

JO VEAREY
CHARLES HUI
KOLITHA WICKRAMAGE



7 MIGRACIÓN Y SALUD: CUESTIONES ACTUALES, GOBERNANZA Y LAGUNAS EN LOS CONOCIMIENTOS¹

Introducción

La relación entre la migración y la salud es dinámica y compleja. La migración puede aumentar la exposición a los riesgos para la salud, como en el caso de los trabajadores migrantes empleados en condiciones precarias y con escaso acceso a la atención sanitaria. Pero la migración puede también mejorar la salud, por ejemplo cuando las personas huyen de una situación de persecución y miedo a la violencia y encuentran un entorno seguro. En el presente capítulo se examinan los cuatro aspectos principales de la migración y la salud: a) la salud de los migrantes; b) los modos en que la migración puede afectar a la salud de las poblaciones (la “salud pública”); c) las respuestas de los sistemas de atención de salud; y d) la gobernanza mundial de la migración y la salud.

El primer aspecto —la salud de los migrantes— puede definirse como las diferencias en la salud que se observan entre los migrantes y las poblaciones de origen y de destino, y entre diferentes entornos migratorios, como los de la migración laboral, los desplazamientos internacionales e internos o la migración irregular. El hecho de que el estado de salud de un determinado migrante mejore o empeore dependerá en parte de sus interacciones con los múltiples factores que determinan su salud antes, durante y después del viaje migratorio. Esos factores —los determinantes sociales de la salud— incluyen el acceso a un viaje sin riesgo, a un alojamiento de calidad y a la asistencia sanitaria.

El segundo aspecto —la salud pública— se concentra en los modos en que la migración puede afectar a la salud de las poblaciones. Esto incluye las contribuciones que hacen los migrantes sanos al desarrollo social y económico y al avance en el cumplimiento de la meta mundial de la cobertura sanitaria universal (CSU), que aspira a lograr una atención de salud asequible y de calidad para todos². Pero una migración mal gestionada puede tener repercusiones negativas en la salud de las poblaciones. Por ejemplo, una madre migrante que tenga dificultades para conseguir documentos puede no estar en condiciones de llevar a su hijo a un centro de salud en el momento oportuno —entre otras cosas, para las vacunaciones— por miedo a ser detenida, privada de libertad o expulsada. Esto puede contribuir a la propagación interna y transfronteriza de enfermedades transmisibles, como el sarampión, con efectos negativos en la salud de toda la población.

El tercer aspecto se refiere a las respuestas de los sistemas en el ámbito de la migración y la salud. Elaborando respuestas de atención sanitaria que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes y el seguimiento de su salud, y aplicando un enfoque que integre la migración y la salud en todas las políticas, es posible atender las necesidades sanitarias de los migrantes. Las respuestas mal gestionadas, inadecuadas o discriminatorias de los sistemas de salud y de inmigración pueden tener múltiples consecuencias negativas para la salud de los migrantes y las comunidades con las que interactúan.

1 Jo Vearey, African Centre for Migration and Society, Universidad del Witwatersrand y Centre of African Studies, Universidad de Edinburgo; Charles Hui, Facultad de Medicina, Universidad de Ottawa; y Kolitha Wickramage, Coordinador Mundial de Investigaciones Sanitarias y Epidemiología de la Migración, OIM Manila.

2 CSU2030, 2017.

El cuarto aspecto es la gobernanza mundial de la migración y la salud. Esto implica estudiar las formas de incorporar la migración y la salud en los procesos de gobernanza mundiales y determinar las principales oportunidades estratégicas para hacerlo.

El capítulo examina estos cuatro aspectos. Comienza con una breve reseña de las definiciones y los factores determinantes. A continuación ofrece un panorama general de los factores que aumentan las vulnerabilidades relacionadas con la salud y de los factores de resiliencia de diversos grupos de migrantes, y describe a grandes rasgos las respuestas de los sistemas y los actuales métodos de gobernanza de la migración y la salud. Tras poner de relieve las principales lagunas en los datos, el capítulo concluye destacando la importancia de invertir en una gobernanza eficaz de la migración y la salud, y los modos en que podrían reforzarse los enfoques actuales.

Migración y salud: datos fundamentales

- **La buena salud comprende el bienestar mental, social y físico^a.** El ámbito de la migración y la salud engloba las preocupaciones sanitarias relacionadas con la movilidad humana, como la transmisión de enfermedades infecciosas, y debería ocuparse de todos los aspectos del bienestar en el contexto de la migración y de todas las personas afectadas, es decir, tanto de las familias de los migrantes como de la salud pública en las comunidades con las que los migrantes interactúan en las distintas fases de sus viajes migratorios^b.
- **Las personas que migran suelen tener un estado de salud mejor que el de las que permanecen en el lugar de origen, y pueden generar lo que se denomina “el efecto del migrante sano”.** Esto significa que quienes se trasladan a otros lugares tienden a ser más sanos y a vivir más largo que los miembros de sus comunidades de origen y de aquellas a las que llegan^c. Pero las vulnerabilidades relacionadas con la salud y los factores de resiliencia son dinámicos y evolucionan con el tiempo y, si la migración no se gestiona adecuadamente, ese mejor estado de salud puede verse socavado por las malas condiciones de vida y de trabajo experimentadas después de la migración^d.
- **Los migrantes no están automáticamente abocados a sufrir problemas de salud.** Las condiciones que se dan en las diferentes fases del viaje migratorio (la fase previa, el tránsito, la llegada y el retorno) pueden tener efectos negativos o positivos en la salud^e.
- **Muchos migrantes tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria.** No obstante la normativa de derechos humanos que consagra el derecho a la salud y la promoción de la cobertura sanitaria universal para todos, los Estados solo están obligados a prestar un conjunto básico mínimo de servicios médicos de urgencia a los migrantes irregulares^f. Incluso los migrantes regulares tropiezan a veces con obstáculos jurídicos, o con manifestaciones de racismo y corrupción, que menoscaban su acceso a la atención de salud^g. Además, muchos migrantes no utilizan todos los servicios de atención sanitaria disponibles y tardan en acudir a los centros de salud^h.
- **La buena salud de los migrantes puede fomentar la salud de las comunidades.** Por ejemplo, el hecho de velar por la buena salud de los trabajadores migrantes puede —a través de las remesas que envían— mejorar la situación socioeconómica de los familiares y, de ese modo, promover el acceso a la atención de salud y la educación.

- **Los proveedores de atención sanitaria tienen problemas para gestionar la prestación de asistencia a los migrantes.** Esos problemas incluyen las barreras lingüísticas y culturales, las limitaciones de los recursos para la prestación de servicios en los sistemas sanitarios, y las contradicciones entre las normas y la ética profesionales, por una parte, y las leyes nacionales que limitan los derechos de los migrantes a la atención de salud, por otra.
- **Se necesitan inversiones y un liderazgo estratégico para forjar alianzas entre los sistemas de gestión de la migración y el sector sanitario.** Se requieren medidas multisectoriales que apoyen la creación de alianzas entre quienes se ocupan de la inmigración y de la salud en múltiples instancias de la gobernanza: el Estado, la sociedad civil —incluidos los grupos de migrantes—, el sector privado y el mundo académicoⁱ.
- **La inversión en el ámbito de la migración y la salud respalda el desarrollo social y económico.** La inversión en la vigilancia y la mitigación de los riesgos para la salud es fundamental para mantener la salud de los migrantes, lo que a su vez apoya los avances en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de las metas de salud a nivel mundial.
- **La capacidad de investigación sobre la migración y la salud debe fortalecerse en todo el mundo, particularmente en los países de ingreso bajo y mediano.** Las investigaciones publicadas se concentran desproporcionadamente en unas pocas categorías de migrantes y de problemas de salud, y en la migración hacia y desde los países de ingreso alto^j.

a OMS, 1946.

b Wickramage y otros, 2018b.

c Aldridge y otros, 2018.

d *Ibid.*

e OIM, 2004.

f Lougarre, 2016.

g Migrating out of Poverty, 2017.

h Suphanchaimat y otros, 2015.

i Khan y otros, 2016; Vearey y otros, 2019; Wickramage y Annunziata, 2018.

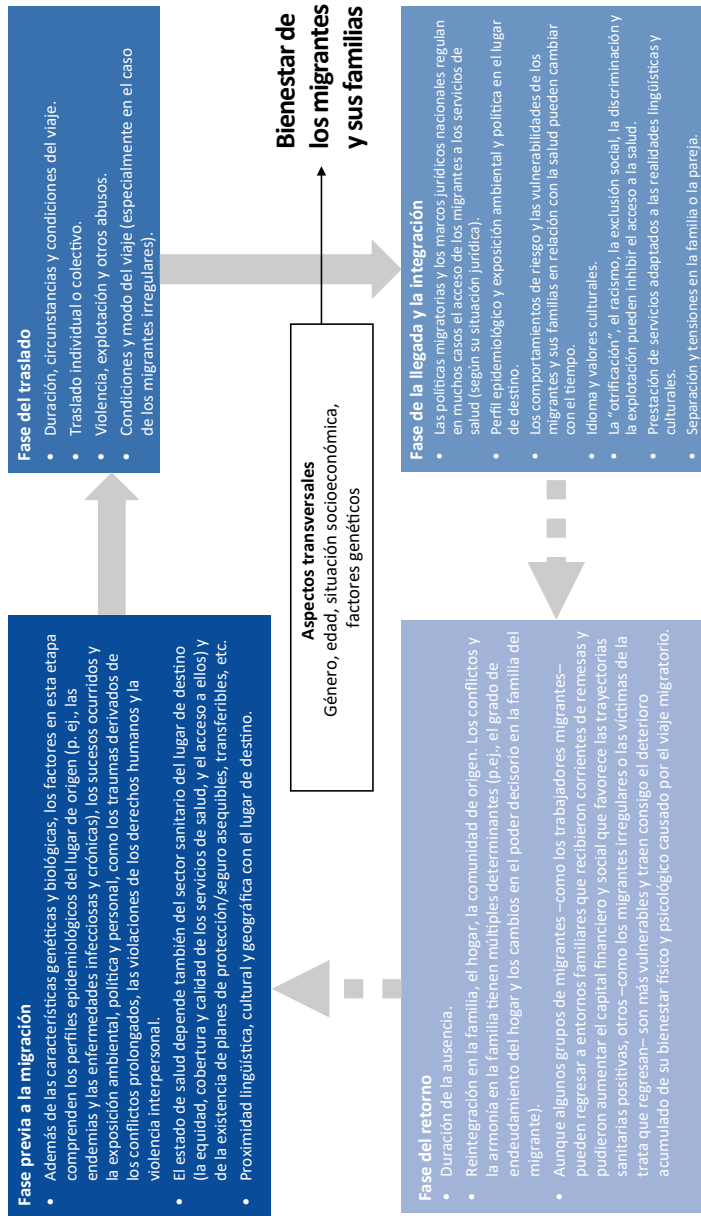
j Sweileh, 2018.

Definiciones y factores determinantes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la buena salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³. Este reconocimiento del bienestar mental y social, además del físico, es fundamental y pone de relieve la importancia de considerar la salud de forma holística. El estado de salud de la persona es el resultado no solo de su acceso a los servicios de salud, sino de una multitud de factores, que son los “determinantes de la salud”. El gráfico 1 ilustra cómo aplicar los determinantes de la salud a los migrantes en todo el ciclo migratorio. Los determinantes son factores tales como la edad, el sexo, la predisposición genética a enfermedades, y el perfil epidemiológico de un determinado contexto y la exposición a enfermedades que conlleva. Los determinantes estructurales suelen ser factores mediados por la política —como los marcos jurídicos y las actitudes de las sociedades hacia los migrantes— y pueden generar una serie de desigualdades en la situación socioeconómica. En el caso de los migrantes, los determinantes estructurales de la salud incluyen las condiciones en que se dan las diferentes fases de su viaje migratorio: la fase previa a la migración, el traslado, la llegada, la integración y (para algunos) el retorno.

3 OMS, 1946.

Gráfico 1. Determinantes de la salud de los migrantes a lo largo del ciclo migratorio



Fuentes: Gushulak, Weekers y MacPherson, 2009 (adaptado); OIM, 2008.

Los diversos marcos jurídicos relacionados con las diferentes fases del viaje migratorio son importantes determinantes estructurales de la salud de los migrantes, ya que la situación jurídica de un migrante en un país determina, por ejemplo, su grado de acceso a condiciones de trabajo seguras, y la calidad y asequibilidad de la atención de salud. Como se ilustra en el gráfico 1, múltiples determinantes de la salud —individuales y estructurales— pueden tener efectos sanitarios ya sea positivos o negativos. Por ejemplo, los migrantes irregulares tienen pocas probabilidades de encontrar trabajo en el sector estructurado y se ven obligados a recurrir al sector informal precario, donde el trabajo puede ser peligroso y con frecuencia es ilegal. Ello aumenta su vulnerabilidad a la mala salud, entre otras cosas por una mayor exposición a enfermedades infecciosas, actos de violencia y lesiones. En general, estos migrantes tendrán grandes dificultades para acceder a servicios de atención de salud de calidad, y un acceso muy limitado (o nulo) a servicios de protección social.

Salud de los migrantes

El ámbito de la migración y la salud estudia las características de la salud de los migrantes y de las poblaciones de acogida, y sus diferencias en distintos grupos de migrantes, tomando en consideración también las situaciones en que las poblaciones de acogida tienen problemas para atender sus propias necesidades de bienestar mental, social y físico⁴. El estudio de estas características es importante por varias razones. En primer lugar, la elaboración de estrategias de salud pública a lo largo de muchos decenios ha dejado en claro la importancia de la inclusividad, es decir, la necesidad de incorporar a toda la sociedad en el control de las enfermedades transmisibles, por ejemplo mediante programas de inmunización. La exclusión de subpoblaciones —como los grupos de migrantes— debe evitarse⁵. En las poblaciones de migrantes hay una carga considerable de tuberculosis, infección por el VIH, hepatitis B, hepatitis C y enfermedades prevenibles mediante vacunación. La inclusión de este importante grupo en la vigilancia, los programas de detección sistemática y la vinculación con la atención de salud es crucial para cumplir las metas de salud pública de los países y las regiones⁶. En segundo lugar, algunas intervenciones sanitarias destinadas a subpoblaciones particulares, como los grupos de migrantes, pueden reportar beneficios directos o indirectos a toda la población⁷. En tercer lugar, el hecho de que los migrantes tengan el mejor estado de salud posible antes, durante y después de sus viajes migratorios les permite maximizar su inclusión y sus contribuciones a la sociedad de acogida, facilita su apoyo a la familia en el lugar de origen y reduce al mínimo los gastos en salud de los propios migrantes y del país de destino⁸. Incluso en situaciones de desplazamiento masivo, como los grandes flujos de refugiados, los problemas de salud inmediatos (junto con la alimentación y el alojamiento) son las preocupaciones principales, y se necesitan recursos específicos para atender estas necesidades críticas por el bien de las personas, las comunidades locales y la sociedad en general⁹.

Un aspecto central del ámbito de la migración y la salud es entender la vulnerabilidad y la resiliencia sanitarias. Los migrantes no son un grupo homogéneo, y tampoco son homogéneas sus necesidades, sus vulnerabilidades sanitarias y su resiliencia. El género es una dimensión clave que requiere particular consideración (véase el recuadro siguiente).

4 Lee, Sim y Mackie, 2018; Thomas, 2016.

5 Thomas, 2016.

6 Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2018.

7 Chung y Griffiths, 2018; Thomas, 2016; Wild y Dawson, 2018.

8 Lu y Zhang, 2016; Wickramage y otros, 2018b.

9 Abbas y otros, 2018; Griswold y otros, 2018.

Dimensiones de género en la mortalidad y el abuso de los trabajadores migrantes “poco cualificados”

A nivel mundial, hay una proporción más alta de hombres (58,4%) que de mujeres (41,6%)^a entre los trabajadores migrantes internacionales. Los varones predominan en los sectores de las manufacturas y la construcción, mientras que las mujeres trabajan principalmente en el sector de los servicios (cerca del 74%), como el servicio doméstico, a menudo en condiciones de empleo precario^b. Los exámenes sistemáticos revelan una serie de vulnerabilidades sanitarias en las trabajadoras domésticas, como el escaso acceso a servicios de salud sexual y reproductiva^c. Las malas condiciones de trabajo y de vida, en particular las restricciones de la movilidad y el impago de los salarios, agravan aún más las dificultades de las empleadas domésticas.

También hay pocas investigaciones empíricas sobre los abusos de que son objeto las trabajadoras migrantes, pese a la amplia información sobre este fenómeno en los medios de comunicación. Los estudios existentes han demostrado que esos abusos tiene múltiples manifestaciones, como el maltrato físico, sexual, emocional, psicológico, espiritual y verbal y la explotación económica^d.

a OIT, 2018.

b OIT, 2015.

c Benach y otros, 2011; Malhotra y otros, 2013; Senarath, Wickramage y Peiris, 2014.

d Benach y otros, 2011; Malhotra y otros, 2013; Murty, 2009; Senarath, Wickramage y Peiris, 2014; OIM, 2017b.

La vulnerabilidad sanitaria puede definirse como el grado de incapacidad de una persona de prever las enfermedades o epidemias, hacerles frente, resistir a ellas o recuperarse de sus efectos¹⁰. Aunque por lo general se relaciona con una mala situación socioeconómica, la vulnerabilidad sanitaria puede deberse asimismo al aislamiento, la inseguridad y la indefensión de las personas ante el riesgo, las conmociones o el estrés, también durante los viajes migratorios y después de ellos. La resiliencia sanitaria, por otra parte, es fruto del acceso de las personas a recursos que les permiten afrontar las amenazas sanitarias o resistir a los efectos de un peligro para la salud. Tales recursos pueden ser físicos o materiales, pero además radican en las habilidades o características de las personas y sus redes sociales.

Algunos migrantes tienen un mejor estado de salud que las comunidades que dejan atrás y que aquellas a las que llegan, y son resilientes ante las amenazas para la salud con que se encuentran¹¹. Sin embargo, esta ventaja inicial puede desaparecer rápidamente, y los migrantes pueden tener grandes dificultades para acceder a los determinantes positivos de la salud, adquiriendo así una serie de vulnerabilidades sanitarias que terminan siendo más pronunciadas que las de la población local. Por ejemplo, las complicaciones prenatales y posnatales suelen ser más graves en las mujeres migrantes. Estas mujeres no solo tienen más probabilidades de tener experiencias negativas con la atención obstétrica, sino que también corren un mayor riesgo de trastornos de salud mental, mortalidad materna y nacimientos prematuros¹². Un examen sistemático de la atención y los resultados sanitarios perinatales entre las solicitantes de asilo y las refugiadas indicó que los trastornos perinatales de la salud mental, como la depresión

10 Grabovschi, Loignon y Fortin, 2013.

11 Spallek y otros, 2016.

12 Heslehurst y otros, 2018.

posnatal, eran más frecuentes en las mujeres migrantes que en el resto de las mujeres de los países de acogida. El estudio también reveló un doble riesgo relativo de mortalidad de las mujeres migrantes en relación con la preeclampsia/eclampsia y la trombosis.

Como se puede ver en el cuadro 1, los migrantes con las mayores vulnerabilidades sanitarias son los que se encuentran en situaciones que reducen su capacidad de prever los cambios y retos relacionados con las diferentes fases del proceso migratorio, hacerles frente, resistir a ellos y recuperarse de sus efectos. Algunos migrantes sufren traumas, explotación y abusos en sus peligrosos viajes. Pueden experimentar factores de estrés psicosocial, carencias nutricionales, deshidratación, exposición a enfermedades infecciosas, falta de servicios de atención de salud o de posibilidades de continuar sus tratamientos, y las consecuencias insalubres de ciertos entornos, como los centros de detención de inmigrantes o los lugares de trabajo informal e ilegal. La documentación de estos problemas proviene principalmente de los países de destino de ingreso alto, y se centra solo en determinados problemas de salud, categorías de migrantes y países de origen¹³. Algunas publicaciones son estudios descriptivos que combinan diferentes grupos de migrantes, y la mayoría no contiene comparaciones con las poblaciones de acogida. Por estas razones, puede ser difícil generalizar a partir de los limitados datos disponibles, pero muchas de estas cuestiones sanitarias aparecen sistemáticamente en los estudios, como se resume en el cuadro 1.

Cuadro 1. Resumen de las principales preocupaciones sanitarias de algunos grupos de migrantes en situaciones vulnerables

Migrantes irregulares	<ul style="list-style-type: none"> • El acceso limitado o nulo a servicios de salud • La menor capacidad de pagar por la atención primaria y preventiva • El acceso limitado o nulo a un trabajo seguro y legal • El miedo a la expulsión, que tiene múltiples efectos en el bienestar emocional y la salud mental y menoscaba la disposición a acudir a centros de salud^a
Migrantes en detención	<ul style="list-style-type: none"> • Las condiciones de detención a menudo punitivas, cuasi carcelarias y con limitado acceso a atención médica • El carácter indefinido de la detención, que contribuye a una extrema aflicción y a un deterioro cognitivo, físico y afectivo • El drástico aumento de las tasas de depresión y los pensamientos suicidas • La situación de los niños migrantes detenidos junto con sus padres o separados de sus familias, sin oportunidades de educación ni posibilidades de jugar^b
Niños migrantes y menores no acompañados	<ul style="list-style-type: none"> • La posible interrupción de las intervenciones sanitarias preventivas, como la inmunización • El aislamiento social y la separación de los familiares, que reducen seriamente la capacidad de buscar asistencia sanitaria cuando se necesita • Los trastornos de salud mental, que persisten también después del asentamiento • Los procesos de determinación de la edad utilizados para resolver las solicitudes de inmigración, que son controvertidos y están llenos de imprecisiones y problemas éticos^c

Niños “dejados atrás”	<ul style="list-style-type: none"> • El posible beneficio de las remesas, que permiten comprar alimentos y acceder a la educación • El mayor riesgo de ansiedad, depresión, ideas suicidas, uso indebido de sustancias y trastornos del crecimiento^d
Cuidadores adultos “dejados atrás”	<ul style="list-style-type: none"> • La carga desproporcionada que asumen los cuidadores de mayor edad en la crianza de los niños dejados atrás, con consecuencias psicosociales y de salud física negativas • Los niveles más altos de depresión, soledad, deterioro cognitivo y ansiedad entre los cuidadores mayores dejados atrás, que tienen menores puntuaciones de salud psicológica que los otros padres mayores sin hijos migrantes^e
Migrantes LGBTI	<ul style="list-style-type: none"> • La migración como huida de la violencia, la discriminación o la persecución • El trauma asociado con la necesidad de demostrar continuamente la identidad de género y sexual para las solicitudes de asilo • Los altos niveles de depresión, trastorno por estrés postraumático, tendencias suicidas y uso indebido de sustancias^f
Supervivientes de la trata de personas	<ul style="list-style-type: none"> • Los altos niveles de violencia física y sexual y de lesiones en el lugar de trabajo • Las altas tasas de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático, e intentos de suicidio • La amenaza crónica, las horas de trabajo excesivas, las malas condiciones de vida y las graves restricciones de las libertades^g

Fuentes: a) Hacker y otros, 2015; Martínez y otros, 2015; Winters y otros, 2018; b) Filges y otros, 2015; Robjant, Hassan y Katona, 2009; Sampson y otros, 2015; c) ISSOP, 2018; Jensen, Skårdalsmo y Fjermestad, 2014; d) Fellmeth y otros, 2018; e) Graham, Jordan y Yeoh, 2015; Siriwardhana y otros, 2015; Instituto de Política Migratoria, 2015; Thapa y otros, 2018; f) White, Cooper y Lawrence, 2019; g) Kiss y otros, 2015.

Nota: Los grupos de migrantes no se excluyen mutuamente (pueden solaparse). En el capítulo 2 del presente informe se describe lo que se entiende por “migrante irregular”.

Salud pública

El segundo aspecto relacionado con la migración y la salud se refiere a los efectos que la migración puede tener en la salud de las poblaciones (la salud pública). Como se describió anteriormente, los migrantes pueden tener problemas para satisfacer sus necesidades de bienestar mental, social y físico. Cuando el acceso a los determinantes positivos de la salud es limitado o nulo (véase el gráfico 1), es probable que los resultados sanitarios sean malos, con diversas consecuencias para la salud pública. Esta situación puede a su vez ser causada por las dificultades para tener acceso a un ingreso seguro, relacionadas, por ejemplo, con los problemas que entraña la obtención de la documentación necesaria para trabajar legalmente. Si los migrantes no pueden acceder a tiempo a los análisis y el tratamiento requeridos, aumenta la probabilidad de que transmitan las enfermedades a otras personas de la comunidad y de que el sistema de atención de salud del país de acogida incurra en costos evitables. Es importante tener en cuenta que las representaciones populares de la migración y la salud tienden a ser exageradas por los medios de comunicación, a veces en virtud de agendas políticas contra la inmigración que tratan este fenómeno como una amenaza para la salud pública.

Sea cual fuere la situación, si los migrantes reciben atención sanitaria solo cuando están muy enfermos, el sistema de atención de salud cargará con costos adicionales. En cambio, cuando los servicios de atención de salud —preventivos y curativos— son de acceso fácil, las necesidades sanitarias de los migrantes se atienden normalmente antes de que la enfermedad se agrave, reduciéndose así los costos totales para los sistemas asistenciales. En el caso de las enfermedades infecciosas, los retrasos en la búsqueda de atención médica o las dificultades para continuar el tratamiento de las afecciones crónicas como la tuberculosis y la infección por el VIH, pueden tener efectos negativos en las poblaciones, al aumentar las posibilidades de que se transmita la infección. Esto es especialmente cierto en el caso de los movimientos transfronterizos, en que la tardanza en acudir a los centros de salud en busca de asistencia tiene múltiples motivaciones, como el miedo a interactuar con los servicios públicos cuando no se tiene un permiso de residencia legal, o simplemente la denegación del acceso a la asistencia por los proveedores de la atención sanitaria. La aparición de “ciudades santuario” en países con regímenes de inmigración restrictivos se ha debido en parte a la necesidad de garantizar la prestación de servicios de atención de salud independientes de la situación migratoria de la persona. El movimiento de las “ciudades santuario” se basa en los principios de los derechos humanos y en criterios de equidad sanitaria que priorizan el acceso a la atención de salud por los migrantes indocumentados¹⁴. Por ejemplo, en dos zonas santuario de la inmigración de los Estados Unidos de América, en que las personas que acuden a los servicios de salud no deben responder a preguntas sobre el carácter legal o ilegal de su inmigración y esa información, cuando se conoce, no se transmite a los funcionarios de inmigración, no se observaron diferencias significativas en los informes de los médicos o en las mediciones del manejo de la diabetes entre los inmigrantes mexicanos documentados e indocumentados atendidos. Los migrantes indocumentados tenían resultados clínicos comparables a los de los migrantes documentados y los mexicanos nacidos de los Estados Unidos de América, y comunicaban experiencias parecidas con la atención de salud¹⁵.

Algunos grupos de migrantes —como los refugiados, los solicitantes de asilo y los migrantes irregulares— pueden ser particularmente vulnerables a las enfermedades infecciosas y tener peores resultados sanitarios que la población de acogida, o proceder de lugares con una alta prevalencia de ciertas enfermedades infecciosas; la salud de estos grupos podría mejorar con un programa de cribado e intervenciones selectivas¹⁶. Sus viajes de un lugar a otro —incluidos los desplazamientos forzados de zonas de conflicto con servicios de atención de salud gravemente dañados— pueden dejar interrumpidos los programas de vacunación, con repercusiones de salud pública posiblemente negativas para los propios migrantes y para las comunidades afectadas por la migración¹⁷.

La migración, interna o transfronteriza, es un elemento fundamental en el control de las enfermedades infecciosas. Un ejemplo de ello es el caso del brote de fiebre hemorrágica del Ébola en África Occidental en 2014 (véase el recuadro siguiente). Otro ejemplo se relaciona con las intervenciones para controlar el paludismo. Estos casos requieren una cuidadosa consideración de la migración, que claramente afecta al diagnóstico y menoscaba el acceso al tratamiento y la continuidad de la atención. Esto puede contribuir a la propagación de la resistencia a los fármacos antipalúdicos¹⁸. Además, en los países que están logrando la eliminación, la reintroducción del paludismo a través de la inmigración plantea retos adicionales para el control transfronterizo de esta enfermedad¹⁹. En reconocimiento de su importancia para el control de las

14 Aboji, 2016.

15 Iten y otros, 2014.

16 Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2018.

17 Hui y otros, 2018.

18 Lynch y Roper, 2011.

19 Cotter y otros, 2013; Jitthai, 2013; Pindolia y otros, 2012.

enfermedades infecciosas, la migración ha sido tenida en cuenta en el Reglamento Sanitario Internacional y en los principales programas de control de enfermedades en todo el mundo²⁰. Por ejemplo, en la estrategia mundial de la OMS para acabar con la tuberculosis después de 2015 se señala que la migración y las cuestiones transfronterizas son una esfera de acción prioritaria para los países con una baja incidencia de tuberculosis²¹.

Migración y control de enfermedades – El caso de la fiebre hemorrágica del Ébola

La migración interna y la movilidad transfronteriza con fines de comercio formal o informal o relacionadas con actividades culturales, el empleo, la educación y la salud siguen siendo una parte esencial de la vida de muchas comunidades en África Occidental, donde la libre circulación de las personas, los bienes y los servicios se considera fundamental para la integración, la prosperidad y el desarrollo regionales^a. La región transfronteriza del Triángulo de Kissi en la intersección de Sierra Leona, Liberia y Guinea, de importancia crítica para el comercio y los intercambios, se convirtió en 2014 en el epicentro de la propagación del virus del Ébola. El eje Forécariah-Kambia entre Guinea y Sierra Leona fue otro corredor de la movilidad humana que mantuvo la transmisión del virus. Tan solo durante el mes de julio de 2015, cuatro de las siete cadenas de transmisión de casos positivos de enfermedad del Ébola detectados en Kambia (Sierra Leona) fueron vinculadas con casos positivos de la infección en Forécariah (Guinea). Las comunidades residentes a ambos lados de la frontera tienen estrechos lazos familiares. El movimiento transfronterizo es parte de la vida cotidiana de estas comunidades y principalmente se produce a través de pasos fronterizos no controlados. En algunos lugares, las autoridades impusieron restricciones a la movilidad humana para impedir los movimientos transfronterizos con el fin de contener la propagación del virus del Ébola. El impacto en el comercio y la economía de la región de África Occidental se estimó en 1.600 millones de dólares de los Estados Unidos (el 12% de los PIB combinados de los tres países más afectados)^b. Los sistemas de salud debilitados por decenios de conflictos y la falta de recursos humanos para la vigilancia de la salud y la morbilidad a lo largo de las vías de movilidad humana socavaron la eficacia de las medidas de control de la enfermedad. La adopción de métodos basados en datos contrastados para determinar los corredores de los movimientos de población y entender los principales factores que impulsan la movilidad humana es crucial para el éxito de los esfuerzos encaminados a prevenir, detectar y combatir enfermedades específicas, especialmente en las zonas fronterizas, sin dejar de salvaguardar los intereses comerciales y económicos de los países.

La OIM, con el apoyo de las autoridades gubernamentales y de las comunidades locales, comenzó a cartografiar los flujos de población internos y transfronterizos entre Guinea y Malí ya en diciembre de 2014. Esta información se cotejó luego con los datos epidemiológicos, lo que permitió un análisis más a fondo de las vulnerabilidades de los viajeros a lo largo de todo el proceso de la movilidad. Posteriormente se pusieron en marcha iniciativas parecidas en la frontera del eje Forécariah-Kambia entre Guinea y Sierra Leona, así como en la de Liberia con Sierra Leona. Desde entonces, la cartografía de la movilidad se ha ampliado, para incluir varios puntos de desembarco en las costas de Freetown y Port Loko, así como el movimiento interno entre los distritos de Kambia y Port Loko en Sierra

20 Lönnroth y otros, 2015; Wickramage y otros, 2013; OMS, 2015.

21 Lönnroth y otros, 2015.

Leona. En todos estos lugares, se establecieron medidas de detección sistemática y de prevención y control de la infección, potenciando la vigilancia y la capacidad de respuesta de estos tres países más afectados y de sus vecinos.

a OIM, 2016.

b Grupo Banco Mundial, 2015.

Respuesta de los sistemas de salud

El tercer aspecto de la migración y la salud es el modo en que los sistemas de atención sanitaria responden a los problemas en este ámbito. El sistema de atención sanitaria es en sí mismo un determinante de la salud y, en función de las políticas y los marcos jurídicos de los distintos Estados, los migrantes pueden no tener un acceso adecuado, equitativo y asequible a los servicios de salud, o los sistemas locales pueden no tener suficiente capacidad para atender las necesidades sanitarias de los migrantes, o ambas cosas a la vez. Por ejemplo, en los países con crisis prolongadas, los niños migrantes que huyen de lugares de conflictos y solicitan asilo con sus familias tienen más probabilidades de no haber recibido todas las vacunas necesarias debido al descalabro de la prestación de asistencia sanitaria en los países de origen. Incluso cuando hay servicios de salud disponibles para atenderlos, algunos grupos de migrantes tienen dificultades para comunicar la sintomatología y entender las instrucciones del tratamiento debido a las barreras lingüísticas. Además, los diferentes constructos culturales de las causas de las enfermedades, como los referentes a la salud mental, dificultan el manejo clínico eficaz²². Los migrantes pueden también tener problemas para entender el funcionamiento de un sistema de salud y asistencia social que desconocen, especialmente si proceden de países con servicios de salud gravemente deteriorados.

Un examen sistemático de la documentación sobre las dificultades para prestar asistencia sanitaria a los migrantes y refugiados en países de ingreso alto reveló que esas dificultades se concentraban en tres ámbitos principales: la comunicación, la continuidad de la asistencia y la confianza²³. La comunicación es indispensable para los procesos obvios de diagnóstico y tratamiento. La disponibilidad de intérpretes cualificados procedentes de las comunidades de los migrantes se describía como un aspecto clave para la prestación de una atención respetuosa de las necesidades del migrante. También se destacaba la necesidad de que esos intérpretes hubieran recibido formación en el enfoque ético y profesional de las consultas médicas. La continuidad de la asistencia se relacionaba con factores tales como la necesidad de que los migrantes entendieran el sistema de atención de salud, la integración y la gestión de casos en las diferentes partes de ese sistema. La confianza, el tercer aspecto más mencionado, se refería a la confianza en el proveedor de la atención de salud, a la sensibilidad cultural de la prestación de asistencia y a la capacidad de ejercer la propia agencia. Los estudios indicaban que, cuando no se establecía una relación de confianza, los pacientes recurrían a la medicina tradicional y optaban por confiar en los tratamientos recomendados por “los recursos propios” de sus comunidades. Por otra parte, un examen sistemático en que se investigaron las percepciones, actitudes y prácticas de los proveedores de servicios de atención de salud a los migrantes reveló que las dificultades de estos no radicaban solo en las barreras lingüísticas y culturales, sino también en las limitaciones de recursos en sus lugares de trabajo y en la incoherencia entre la ética profesional y las leyes nacionales que

22 Fortier, 2010.

23 Brandenberger y otros, 2019.

restringían los derechos de los migrantes a la atención de salud²⁴. Los proveedores de atención sanitaria utilizaban medios innovadores para garantizar la prestación de asistencia, gestionando esos casos clínicos junto con grupos de la sociedad civil.

Un componente fundamental de la respuesta mejorada de los sistemas es el desarrollo de “sistemas y programas de salud adaptados a los migrantes que incorporen las necesidades de estos en todos los aspectos de los servicios sanitarios y de la financiación, la política, la planificación, la aplicación y la evaluación de la salud”²⁵. Como se señala en el apéndice A, esto incluye medidas que velen por la prestación de servicios de salud adaptados a las diferentes realidades culturales y lingüísticas; permitan el acceso a la atención primaria de salud; incluyan a grupos de no ciudadanos en los planes nacionales de preparación y respuesta para casos de desastre; y establezcan, dentro del sistema ordinario de información sanitaria, mecanismos de notificación que permitan reunir de forma ética la información necesaria para planificar la atención de las necesidades de los migrantes²⁶. Con frecuencia, los migrantes o “no ciudadanos” son excluidos de las estrategias de preparación y respuesta a nivel nacional²⁷.

Indicadores y criterios de medición de la migración y la salud

La disponibilidad de datos exactos sobre el estado de salud, los resultados sanitarios y los determinantes sociales de la salud de los migrantes es una condición esencial para lograr una mejor vigilancia, fomentar la salud y ofrecer servicios de salud adecuados y asequibles. Las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la migración y la salud (61.17, 2008; 70.15, 2017) y el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular²⁸ exhortan a los Gobiernos a aprovechar mejor los datos sobre la migración y la salud para formular políticas e intervenciones prácticas basadas en datos comprobados. Sin embargo, la Segunda Consulta Mundial sobre Migración y Salud (2017)²⁹ y las posteriores comisiones académicas³⁰ han indicado que la disponibilidad de datos sobre la migración y la salud, su calidad y su vinculación son sumamente variables, sobre todo en los países de ingreso bajo a mediano. Además, los Estados Miembros y las organizaciones internacionales han hecho pocos progresos en las iniciativas para mejorar la recopilación y el análisis de datos sobre la migración y la salud a nivel nacional, regional y mundial.

A nivel de los países, los datos sanitarios proceden de múltiples fuentes. En primer lugar están los datos sobre la salud derivados de los registros institucionales o las fuentes basadas en los censos. Entre ellas figuran, por ejemplo, los registros de los nacimientos y las defunciones, que recopilan estadísticas vitales, y los registros sobre enfermedades específicas, como los referentes al cáncer, la tuberculosis y el paludismo. Una segunda fuente son los datos de las encuestas sanitarias que se realizan periódicamente, como las encuestas demográficas y de salud. Las investigaciones son otra fuente importante de datos que ofrecen información específica sobre determinadas

24 Suphanchaimat y otros, 2015.

25 Siriwardhana, Roberts y McKee, 2017.

26 Mladovsky, 2013; Pottie y otros, 2017; OMS, 2010b.

27 Guinto y otros, 2015; Wickramage y otros, 2018a.

28 El Objetivo 1 del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular subraya la necesidad de recopilar y utilizar datos exactos y desglosados para formular políticas de base empírica; además, el Objetivo 3 destaca la necesidad de proporcionar información exacta y oportuna en todas las etapas de la migración. El Pacto explica que la inversión en métodos mejorados de recopilación de datos sobre la migración “[facilita] la investigación” y “[sirve] de guía para la formulación de políticas coherentes con base empírica y un discurso público bien informado”, permitiendo un seguimiento y una evaluación eficaces del cumplimiento de los compromisos a lo largo del tiempo.

29 OIM, 2017c.

30 Abubakar y otros, 2018.

comunidades o gradientes de morbilidad. La última categoría incluye una diversidad de fuentes, entre ellas los datos de las evaluaciones de la migración y la salud, los sistemas de información sanitaria de los campamentos de refugiados, y los proyectos basados en macrodatos, como el que estudia la carga mundial de morbilidad³¹.

Un examen de las descripciones de las prácticas de recopilación de datos sobre la migración y la salud en Europa reveló que la mayoría de los países de la Unión Europea no reúnen datos sobre la salud de los migrantes en los registros del uso de la atención de salud o de la morbilidad, y que los que lo hacen utilizan diferentes categorizaciones y definiciones, por lo que los datos de distintos países no siempre son comparables entre sí³². Los sistemas de información sanitaria, los sistemas de vigilancia y los registros de enfermedades no incluyen sistemáticamente variables relativas a la migración³³. Solo algunos países que realizan encuestas demográficas y de salud, como Colombia y el Ecuador, han adjuntado módulos relativos a la migración que reúnen datos sobre el lugar de nacimiento. Un caso excepcional es el de Suecia, que en su encuesta anual relativa a las condiciones de vida incluye datos desglosados sobre la situación migratoria o la residencia. Las personas son clasificadas ya sea como migrantes de primera o de segunda generación, o como no migrantes³⁴.

Los principios de la protección de datos y las consideraciones éticas son fundamentales en la recopilación, el análisis, la divulgación y la vinculación de los datos sobre la salud de los migrantes, y no solo debido a las representaciones históricas de las razas, las etnias y la salud³⁵ y a la posibilidad de estigmatización, de exclusión o, en el caso de los indocumentados, de expulsión de los migrantes³⁶. Un ejemplo de los esfuerzos para medir el grado de integración de los migrantes en los sistemas sanitarios y, de este modo, la equidad sanitaria, es el proyecto relativo al aspecto de la salud del Índice de Políticas de Integración de Inmigrantes (MIPEX) (véase el recuadro siguiente). Esta faceta del MIPEX ofrece un instrumento de encuesta diseñado para investigar en qué medida las políticas afectan a la salud de los migrantes y promueven la equidad, lo que permite comparar la situación de diferentes países³⁷.

El aspecto de la salud del Índice de Políticas de Integración de Inmigrantes

Esta faceta del Índice de Políticas de Integración de Inmigrantes (MIPEX) es un instrumento de encuesta diseñado para investigar en qué medida las políticas afectan a la salud de los migrantes y promueven la equidad⁹. Reúne información sobre cuatro aspectos que se consideran fundamentales para la equidad sanitaria: a) los derechos a la cobertura de atención sanitaria previstos en los marcos jurídicos y de política internos; b) la accesibilidad de los servicios de salud; c) su capacidad de respuesta, en aspectos tales como el idioma y la sensibilidad cultural; y d) las medidas establecidas para lograr un cambio, como la recopilación de datos y la investigación para orientar mejor los servicios. También incluye la aplicación intersectorial del principio de “la salud en todas las políticas”,

31 Disponible en www.healthdata.org/gbd (consultado el 24 de julio de 2019).

32 Rechel, Mladovsky y Devillé, 2012.

33 Giorgi Rossi y otros, 2017; Riccardo y otros, 2015.

34 Mladovsky, 2013.

35 Bhopal, 1997.

36 Hiam, Steele y McKee, 2018.

37 OIM, 2017a.

así como la integración general de las políticas sobre la salud de los migrantes. Un examen exploratorio de las pruebas disponibles sobre la asociación entre los resultados sanitarios y las políticas de integración realizado en 2017^b indicó que la mayoría de los estudios incluían el MIPEX como medida de las políticas nacionales de integración de los migrantes. Los datos revelaron que las disparidades sanitarias entre los migrantes y los ciudadanos, y entre los distintos grupos de migrantes, eran en general menores en los países con políticas de integración más enérgicas^c.

a OIM, 2017a.

b Siriwardhana, Roberts y McKee, 2017.

c Ingleby y otros, 2018.

En el contexto de los sistemas de salud, la respuesta que aplica el principio de “la salud de los migrantes en todas las políticas” —sobre la base del modelo de “la salud en todas las políticas” de la OMS³⁸ y del aspecto de la salud del MIPEX³⁹— busca obtener la colaboración de todos los actores y sectores cruciales de la gobernanza de la migración y la salud. Un ejemplo práctico de ello es la elaboración de la Política Nacional de Migración y Salud y del marco de acción correspondiente en Sri Lanka (véase el recuadro siguiente).

Enseñanzas extraídas del proceso de elaboración de una Política Nacional de Migración y Salud y su marco de acción en Sri Lanka

La migración sigue catalizando el desarrollo de Sri Lanka en la región de Asia Meridional. Sri Lanka es a la vez un país de origen de trabajadores (con más de 2 millones de ciudadanos que trabajan en el extranjero), y un país de destino que recibe a un creciente número de trabajadores migrantes de países como la India y China, que llegan a trabajar en grandes proyectos de infraestructura, por ejemplo autopistas, puertos marítimos y aeropuertos. Se prevé que ese desarrollo aumentará aún más la movilidad humana hacia la isla y dentro de ella. Al terminar la prolongada guerra civil, regresaron a sus lugares de origen los refugiados que se encontraban en la India y otros países, así como las poblaciones, mucho más numerosas, de desplazados internos.

En una situación de esta índole es importante afrontar los retos sanitarios de la dinámica variedad de flujos de población. Consciente del carácter intersectorial de la labor relativa a la migración y la salud, el Gobierno de Sri Lanka adoptó un enfoque participativo que integraba a todos los sectores gubernamentales, así como a la sociedad civil, las Naciones Unidas, el mundo académico y los defensores de los migrantes, para elaborar una Política Nacional de Migración y Salud y el correspondiente Plan de Acción, que entraron en vigor en 2013. Sri Lanka es uno de los pocos países que tienen un marco de políticas específico para la migración y la salud que incluye a todas las tipologías de migrantes^a. El proceso fue dirigido por el Ministerio de Salud, bajo los auspicios de un mecanismo interministerial y con la colaboración técnica de la OIM. Un rasgo distintivo de la

38 Juárez y otros, 2019; OMS, 2014.

39 OIM, 2017a.

elaboración de la política de Sri Lanka fue la importancia atribuida al uso de información contrastada para orientar las intervenciones y el formulario de la política. Una Comisión Nacional de Investigación sobre Migración y Salud trabajó durante tres años, con investigadores locales e internacionales, para determinar las lagunas en los conocimientos, realizar investigaciones empíricas y reunir datos sobre la migración y la salud en relación con los flujos migratorios internos, de entrada y de salida. Se adoptó un enfoque pragmático y orientado a la acción. Por ejemplo, se elaboró una Estrategia Nacional de Salud en las Fronteras con el fin de mejorar la capacidad en los puntos de entrada y estar mejor preparados para responder ante los riesgos sanitarios, y de mejorar también la capacidad de ofrecer un mayor apoyo psicosocial a las trabajadoras migrantes que regresaran al país.

Entre las principales lecciones extraídas de la elaboración de la Política Nacional de Migración y Salud cabe mencionar la importancia de:

- (a) invertir en un enfoque basado en información comprobada;
- (b) garantizar la coordinación intersectorial;
- (c) obtener la colaboración de los diferentes interesados de la sociedad civil, el mundo académico y la industria y de los propios migrantes mediante enfoques participativos;
- (d) aprovechar esta red para responder a las cuestiones emergentes (y no centrarse solo en el formulario de los aspectos de política);
- (e) integrar un marco de rendición de cuentas;
- (f) mantener la diplomacia sanitaria mundial y la participación en los procesos regionales y mundiales.

En el apéndice B se presenta un estudio de caso más detallado.

a Wickramage, De Silva y Peiris, 2017.

La migración de profesionales de la salud

La migración de trabajadores sanitarios en respuesta a la escasez mundial de profesionales de la salud exige una gestión específica y eficaz, que incluya la creación de capacidad en los sistemas de salud de los países de origen, la promoción de las buenas prácticas y la prevención de los efectos negativos de la migración de esos trabajadores. Hay un desequilibrio mundial entre la disponibilidad de trabajadores sanitarios y la carga de morbilidad. Por ejemplo, el África Subsahariana tiene la densidad más baja de médicos y enfermeras y la carga de morbilidad más alta⁴⁰. Una migración bien gestionada de los trabajadores sanitarios puede hacer una contribución fundamental al desarrollo en general, y al fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud en particular, no solo en los países de destino sino también en los de origen⁴¹. Las herramientas mundiales en este ámbito, como el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*, proporcionan un marco de base empírica para promover las buenas prácticas y prevenir los efectos negativos de la migración de los trabajadores

40 Crisp y Chen, 2014.

41 OIM, 2018.

sanitarios. Como se indica en el Código de prácticas mundial de la OMS, hay estrategias para que tanto los países de origen como los de destino reduzcan su dependencia del personal sanitario formado en el extranjero, y para mitigar los efectos negativos de la migración de ese personal en los sistemas de salud de los países en desarrollo. Esas estrategias pueden incluir, por ejemplo, la alineación del gasto público en educación con las oportunidades de empleo; la no contratación directa desde los países con las relaciones más bajas entre el número de trabajadores sanitarios y el número de habitantes; y la adopción de mecanismos de financiación innovadores, que permitan a las entidades locales y privadas ofrecer financiación complementaria a los subsidios gubernamentales para la formación de los trabajadores sanitarios.

Gobernanza mundial de la migración y la salud

La gobernanza es un aspecto central en la elaboración y aplicación de cualquier respuesta relativa a la migración y la salud⁴². La gobernanza de la migración se basa principalmente en la soberanía nacional⁴³, y para obtener resultados sanitarios positivos se requiere una migración bien gestionada. Sin embargo, salvo en las cuestiones relativas a la seguridad sanitaria mundial —como las cuarentenas y la gestión sanitaria de las fronteras—, la participación de las autoridades del sector de la salud en las decisiones de alto nivel sobre la gobernanza de la migración suele ser limitada, y los programas de salud rara vez tienen en cuenta la migración⁴⁴. Muchos países han declarado explícitamente ante órganos internacionales de derechos humanos que no pueden o no desean garantizar la protección sanitaria, incluida la prestación de los servicios de salud esenciales, a los migrantes, especialmente a los migrantes irregulares⁴⁵.

En los últimos años se ha creado una serie de agendas de gobernanza de la migración y la salud que ofrecen importantes oportunidades de recabar apoyo político para la intervención (véase el gráfico 2). Estas agendas, que abarcan los campos de la gobernanza de la migración, el desarrollo y la gobernanza sanitaria mundial, comprenden el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular; el Pacto Mundial sobre los Refugiados; los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); la cobertura sanitaria universal; los procesos de la Asamblea Mundial de la Salud; los programas de prevención y control de enfermedades (por ejemplo, para el paludismo, el VIH y la tuberculosis); y la Agenda sobre la Seguridad Sanitaria Mundial⁴⁶. Para una gobernanza efectiva se requieren un liderazgo estratégico y una inversión en la creación de alianzas entre los sistemas de gestión de la migración y el sector de la salud.

Los ODS exigen, de múltiples formas, una integración de los sectores de la migración, el desarrollo y la salud para elaborar y aplicar respuestas unificadas y coordinadas⁴⁷. La meta 3.8 de los ODS, que propugna la cobertura sanitaria universal, es un elemento clave de estos Objetivos que ofrece una oportunidad estratégica de mejorar las respuestas en el ámbito de la migración y la salud y, de ese modo, al promover la buena salud de los migrantes y la correspondiente corriente de remesas, de fomentar indirectamente el desarrollo económico y social⁴⁸. Los migrantes no incluidos en los programas de cobertura sanitaria universal suelen quedar al margen de los debates sobre los objetivos de esta cobertura a nivel nacional⁴⁹.

42 Por “gobernanza” se entiende las formas en que opera una entidad para elaborar y aplicar sus políticas y prácticas, lo que incluye al Estado, la sociedad civil, el sector privado y otros actores clave, como las organizaciones internacionales.

43 Wickramage y otros, 2018a.

44 Wickramage y Annunziata, 2018.

45 OIM, 2013.

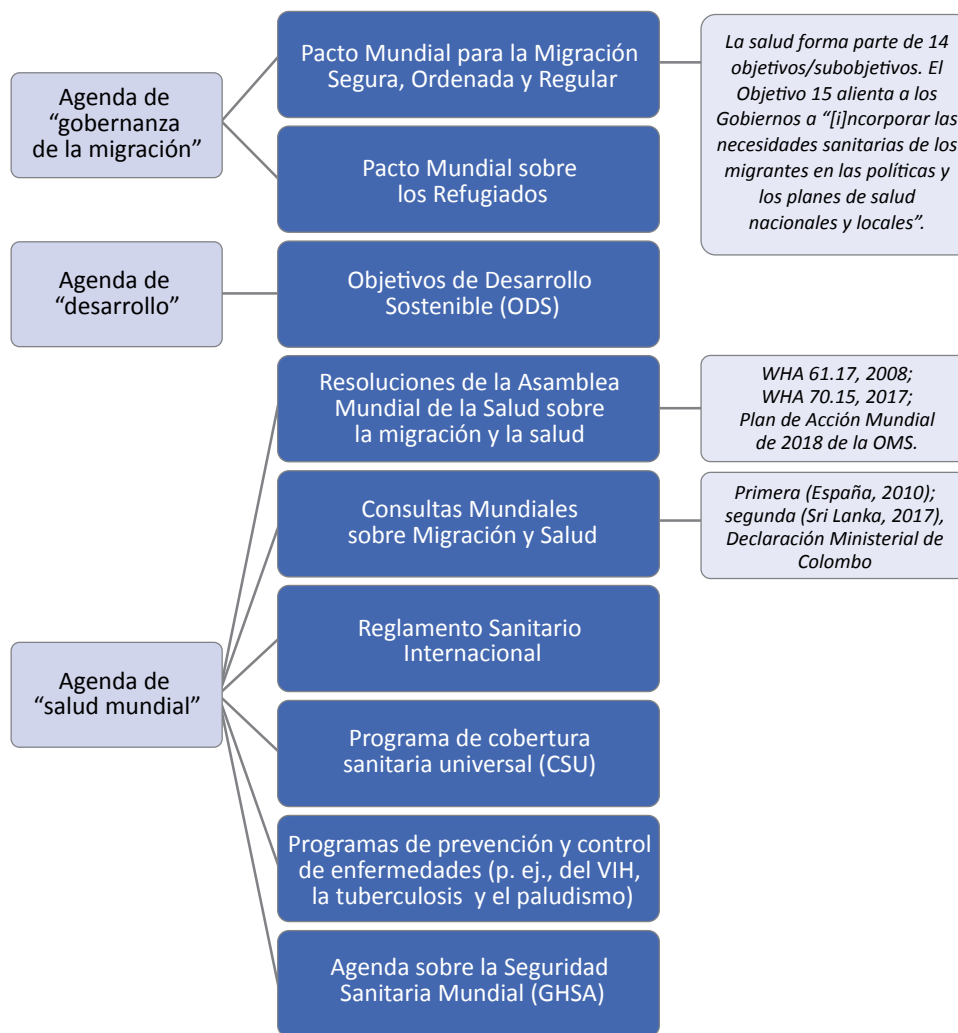
46 OIM, 2017c; CSU2030, 2017; Naciones Unidas, 2015; OMS, 2007, 2010a; Asamblea Mundial de la Salud, 2008, 2017.

47 Naciones Unidas, 2015.

48 CSU2030, 2017.

49 Guinto y otros, 2015.

Gráfico 2. Agendas mundiales para promover las metas relativas a la migración y la salud



El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular —examinado en el capítulo 11 del presente informe— trata la salud como una prioridad transversal, con referencias a ella y al acceso a la atención sanitaria en varios de sus objetivos. Los principales objetivos del Pacto Mundial para la Migración que se relacionan con la salud y contienen compromisos y medidas a ese respecto se presentan en el apéndice C. Varios expertos han formulado comentarios sobre las deficiencias del Pacto Mundial en lo referente a la realización del derecho a la salud de los migrantes, incluido su silencio con respecto a la salud reproductiva y al acceso a una atención obstétrica en condiciones seguras, que repercute directamente en la salud del recién nacido y del niño⁵⁰. No obstante estas limitaciones, el Pacto Mundial para la Migración ofrece a las instancias que se ocupan de la salud una herramienta para promover políticas y servicios sanitarios que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes en los debates sobre la gobernanza de la migración, en que no se suele prestar a la salud la atención que merece⁵¹.

50 Bozorgmehr y Biddle, 2018; Devakumar y otros, 2018.

51 Wickramage y Annunziata, 2018.

Lagunas en la investigación sobre la migración y la salud

En todo el mundo hay iniciativas de investigación en curso para ayudar a entender más a fondo la temática de la migración y la salud y elaborar respuestas más eficaces, centradas en la aplicación de intervenciones que se basen en información contrastada, para mejorar la salud y el bienestar de los migrantes y de las comunidades afectadas por la migración⁵². Aunque este campo de investigación está creciendo, los esfuerzos por mejorar la comprensión de la migración y la salud y los ejemplos de programación en este ámbito siguen siendo escasos⁵³. Como se describe en el recuadro siguiente, la documentación existente sobre la migración internacional y la salud tiene un alcance limitado y se centra principalmente en: a) los países de acogida de ingreso alto de Europa y América del Norte; b) algunas afecciones específicas, como los problemas de salud mental, la infección por el VIH y la tuberculosis; y c) grupos particulares de migrantes, como los trabajadores migrantes, los niños migrantes, los menores no acompañados y los niños “dejados atrás”, las mujeres, los refugiados y las víctimas (mujeres) supervivientes de la trata de personas⁵⁴. Esto pone de relieve la necesidad de mejorar la capacidad de investigación en los países de ingreso bajo y mediano, donde tienen lugar la mayor parte de las migraciones del mundo, y de aumentar el alcance de las investigaciones, ampliándolas a otros aspectos, además de los temas de la salud mental y el bienestar psicosocial en que se centran actualmente. Es preciso establecer agendas de investigación nacionales y regionales que estudien los aspectos de interés en los contextos concretos, mediante consultas con las comunidades de migrantes, los encargados de la formulación de políticas, los profesionales, la sociedad civil y los investigadores.

Distribución mundial de las investigaciones sobre la migración internacional y la salud en publicaciones sometidas a revisión externa

Por categorías de migrantes internacionales:

- Refugiados y solicitantes de asilo (25,4%)
- Trabajadores migrantes (6,2%)
- Trata de personas y tráfico de migrantes (3,2%)
- Estudiantes internacionales (2,1%)
- Movilidad internacional de pacientes (0,1%)

Por nivel de ingreso de los países (según la clasificación del Banco Mundial)

- Países de ingreso bajo (0,8%)
- Países de ingreso mediano (9,6%)
- Países de ingreso alto (89,6%)

52 Abubakar y otros, 2018; Griswold y otros, 2018; OIM, 2017c; Pottie y otros, 2017; Wickramage y otros, 2018b.

53 Ho y otros, 2019; Sweileh y otros, 2018.

54 Sweileh y otros, 2018.

Por esfera temática de la investigación:

- Salud mental y bienestar psicosocial (47,0%)
- Enfermedades transmisibles (13,7%)
- Enfermedades no transmisibles (8,9%)

Fuente: Sweileh y otros, 2018.

Nota: En total se recuperaron y examinaron 21.547 documentos. Las variables no son necesariamente excluyentes, de modo que los porcentajes pueden no dar un total del 100%.

Conclusión: invertir en la migración y la salud para apoyar el desarrollo social y económico

La inversión de los Estados —en términos de recursos financieros y humanos pero también de voluntad política— en la elaboración de intervenciones relacionadas con la migración y la salud que se fundamenten en datos contrastados no solo permitirá abordar las necesidades sanitarias de los migrantes a nivel individual, sino que también mejorará la salud pública y respaldará los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal. Esta inversión es particularmente importante en los países de ingreso bajo y mediano, donde hay mucha migración.

La buena salud es un requisito indispensable para optimizar los beneficios que reporta la migración (p.ej., a través de las remesas); la inversión en el ámbito de la migración y la salud contribuye, pues, al desarrollo social y económico tanto en las zonas de origen de migrantes como en las de acogida⁵⁵. Los responsables de la formulación de políticas, la sociedad civil, el sector privado y los investigadores tienen importantes funciones que desempeñar —a nivel mundial, regional y nacional— en la comprensión y las respuestas en este ámbito, y los migrantes deben ser integrados en la elaboración y aplicación de las políticas y los programas⁵⁶.

A tal fin, es necesario primero invertir en la capacidad de investigación para mejorar la comprensión de los cuatro aspectos fundamentales del tema de la migración y la salud descritos en este capítulo: la salud de los migrantes, la salud pública, las respuestas de los sistemas de salud y las oportunidades de gobernanza mundial. Se necesitan investigaciones para generar intervenciones basadas en datos contrastados que aborden los problemas específicos de la migración y la salud en cada contexto, lo que, a su vez, apoyará el logro de la cobertura sanitaria universal. Mediante alianzas con las organizaciones internacionales y el mundo académico, puede apoyarse a una nueva generación de estudiosos de la migración y la salud que elaboren nuevos enfoques de investigación y sistemas de seguimiento para mejorar las respuestas referentes a la migración y la salud

55 Abubakar y otros, 2018; OIM, 2017c; Onarheim y otros, 2018; Trummer y otros, 2016; Tulloch, Machingura y Melamed, 2016; Vearey y otros, 2019; Wickramage y otros, 2018b.

56 OIM, 2017c; Wolffers, Verghis y Marin, 2003.

en todo el mundo⁵⁷. Se necesitan investigaciones que vayan más allá de los actuales temas de los refugiados y los solicitantes de asilo, y de los problemas de salud mental y el bienestar psicosocial, a fin de generar más información que oriente las mejoras de los sistemas y servicios de salud.

A nivel mundial, es necesario comprender más a fondo las consecuencias de la movilidad humana para apoyar y mejorar la preparación en materia de salud pública, incluida la planificación de respuestas en caso de brotes de enfermedades infecciosas u otras emergencias sanitarias, y para ello es preciso invertir en la creación de capacidad de investigación, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano⁵⁸. Colaborando en el marco de un proceso de elaboración de la política nacional sobre migración y salud, el sector privado puede apoyar también el desarrollo de programas que mejoren, por ejemplo, la salud de los trabajadores migrantes. El papel del sector privado, que se ha pasado por alto en la gobernanza de la migración y la salud, puede incluir, entre muchas otras funciones innovadoras, el patrocinio de actividades de fomento de la capacidad de investigación e intervenciones destinadas a abordar las necesidades sanitarias de los trabajadores migrantes. Esta programación mejora la salud de los propios trabajadores migrantes y de sus familias, en los países de origen y en los de destino.

Los marcos que pueden ofrecer orientación e indicar las oportunidades estratégicas de apoyar intervenciones en el ámbito de la migración y la salud son: la resolución de 2008 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada “Salud de los migrantes”; la resolución de 2017 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada “Promoción de la salud de refugiados y migrantes”; las declaraciones hechas en las dos Consultas Mundiales sobre Migración y Salud; el (proyecto de) Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los Migrantes, de la OMS; y el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, que trata la salud como una prioridad transversal⁵⁹. Estos marcos pueden ser utilizados por los círculos académicos, los órganos de las Naciones Unidas, la sociedad civil y los agentes gubernamentales para movilizar la acción, también en el sector privado. Los encargados de la formulación de políticas —con apoyo de los investigadores— deben determinar las formas en que los sectores de la migración y la salud pueden reforzar su interacción por medio del enfoque de la incorporación de la migración y la salud en todas las políticas. Dado que la integración y la inclusión de los migrantes y la migración son componentes vitales de los programas mundiales de control de enfermedades —como los de la tuberculosis y el paludismo— y de las agendas sobre la seguridad sanitaria mundial, la salud debería ser un pilar fundamental en el desarrollo de la gobernanza de la migración.

A nivel regional, se requieren procesos consultivos que apoyen la elaboración de enfoques coordinados de la migración y la salud. Esto podría lograrse integrando la salud en los procesos consultivos regionales sobre la migración y el desarrollo ya existentes, y debería incluir la colaboración en la vigilancia epidemiológica y en intervenciones que apoyen la continuidad de la atención sanitaria cuando se cambie de país. Para llevar a la práctica estas sugerencias, los Estados deberían estudiar la posibilidad de designar un coordinador nacional que pueda impulsar la formulación de una política nacional de migración y salud, y dirigir las interacciones a nivel regional y mundial. Para ello se requeriría un enfoque participativo, intersectorial y que utilice datos contrastados, la elaboración y adopción de un marco de rendición de cuentas, y la concentración en la diplomacia sanitaria mundial. Al invertir en intervenciones bien fundamentadas, los Estados estarán en

57 La Iniciativa de Investigación sobre Migración, Salud y Desarrollo (MHADRI) (véase <https://mhadri.org/>, consultado el 25 de julio de 2019) es una red de investigación mundial establecida recientemente que tiene por objeto abordar estas cuestiones y promover actividades de investigación conjuntas y enfoques comunes de la migración y la salud.

58 OIM, 2017c; Wickramage y otros, 2018b.

59 OIM, 2017c; OMS, 2010b, 2017, 2019; Asamblea Mundial de la Salud, 2008, 2017.

mejores condiciones para elaborar respuestas a los problemas de la migración y la salud en los planos local, regional y mundial. Ello tendrá efectos positivos en la salud de los migrantes, respaldará los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030 y, a la larga, hará que las personas, las comunidades y los Estados puedan cosechar los frutos del desarrollo social y económico derivado de la migración en buenas condiciones de salud.

Apéndice A. Principales prioridades y medidas para el seguimiento de la salud de los migrantes y el desarrollo de sistemas sanitarios que tengan en cuenta sus necesidades

Seguimiento de la salud de los migrantes

<p>Prioridades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr la normalización y comparabilidad de los datos sobre la salud de los migrantes. • Mejorar la comprensión de las tendencias y los resultados mediante un adecuado desglose y análisis de la información sobre la salud de los migrantes, de formas que tengan en cuenta la diversidad de estas poblaciones. • Mejorar el seguimiento de los comportamientos saludables de los migrantes, su acceso a los servicios de salud y el uso que hacen de ellos, y aumentar la recopilación de datos sobre el estado de salud y los resultados sanitarios de los migrantes. • Determinar y cartografiar: a) las buenas prácticas en el seguimiento de la salud de los migrantes; b) los modelos de políticas que facilitan el acceso equitativo de los migrantes a la atención de salud; y c) los modelos de sistemas de salud que incluyen a los migrantes y sus prácticas. • Elaborar datos útiles que puedan vincularse a la adopción de decisiones y al seguimiento de los efectos de las políticas y los programas.
<p>Medidas clave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los indicadores fundamentales que son aceptables y pueden ser utilizados en los distintos países. • Promover la inclusión de variables sobre la migración en los censos, las estadísticas nacionales, las encuestas de salud específicas y los sistemas ordinarios de información sanitaria ya existentes, y también en las estadísticas de sectores como la vivienda, la educación, el trabajo y la migración. • Emplear enfoques innovadores para recopilar datos sobre los migrantes, además de los instrumentos tradicionales, como las estadísticas vitales y los sistemas ordinarios de información sanitaria. • Explicar claramente a los migrantes por qué se recopilan datos sobre la salud y los beneficios que ello puede reportarles, y establecer salvaguardias para evitar el uso de los datos de manera discriminatoria o dañina. • Mejorar el conocimiento de los métodos de recopilación, los usos y el intercambio de los datos relacionados con la salud de los migrantes entre los Gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales. • Elaborar un informe mundial acerca de la situación de la salud de los migrantes, con información sobre los progresos realizados en cada país.

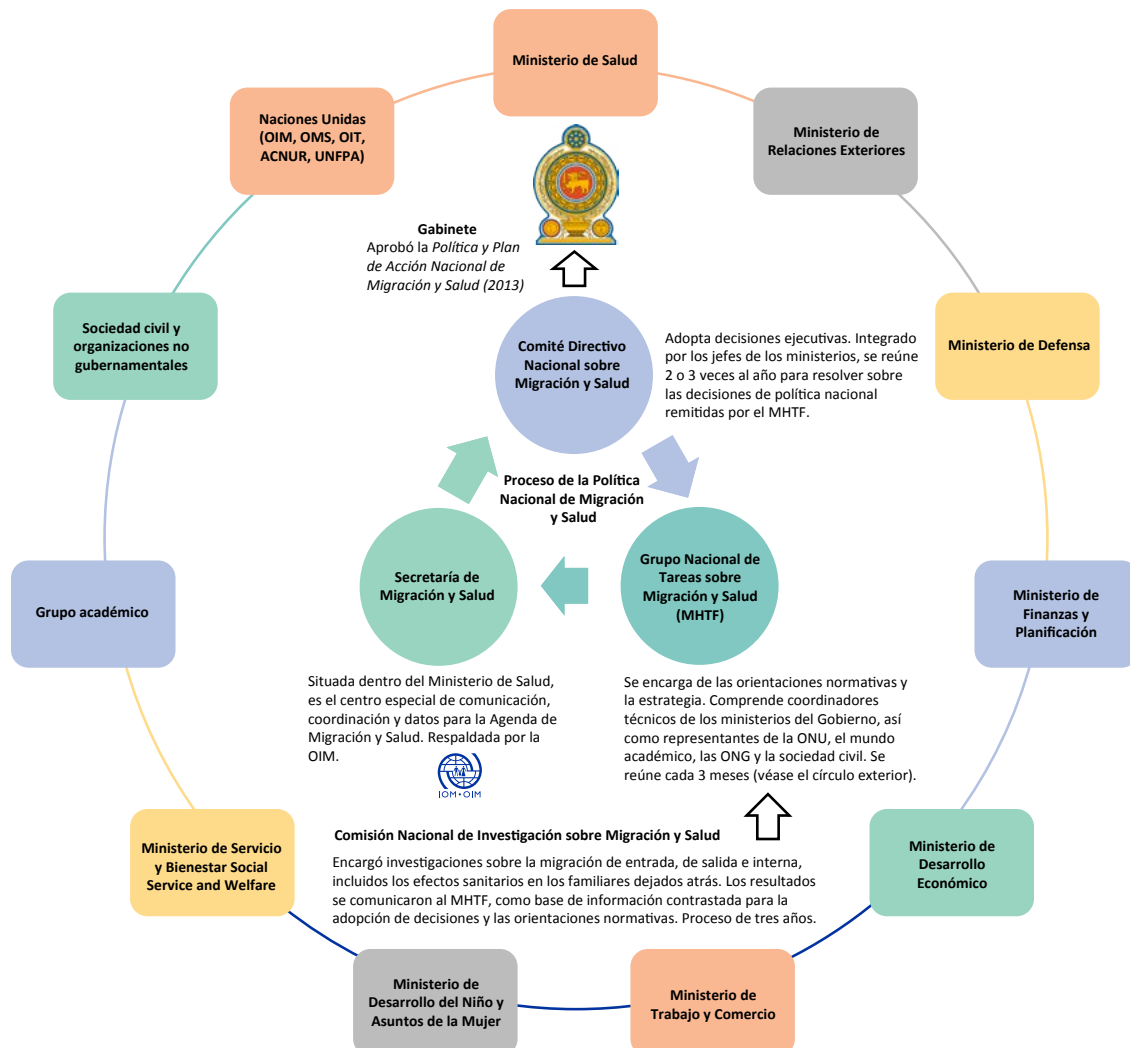
Sistemas sanitarios que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes

<p>Prioridades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por que se presten a los migrantes servicios de salud que sean adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico, y aplicar leyes y reglamentos que prohíban la discriminación. • Adoptar medidas para mejorar la capacidad de los sistemas sanitarios de ofrecer servicios y programas que incluyan a los migrantes de manera integral, coordinada y económicamente sostenible. • Reforzar la continuidad y la calidad de la atención recibida por los migrantes en todos los entornos, incluidos los de los servicios de salud de las ONG y los proveedores alternativos. • Desarrollar la capacidad del personal de salud y de los trabajadores pertinentes de otros sectores de comprender y abordar las cuestiones sanitarias y sociales relacionadas con la migración.
<p>Medidas clave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Designar coordinadores de las cuestiones relativas a la salud de los migrantes en el marco de los Gobiernos. • Elaborar normas para la prestación, la gestión institucional y la gobernanza de servicios de salud que tengan en cuenta la competencia cultural y lingüística, los factores epidemiológicos y los retos jurídicos, administrativos y financieros. • Elaborar marcos para la aplicación y el seguimiento de los resultados de los sistemas de salud en la prestación de servicios que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes. • Desarrollar métodos para analizar los costos de la acción y de la inacción con respecto a los problemas sanitarios de los migrantes. • Integrar al personal de salud migrante de la diáspora en la concepción, aplicación y evaluación de servicios de salud y programas educativos que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes. • Incluir la salud de los migrantes en la formación profesional de primer ciclo, de posgrado y continua de todo el personal de salud, incluido el personal de apoyo y administrativo.

Apéndice B. Enseñanzas extraídas del proceso de elaboración de una Política Nacional de Migración y Salud y del marco de acción correspondiente en Sri Lanka

El crecimiento económico sostenido y los dividendos de la paz tras el cese del prolongado conflicto civil en 2009 han permitido a Sri Lanka recuperar su lugar entre las economías florecientes de la región de Asia Meridional. La migración internacional sigue siendo un catalizador del desarrollo en este país. Sri Lanka es a la vez un país de origen de trabajadores (con más de 2 millones de ciudadanos que trabajan en el extranjero), y un país de destino que recibe a un creciente número de trabajadores migrantes de países como la India y China, que llegan a trabajar en grandes proyectos de infraestructura, por ejemplo autopistas, puertos marítimos y aeropuertos. Ese desarrollo aumentará aún más la movilidad de la población hacia la isla y dentro de ella. Al terminar la guerra regresaron a sus lugares de origen los refugiados de Sri Lanka que se encontraban en la India y cantidades mucho mayores de desplazados internos que estaban en otras partes del país. Ello generó la necesidad de afrontar los retos sanitarios de una dinámica variedad de flujos de población.

Gráfico 1. Proceso de elaboración de una Política Nacional de Migración y Salud en Sri Lanka



Consciente del carácter intersectorial de la labor relativa a la migración y la salud, el Gobierno de Sri Lanka adoptó el enfoque de utilizar datos contrastados e integrar a todos los sectores gubernamentales para elaborar una Política Nacional de Migración y Salud. El proceso fue dirigido por el Ministerio de Salud, con la colaboración técnica de la OIM. Sri Lanka sigue siendo uno de los pocos países que tienen una Política Nacional sobre Migración y Salud y el Plan de Acción correspondiente, que en su caso entraron en vigor en 2013.

Seis enseñanzas fundamentales extraídas de la elaboración de la Política Nacional de Migración y Salud

1. Adopción de un enfoque intersectorial y participativo

Se estableció un mecanismo interministerial, dirigido por el Ministro de Salud, para galvanizar la agenda de la migración y la salud. El marco de coordinación multisectorial comprendía tres elementos: a) una secretaría especial dentro de la Dirección de Política y Planificación, encargada de la coordinación diaria; b) un Grupo Nacional de Tareas sobre Migración y Salud (MHTF), a cargo de la cooperación técnica; y c) un Comité Directivo Nacional, para la adopción de medidas a nivel jurídico y ejecutivo. El MHTF permitió la participación de la sociedad civil, el sector no gubernamental, el mundo académico, las organizaciones intergubernamentales y los propios migrantes.

2. Adopción de un enfoque inclusivo

Tras una extensa deliberación, el MHTF seleccionó categorías de migrantes de los tres tipos de flujos migratorios: de entrada, de salida e internos. Los flujos de entrada incluyen a los trabajadores migrantes extranjeros y los refugiados retornados; la migración de salida abarca categorías tales como los trabajadores migrantes, los estudiantes internacionales y los militares; y los migrantes internos comprenden a los trabajadores de la zona de libre comercio, los trabajadores estacionales y los desplazados internos, entre otros. Dado el gran número de trabajadores migrantes, se incluyó, en una cuarta sección especial de la política, a los hijos y las familias dejados atrás por los trabajadores migrantes internacionales.

3. Adopción de un enfoque basado rigurosamente en datos contrastados

Un rasgo distintivo del desarrollo de la política de Sri Lanka fue la importancia atribuida al uso de datos comprobados para elaborar el formulario de la política y orientar las intervenciones. Durante la fase formativa se estableció un perfil migratorio del país, y se creó una Comisión Nacional de Investigación sobre Migración y Salud, con un mandato de tres años. Se desplegaron esfuerzos para realizar estudios de investigación multidisciplinarios que no solo fueran rigurosos sino que también respetaran normas éticas estrictas. Los resultados se comunicaron mediante una serie de Simposios Nacionales sobre Investigaciones en materia de Migración y Salud, en que participaron organismos gubernamentales, representantes de las comunidades de migrantes, la sociedad civil, asociados para el desarrollo, organismos de las Naciones Unidas, el sector privado y miembros del mundo académico.

4. Adopción de un enfoque pragmático y sensible

Una característica destacada del proceso fue el establecimiento del imperativo de responder a todos los retos importantes con que se enfrentara el país en relación con la migración y la salud, en lugar de ser un proceso estático dedicado únicamente a formular la política. Se reconoció la utilidad de crear un grupo de tareas interministerial que se hiciera cargo de las medidas prácticas. Por ejemplo, se elaboró una Estrategia Nacional de Salud en las Fronteras destinada a potenciar los medios disponibles en los puntos de entrada a

fin de mejorar la preparación, respuesta y mitigación en caso de riesgos para la seguridad sanitaria mundial, y mejorar también la vigilancia epidemiológica y la coordinación en los puntos de entrada.

5. Integración de un marco de rendición de cuentas

El seguimiento de los avances y la difusión de informes periódicos al respecto a nivel nacional, subnacional y mundial es un aspecto clave de la aplicación de la política. Sri Lanka comunicó oficialmente los progresos realizados en relación con las cuatro esferas de intervención detalladas en la resolución 61.17 de la Asamblea Mundial de la Salud, “Salud de los migrantes”, en 2010 y en 2011. El MHTF preparó también una notificación sobre la migración y la salud que puede consultarse íntegramente en la dirección www.migrationhealth.lk. Un reto recurrente ha sido mantener el nivel de coordinación tanto dentro del Ministerio de Salud como entre los distintos ministerios y asociados.

6. Mantenimiento de la diplomacia sanitaria mundial y la interacción

En un mundo globalizado, los distintos Estados no pueden trabajar en forma aislada en la promoción de sus agendas nacionales de migración y salud. Se requieren esfuerzos diplomáticos multilaterales con los países de origen y de acogida, porque las vulnerabilidades sanitarias se manifiestan en todas las fases de la migración y no conocen fronteras.

Apéndice C. La salud en la aplicación del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular

Objetivo 1: Recopilar y utilizar datos exactos y desglosados para formular políticas con base empírica.

La elaboración de perfiles migratorios específicos de cada país con datos desglosados en el contexto nacional debería incluir datos sanitarios que permitan formular políticas migratorias basadas en información contrastada. Esto puede comenzar con el establecimiento de plataformas prácticas para conectar a investigadores, académicos y encargados de la formulación de políticas de todo el mundo a fin de reforzar los sistemas de información y analizar las tendencias en la salud de los migrantes, desglosar la información sanitaria y facilitar el intercambio de las enseñanzas extraídas.

Objetivo 7: Abordar y reducir las vulnerabilidades en la migración

Las medidas para abordar las vulnerabilidades en la migración comprenden la prestación de atención sanitaria y servicios de asesoramiento psicológico y de otro tipo, en particular a las mujeres migrantes, los adolescentes y los niños no acompañados y separados de sus familias, en las distintas etapas de la migración. También sería necesario tener en cuenta las experiencias de los migrantes, incluidas las manifestaciones de xenofobia, las restricciones a la migración en el caso de los migrantes con necesidades sanitarias y otras lagunas e incoherencias de las políticas, así como los esfuerzos por fortalecer la resiliencia de los migrantes mediante una adecuada información y educación y su empoderamiento para la autoayuda.

Objetivo 10: Prevenir, combatir y erradicar la trata de personas en el contexto de la migración internacional

La protección y la asistencia a las personas víctimas de la trata requerirá la integración de medidas de salud física y psicológica, con inclusión de la prestación de servicios y el desarrollo de la capacidad. A tal fin, será necesario que los países cooperen y forjen alianzas transfronterizas para armonizar sus políticas y prácticas intersectoriales y garantizar la continuidad de la atención y de la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades sanitarias particulares de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños.

Objetivo 15: Proporcionar a los migrantes acceso a servicios básicos

Este objetivo alienta a los Gobiernos a “[i]ncorporar las necesidades sanitarias de los migrantes en las políticas y los planes de salud nacionales y locales, [...] entre otras cosas, tomando en consideración las recomendaciones pertinentes del Marco de Prioridades y Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud para Promover la Salud de los Refugiados y los Migrantes”, que se elaboraron en colaboración con los Estados Miembros, la OIM y otros asociados de las Naciones Unidas. Estos compromisos se vinculan con los planes de los Gobiernos respecto de los resultados de los ODS relacionados con la salud (el ODS 3 y otros), y comprenden el fortalecimiento de sistemas que presten servicios de atención de salud inclusivos a los migrantes.

Objetivo 22: Establecer mecanismos para la portabilidad de la seguridad social y las prestaciones adquiridas

Para incluir medidas relacionadas con la salud en este objetivo será necesario evaluar y mejorar la protección contra los riesgos financieros en los servicios de salud, a fin de reducir la carga de un gasto de salud catastrófico en los migrantes. La protección social de la salud debería ser un componente esencial de los acuerdos de seguridad social recíproca sobre la portabilidad de las prestaciones adquiridas por los trabajadores migrantes, sea cual sea su cualificación, y tanto para la migración a largo plazo como para la temporal.

Referencias bibliográficas*

- Abbas, M., T. Aloudat, J. Bartolomei, M. Carballo, S. Durieux-Paillard, L. Gabus, A. Jablonka, Y. Jackson, K. Kaojaroen, D. Koch, E. Martinez, M. Mendelson, R. Petrova-Benedict, S. Tsiodras, D. Christie, M. Saam, S. Hargreaves y D. Pittet
2018 Migrant and refugee populations: A public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7:113. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0403-4>.
- Aboii, S.
2016 Undocumented immigrants and the inclusive health policies of sanctuary cities. *Harvard Public Health Review*, 9. Disponible en <http://harvardpublichealthreview.org/undocumented-immigrants-and-the-inclusive-health-policies-of-sanctuary-cities/>.
- Abubakar, I., R.W. Aldridge, D. Devakumar, M. Orcutt, R. Burns, M.L. Barreto, P. Dhavan, F.M. Fouad, N. Groce, Y. Guo, S. Hargreaves, M. Knipper, J.J. Miranda, N. Madise, B. Kumar, D. Mosca, T. McGovern, L. Rubenstein, P. Sammonds, S.M. Sawyer, K. Sheikh, S. Tollman, P. Spiegel y C. Zimmerman
2018 The UCL–*Lancet* Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164):2606–2654. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7).
- Aldridge, R.W., L.B. Nellums, S. Bartlett, A.L. Barr, P. Patel, R. Burns, S. Hargreaves, J.J. Miranda, S. Tollman, J.S. Friedland e I. Abubakar
2018 Global patterns of mortality in international migrants: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 392(10164):2553–2566. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32781-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32781-8).
- Asamblea Mundial de la Salud
2008 Asamblea Mundial de la Salud, resolución 61.17: Salud de los migrantes.
2017 Asamblea Mundial de la Salud, resolución 70.15: Promoción de la salud de refugiados y migrantes.
- Benach, J., C. Muntaner, C. Delclos, M. Menéndez y C. Ronquillo
2011 Migration and “low-skilled” workers in destination countries. *PLoS Medicine*, 8(6):e1001043. Disponible en <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001043>.
- Bhopal, R.
1997 Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *British Medical Journal*, 314(7096):1751–1756.
- Bozorgmehr, K. y L. Biddle
2018 New UN Compact for Migration falls short on health. *British Medical Journal*, 363:k5327. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.k5327>.

* Todos los hipervínculos proporcionados estaban activos cuando se publicó este informe.

- Brandenberger, J., T. Tylleskär, K. Sontag, B. Peterhans y N. Ritz
2019 A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries – the 3C model. *BMC Public Health*, 19(1):755.
- Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades
2018 Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo.
- Chung, R.Y. y S.M. Griffiths
2018 Migration and health in the world: A global public health perspective. *Public Health*, 158:64–65. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.005>.
- Cotter, C., H.J.W. Sturrock, M.S. Hsiang, J. Liu, A.A. Phillips, J. Hwang, C.S. Gueye, N. Fullman, R.D. Gosling y R.G.A. Feachem
2013 The changing epidemiology of malaria elimination: New strategies for new challenges. *The Lancet*, 382(9895):858.
- Crisp, N. y L. Chen
2014 Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 370(10):950–957.
- CSU2030
2017 *Global Compact for progress towards universal health coverage*. CSU2030. Disponible en www.uhc2030.org/our-mission/global-compact/.
- Devakumar, D., N. Russell, L. Murphy, K. Wickramage, S.M. Sawyer e I. Abubakar
2018 Children and adolescents on the move: What does the Global Compact for Migration mean for their health? *The Lancet Child and Adolescent Health*, 3(2):64–66. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30376-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30376-6).
- Fellmeth, G., K. Rose-Clarke, C. Zhao, L.K. Busert, Y. Zheng, A. Massazza, H. Sonmez, B. Eder, A. Blewitt, W. Lertgrai, M. Orcutt, K. Ricci, O. Mohamed-Ahmed, R. Burns, D. Knipe, S. Hargreaves, T. Hesketh, C. Opondo y D. Devakumar
2018 Health impacts of parental migration on left-behind children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 392(10164):2567–2582. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32558-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32558-3).
- Filges, T., E. Montgomery, M. Kastrup y A.-M.K. Jørgensen
2015 The impact of detention on the health of asylum seekers: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1). Disponible en <https://doi.org/10.4073/csr.2015.13>.
- Fortier, J.P.
2010 Migrant-sensitive health systems. En: *Health of Migrants – The Way Forward: Report of a Global Consultation*. OMS, Ginebra, pág. 61.
- Giorgi Rossi, P., F. Riccardo, A. Pezzarossi, P. Ballotari, M.G. Dente, C. Napoli, A. Chiarenza, C. Velasco Munoz, T. Noori y S. Declich
2017 Factors influencing the accuracy of infectious disease reporting in migrants: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(7):720. Disponible en <https://doi.org/10.3390/ijerph14070720>.

- Grabovschi, C., C. Loignon y M. Fortin
2013 Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13:94. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>.
- Graham, E., L. Jordan y B. Yeoh
2015 Parental migration and the mental health of those who stay behind to care for children in South-East Asia. *Social Science and Medicine*, 132:225–235.
- Griswold, K.S., K. Pottie, I. Kim, W. Kim y L. Lin
2018 Strengthening effective preventive services for refugee populations: Toward communities of solution. *Public Health Reviews*, 39:3. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0082-y>.
- Grupo Banco Mundial
2015 The Economic Impact of Ebola on Sub-Saharan Africa: Updated Estimates for 2015. Banco Mundial, Nueva York.
- Guinto, R.L.L.R., U.Z. Curran, R. Suphanchaimat y N.S. Pocock
2015 Universal health coverage in 'One ASEAN': Are migrants included? *Global Health Action*, 8(1):25749. Disponible en <https://doi.org/10.3402/gha.v8.25749>.
- Gushulak, B., J. Weekers y D.W. MacPherson
2009 Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2:e10. Publicación electrónica, 31 de marzo de 2010.
- Hacker, K., M. Anies, B.L. Folb y L. Zallman
2015 Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8:175–183. Disponible en <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>.
- Heslehurst, N., H. Brown, A. Pemu, H. Coleman e I. Rankin
2018 Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16:89. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>.
- Hiam, L., S. Steele y M. McKee
2018 Creating a 'hostile environment for migrants': The British government's use of health service data to restrict immigration is a very bad idea. *Health Economics, Policy and Law*, 13(2):107–117.
- Ho, S., D. Javadi, S. Causevic, E.V. Langlois, P. Friberg y G. Tomson
2019 Intersectoral and integrated approaches in achieving the right to health for refugees on resettlement: A scoping review. *BMJ Open*, 9(7):e029407. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029407>.
- Hui, C., J. Dunn, R. Morton, L.P. Staub, A. Tran, S. Hargreaves, C. Greenaway, B.A. Biggs, R. Christensen y K. Pottie
2018 Interventions to improve vaccination uptake and cost effectiveness of vaccination strategies in newly arrived migrants in the EU/EEA: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10):2065. Disponible en <https://doi.org/10.3390/ijerph15102065>.

- Ingleby, D., R. Petrova-Benedict, T. Huddleston y E. Sanchez
2018 The MIPeX Health strand: A longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *European Journal of Public Health*, 29(3):458–462. Disponible en <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky233>.
- Instituto de Política Migratoria
2015 Promoting the Well-Being of Left-Behind Children of Asian Labor Migrants: Evidence for Policy and Action. Policy Briefs. Disponible en www.migrationpolicy.org/research/promoting-health-left-behind-children-asian-labour-migrants-evidence-policy-and-action.
- International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP), Migration Working Group
2018 ISSOP position statement on migrant child health. *Child: Care, Health and Development*, 44(1):161–170.
- Iten, A.E., E.A. Jacobs, M. Lahiff y A. Fernández
2014 Undocumented immigration status and diabetes care among Mexican immigrants in two immigration “sanctuary” areas. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(2):229–238.
- Jensen, T.K., E.M. Skårdalsmo y K.W. Fjermestad
2014 Development of mental health problems – A follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8:29. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-29>.
- Jitthai, N.
2013 Migration and malaria. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 44(Suppl 1):166–200; discussion:306–307.
- Juárez, S.P., H. Honkaniemi, A.C. Dunlavy, R.W. Aldridge, M.L. Barreto, S.V. Katikireddi y M. Rostila
2019 Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(4):420–435. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6).
- Khan, M.S., A. Osei-Kofi, A. Omar, H. Kirkbride, A. Kessel, A. Abbara, D. Heymann, A. Zumla y O. Dar
2016 Pathogens, prejudice, and politics: The role of the global health community in the European refugee crisis. *The Lancet Infectious Diseases*, 16:e173–e177. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30134-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30134-7).
- Kiss, L., N.S. Pocock, V. Naisanguansri, S. Suos, B. Dickson, D. Thuy, J. Koehler, K. Sirisup, N. Pongrungsee, V.A. Nguyen, R. Borland, P. Dhavan y C. Zimmerman
2015 Health of men, women, and children in post-trafficking services in Cambodia, Thailand, and Vietnam: An observational cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, 3(3):e154–e161. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70016-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70016-1).
- Lee, A., F. Sim y P. Mackie
2018 Migration and health – Seeing past the hype, hysteria and labels. *Public Health*, 158:A1–A2. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.04.004>.

Lönnroth, K., G.B. Migliori, I. Abubakar, L. D'Ambrosio, G. de Vries, R. Diel, P. Douglas, D. Falzon, M.- A. Gaudreau, D. Goletti, E.R. González Ochoa, P. LoBue, A. Matteelli, H. Njoo, I. Solovic, A. Story, T. Tayeb, M.J. van der Werf, D. Weil, J.-P. Zellweger, M. Abdel Aziz, M.R.M. Al Lawati, S. Aliberti, W. Arrazola de Oñate, D. Barreira, V. Bhatia, F. Blasi, A. Bloom, J. Bruchfeld, F. Castelli, R. Centis, D. Chemtob, D.M. Cirillo, A. Colorado, A. Dadu, U.R. Dahle, L. De Paoli, H.M. Dias, R. Duarte, L. Fattorini, M. Gaga, H. Getahun, P. Glaziou, L. Gogvadze, M. del Granado, W. Haas, A. Järvinen, G.-Y. Kwon, D. Mosca, P. Nahid, N. Nishikiori, I. Noguier, J. O'Donnell, A. Pace-Asciak, M.G. Pompa, G.G. Popescu, C. Robalo Cordeiro, K. Rønning, M. Ruhwald, J.- P. Sculier, A. Simunović, A. Smith-Palmer, G. Sotgiu, G. Sulis, C.A. Torres-Duque, K. Umeki, M. Uplekar, C. van Weezenbeek, T. Vasankari, R.J. Vitillo, C. Voniatis, M. Wanlin y M.C. Raviglione

2015 Towards tuberculosis elimination: An action framework for low-incidence countries. *European Respiratory Journal*, 45:928–952. Disponible en <https://doi.org/10.1183/09031936.00214014>.

Lougarre, C.

2016 Using the right to health to promote universal health coverage. *Health and Human Rights Journal*, 18(2):35–48.

Lu, Y. y A. Zhang

2016 The link between migration and health. En: *Handbook of Migration and Health* (F. Thomas, ed.). Edward Elgar Publishing, Cheltenham, págs. 19 a 43.

Lynch, C. y C. Roper

2011 The transit phase of migration: Circulation of malaria and its multidrug-resistant forms in Africa. *PLoS Medicine*, 8:e1001040.

Malhotra, R., C. Arambepola, S. Tarun, V. de Silva, J. Kishore y T. Østbye

2013 Health issues of female foreign domestic workers: A systematic review of the scientific and gray literature. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 19(4):261–277. Disponible en <https://doi.org/10.1179/2049396713Y.0000000041>.

Martinez, O., E. Wu, T. Sandfort, B. Dodge, A. Carballo-Dieguez, R. Pinto, S.D. Rhodes, E. Moya y S. Chavez-Baray

2015 Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(3):947–970. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4>.

Migrating out of Poverty

2017 Thinking twice: Myths about migration.

Mladovsky, P.

2013 Migrant health in the EU. En: *Disaggregated Data and Human Rights: Law, Policy and Practice*. The University of Essex Human Rights Centre Clinic, págs. 31 y 32.

Murty, O.P.

2009 Maid abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16:290–296. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.12.020>.

Naciones Unidas

2015 *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. A/RES/70/1.

Onarheim, K.H., A. Melberg, B.M. Meier e I. Miljeteig

- 2018 Towards universal health coverage: Including undocumented migrants. *BMJ Global Health*, 3(5):e001031. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001031>.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

- 2015 *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology. Special Focus on Migrant Domestic Workers*. OIT, Servicio de Migraciones Laborales y Departamento de Estadística, Ginebra. Disponible en www.ilo.ch/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_436343.pdf.
- 2018 *ILO Global Estimates on International Migrant Workers: Results and Methodology*. OIT, Servicio de Migraciones Laborales y Departamento de Estadística, Ginebra. Disponible en www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_652001.pdf.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

- 2004 *Migración y salud para beneficio de todos*. N° MC/INF/275. OIM, Ginebra.
- 2008 *Migración y salud: Programas y perspectivas de la OIM - Con miras a una perspectiva multisectorial*. Comité Permanente de Programas y Finanzas, Segunda Reunión, SCPF/12. OIM, Ginebra.
- 2013 *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*. OIM, Ginebra. Disponible en https://publications.iom.int/system/files/pdf/iom_unhchr_sp_0.pdf.
- 2016 *Recovering from the Ebola Crisis: IOM's Strategic Framework for Action 2015–2017*. Migration Health Research Portal. OIM, Ginebra.
- 2017a *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*. IOM Migration Research Series, N° 52, Ginebra. Disponible en <https://doi.org/10.18356/c58c11aa-en>.
- 2017b *Migration Health Research to Advance Evidence Based Policy and Practice in Sri Lanka*. OIM, Ginebra. Disponible en <https://publications.iom.int/books/migration-health-research-advance-evidence-based-policy-and-practice-sri-lanka>.
- 2017c *Health of Migrants: Resetting the Agenda*. Informe de la Segunda Consulta Mundial. Colombo, Sri Lanka, 21 a 23 de febrero de 2017. OIM, Ginebra.
- 2018 *Migration of health workers. IOM factsheet*. OIM, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- 1946 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, N° 2:100) and entered into force on 7 April 1948.
- 2007 *Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro: Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

- 2010a *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud*. OMS, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf?ua=1.
- 2010b *Health of Migrants – The Way Forward: Report of a Global Consultation*. Madrid, 3 a 5 de marzo. OMS, Ginebra.
- 2014 *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. OMS, Ginebra.
- 2015 *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030*. Programa Mundial sobre Paludismo de la OMS, Ginebra.
- 2017 Promoción de la salud de los refugiados y los migrantes: proyecto de marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y los migrantes: informe de la Secretaría. 70.ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.7 del orden del día provisional (Nº A70/24). OMS, Ginebra.
- 2019 Promoción de la salud de refugiados y migrantes: proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023. OMS, Ginebra.
- Pindolia, D.K., A.J. Garcia, A. Wesolowski, D.L. Smith, C.O. Buckee, A.M. Noor, R.W. Snow y A.J. Tatem
2012 Human movement data for malaria control and elimination strategic planning. *Malaria Journal*, 11:205. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-205>.
- Pottie, K., C. Hui, P. Rahman, D. Ingleby, E.A. Akl, G. Russell, L. Ling, K. Wickramage, D. Mosca y C.D. Brindis
2017 Building responsive health systems to help communities affected by migration: An international Delphi consensus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2):144. Disponible en <https://doi.org/10.3390/ijerph14020144>.
- Rechel, B., P. Mladovsky y W. Devillé
2012 Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices. *Health Policy*, 105(1):10–16.
- Riccardo, F., M.G. Dente, T. Kärki, M. Fabiani, C. Napoli, A. Chiarenza, P. Giorgi Rossi, C.V. Munoz, T. Noori y S. Declich
2015 Towards a European framework to monitor infectious diseases among migrant populations: Design and applicability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9):11640–11661. Disponible en <https://doi.org/10.3390/ijerph120911640>.
- Robjant, K., R. Hassan y C. Katona
2009 Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(4):306–312. Disponible en <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>.
- Sampson, R., V. Chew, G. Mitchell y L. Bowring
2015 *There Are Alternatives: A Handbook for Preventing Unnecessary Immigration Detention (Revised)*. International Detention Coalition, Melbourne.
- Senarath, U., K. Wickramage y S.L. Peiris
2014 Prevalence of depression and its associated factors among patients attending primary care settings in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14:85. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-85>.

- Siriwardhana, C., B. Roberts y M. McKee
2017 Vulnerability and resilience. Thematic Discussion Paper. Segunda Consulta Mundial sobre Migración y Salud. OIM, Ginebra.
- Siriwardhana, C., K. Wickramage, S. Siribaddana, P. Vidanapathirana, B. Jayasekara, S. Weerawarna, G. Pannala, A. Adikari, K. Jayaweera, S. Pieris y A. Sumathipala
2015 Common mental disorders among adult members of 'left-behind' international migrant worker families in Sri Lanka. *BMC Public Health*, 15:299.
- Spallek, J., A. Reeske, H. Zeeb y O. Razum
2016 Models of migration and health. En: *Handbook of Migration and Health* (F. Thomas, ed.). Edward Elgar Publishing, Cheltenham, págs. 44 a 58.
- Suphanchaimat, R., K. Kantamaturapoj, W. Putthasri y P. Prakongsai
2015 Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15:390. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>.
- Sweileh, W.M.
2018 Global research output in the health of international Arab migrants (1988–2017). *BMC Public Health*, 18:755. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5690-4>.
- Sweileh, W.M., K. Wickramage, K. Pottie, C. Hui, B. Roberts, A.F. Sawalha y S.H. Zyoud
2018 Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health*, 18:777. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5689-x>.
- Thapa, D.K., D. Visentin, R. Kornhaber y M. Cleary
2018 Migration of adult children and mental health of older parents 'left behind': An integrative review. *PLoS One*, 13(10):e0205665.
- Thomas, F. (Ed.)
2016 *Handbook of Migration and Health*. Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Trummer, U., S. Novak-Zezula, A. Renner e I. Wilczewska
2016 Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance. Estudio temático desarrollado y ejecutado por el Centro de Salud y Migración de Viena, bajo la dirección general de la División de Migración y Salud de la OIM en la Oficina Regional de Bruselas, en el marco del proyecto OIMCE EQUI-HEALTH "Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups".
- Tulloch, O., F. Machingura y C. Melamed
2016 *Health, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres.
- Vearey, J., M. Orcutt, L.O. Gostin, C. Adeola Braham y P. Duigan
2019 Building alliances for the global governance of migration and health. *British Medical Journal*, 366:l4143. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.l4143>.

- White, L.C., M. Cooper y D. Lawrence
2019 Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *British Journal of General Practice*, 69(678):10–11. Disponible en <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349>.
- Wickramage, K., R.G. Premaratne, S.L. Peiris y D. Mosca
2013 High attack rate for malaria through irregular migration routes to a country on verge of elimination. *Malaria Journal*, 12:276. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1475-2875-12-276>.
- Wickramage, K., M. De Silva y S. Peiris
2017 Patterns of abuse amongst Sri Lankan women returning home after working as domestic maids in the Middle East: An exploratory study of medico-legal referrals. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 45:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.11.001>.
- Wickramage, K. y G. Annunziata
2018 Advancing health in migration governance, and migration in health governance. *The Lancet*, 392, 2528–2530. Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32855-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32855-1).
- Wickramage, K., L.O. Gostin, E. Friedman, P. Prakongsai, R. Suphanchaimat, C. Hui, P. Duigan, E. Barragan y D.R. Harper
2018a Missing: Where are the migrants in pandemic influenza preparedness plans? *Health and Human Rights Journal*, 20(1):251–258.
- Wickramage, K., J. Vearey, A.B. Zwi, C. Robinson y M. Knipper
2018b Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18:987.
- Wild, V. y A. Dawson
2018 Migration: A core public health ethics issue. *Public Health*, Special issue on Migration: A global public health issue, 158:66–70. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.02.023>.
- Winters, M., B. Rechel, L. de Jong y M. Pavlova
2018 A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, 18:30. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y>.
- Wolffers, I., S. Verghis y M. Marin
2003 Migration, human rights, and health. *The Lancet*, 362(9400):2019–2020.

