de seguimiento	609
Total	1857

Nota. Datos adaptados de Médicos Sin Fronteras (2017).

Figura 2. Relación entre factores de riesgo y problemas de salud mental

Factor de riesgo	Problema de salud mental asociado
Violencia física	Depresión, ansiedad, estrés postraumático
Violencia sexual	Ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático
Violencia psicológica	Ansiedad, depresión, baja autoestima
Discriminación	Ansiedad, depresión, aislamiento social
Inseguridad en la ruta	Estrés postraumático, ansiedad

Nota. Elaboración propia con base en datos de Médicos Sin Fronteras (2017, p. 13).

Estos datos indican que existe una conexión importante entre la violencia y el bienestar psicológico, lo cual destaca la importancia de tratar la violencia en la población migrante para reducir los impactos en sus emociones. MSF informó que, entre junio de 2018 y el mismo mes de 2019, el 45% de los 2315 pacientes atendidos por salud mental en Matamoros y Reynosa había experimentado actos violentos durante su proceso migratorio. De esta población, el 33% informó haber sufrido violencia física y el 19%, violencia sexual (MSF, 2019).

A finales de 2019, se fundó la línea telefónica por MSF para asistencia psicológica a migrantes, administrada por expertos de Guerrero y la Ciudad de México (MSF, 2020a), que brinda primeros auxilios psicológicos para afrontar situaciones emocionales difíciles. Este servicio atendió a 61 individuos entre diciembre de 2019 y abril de 2020. Como se puede observar, la atención de salud mental dirigida a migrantes en México era ya insuficiente antes de la pandemia, sobre todo para aquellos que entraron al país irregularmente. Estos últimos tuvieron acceso restringido a servicios especializados y sufrieron trastornos psicológicos en altos niveles (Vilar Peyrí & Eibenschutz Hartman, 2007).

Durante la crisis sanitaria provocada por el Covid-19, las medidas de salud mental promovidas por el gobierno capitalino llegaron a los migrantes de forma restringida. Por lo que, las ONG y la sociedad civil desempeñaron un papel fundamental en ofrecer apoyo emocional y psicológico a este grupo. En el año 2020, MSF habilitó alrededor de 46 centros y 40 albergues para brindar asistencia a los migrantes en México. Diversos centros especializados en la Ciudad de México, Reynosa, Tijuana, Chiapas y Matamoros, entre otros lugares, brindaron atención de salud mental y médica. En el transcurso de ese año,

MSF proporcionó servicios para la salud mental en todo el país con un total de 9480 consultas, destacando la detección de casos principales de ansiedad y depresión —aunque no se cuenta con el porcentaje para cada caso— (MSF, 2020b).

No obstante, la organización se vio desafiada por el cierre de refugios al comienzo de la pandemia, lo que dificultó la realización segura de consultas y el acceso a la atención (MSF, 2020b). A nivel mundial, MSF ofreció 450500 consultas de salud mental en 2020, demostrando la amplia repercusión de los desafíos de salud mental en diversos entornos y comunidades (MSF, 2020b). Estudios internacionales han documentado que la pandemia afectó desproporcionadamente a las poblaciones migrantes, quienes enfrentaron mayores barreras de acceso a servicios de salud, pérdida de empleo y discriminación (Shadmi et al., 2020; Orcutt et al., 2020).

Es esencial que el gobierno de México asigne recursos financieros prioritariamente a los servicios de atención psicológica para la población migrante (Russell, 2020). En general, se considera que la oferta de asistencia psicológica para migrantes y otros grupos vulnerables en México creció de manera significativa durante el periodo de pandemia, aunque insuficientemente frente a la magnitud de la necesidad (Duque Sosa, 2020).

Las ONG en México vieron un aumento notable en la solicitud de servicios de salud mental y tratamiento psicológico durante la pandemia. La salud mental de las personas migrantes se vio fuertemente afectada por los efectos del confinamiento, la incertidumbre económica y las restricciones de movilidad (Sedas et al., 2020). A pesar de que las ONG ayudaron a muchas personas, no pudieron satisfacer completamente la creciente necesidad de apoyo psicológico, dejando a muchas personas sin la atención que requerían.

Por otro lado, se implementó el Apoyo Emergente para Personas Migrantes, Refugiadas y/o Desplazadas Internas, que ofreció ayuda en la obtención de documentos de identificación, atención médica y trabajo; al mismo tiempo, se proporcionó evaluación y cuidado médico para enfermedades emergentes y crónicas (Secretaría de Gobierno, 2021). El Programa de Atención Integral a Víctimas y Grupos Vulnerables brindó atención psicosocial, a pesar de esto, en ocasiones los migrantes irregulares accedían a los servicios de salud, pero se enfrentaban a obstáculos sociales y burocráticos que dificultaban su entrada,

al mismo tiempo que tenían miedo de ser deportados a su país, lo que limitaba el acceso a estos programas (Mallet-García & Delvino, 2021).

Se clasificaron las acciones del Gobierno de la Ciudad de México en respuesta a la crisis sanitaria mental que golpeó a los migrantes irregulares durante la pandemia por Covid-19 para comprender el papel de las instituciones y los programas. Se identificaron tres etapas para analizar el efecto de los programas puestos en marcha y cómo el Covid-19 afectó a este grupo en cada una:

- Primera fase: Etapa inicial (marzo a junio de 2020)

Esta etapa abarca desde marzo de 2020, cuando se registró el primer caso en la Ciudad de México, hasta junio del mismo año. Esta fase se distingue por ser un tiempo de duelo, incertidumbre económica y temor a contagiarse. Durante este tiempo se llevó a cabo la implementación de primeros auxilios psicológicos, cuyo objetivo fue brindar apoyo inmediato a individuos con síntomas agudos de ansiedad y depresión (“Primeros auxilios psicológicos...”, s. f.). En esta etapa se destacó el aumento de los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Es posible que este aumento también haya afectado a la población migrante por la incertidumbre, el temor al contagio, la implementación de políticas migratorias más estrictas, la ausencia de redes de apoyo —ya que muchos albergues durante la pandemia cerraron sus puertas por el mismo miedo, como la casa Tochan que cerró temporalmente sus admisiones para proteger a quienes se encontraban libres del virus (Asmann, 2021; “Entre incertidumbre y miedo...”, 2021)— y el acceso limitado a los servicios de salud mental, lo que provocó un aumento de la vulnerabilidad de estos individuos. Especialmente, la interrupción de las actividades en los albergues y la falta de respaldo o apoyo psicológico durante el Covid-19 agravaron la situación (Sedas et al., 2020).

- Segunda fase: Etapa de adaptación y resiliencia (julio de 2020 a diciembre de 2021)

Esta fase se caracterizó por la llegada de caravanas migrantes a inicios del mes de octubre de 2020, momento en el cual distintos grupos procedentes de Centroamérica intentaron atravesar el país a pesar de las medidas sanitarias vigentes (“La primera caravana de migrantes...”, 2020). Este periodo se denominó “resiliencia y adaptación” debido a que en esta etapa se crearon estrategias para afrontar la pandemia y toda la situación que conllevó —como el aislamiento social,

el miedo al contagio, el miedo a que un ser querido muriera, entre otros— (Sedas et al., 2020).

En esta etapa, la población se apoyó en los recursos digitales para la atención psicológica —como el *call center* de MSF—; sin embargo, hubo limitantes ante los servicios de salud mental, lo que posiblemente, propició el aumento en los padecimientos de trastornos de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Vilar Peyrí y Eibenschutz Hartman (2007) mencionan que la falta de políticas públicas y la insuficiencia para atender las demandas emergentes en la salud mental —para las personas migrantes en situación de irregularidad— incrementó la sensación de abandono institucional.

- Tercera fase: Etapa de recuperación y atención continua (2022 hasta la actualidad)

En esta etapa se registró una mayor disponibilidad y acceso a los servicios de salud mental; no obstante, los obstáculos estructurales como la falta de documentos legales siguen perjudicando a los migrantes. Así mismo, las acciones de salud pública empezaron a considerar la salud mental de los grupos vulnerables —como los migrantes irregulares—; una medida importante fue el desarrollo de plataformas digitales para la atención psicológica, la cual ha tenido beneficios, así como algunas restricciones (Ruiz Ramírez, 2023). Los grupos más susceptibles, como los migrantes irregulares, enfrentaron una serie especial de retos tales como el estrés causado por el confinamiento, la falta de trabajo, el estigma y la xenofobia que, sin duda, afectaron su salud mental (IOM News Global, 2020) Motivo por el cual es importante garantizar la participación de todos en las respuestas a la salud mental de parte de los gobiernos, sobre todo durante situaciones de crisis como lo fue el Covid-19.

Uno de los desafíos más difíciles a lo largo de la pandemia del Covid-19 ha sido el trauma acumulado y las circunstancias vulnerables en las que se encuentran los individuos migrantes. La agencia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y sus organizaciones asociadas han proporcionado asistencia en salud mental y apoyo psicosocial a más de 250000 migrantes, aunque todavía se sigue investigando el efecto en la salud mental de esta y otras poblaciones vulnerables. Sin embargo, el aumento de personas excluidas de esta cobertura asistencial es una preocupación, tal

como indica el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (“Covid-19 inducing...”, 2020).

Es urgente invertir en programas de salud mental y soporte psicosocial para las comunidades locales que albergan a los desplazados y para estos mismos. Si no se trata de su bienestar de forma integral en este momento, los efectos podrían ser permanentes y prolongarse por generaciones. Para fomentar el desarrollo de sociedades resilientes y mentalmente sanas, es fundamental prestar atención a la salud mental (“Covid-19 inducing...”, 2020).

En resumen, la pandemia en la Ciudad de México mostró y aumentó las debilidades ya existentes en la salud mental de la población migrante. Además, las dificultades que los migrantes irregulares enfrentaron se ven reflejadas en las tres fases, lo que resalta la importancia de brindar atención continua y prevención en salud mental para los migrantes irregulares durante y después de la pandemia.

Programas y políticas de la Ciudad de México

Es esencial mencionar que, aunque la frecuencia de problemas de salud mental ha crecido desde que comenzó la crisis sanitaria, estos asuntos no se han abordado como una prioridad en la agenda del gobierno mexicano. Para analizar los programas y políticas públicas de salud mental que se implementaron en la Ciudad de México durante la pandemia por Covid-19, es importante situar el contexto anterior. De acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), en 2019, un 10.8% de la población experimentaba síntomas de depresión y un 26.8%, signos de ansiedad.

Debido al notable incremento en las cifras de depresión y ansiedad durante la pandemia (Xiong et al., 2020), es imperativa la reorganización para hacer frente a crisis de salud, dado que no se dispone de una responsabilidad y contribución pública nacional suficiente en la esfera pública, privada y social. Por ese motivo, es esencial fortalecer la motivación y disposición de aportación al diseño de políticas y así preservar un alto nivel de demandas éticas para enfrentar futuras emergencias sanitarias (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Indudablemente, esta postergación por parte del gobierno da inicio al cuestionamiento sobre la razón del aumento de problemas de depresión y ansiedad.

La reacción de los servicios sanitarios en términos de salud mental durante la pandemia fue escasa y poco efectiva, lo cual ha incrementado el número de problemas de salud mental. La carencia de recursos financieros ha dado lugar a que se produzcan desigualdades en el acceso a la atención. Esto se debe a que solo el 2.1% del presupuesto total de la Secretaría de Salud es para este sector, lo que equivale a 3030 millones de pesos (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP], 2021). Esta cifra contrasta significativamente con las recomendaciones de la OMS, que sugiere que al menos el 5% del presupuesto de salud debería destinarse a salud mental (OMS, 2020).

Con el objetivo de salvaguardar la salud de los y las mexicanas, es imprescindible que se actualicen y pongan en práctica las leyes en vigor dentro del marco de la pandemia, en el ámbito de las políticas públicas. Según Ruiz Ramírez (2023), el Estado tiene la responsabilidad de tratar los asuntos vinculados a la salud pública, como la salud mental, ya que son relevantes para la economía, la sociedad y el gobierno. Los datos a nivel internacional muestran que invertir en salud mental genera un retorno social importante y ayuda a la capacidad de adaptación de la población migrante.

El bienestar mental ha sido identificado como una parte esencial de la salud pública en todo el mundo, la salud mental en México ha sido regulada a través de diversas reglas, incluyendo el capítulo VII de la Ley General de Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2025). Sin embargo, este capítulo se limita a seis artículos que definen pautas generales sobre prevención, asistencia y rehabilitación para las entidades federativas (Ruiz Ramírez, 2023). Por lo cual, se propone que el Congreso General tome el control de promulgar leyes más concretas en esta área, pues se considera un componente fundamental para la salud integral (Vergara Hernández, 2021).

Se implementaron programas de acción centrados en asuntos particulares, como las adicciones, mediante proyectos como la “Red Nacional de Unidades Médicas”, entre 2001 y 2006. La meta era combatir los problemas de salud mental de la época, mediante la creación de nuevos sistemas de atención y derivación entre las instituciones a cargo (Sandoval de Escordia & Richard Muñoz, 2005).

La salud mental fue reconocida como un problema de salud pública por el Congreso de la Unión en 2020; no obstante, la pandemia hizo que dicha

situación empeorara. Esto propició la modificación de la Ley General de Salud, incluyendo los artículos 72, 73, 74, 74 bis y 136, con el fin de permitir que la Secretaría de Salud aplicara acciones apropiadas en situaciones sanitarias críticas como la del Covid-19 (Gobierno de México, 2019). Sin embargo, esta reforma, aunque necesaria, no se tradujo en un aumento significativo de recursos ni en la implementación efectiva de programas específicos para la población migrante.

Las entidades que lideran en este ámbito son el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). Una investigación acerca de las reformas en psiquiatría revela que se ha implementado el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, el cual fue incorporado al Programa Nacional de Salud en 2003. Este modelo, con el objetivo de poner en marcha reformas psiquiátricas bajo su supervisión, definía “las políticas, pautas, directrices, coordinación, supervisión y evaluación que se originen en los servicios del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental” (Sandoval de Escurdia & Richard Muñoz, 2005, p. 39). Su fin era prevenir la institucionalización y marginación, superando el modelo asilar que segregaba a las personas con trastornos mentales, fomentando el estigma y la discriminación, para asegurar el cumplimiento de las leyes y enfrentar los desafíos en salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS] & Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011)

A pesar de que en 2010 se instauró un marco jurídico para la inversión en salud mental, los recursos designados en México continúan siendo insuficientes y no satisfacen los criterios presupuestarios de la OMS, lo cual restringe el cuidado a los pacientes. La salud mental no era una prioridad explícita en los programas del gobierno de la Secretaría de Salud hasta octubre de 2023, lo cual tuvo un efecto perjudicial para la población, particularmente para los grupos más vulnerables como los migrantes en situación irregular.

A pesar de que los trastornos mentales tienen impacto en todos los niveles de la población, su prevalencia se disparó en comunidades rurales y marginadas a causa de la pandemia del SARS-CoV-2. De acuerdo con Ruiz Ramírez (2023), el sistema de salud en México prioriza la atención curativa sobre la preventiva y educativa, lo cual restringe la habilidad para reaccionar frente a crisis de salud mental.

En 2020, se hizo evidente la necesidad de una política pública integral en salud mental, lo cual suponía dejar atrás el Modelo Hidalgo. Este modelo tenía un enfoque clientelar que anteponía la rentabilidad al bienestar social y marginaba a grandes sectores de la población con problemas mentales (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). En este entorno, se establecieron objetivos fundamentales para el programa de salud mental 2019-2024: robustecer la salud mental a través de investigaciones interdisciplinarias e interculturales y reestructurar el sector con una ampliación del presupuesto mayor al 2%. Esto abarca asegurar la disponibilidad de fármacos gratuitos y actualizados, poner en práctica la telesalud, adoptar el programa de acción de la OMS para minimizar disparidades, optimizar las guías clínicas (incluyendo la ansiedad) y formar al personal para prevenir la saturación en hospitales psiquiátricos y garantizar camas para casos graves.

Para que las políticas públicas aseguren la cobertura de salud, es esencial la igualdad y equidad en los servicios sanitarios (Ruiz Ramírez, 2023). Sin embargo, la Ciudad de México no ha conseguido que los servicios se universalicen completamente por varias razones, entre ellas la fragmentación del sistema de salud. Con la finalidad de fomentar la salud mental entre los pacientes infectados por Covid-19, el personal sanitario y los derechohabientes a lo largo de la pandemia, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) pusieron en marcha programas a escala nacional. Al mismo tiempo, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) sugirió un programa de atención primaria en salud mental (Ruiz Ramírez, 2023).

En México, tanto la federación como los Estados comparten la responsabilidad en términos de salud. El gobierno federal ha delegado la salud mental casi totalmente a las entidades federativas debido a la saturación del sistema. La Ciudad de México es la única que tiene una ley específica en este ámbito, aunque su nombre original (Ley de Salud Mental del Distrito Federal) ya no está actualizado desde la reforma política de 2016 que transformó al Distrito Federal en Ciudad de México.

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México (“Otorga SEDESA...”, 2022) estableció un protocolo de primeros auxilios psicológicos y asistencia ininterrumpida para su personal desde el comienzo de la pandemia, en relación con las políticas locales. Esto fue debido a situaciones de ansiedad, estrés y

depresión que surgieron al atender a pacientes con Covid-19 (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Este protocolo se puso a disposición de los 18043 trabajadores de once hospitales, entre ellos el General Ticomán, La Villa, Iztapalapa, Balbuena, Rubén Leñero y Milpa Alta. También recibieron el protocolo los hospitales Dr. Belisario Domínguez, Dr. Enrique Cabrera y Tláhuac (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Sin embargo, estas medidas no se extendieron de manera significativa a la población migrante, que quedó fuera del alcance de estos protocolos.

Asimismo, se crearon líneas de apoyo emocional por parte del gobierno, entidades civiles e instituciones, formando así una red de servicios. Algunos ejemplos de estos recursos son LOCATEL, el INJUVE, la Línea de la Vida, el centro de atención telefónica de la UNAM, la línea de la Secretaría de las Mujeres y las facultades de enfermería, psicología y FES Zaragoza (“Otorga SEDESA...”, 2022; Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022; Departamento de Psicopedagogía, 2021). Así mismo, la Red de Mujeres Cuajimalpa A. C. y la Alcaldía Cuajimalpa pusieron en marcha un programa de asistencia telefónica gratuita para la educación y la psicología (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022).

A pesar de estos esfuerzos, se puede afirmar que las políticas y programas sanitarios del gobierno enfocados en la salud mental de los ciudadanos y del personal sanitario en la Ciudad de México durante la pandemia (2020-2021) no fueron adecuados (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Esto contrasta con la Constitución de la Ciudad de México y su ley de derechos humanos, que reconocen la protección de la salud mental como un derecho humano, lo cual requiere políticas y programas que tengan en cuenta la salud mental para posibles emergencias futuras (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022; Constitución Política de la Ciudad de México, 2017).

Es necesario realizar un análisis crítico de los programas identificados, más allá de la mera descripción documental, para evaluar su efectividad y pertinencia para la población migrante.

Sistemas de asistencia telefónica: aunque las líneas de apoyo emocional mejoraron el acceso a los servicios de salud mental, tuvieron limitaciones importantes para los migrantes. Muchos migrantes no pudieron acceder a estos servicios debido a la desconfianza hacia las autoridades gubernamentales, el costo de las llamadas,

la falta de disponibilidad de teléfonos y las barreras idiomáticas (Sedas et al., 2020).

Apoyo Emergente para Personas Migrantes: este programa, a pesar de ser bien intencionado, tuvo un alcance restringido porque estaba enfocado principalmente en migrantes que podían demostrar su estancia regular o que estaban en camino de regularizarse. Los migrantes en condición irregular, que son los más vulnerables, no pudieron acceder a estos beneficios (Mallet-Garcia & Delvino, 2021).

Programa de Atención Integral a Víctimas: el programa de atención psicosocial encontró obstáculos estructurales, como la obligación de presentar denuncias formales para poder utilizar los servicios, lo cual muchos migrantes no hacían por miedo a ser deportados. La burocracia y los extensos períodos de espera también desmotivaban a la participación (Duque Sosa, 2020).

Labor de MSF: la organización tuvo un rol esencial en el cuidado de la salud mental de los migrantes, aunque su capacidad no fue suficiente para satisfacer la demanda. Su alcance se vio limitado debido al cierre de refugios y a las restricciones de movilidad que se impusieron al comienzo de la pandemia (MSF, 2020a).

Durante la fase inicial (marzo-junio 2020), la respuesta gubernamental se centró en la contención sanitaria y económica, con escasa atención a la salud mental. Los migrantes enfrentaron el cierre de albergues, la pérdida de redes de apoyo, el incremento de la xenofobia y el temor al contagio. La incertidumbre y la falta de información en su idioma agravaron los síntomas de ansiedad y depresión (Sedas et al., 2020; You et al., 2020).

Por otro lado, en la fase de adaptación y resiliencia (julio 2020-diciembre 2021), las caravanas migrantes continuaron llegando a México a pesar de las restricciones, exponiendo a los migrantes a condiciones de hacinamiento que favorecían los contagios. Las líneas de apoyo telefónico, aunque insuficientes, representaron un recurso para algunos migrantes, especialmente aquellos con acceso a teléfonos. La adaptación a la nueva normalidad implicó la creación de estrategias de supervivencia, pero también un incremento en los casos de estrés postraumático (Vilar Peyrí & Eibenschutz Hartman, 2007; Sedas et al., 2020).

En la fase de recuperación y atención continua (2022-actualidad), la mayor disponibilidad de servicios digitales ha representado un avance, aunque persisten barreras de acceso para los migrantes sin documentos. La falta de políticas específicas para la salud mental de la población migrante sigue siendo un problema estructural.

Ward (1989) indica que la prestación de servicios sanitarios modernos y de alta calidad suele concentrarse en zonas urbanas, lo que favorece sobre todo a los grupos privilegiados. Los residentes de la capital mexicana —que alberga una buena parte de la medicina privada y especializada— cuentan con un acceso a servicios sanitarios muy superior al de los habitantes de áreas rurales o periurbanas. En el caso de la población migrante, esta desigualdad se agudiza, ya que las zonas de mayor concentración migratoria no necesariamente coinciden con las áreas de mejor cobertura sanitaria.

Por otro lado, es esencial incluir el enfoque de género en el análisis de las políticas de salud mental porque las mujeres migrantes afrontan riesgos particulares, tales como la violencia sexual durante el tránsito, la trata de personas y la violencia basada en género en los lugares a donde van a parar (Ramos-Lira, 2014). La eficacia de los programas analizados para tratar las necesidades concretas de las mujeres migrantes se ve limitada porque no incorporan explícitamente un enfoque de género.

La falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno es uno de los obstáculos estructurales más importantes que se han identificado. Aunque la migración es competencia del gobierno federal, los gobiernos estatales y municipales son responsables de la atención sanitaria de los migrantes una vez que estos han llegado al territorio. Según Calva Sánchez y Torre Cantalapiedra (2020), esta falta de coordinación produce lagunas en la atención y programas que se solapan o son contradictorios.

Otro desafío es la ausencia de mecanismos de evaluación y monitoreo de los programas implementados. No se encontró informes oficiales que evalúen el impacto de las políticas de salud mental en la población migrante, lo que impide conocer su efectividad y realizar los ajustes necesarios. En última instancia, las dependencias y asociaciones civiles de la Ciudad de México brindaron a los habitantes una red de apoyo emocional que se basó, sobre todo, en la atención telefónica.

En consecuencia, la salud mental debe estar en el eje principal de la agenda pública, a través del diseño de estrategias con enfoque de género para hacer frente a los problemas de salud física y mental, y luchar contra las desigualdades sociales y de género, las cuales se hacen más visibles en la Ciudad de México debido a su densidad poblacional (Ruiz Ramírez & Culebro Moreno, 2022). Las políticas públicas de salud mental deben ser aplicadas con un enfoque de servicio y calidad, asumiendo que la atención médica tiene que ser individualizada, pues cada individuo presenta necesidades propias que no se pueden manejar con una perspectiva uniforme.

Conclusiones

A lo largo del texto surge la pregunta, si durante la pandemia de Covid-19, el Gobierno de la Ciudad de México actuó con equidad hacia todos los habitantes, incluidos los más vulnerables. Las respuestas en materia de salud mental para la población migrante fueron muy escasas y limitadas por parte del gobierno; las entidades privadas, como las ONG, los MSF, las casas o refugios para migrantes, entre otros, tomaron el liderazgo en afrontar esta crisis sanitaria. Se puede sostener que, durante la pandemia, la Ciudad de México implementó los siguientes programas. Por un lado, se adecuaron albergues y comedores comunitarios para que la población migrante que se encontraba en la Ciudad de México contara con refugio y comida, además de brindar atención médica, psicológica y dental, todo esto con el fin de mejorar su salud (Gobierno de México, 2019).

Sin embargo, la magnitud de la crisis sanitaria mental que se vio agravada por el Covid-19 superó estos esfuerzos. En esta investigación, se ha examinado la gestión de crisis y las políticas sanitarias psíquicas implementadas en la Ciudad de México durante la pandemia del Covid-19. Este trayecto hace posible sostener que la crisis sanitaria no solo reveló, sino que también aumentó de forma significativa las deficiencias estructurales preexistentes en el sistema para atender la salud mental, especialmente para los grupos con mayor vulnerabilidad, como migrantes y refugiados. En esencia, la pandemia ha actuado como un revelador social que exacerba las desigualdades y desafía la capacidad de resistencia de las comunidades e instituciones.

Respecto a los hallazgos más relevantes, en primer lugar, es evidente que la respuesta del gobierno, tanto local como federal, se basó principalmente en un paradigma de tipo económico y biomédico, relegando la salud mental a

un plano reactivo y secundario. Aunque se implementaron algunas medidas, como líneas de soporte telefónico y protocolos para el personal médico, estas resultaron insuficientes y dispersas. Establecer una red de soporte emocional fue un avance positivo; no obstante, su capacidad y alcance para abarcar a grupos marginados, sobre todo a los migrantes en situación irregular, fueron escasos. Lo que se demuestra con la brecha entre la normativa, que reconoce en teoría la salud mental como un derecho humano, y su aplicación real con financiación apropiada.

En segundo lugar, las consecuencias de esta omisión muestran las condiciones de la población migrante. Como se ha documentado, los migrantes enfrentan una combinación de circunstancias adversas: el trauma previo del desplazamiento, la violencia en el camino, la xenofobia y el estigma (que han aumentado debido a la pandemia), la falta de acceso a servicios públicos vinculados con la salud mental y la pérdida de redes de apoyo por el cierre de refugios. La secuencia temporal del sufrimiento en las tres fases distinguidas —recuperación, inicial y de adaptación— incluyó siempre el miedo, la incertidumbre y el abandono a nivel institucional. En este vacío, el papel de entidades internacionales como MSF y las organizaciones de la sociedad civil fue fundamental, aunque no pudieron sustituir la obligación del Estado. Su trabajo resaltó que la necesidad era aplastante y que las políticas públicas, en el mejor de los casos, fueron desorganizadas y llegaron tarde.

En tercer lugar, la investigación de las políticas y programas implementados revela una falta de conexión entre lo que sostiene la institución y la realidad de los migrantes ilegales. Los programas de apoyo, aunque bien intencionados, eran de difícil acceso, lo cual hizo que se excluyera a las comunidades más vulnerables. La falta de coordinación entre los niveles gubernamentales y la carencia de métodos para evaluarlos han limitado la eficacia de las políticas.

Con base en lo anterior, surge una serie de recomendaciones sobre política pública, entre las que destacan, en primer lugar, el diseño e implementación de políticas de salud mental para las personas migrantes, centradas en los derechos humanos, que aseguren que el acceso a los servicios no esté condicionado por la situación migratoria. Esto supone eliminar los obstáculos burocráticos y administrativos que dificultan dicho acceso. En segundo lugar, resulta relevante descentralizar la atención de salud mental y ajustarla a las particularidades

territoriales de cada área urbana, ya que las necesidades mentales cambian dependiendo del ambiente geográfico y social. Tercero, estas políticas deben incluir explícitamente la perspectiva de género, dado que las mujeres migrantes afrontan riesgos particulares que exigen intervenciones distintas. La cuarta descansa en el hecho de que las comunidades migrantes y las organizaciones de la sociedad civil se involucren en el diseño e implementación de políticas, utilizando su entendimiento acerca de los requerimientos y circunstancias del pueblo. Quinto, aumentar el presupuesto destinado a la salud mental, que hoy en día representa un 2%, como lo sugiere la OMS del 5%. Sexto, la puesta en marcha técnicas de coordinación eficaces entre los niveles federal, estatal y municipal, así como poner en práctica sistemas de seguimiento y evaluación que posibiliten medir el impacto de las políticas y realizar los cambios requeridos. Y séptimo, la necesidad de tener protocolos concretos para salvaguardar la salud mental de las poblaciones vulnerables en circunstancias sanitarias difíciles.

Para finalizar, este artículo contribuye de manera importante a las investigaciones sobre el manejo de la salud mental de poblaciones vulnerables, al destacar que una crisis sanitaria pública pone de relieve un enfoque integral, que no haga distinción entre el bienestar mental y el físico. De esta forma, con una visión integral, la formulación de estrategias, la perspectiva de género, derechos humanos y derechos territoriales —así como la inclusión de las poblaciones más vulnerables— difícilmente podrían desconocerse. Se ha observado un incremento en los índices de ansiedad, estrés postraumático y depresión, lo cual demuestra una insuficiencia con costos humanos duraderos y significativos. La centralización de los servicios en la capital, lejos de ser una ventaja, perpetúa y evidencia las disparidades a nivel nacional, dejando fuera a quienes residen en sus propias periferias sociales y geográficas.

Por ende, la ruta a seguir requiere un cambio de paradigma, ya que no es suficiente la implementación de programas o incrementar de manera marginal los presupuestos, sino que es indispensable generar instrumentos que permitan la reestructuración integral para colocar a la salud mental como el eje central de la agenda de salud pública, entre otras razones, para crear sistemas de atención comunitarios, descentralizados y sensibles a las diferencias culturales, que estén preparados para actuar antes de que ocurra la próxima crisis, es fundamental aprender de esta.

La resiliencia de una metrópoli como la Ciudad de México no se calcula únicamente por su habilidad para contener un virus, sino también por su firme compromiso con proteger la salud integral y la dignidad de todos sus residentes, sin distinción de su condición migratoria u origen, de tal forma que exista una recuperación adecuada, así como la presencia de una sociedad que esté preparada para incorporar variables como justicia y humanidad en su funcionamiento.

Referencias

- Ansell, C., & Boin, A. (2019). Taming deep uncertainty: The potential of pragmatist principles for understanding and improving strategic crisis management. *Administration & Society*, 51(7), 1079-1112. <https://doi.org/10.1177/0095399717747655>
- Asmann, P. (2021, 12 de enero). Coronavirus cierra albergues para migrantes en México. *InSight Crime*. <https://insightcrime.org/es/noticias/coronavirus-cierra-albergues-migrantes-mexico/>
- Boin, A. (2009). The new world of crises and crisis management: Implications for policymaking and research. *Review of Policy Research*, 26(4), 367-377. <https://doi.org/10.1111/j.1541-1338.2009.00389.x>
- Boin, A., & 't Hart, P. (2007). The crisis approach. En H. Rodríguez, E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), *Handbook of disaster research* (Cap. 3, pp. 42-54). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-32353-4_3
- Boin, A., Ekengren, M., & Rhinard, M. (2021b). Understanding and acting upon a creeping crisis. En A. Boin, M. Ekengren, & M. Rhinard (Eds.), *Understanding the creeping crisis* (pp. 1-17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70692-0_1
- Boin, A., Ekengren, M., & Rhinard, M. (Eds.). (2021a). *Understanding the creeping crisis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-70692-0>
- Boin, A., Hart, P. T., & Kuipers, S. (2017). The crisis approach. En H. Rodríguez, W. Donner, & J. E. Trainor (Eds.), *Handbook of disaster research* (pp. 23-38). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-63254-4_2
- Boin, A., Hart, P. T., Stern, E., & Sundelius, B. (2017). *The politics of crisis management*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339756>
- Boin, A., Kuipers, S., & Overdijk, W. (2013). Leadership in times of crisis: A framework for assessment. *International Review of Public Administration*, 18(1), 79-91. <https://doi.org/10.1080/12294659.2013.10805241>
- Boin, A., Rhinard, M., & Ekengren, M. (2014). Managing transboundary crises: The emergence of European Union capacity. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 22(3), 131-142. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12052>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

- Calva Sánchez, L. E., & Torre Cantalapiedra, E. (2020). Cambios y continuidades en la política migratoria durante el primer año del gobierno de López Obrador. *Norteamérica*, 15(2), 157-181. <https://doi.org/10.22201/cisan.24487228e.2020.2.415>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Ley General de Salud*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Christensen, T., Lægreid, P., & Rykkja, L. H. (2018). Organizing for societal security and crisis management: Governance capacity and legitimacy. En P. Lægreid, & L. H. Rykkja (Eds.), *Societal security and crisis management: Governance capacity and legitimacy* (pp. 1-23). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92303-1_1
- Constitución Política de la Ciudad de México. 05 de febrero de 2017, Ciudad de México. <https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/2a45c9c3b-67fb16d7046d3ec32fe1f1418026a44.pdf>
- Covid-19 inducing “widespread despair” among refugees, UNHCR appeals for urgent support for mental health. (2020, 10 de octubre). *UNHCR*. <https://www.unhcr.org/news/news-releases/covid-19-inducing-widespread-despair-among-refugees-unhcr-appeals-urgent-support>
- del Rosario, P. J. B., Ofilada, F. M., & Vicente, R. A. D. (2021). Comparative study on Vietnam’s and Philippines’ Covid-19 response using historical institutionalism. *International Journal of Health Governance*, 26(4), 418-431. <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2021-0027>
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2ª ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134543>
- Departamento de Psicopedagogía. (2021). Directorio de Instituciones que brindan apoyo psicológico gratuito. *UPN*. <https://upn.mx/index.php?view=article&id=649&catid=30>
- Duque Sosa, S. (2020, 15 de agosto). La pandemia y la migración: México se quedó corto. *La Jornada del Campo*. <https://doi.org/10.2307/jj.25577237.5>
- Entre incertidumbre y miedo: Albergue de migrantes en Cdmx cierra por temor a Covid. (2021, 22 de marzo). *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/incertidumbre-miedo-albergue-migrantes-cdmx-cierra-temor-covid>
- Gobierno de México. (2019). *El Gobierno de Ciudad de México brinda atención a migrantes con enfoque de derechos*. Gobierno de la Ciudad de México. <https://www.sec gob.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/gobierno-de-ciudad-de-mexico-brinda-atencion-migrantes-con-enfoque-derechos>
- González-Jaimes, N. L., Tejeda-Alcántara, A. A., Espinosa-Méndez, C. M., & Ontiveros-Hernández, Z. O. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>
- Guadagno, L. (2020). *Migrants and the Covid-19 pandemic: An initial analysis* [Migration Research Series No. 60]. International Organization for Migration, IOM.

- Hernández-Lira, S., Reyes-Gómez, U., Reyes-Hernández, K. L., Perea-Martínez, A., Reyes-Hernández, M. U., López-Cruz, G., Quero-Hernández, A., Ríos-Gallardo, P. T., Santiago-Lagunes, L. M., Yalaupari-Mejía, J. P., Arellano-Galindo, J., Chuck-Sepúlveda, J. A., Cuevas-López, L. L. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud. *Salud Jalisco*, 10(2), 91-97. <https://doi.org/10.35366/112487>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ..., & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the Covid-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- INEGI (2020) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2018-2019. México. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., D'Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the Covid-19 response. *The Lancet*, 395(10232), 1237-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)
- La primera caravana de migrantes en tiempos de coronavirus se dirige a EE.UU. a un mes de las elecciones. (2020, 01 de octubre). *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-54379864>
- Lacroix, T., Culebro Moreno, J. E., & Triviño-Salazar, J. C. (2025). The moving lines of multilevel governance: Loyal and activist cities during the Covid-19 crisis. En S. Irudaya Rajan (Ed.), *Handbook of Research on Migration, Covid-19 and Cities* (pp. 624-639). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781035301232.00047>
- Mallet-Garcia, M. L., & Delvino, N. (2021). Rethinking exclusionary policies: The case of irregular migrants during the Covid-19 pandemic in Europe. En M. Pomati, A. Jolly, & J. Rees (Eds.), *Social Policy Review* (Vol. 33, pp. 243-264). Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1tqcwr7.18>
- Médicos Sin Fronteras. (2017). *Memoria internacional 2017*. <https://www.msf.org/es/memoria-internacional-2017>
- Médicos Sin Fronteras. (2019, 17 de octubre). *México: Los migrantes exponen cada vez más su vida y su salud en la frontera norte*. <https://www.msf.org.co/actualidad/mexico-los-migrantes-exponen-cada-vez-mas-su-vida-y-su-salud-en-la-frontera-norte/>
- Médicos Sin Fronteras. (2020a, 29 de abril). *MSF ofrece línea de atención psicológica gratuita para migrantes y víctimas de la violencia en México*. <https://www.msf.mx/actualidad/msf-ofrece-linea-de-atencion-psicologica-gratuita-para-migrantes-y-victimas-de-la-violencia/>
- Médicos Sin Fronteras. (2020b). *Memoria Internacional 2019 México*. <https://www.msf.org/es/international-activity-report-2019/mexico>

- Moloney, K., & Moloney, S. (2020). Australian quarantine policy: From centralization to coordination with mid-pandemic Covid-19 shifts. *Public Administration Review*, 80(4), 671-682. <https://doi.org/10.1111/puar.13224>
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 983-993. <https://doi.org/10.2147/NDT.S98525>
- International Organization for Migration. (2020). *COVID-19 and mobility*. IOM <https://publications.iom.int/books/covid-19-and-state-global-mobility-2020>
- Orcutt, M., Patel, P., Burns, R., Hiam, L., Aldridge, R., Devakumar, D., Kumarc, B., Spiegel, P., & Abubakar, I. (2020). Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the Covid-19 response. *The Lancet*, 395(10235), 1482-1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30971-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30971-5)
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. OMS; OPS; Secretaría de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 27 de agosto). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento masivo de la inversión en salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Otorga SEDESA 12 mil 567 atenciones de salud mental a personal que atendió pacientes Covid-19 en sus hospitales (2022, 3 de febrero). *Prensa*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México.
- Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: A complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13036. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Primeros auxilios psicológicos: ¿Qué son y cómo brindarlos? (s. f.) *Cruz Roja Argentina*. <https://cruzroja.org.ar/blog/primeros-auxilios-psicologicos-que-son-y-como-brindarlos/>
- Ramos-Lira, L. E. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37(4), 275-281. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.032>
- Ruiz Ramírez, K. S. (2023). *Análisis de las políticas públicas y salud mental en el contexto de la pandemia en mujeres, estudio de caso: Dos colonias de la Alcaldía Cuajimalpa de Morelos* [Tesis de maestría en Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Cuajimalpa]. <http://ilitia.cua.uam.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/1157/1/An%C3%A1lisis%20de%20las%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20y%20salud%20mental%20en%20el%20contexto%20>

de%20la%20pandemia%20en%20mujeres%2C%20estudio%20de%20caso%20dos%20colonias%20de%20la%20Alcald%3%ADa%20Cuajimalpa%20de%20Morelos.pdf

- Ruiz Ramírez, K. S., & Culebro Moreno, J. E. (2022, 14-19 de agosto). *Gestión de crisis y políticas públicas de la salud mental de pandemia en mujeres de la Ciudad de México* [Ponencia]. XXXIII Congreso Latinoamericano de Sociología (ALAS México 2022). Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Ciudad de México, México. <https://www.clacso.org/xxxiii-congreso-latinoamericano-de-sociologia/>
- Russell, B. (2020, 21 de abril). La silenciosa crisis de salud mental en la frontera de México. *Americas Quarterly*. <https://www.americasquarterly.org/article/mental-health-migration-mexico-sp/>
- Sandoval de Escurdia, J. M., & Richard Muñoz, M. P. (2005). *La salud mental en México* [Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social - DPS-ISS 03 05]. Comisión Bicameral del Sistema de Bibliotecas; Dirección General de Bibliotecas. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Secretaría de Gobierno. (2021). Apoyo emergente para personas migrantes, refugiadas y/o desplazadas interna Aviso por el cual se da a conocer la Acción Social, Apoyo Emergente para Personas Migrantes, Refugiadas y/o Desplazadas Internas que por los efectos de la Emergencia Sanitaria provocada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), requieren apoyos para la obtención de documentos de Identidad, de Salud y Empleo y sus Lineamientos de Operación. *Gobierno de la Ciudad de México*. <https://vlex.com.mx/vid/aviso-da-conocer-accion-873940942>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2021). *Presupuesto de Egresos de la Federación 2021: Estrategia programática* [Ramo 12: Salud]. https://www.ppef.hacienda.gob.mx/work/models/PPEF2021/docs/12/r12_ep.pdf
- Sedas, A. C., Aguerrebere, M., Martínez-Juarez, L. A., Zavala de Alba, L. E., Eguiluz, I., & Bhabha, J. (2020). Reporte situacional: Migración de tránsito en México durante la pandemia de Covid-19. *Lancet Migration*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23768.32005>
- Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., Hanvora-vongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., D Rao, K., Ruano, A. L., Shi, L., de Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Villar Uribe, M., & Willems, S. (2020). Health equity and Covid-19: Global perspectives. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
- Vergara Hernández, C. A. (2021). *La responsabilidad del gobierno federal en la salud mental* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/items/f5385bf1-9ad5-481c-8d46-f7769a4335b1>
- Vilar Peyrí, E., & Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: Un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 11-32. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2689>

- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). Covid-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Ward, P. M. (1989). *Políticas de bienestar social en México, 1970-1989*. Nueva Imagen.
- World Health Organization. (2022). *Covid-19 cases, world* [WHO Covid-19 dashboard]. <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of Covid-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- You, D., Lindt, N., Allen, R., Hansen, C., Beise, J., & Blume, S. (2020). Migrant and displaced children in the age of Covid-19: How the pandemic is impacting them and what can we do to help. *Migration Policy Practice*, 10(2), 32-39. <https://www.unicef.org/media/83546/file/Migrant-and-displaced-children-in-the-age-of-COVID-19.pdf>

