



Organización
Mundial de la Salud

Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes

Resumen



Salud para
todos,
incluidos los
refugiados y
los migrantes:
**es hora de
actuar**

Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes

Resumen

Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen [World report on the health of refugees and migrants: summary]

ISBN 978-92-4-005482-0 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-005483-7 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen [World report on the health of refugees and migrants: summary]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Contenido

	Prólogo	v
	Prefacio	vii
	Agradecimientos	ix
	Abreviaturas y acrónimos	xiv
1.	Introducción	1
	1.1 Definiciones utilizadas en el presente informe	2
2.	La migración es fundamental para la salud mundial	3
	2.1 El desplazamiento y la migración exigen mayores esfuerzos para satisfacer las necesidades de salud de los refugiados y los migrantes	4
	2.2 Los sistemas de salud se ven afectados por los conflictos y las catástrofes	4
	2.3 La salud no comienza ni termina en las fronteras de los países	6
	2.4 Las respuestas pangubernamentales e intersectoriales son esenciales	7
	2.5 El papel de la OMS	7
3.	Más allá del sector de la salud: determinantes de la salud de los refugiados y los migrantes	8
	3.1 Características y comportamientos individuales	10
	3.2 Entornos sociales y económicos	10
	3.3 Entorno físico	11
4.	Muerte, peligros y mal estado de salud	12
	4.1 Muerte y desaparición	13
	4.2 La pandemia de COVID-19	13
	4.3 Salud ocupacional	14
	4.4 Salud sexual y reproductiva	14
	4.5 Salud de la madre y el niño	15
	4.6 Enfermedades no transmisibles	15
	4.7 Salud mental	16
	4.8 Enfermedades no transmisibles	16
5.	Argumentos a favor de los sistemas de salud inclusivos	18
	5.1 Prestación de servicios	19
	5.2 Personal de salud	19
	5.3 Acceso a productos médicos, vacunas y tecnologías	20
	5.4 Sistemas de información de salud	20
	5.5 Financiación	20
	5.6 Liderazgo y gobernanza	21
6.	Recopilación de mejores datos	22
	6.1 Metodología del examen	23
	6.2 Resultados del examen	24

Camino a seguir**26**

- 7.1 Un enfoque estratégico para reorientar los sistemas de salud para un mundo en movimiento 26
- 7.2 Juntos podemos: de la política a la práctica y acciones para lograr un futuro saludable 27

Referencias**29**

Prólogo



Casi una de cada ocho personas es migrante, y su cifra es cercana a los 1000 millones. La condición de migrante afecta enormemente la salud y el bienestar, y los refugiados y migrantes continúan siendo uno de los grupos más vulnerables y desatendidos en muchos países.

En el presente informe, que es el primero en el que se hace un examen mundial de la salud de los migrantes, se insta a actuar de forma urgente y coordinada para que los refugiados

y los migrantes de todo el mundo puedan disfrutar de servicios sanitarios que tengan en cuenta sus necesidades. Además, se pone de manifiesto la necesidad apremiante de estudiar y atajar las causas profundas de la migración y de reorientar radicalmente los sistemas de salud para que se adapten al dinamismo creciente de nuestro mundo.

Ya sea por elección o por obligación, el desplazamiento forma parte de la vida de las personas. Con independencia de las causas, el contexto, el origen o la situación que empujan a las personas a emigrar, debemos reiterar que la salud es un derecho de todos los seres humanos en todas las circunstancias y que los refugiados y los migrantes también merecen que se les ofrezca cobertura sanitaria universal.

Vivimos tiempos difíciles. La concurrencia de enfermedades, hambrunas, guerras y el cambio climático pone en jaque la seguridad de la población mundial y ejerce una presión sin precedentes sobre nuestras sociedades y nuestras economías. Paralelamente, la epidemia de COVID-19 continúa afectando de forma desproporcionada la salud y los medios de subsistencia de los refugiados y los migrantes y expone a dificultades específicas a los trabajadores migrantes.

A principios de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados hacían frente a complejas crisis humanitarias en el Afganistán, Etiopía, la República Árabe Siria, Somalia, Sudán del Sur y el Yemen que han dado lugar a desplazamientos masivos de población y han ejercido una enorme presión en los sistemas de salud de los países de acogida. Por si fuera poco, posteriormente se declaró la guerra en Ucrania y, por primera vez en la historia, el número de personas desplazadas en el mundo supera los 100 millones.

Con todo, aún no se conoce por completo el alcance de estas sacudidas porque, como se explica en este informe, los datos disponibles no dan cuenta de todos los refugiados y migrantes, lo cual supone un problema que debemos solucionar. Tenemos que invertir para reforzar y aplicar políticas que promuevan la salud de los refugiados y los migrantes, basándonos en métodos innovadores de recogida y análisis de datos.

Instamos a los gobiernos, los organismos, los donantes y otros asociados a aplicar nuevas estrategias que permitan mejorar la salud de los refugiados y desplazados y que se puedan aplicar en todos los sectores de la sociedad.

Les invito a leer este informe y a unirse a la OMS y a nuestros asociados en nuestro compromiso de conseguir que el mundo sea un lugar más saludable y resiliente para todas las personas.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director-General

Organización Mundial de la Salud

Prefacio



Una de cada ocho personas es migrante o desplazada, y esta proporción va en aumento. Es bien sabido que la situación de desplazamiento o de migración tiene consecuencias para la salud y el bienestar, un problema frente al cual han de actuar los sistemas de salud de todo el mundo. Para alcanzar uno de sus principales objetivos, que no es otro que el de atender a todas estas personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recogido y analizado datos en todo el mundo para elaborar su primer *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes*, que muestra amplia y detalladamente los numerosos problemas de salud que sufren cientos de millones de personas que se encuentran en esa situación, basándose en un gran número de pruebas obtenidas en distintas partes del mundo.

En el informe se presentan datos que hacen ostensible que la situación que viven los refugiados y los migrantes perjudica su salud, principalmente a causa de las deficientes condiciones de vida y de trabajo que padecen y que afectan a su salud y su bienestar, así como a la de los solicitantes de asilo y a otros grupos poblacionales. Los resultados sanitarios de los refugiados y los migrantes son mucho peores que los de la población de los países que los acogen, a lo cual se suma su situación de vulnerabilidad y otros factores que perjudican su salud. En el presente informe se pone de manifiesto la importancia de que los sectores ajenos al sanitario actúen frente a estos determinantes de la mala salud.

Dos de las principales observaciones del informe son la escasez de datos relativos a la salud de los refugiados y los migrantes que permita comparar la situación entre distintos países y momentos y la falta de detalle en los conjuntos de datos sanitarios mundiales, que no están desglosados en función de la situación migratoria. Además, hay deficiencias importantes a nivel mundial en cuanto a los conocimientos y la calidad de los datos, razón por la que se hace un llamamiento a invertir para obtener datos y poner en práctica la vigilancia y el seguimiento adecuados que fundamenten la adopción de políticas y planes de aplicación sólidos y basados en la evidencia. Si no se resuelve esta carencia de datos básicos, se continuará desatendiendo a los refugiados y los migrantes y no se podrán alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Como consecuencia del cambio climático y el aumento del número de conflictos, cada vez son más las personas que necesitan desplazarse. El impacto del calentamiento climático antropogénico afecta ya a un 80% de la superficie del planeta donde vive

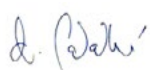
el 85% de la población mundial. Según las previsiones, otros 200 millones de personas se verán obligadas a desplazarse de aquí a 2050.

Sin embargo, este problema se puede resolver. En este informe se presentan soluciones prácticas para hacer frente a las desigualdades en la atención a los refugiados y los migrantes y para atajar las causas profundas que, desde hace tiempo, influyen negativamente en su salud, algunas de las cuales, como la formación, el sexo, la edad y la situación migratoria, son ajenas al propio sector sanitario. Es preciso reorientar los sistemas de salud existentes para que todos sus servicios y programas atiendan a los refugiados y los migrantes, con arreglo a los principios de la atención primaria y la cobertura sanitaria universales. Asimismo, se debe hacer un seguimiento de los determinantes de la salud de los refugiados y los migrantes, de su situación y de su evolución para determinar si se han realizado progresos hacia el logro de los ODS y de otros objetivos y metas. Habida cuenta de que la salud y el bienestar de los refugiados y los migrantes afectan a diversos sectores de la sociedad, el sector de la salud debe tomar la iniciativa en este sentido y facilitar las actividades.

Somos conscientes de la magnitud de este reto y disponemos de enfoques prometedores con que enfrentarlos. Por consiguiente los países, las instituciones y los investigadores deben priorizar las medidas e inversiones necesarias para supervisar y mejorar la salud de los migrantes, de conformidad con los ODS. El 13.º Programa General de Trabajo de la OMS ha de servir de marco para adoptar con urgencia las medidas necesarias, dando prioridad a los principios rectores de promover la salud, proteger a la población de las enfermedades y centrarse en las personas más vulnerables y desatendidas. Estos principios están en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y con su compromiso de no dejar a nadie atrás. Asimismo, el *Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes* menciona que la salud es un elemento esencial de la protección y la asistencia a los refugiados y los migrantes y de la buena gobernanza de las migraciones.

El mundo ha reaccionado como debe, adoptando políticas y marcos nacionales e internacionales sobre salud y migración, pero sigue habiendo grandes disparidades. Debemos actuar sin demora, aplicando enfoques que abarquen todos los sectores públicos y toda la sociedad, para garantizar la salud de los refugiados y los migrantes y la de la población que los acoge. Con este informe, la OMS y su Programa de Salud y Migraciones reiteran su compromiso de abordar y resolver los problemas de salud de todos los refugiados y migrantes del mundo.

Esperamos que este informe sirva para alertar al mundo, fomentar la solidaridad, aumentar la concienciación y, sobre todo, tomar medidas prácticas para ofrecer una atención sanitaria universal, de forma que no se invisibilice a nadie y que todas las personas puedan acceder a servicios de salud básicos y de calidad. Debemos proporcionar atención de salud a todos, incluidos los refugiados y los migrantes: es hora de actuar.



Dr Zsuzsanna Jakab
Directora General Adjunta
Organización Mundial de la Salud



Dr Santino Severoni
Director
Programa de Salud y Migraciones

Agradecimientos

La OMS agradece las aportaciones a la planificación, la elaboración y el examen realizadas por los diversos expertos y organismos que se mencionan a continuación.

Dirección y coordinación

Santino Severoni, Director del Programa de Salud y Migraciones de la OMS, Ginebra (Suiza) se encargó de la dirección estratégica técnica y general del presente informe. Rifat Hossain, Responsable Técnico de Datos y Evidencia del Programa de Salud y Migraciones de la OMS, coordinó su elaboración y redacción. Soorej Puthooppambal, Jefe del Centro Colaborador de la OMS sobre Datos y Evidencia relativos a las Migraciones y la Salud de la Universidad de Uppsala (Suecia), proporcionó orientaciones metodológicas y técnicas sobre el contenido general del informe.

Redactores técnicos

Andrew Wilson, Leyla Alyanak y Felicity Thompson redactaron el informe.

Colaboradores y revisores de la OMS

Los siguientes funcionarios y consultores del Programa de Salud y Migraciones de la OMS revisaron varios borradores del informe, comprobaron los datos y la evidencia y prestaron apoyo técnico: Richard Alderslade, Giuseppe Domenico Annunziata, Rimu Byadya, Veronica Cornacchione, Mohammad Darwish, Cetin Dikmen, Palmira Immordino, Kanokporn Kaojaroen, Joowon Kim, Alexandra Ladak, Khawla Nasser Aldeen, Miriam Orcutt, Rita Sá Machado, Ana Cristina Sedas, David Tellez y Marie Wolf. Los siguientes funcionarios y consultores de la OMS contribuyeron también al contenido técnico y la revisión del informe.

Sede de la OMS

Elizabeth Aime-McDonald, Rajiv Bahl, Anand Balachandran, Valentina Baltag, Julia Berenson, Gautam Biswas, Elaine Borghi, Francesco Branca, James Campbell, Richard Michael Carr, David Clarke, Giorgio Cometto, Bernadette Daelmans, Luz de Regil, Khassoum Diallo, Theresa Diaz, Tessa Edejer, Albis Francesco Gabrielli, Philippe Glaziou, Laurence Grummer-

Strawn, Ahmadreza Hosseinpour, Devora Lillia Kestel, Katherine Kirkby, Monika Kosinska, Etienne Krug, Joseph Douglas Kutzin, Jae-se Lee, Daniel Low-Beer, Blerta Maliqi, Mary Mandahar, Silvio Mariotti, Michelle Mcisaac, Claude Meyer, Gerardo Zamora Monge, Allisyn Carol Moran, Marjolaine Nicod, Alana Margaret Officer, Kathy O'Neill, Sarah Paulin-Deschenaux, Kumanan Rasanathan, Briana Rivas-Morello, Nathalie Laure Roebbel, Sebastian Rositano, Sylvie Eliane Schaller, Gerard P Schmets, Slim Slama, Marcus Marcellus Stahlhofer, Chelsea Maria Taylor, Meelan Thondoo, Tamitza Toroyan, Inka Weissbecker y Diane Wu.

Oficinas regionales de la OMS

Oficina Regional de la OMS para África: Ernest Dabire y Abdou Salam Gueye; Oficina Regional de la OMS para las Américas: Candelaria Araoz, James Fitzgerald, Julie Helene Issa, Camila Polinori y Ciro Ugarte; Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental: Lin Aung, Aarti Garg, Stephen Paul Jost y Edwin Salvador; Oficina Regional de la OMS para Europa: Jozef Bartovic, Kristina Mauer-Stender, Elisabeth Waagensen y Gundo Weiler; Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental: Rana Al Naggat, Ali Ardalani, Hala El Shazly, Awad Mataria y Tonia Rifaey; Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental: Isabel Constance Espinosa, Kira Fortune, Tsering Kalden Lama, Caroline Lukaszuk, Angela Pratt y Jaitra Sathyandran.

Revisiones bibliográficas regionales

El informe se basa en revisiones bibliográficas exhaustivas de evidencias realizadas en todas las regiones de la OMS bajo la supervisión de las oficinas regionales de la OMS.

En la Región de África de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hicieron Jo Vearey (coordinadora), Yacine Ait Larbi y Marta Luzes de Samuel Hall, Nairobi (Kenia), y Edward Govere, Thea de Gruchy, Langa Mlotshwa y Rebecca Walker, del Centro Africano para la Migración y la Sociedad, Universidad del Witwatersrand (Sudáfrica).

En la Región de las Américas de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hicieron Báltica Cabieses (coordinadora), María Inés Álvarez, Alice Blukacz, Marcelo Lizana, Alexandra Obach e Isabel Rada, del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovaciones Médicas, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chile).

En la Región de Asia Sudoriental de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hicieron Anjali Borhade (coordinadora), Nisha Bharti, Subhojit Dey, Isha Jain y Vishika Yadav, de la Fundación Disha, Nueva Delhi (India).

En la Región de Europa de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica para los países de idiomas distintos al ruso la hicieron los siguientes equipos: Gianfranco Costanzo (coordinador), Andrea Cavani, Alessandra Diodati, Anteo Di Napoli, Concetta Mirisola, Alessio Petrelli y Leuconoe Grazia Sist, del Instituto Nacional para la Promoción de la Salud de las Poblaciones Migrantes y la Lucha contra las Enfermedades Relacionadas con la Pobreza, Roma (Italia); Alessandra Bettiol e Irene Mattioli, de la Universidad de Florencia (Italia); y Pietro Amedeo Modesti, del Hospital Universitario de Careggi adscrito a la Universidad de Florencia (Italia). Para los países de habla rusa, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hizo Alexey Novozhilov, del Instituto Federal de Investigación para la Organización y la Informática de la Salud de Moscú (Federación de Rusia).

En la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hicieron Jocelyn DeJong (coordinadora), Chaza Akik, Zeinab Dirani, Layal Hneiny y Eman Sharara, de la Universidad Americana de Beirut (Líbano).

En la Región del Pacífico Occidental de la OMS, la realización, compilación y redacción de la revisión bibliográfica la hicieron Lisa Grace S. Bersales (coordinadora), Kristine Faith Agtarap, Claire Berja, Clarinda Lusterio Berja, Michael Dominic Del Mundo y Aileen Guyos, de la Universidad de Filipinas, en Manila.

Síntesis de las revisiones de la evidencia

Los siguientes equipos resumieron las revisiones regionales de la evidencia: Catherine K. Ettman y Sandro Galea de la Universidad de Boston (Estados Unidos de América); Paul Spiegel, David Tellez, Maryada Vallet y Cyndy Vasquez de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos de América); y Lisa Grace S. Bersales, Kristine Faith Agtarap, Claire Berja, Clarinda Lusterio Berja, Michael Dominic Del Mundo y Aileen Guyos de la Universidad de Filipinas, en Manila.

Los siguientes colaboradores hicieron aportaciones y observaciones valiosas sobre el análisis y la presentación de los datos obtenidos en las encuestas domiciliarias: Trevor Croft y Shea Rutstein (Encuestas Demográficas y de Salud); Holly Newby (anteriormente, de Encuestas Demográficas y de Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); Atila Hancioglu y Turgay Unalan (Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); y Olivier Dupriez, Aivin Vicquerra Solatorio y Matthew John Welch (Banco Mundial y Red Internacional de Encuestas de Hogares).

Contribuciones institucionales

Los siguientes expertos formularon numerosas aportaciones técnicas y formularon observaciones: Elisa Benes, Bálint Náfrádi, Andonirina Rakotonarivo y Valentina Stoevska (Organización Internacional del Trabajo); Julia Black, Nuwe Blick, Frank Laczko y Elisa Mosler Vidal (Centro de Análisis de Datos sobre la Migración Mundial de la Organización Internacional para las Migraciones); Aleksandar Arnikov, Poonam Dhavan, Chiaki Ito, Kit Leung, Janice López, Maeva Peek, Guglielmo Schinina, Agan Sweetmavourneen, Jacqueline Weekers, Kolitha Wickramage y Alice Wimmer (División de Salud de los Migrantes de la Organización Internacional para las Migraciones); Grace Sanico Steffan (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos); Jan Beise, Daniela Knoppik, Ralfh Moreno, Sebastián Palmas y Danzhen You (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia); Mónica Aguayo, Miguel Castillo, Xavier Mancero, Rolando Ocampo Fernanda Reynoso, Zulma Sosa y Daniel Taccari (Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe); Ann Burton, Tarek Abou Chabake, Ibrahima Diallo, Sandra Harlass y Peter Ventevogel (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados); Enrico Bisogno, Tejal Jesrani Haslinger, Claire Healy, Angela Me y Philipp Meissner (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito); Ginette Azcona, Antra Bhatt y Alembirhan Berhe (ONU Mujeres); Gero Carletto y Olivier Dupriez (Banco Mundial); S. Irudaya Rajan y Dilip Ratha (Alianza Mundial de Conocimientos sobre Migración y Desarrollo del Banco Mundial); Bjorn Gillsater, Harriet Muger, Katherine Perkins y Charlotte Persson (Centro Conjunto de Datos sobre Desplazamientos Forzados del Banco Mundial y el ACNUR); Michael Flynn (Global Detention Project, Ginebra [Suiza]); Amal de Chickera, Ottoline Spearman y Laura van Waas (Institute on Statelessness and Inclusion); Christelle Cazabat (Observatorio de Desplazamiento Interno, Ginebra [Suiza]); Clara P. C. Fast (Universidad Duke, Durham [Estados Unidos de América]); y Laibah Ashfaq, Paige Chu, Andrea Cortinois, Caitlin Manderville, Ryan Y. Ruan y Andrea Sanchez Martinez (Universidad de Toronto [Canadá]).

Revisores externos

El informe también fue sometido a la revisión exhaustiva de los siguientes expertos mundiales en las distintas esferas tratadas: Shea Rustein (Encuestas Demográficas y de Salud); Bernadette Nirmal Kumar (Asociación Europea de Salud Pública/Lancet Migration); Thomas H. Gassert (Universidad de Harvard, Cambridge [Estados Unidos de América]); Iffat ElBarazi, Michal Grivna y Syed Mahboob Shah (Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de los Emiratos Árabes Unidos [Abu Dhabi]); Anders Hjern (Instituto Karolinska, Solna [Suecia]); Paul Bukuleke (Universidad de Makerere, Kampala [Uganda]); Gianfranco Costanzo and Leuconoe Grazia Sisti (Instituto Nacional para la Promoción de la Salud de las Poblaciones Migrantes y la Lucha

contra las Enfermedades Relacionadas con la Pobreza y Centro Colaborador de la OMS sobre Evidencias y Creación de Capacidad en relación con las Migraciones, Roma [Italia]); César Infante Xibille (Instituto Nacional de Salud Pública de México); Osman Dar (Royal Institute of International Affairs, Londres [Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte]); Ibrahim Abubakar y Rita Issa (University College London [Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte]); Charles Agyemang (Universidad de Amsterdam [Países Bajos]); Francesco Castelli y Beatrice Formenti (Universidad de Brescia [Italia]); Steffanie Ann Strathdee (Universidad de California, San Diego [Estados Unidos de América]); Indika Karunathilake (Universidad de Colombo [Sri Lanka]); y Jaime Miranda (Universidad Peruana Cayetano Heredia, San Martín de Porres [Perú]).

Contribuciones económicas

La OMS agradece las contribuciones económicas para elaborar y redactar de este informe proporcionadas por el Instituto Nacional para la Promoción de la Salud de las Poblaciones Migrantes y la Lucha contra las Enfermedades Relacionadas con la Pobreza de Italia, el Ministerio Federal de Salud de Alemania, el Ministerio de Salud de Italia, la Federación de Rusia y la Dirección General de Asociaciones Internacionales de la Comisión Europea a través del Programa de Asociación sobre el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud para la Cobertura Sanitaria Universal.



Abreviaturas y acrónimos

13.º PGT	13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 (OMS)
BADEHOG	Banco de Datos de Encuestas de Hogares
COVID-19	enfermedad por coronavirus (COVID-19)
CSU	cobertura sanitaria universal
DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas
EDS	Encuesta Demográfica y de Salud
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud

1. Introducción

En el *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reúne evidencia clave sobre el gran número de desafíos en el ámbito de la salud que enfrentan los refugiados y los migrantes durante sus viajes; asimismo, muestra las carencias importantes que existen en materia de datos y conocimientos a nivel mundial. En el informe también se presenta información sobre buenas prácticas y estudios monográficos de las respuestas implementadas por los gobiernos y otras partes interesadas a nivel mundial, incluidos los refugiados y los migrantes, así como de posibles respuestas colectivas. Tales respuestas tienen como objetivo garantizar que se pongan en marcha investigaciones, políticas y acciones multisectoriales eficaces para mejorar la salud de los refugiados y los migrantes. Además de presentar datos mundiales actuales e información sobre la salud y la migración, en el informe también se describen las oportunidades y los desafíos actuales y futuros.

La base de evidencia científica del informe incluye más de 82 000 documentos, tanto de la bibliografía científica como de la «literatura gris» en los idiomas



Una refugiada ugandesa y profesora titulada de yoga muestra a un grupo de refugiados y locales en el campo de refugiados de Kakuma (Kenya) distintas formas de cuidar su bienestar físico y mental.

©ACNUR/Samuel Otieno

más hablados, incluidos todos los idiomas oficiales de la OMS, así como la exploración de todas las encuestas de hogares pertinentes y disponibles, con análisis y exámenes realizados por expertos regionales y mundiales. El alcance del informe se limita a los refugiados y a los migrantes internacionales (denominados «refugiados y migrantes»). Las cuestiones de salud de los migrantes internos y de los desplazados internos (los que se desplazan o son desplazados dentro de los países) se examinarán en próximos informes.

En este informe resumido se presentan las principales conclusiones del informe completo. Le pedimos que consulte el informe completo si desea analizar los datos en detalle.

1.1 Definiciones utilizadas en el presente informe

La definición de migrantes es un debate constante entre profesionales, académicos y organizaciones internacionales que se ocupan de las cuestiones de salud y migración, así como entre expertos de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas. En ella se considera la duración de la estancia y el motivo del desplazamiento y la migración. A continuación, se describen los términos y las definiciones más utilizados en el informe.

Migrante. Persona que se desplaza de un lugar a otro, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional.

Migrante internacional. Persona que cambia su país de residencia habitual. A menos que se indique algo distinto, los migrantes mencionados en este documento corresponden a los migrantes internacionales.

Refugiado. Persona que se encuentra fuera de su país de origen y que necesita protección internacional debido a que teme ser perseguida o a recibir amenazas graves para su vida, integridad física o libertad en su país de origen como consecuencia de la persecución, los conflictos armados, la violencia o los disturbios públicos graves.

Solicitante de asilo. Persona que busca protección internacional. No todos los solicitantes de asilo serán reconocidos en última instancia como refugiados, pero todos los refugiados reconocidos como tal han sido inicialmente solicitantes de asilo.

Trabajador migrante internacional. Migrante internacional que actualmente está empleado o desempleado y en busca de empleo en su país de residencia actual, de acuerdo con la definición de la Organización Internacional del Trabajo.

Migrante en situación irregular (también migrante irregular o migrante indocumentado). Persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional y que no está autorizada a entrar ni a permanecer en ese Estado de conformidad con las leyes de ese Estado y los acuerdos internacionales en que ese Estado sea parte.

Consulte las definiciones más completas relacionadas con los refugiados y los migrantes en el glosario de términos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y en el glosario sobre migración de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (1, 2).

2. La migración es fundamental para la salud mundial

El número de migrantes internacionales y personas en situación de desplazamiento forzado alcanzó niveles sin precedentes durante el último decenio y sigue en aumento. El desplazamiento y la migración son determinantes clave de la salud de los refugiados y los migrantes, y también afectan a las poblaciones de los países a lo largo de la ruta migratoria.

Las personas cruzan las fronteras por diversas razones, desde huir de desastres naturales, conflictos y un clima cambiante hasta buscar mejores perspectivas económicas, experiencias culturales y educación. A pesar de que estos movimientos son, en gran medida, predecibles, el mundo también puede verse falto de preparación, tal como lo ha demostrado el impacto de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).



En el municipio colombiano de Arauquita, las autoridades locales y sus asociados en actividades humanitarias instalan albergues y prestan ayuda a personas recientemente llegadas desde Venezuela.

©OMS/OPS/Karen González

Los refugiados y los migrantes hacen grandes aportes a los lugares a donde se trasladan (3). Sin embargo, también tienen sus propias necesidades de salud, como el resto de la población de un país. Si se ignoran estas necesidades, el costo para los refugiados, los migrantes y los países de acogida puede ser más alto de lo que hubiese sido si se hubiera incluido a estas poblaciones desde un inicio en las políticas y programas nacionales (4). Además de afectar a la salud de los propios refugiados y migrantes, el desplazamiento y la migración también pueden influir en las poblaciones de los países a lo largo de la ruta migratoria. Por lo tanto, el cuidado de los refugiados y los migrantes es esencial para la salud de todas las personas. Más allá de esto, se pueden hacer pocas generalizaciones debido a que las características migratorias varían mucho dependiendo de las rutas y los métodos de viaje, los motivos del desplazamiento y la migración, y las características demográficas, pues todos estos aspectos afectan a la salud.

Las siguientes tendencias notables relacionadas con la migración y la salud mundial ofrecen un marco útil para las principales conclusiones del informe.

2.1 El desplazamiento y la migración exigen mayores esfuerzos para satisfacer las necesidades de salud de los refugiados y los migrantes

Durante el último decenio, el número de migrantes en todo el mundo casi se ha duplicado. En 2020, se registraron en total unos 281 millones de personas en movimiento en todo el mundo (5).¹ Si bien algunos flujos pueden predecirse por factores como el crecimiento económico y los cambios demográficos,

la historia reciente nos ha demostrado que pueden surgir repentinamente emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, o conflictos. Los sistemas de salud y protección social deben estar preparados para conmociones repentinas. Desafortunadamente, el desplazamiento también está en aumento, pero puede y debe reducirse mediante la toma de decisiones de manera racional a nivel gubernamental.

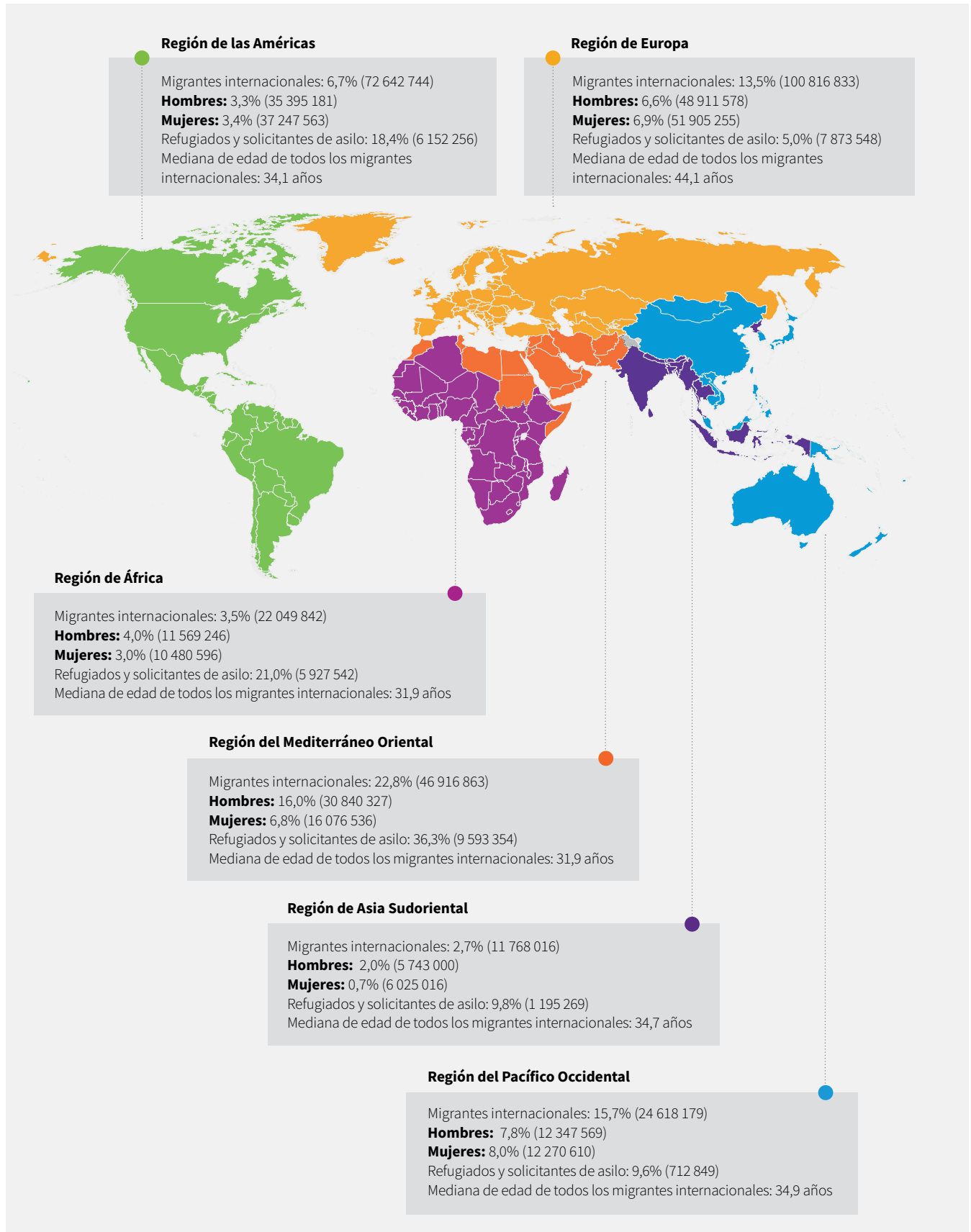
El aumento de los movimientos de población tiene profundos impactos en los sistemas de salud de todos los países afectados por el desplazamiento y la migración, tanto para las poblaciones migrantes como para las de acogida (figura 1). Abordar las necesidades de salud de las poblaciones en movimiento también es parte integral de los principios de salud pública y se encuentra en consonancia con el derecho a la salud para todas las personas que viven dentro de las fronteras de un país.

2.2 Los sistemas de salud se ven afectados por los conflictos y las catástrofes

Los servicios de salud en todas las regiones de la OMS se ven afectados por el impacto de los conflictos nuevos y reactivados, así como de otros desastres. Además de las muertes y daños provocados tanto a civiles como a combatientes, han aumentado los riesgos de contraer enfermedades transmisibles y presentar problemas de salud mental, y los establecimientos de salud han sido blanco o se han visto muy afectados por interrupciones de la energía y los suministros. Posteriormente, el hambre debido a la interrupción del suministro de alimentos aumenta el espectro de la inanición y la malnutrición. También desacelera, y en algunos casos incluso revierte, el progreso realizado hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

¹ En mayo de 2022, después de que se completara la redacción de este informe, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados informó de que el número de personas obligadas a huir de zonas en situación de conflicto, violencia, violaciones de derechos humanos y persecución había superado los 100 millones por primera vez en la historia. El número de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo ya estaba acercándose a 90 millones a finales de 2021, impulsado por nuevas olas de violencia o conflictos prolongados en varios países. En mayo de 2022, la guerra en Ucrania provocó el desplazamiento de 8 millones de personas dentro del país, y se han registrado más de 6 millones de desplazamientos de refugiados ucranianos.

Figura 1. Migrantes internacionales, refugiados y solicitantes de asilo (porcentaje de la población total), por región de la OMS, hasta mediados del 2020



Los refugiados y los solicitantes de asilo representan aproximadamente el 12% de la población migrante mundial, y la carga recae desproporcionadamente en los países de ingresos bajos y medianos que acogen al 86% de los refugiados del mundo (6).

Una serie de otras tendencias y fenómenos en los próximos decenios, desde la urbanización hasta los crecientes niveles de tráfico de personas, influirán tanto en la migración como en las necesidades de salud de las personas en movimiento. Según estudios recientes, el impacto del cambio climático antropógeno ya puede sentirse en el 80% de la superficie terrestre del mundo, que tiene el 85% de la población (7). El cambio climático puede actuar como un impulsor directo de la migración (por ejemplo, cuando un desastre natural produce daños) o un impulsor indirecto (por ejemplo, cuando los cambios ambientales influyen en las enfermedades transmitidas por vectores). También puede ser un multiplicador de riesgos al interactuar con factores culturales, sociales, económicos y políticos y agravar sus efectos; por ejemplo, la escasez de recursos puede intensificar los conflictos, reducir las oportunidades económicas y sobrecargar la infraestructura pública.

Los refugiados y los migrantes pueden convertirse en miembros productivos de los países que adoptan siempre que existan políticas y prácticas que promuevan su salud.

2.3 La salud no comienza ni termina en las fronteras de los países

Si bien muchos refugiados y migrantes gozan de una salud relativamente buena, entre ellos también se incluye a niños y a ancianos, personas con discapacidades y personas cuya salud se ha visto comprometida por su viaje o las condiciones en su país de origen. Otros pueden enfermarse en el país de acogida, tener hijos o lesionarse en el trabajo. Estas necesidades de salud cruzan las fronteras, pero muchos países limitan la cobertura de salud dependiendo de la situación migratoria, por lo que el seguro médico y los servicios de salud pueden ser limitados y los gastos directos por los servicios que no son de emergencia pueden ser prohibitivos.

Los refugiados y los migrantes pueden convertirse en miembros productivos de los países que adoptan siempre que existan políticas y prácticas que promuevan su salud. Por ejemplo, la proporción de médicos migrantes empleados por los sistemas de salud en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos ha aumentado durante los últimos dos decenios: el 30% de los médicos nacidos en el extranjero provienen de países de ingresos medianos bajos y, entre el 3% y el 4%, de países de ingresos bajos (8). Sin embargo, las políticas que separan a las familias, limitan el acceso a los servicios médicos o sociales, o aprueban o promueven la violencia, la discriminación o el tráfico ilícito, producen resultados de salud desfavorables. Incluir a los refugiados y a los migrantes en los servicios de salud es coherente con los ODS, las normas mundiales de derechos humanos y el principio de no dejar a nadie atrás.

2.4 Las respuestas pangubernamentales e intersectoriales son esenciales

La salud, el desplazamiento y la migración están integralmente vinculadas a la salud mundial, el desarrollo mundial y la gobernanza de la migración. A nivel internacional, estas agendas globales han consagrado el abordaje de las necesidades de los refugiados y los migrantes como áreas estratégicas que son clave para lograr los objetivos de las políticas. Durante el último decenio, se han forjado numerosos marcos, acuerdos y resoluciones, incluidos dos pactos mundiales, uno sobre migrantes (9) y el otro sobre refugiados (10), múltiples resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (2008, 2017, 2018) (11-13), dos consultas mundiales sobre migración y salud (2010, 2017) (14,15) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (16). En conjunto, estos documentos proporcionan la base para avanzar en materia normativa y promover la acción multisectorial para incluir a los refugiados y los migrantes en la formulación y aplicación de políticas, integrar sus necesidades específicas, garantizar la continuidad de la atención en el contexto de la cobertura universal de salud (CSU) durante las diversas fases del ciclo de desplazamiento y migración, y protegerlos del abuso, la discriminación y las condiciones de vida y de trabajo deficientes. Del mismo modo, se necesitan enfoques de todo el gobierno a nivel nacional con políticas que involucren a todos los sectores pertinentes que trabajan en conjunto con los departamentos de salud. Esas políticas en los países de origen, tránsito y destino pueden promover la salud de las personas en movimiento de diversas maneras, y garantizar así el acceso adecuado a viviendas, alimentos, atención médica, educación, trato equitativo y

oportunidades económicas. Sin embargo, se necesitarán recursos significativos para apoyar la cooperación técnica, impulsar la acción intersectorial y crear plataformas de evidencia para orientar las acciones.

2.5 El papel de la OMS

Desde 2019, las actividades de la OMS se han llevado a cabo en el marco de su 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023 (13.º PGT) (17). El marco del 13.º PGT prioriza los principios rectores que tienen como objetivo promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables. El marco vuelve a hacer hincapié en los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de no dejar a nadie atrás, incluidos los refugiados y los migrantes (16). El 13.º PGT se centra en las metas de los tres mil millones para lograr impactos medibles en la salud de las personas a nivel nacional.

A raíz de la *Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes* de las Naciones Unidas de 2016 (18), en la que se reconocían los compromisos nacionales específicos adoptados por los Estados Miembros y las prioridades y principios rectores necesarios para promover la salud de los refugiados y los migrantes, los Estados Miembros de la OMS adoptaron el *Plan de Acción Mundial sobre la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes 2019-2023*, en la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud de 2019 (19).

3. Más allá del sector de la salud: determinantes de la salud de los refugiados y los migrantes

Si bien es fundamental abordar los resultados de salud, también es fundamental abordar los factores determinantes básicos de la mala salud. El hecho de que el sector de la salud no ejerza una influencia directa sobre muchos de los determinantes hace pensar que se debe adoptar un curso de acción práctico: los ministerios de salud deben tomar la iniciativa en la promulgación de enfoques que abarquen a todo el gobierno y toda la sociedad para garantizar la salud de los refugiados y los migrantes.

Los resultados de salud no pueden entenderse, y mucho menos mejorarse, sin comprender los contextos, las condiciones y los determinantes habilitantes preexistentes que los conforman. Abordar estos determinantes a menudo



Una familia hondureña que forma parte de una caravana de migrantes camina a lo largo de una carretera en Guatemala. ©UNICEF/Daniele Volpe

será más eficaz y menos costoso que brindar tratamiento y servicios de salud cuando las personas ya estén enfermas.

Los refugiados y los migrantes se ven afectados por los mismos determinantes de la salud que afectan al resto de la humanidad. Sin embargo, su situación migratoria puede sumar una capa de complejidad que, cuando se combina con otros determinantes, los vuelve particularmente vulnerables y afecta a su salud (figura 2). Aunque las categorías fluctúan y se superponen, la OMS clasifica estos determinantes en relación con los siguientes aspectos:

- características y comportamientos individuales, como aspectos genéticos, género, comportamiento personal y edad;
- entornos sociales y económicos, como educación, alfabetización en materia de salud, ingresos y posición social, empleo y condiciones laborales, redes de apoyo social, cultura y servicios de salud; y
- entorno físico, como agua potable y aire limpio; lugares de trabajo saludables; casas, comunidades y carreteras seguras; y alimentos y nutrición.

La experiencia del desplazamiento y la migración es en sí misma un determinante de la salud, y el examen de las diferentes fases del desplazamiento y la migración permite aclarar su impacto.

Figura 2. Determinantes de la salud y fases de la migración



3.1 Características y comportamientos individuales

Las funciones, normas y comportamientos relacionados con la edad y el sexo configuran muchos de los desafíos a los que se enfrentan los refugiados y los migrantes de todas las edades. Las amenazas a la buena salud incluyen desde la violencia física, sexual y emocional en el hogar hasta la discriminación y los abusos en sectores laborales específicos. Estos factores influyen en el acceso a los servicios de salud y en la forma en que estos servicios responden a las necesidades particulares de los refugiados y los migrantes en el curso de la vida, incluso en las edades más avanzadas. Por ejemplo, las mujeres y las niñas corren un mayor riesgo de sufrir esas amenazas durante las diversas fases de la migración. Las mujeres tienen necesidades específicas que requieren servicios adicionales, por ejemplo, en torno al parto, la higiene y la seguridad física. Estas preocupaciones no niegan la vulnerabilidad de los hombres y los niños, pero existe poca evidencia sobre su vulnerabilidad, a menudo porque la estigmatización impide la denuncia sistemática de los casos de violencia sexual y porque el apoyo y los servicios dirigidos a hombres y niños son inadecuados.

El envejecimiento es un factor de importancia cada vez mayor en la salud mundial y, según los datos existentes, los refugiados y los migrantes de edad avanzada se enfrentan a mayores riesgos para la salud en diversos determinantes. Por ejemplo, se prevé que la proporción de personas de 50 años o más en los países frágiles, donde es más probable que ocurran conflictos y desastres, aumentará del 12,3% (219,9 millones) en 2020 al 19,2%

(586,3 millones) en 2050 (21).

3.1.1 Menores no acompañados o separados

Es necesario hacer hincapié en el grupo de menores no acompañados o separados. Este grupo se encuentra particularmente en riesgo de sufrir violencia física y sexual, y también de presentar problemas de salud mental. Durante el tránsito, estos niños, y en particular las niñas, pueden unirse a familias o grupos con los que no están relacionados para estar protegidos; sin embargo, estas familias o grupos no relacionados pueden estar vinculados a la explotación y a la violencia. Los factores que contribuyen al alto riesgo de presentar problemas de salud mental incluyen la separación forzada de la familia del niño, la muerte de un familiar cercano y la falta de apoyo social. Según los datos provenientes de los Países Bajos, el tipo de centro de atención en el que residen los menores no acompañados o separados influye en su salud mental: los menores no acompañados o separados que vivían en grandes centros de recepción tenían el entorno de peor calidad y también presentaban la mayoría de los problemas de salud mental en comparación con los niños que vivían en otros alojamientos, tales como pequeñas unidades de vivienda o con familias de acogida.

3.2 Entornos sociales y económicos

Los determinantes sociales y económicos afectan desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables. Son estos determinantes (en lugar de las enfermedades o las afecciones médicas en sí mismas) los que explican la mayoría de los resultados de salud desfavorables que viven los refugiados y los migrantes. Por ejemplo, los refugiados y los migrantes con niveles de educación más

bajos a menudo tienen peores resultados de salud física o mental que aquellos con niveles de educación más altos. El desplazamiento y la migración a menudo interrumpen la educación, cuyo acceso puede ser difícil o se puede denegar debido a las normas culturales que alientan a los padres a no enviar a la escuela a sus niños, especialmente a las niñas. La eliminación de esas barreras redundaría en el interés de los países de tránsito y de acogida, ya que la educación y las escuelas también satisfacen muchas otras necesidades de salud y sociales, por ejemplo, cuando se utilizan para la puesta en marcha de programas de inmunización e intervenciones de nutrición comunitarias.

Los ingresos son otro determinante clave. Además de ser una barrera para acceder a los servicios de salud, la inseguridad económica puede empeorar la salud física y mental de los refugiados y los migrantes.

Por ejemplo, según datos provenientes de los campamentos de refugiados en diversas partes del mundo, se destaca una correlación entre los ingresos más bajos y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. La seguridad económica puede tener efectos positivos en la salud; así, el acceso al mercado laboral y la generación de ingresos mejoraron significativamente la salud mental de los refugiados.

3.3 Entorno físico

Las condiciones de vida y de trabajo a menudo afectan a la salud de los refugiados y los migrantes. Por ejemplo, cuando los trabajadores migrantes pasan mucho tiempo en sus lugares de trabajo o albergues, se ha comprobado que el hacinamiento y la ventilación inadecuada contribuyen a la propagación de enfermedades transmisibles.

El acceso a una vivienda segura y protegida puede variar mucho según la situación migratoria, lo que también puede determinar si los refugiados y los migrantes están incluidos en las políticas y programas nacionales o reúnen los requisitos para recibir el apoyo de las organizaciones internacionales.

Cuestiones tan básicas como encontrar agua potable salubre pueden plantear desafíos. La inseguridad alimentaria también puede ser un problema importante, especialmente entre los trabajadores migrantes, quienes pueden adoptar estrategias perjudiciales para hacer frente a una situación, como cambiar sus hábitos alimenticios o saltarse las comidas a fin de enviar dinero a sus familias.

A medida que se extiende el uso de la detención de inmigrantes en todo el mundo, existen pruebas fundadas de muertes, suicidios y casos de autolesiones en estos entornos, a menudo debido a factores como condiciones insalubres y atención médica limitada o también a la incertidumbre sobre el futuro. Unos 80 países detienen a niños migrantes, y el número anual de niños detenidos puede llegar hasta 330 000, a pesar de que este tipo de detención está prohibido por el derecho internacional (22).

4. Muerte, peligros y mal estado de salud

Además de los métodos habituales para hacer frente a las enfermedades, también es necesario adoptar una perspectiva centrada en el desplazamiento y la migración para tener en cuenta el ciclo completo de desplazamiento y migración –en los puntos de origen, tránsito, llegada y regreso–, y las soluciones deben adaptarse a los grupos objetivo específicos.

En todo el mundo, los refugiados y ciertos grupos de migrantes, como los trabajadores migrantes internacionales poco calificados, tienen resultados de salud más desfavorables que las personas en los países de acogida si las condiciones en las que viven y trabajan no son propicias para una buena salud. Si se abordan de manera oportuna, incluso respecto de los esfuerzos para promover la salud, se pueden prevenir o tratar las enfermedades de modo que no se conviertan en



Una trabajadora migrante de 45 años procedente de Myanmar es vacunada contra la COVID-19 en Mae Sot (Tailandia) en noviembre de 2021. El objetivo de la campaña de vacunación, que se puso en marcha tras una encuesta realizada por el Ministerio de Salud Pública, fue proteger contra esta enfermedad a los trabajadores migrantes que regresaban a Tailandia tras la reapertura de las fronteras.
© OMS/Anat Duangjan

una carga para los refugiados, los migrantes o la población de acogida. De esta manera, se facilita a los refugiados y a los migrantes aportar activamente a sus países de origen y destino.

4.1 Muerte y desaparición

Según el Proyecto Migrantes Desaparecidos de la OIM, entre 2014 y 2021 más de 47 296 personas han muerto en viajes migratorios en todo el mundo. De ellos, 20 464 personas desaparecieron durante travesías marítimas. Casi 8000 defunciones tienen una causa desconocida o mixta de muerte o desaparición (23). Estos datos, que provienen de una amplia gama de fuentes (por ejemplo, guardacostas y médicos forenses, informes de los medios de comunicación, organizaciones no gubernamentales, y encuestas y entrevistas a migrantes), representan un indicador final y trágico de la migración insegura. La mayoría de los que mueren no pueden ser identificados adecuadamente y dejan a sus familias en perpetua incertidumbre sobre su destino.

4.2 La pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha demostrado, una vez más, que si los refugiados y los migrantes no se incluyen en las estrategias nacionales de salud pública, como las de preparación y respuesta, su salud y la de las comunidades de acogida no pueden protegerse ni promoverse.

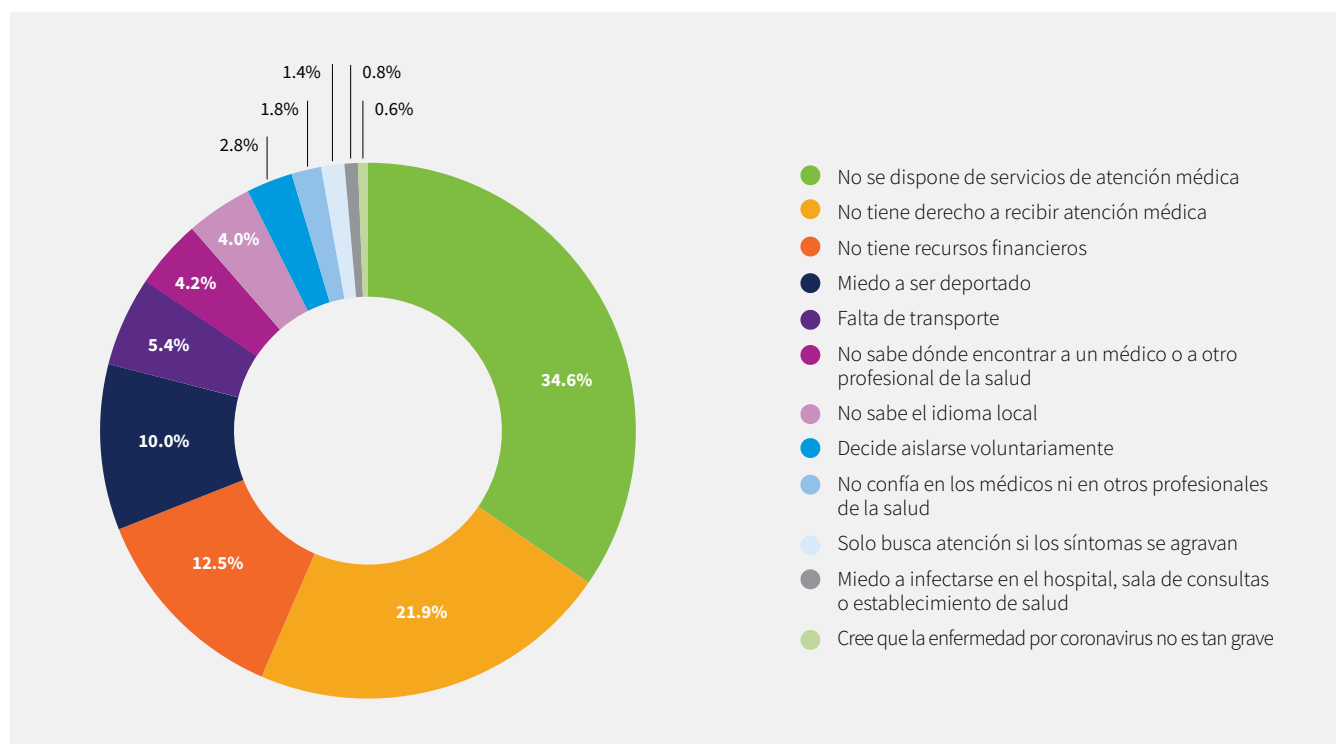
Existe evidencia de que los refugiados y los migrantes se han visto afectados de manera desproporcionada por la pandemia de COVID-19, esto es, su carga de morbilidad ha aumentado, sus ingresos se han reducido, su bienestar social y mental se ha visto afectado, y su movilidad debido a las restricciones de viaje se ha reducido. Los sectores críticos en los que los refugiados y los migrantes tienden a trabajar se vieron fuertemente afectados por la pandemia. Aquellos que vivían y trabajaban en entornos

abarrotados estaban particularmente expuestos. Recientemente se ha publicado un informe de la OMS elaborado en colaboración con la Universidad de Gante, la Universidad de Copenhague y el Consorcio ApartTogether. En dicho informe, basado en una encuesta realizada a 30 000 refugiados y migrantes de todo el mundo, se proporcionan pruebas de que la pandemia de COVID-19 afectó significativamente el acceso al trabajo de estos colectivos, así como su seguridad personal, sus recursos financieros y su bienestar social y mental (24). Se informó de que los refugiados y los migrantes que viven en las calles, los que viven en alojamientos inseguros o centros de asilo, así como los migrantes irregulares, recibieron los peores impactos de la pandemia. Estos mismos grupos, así como los encuestados sin ninguna educación formal, también tenían menos probabilidades de buscar atención médica ante los presuntos síntomas de COVID-19. Las principales razones para no buscar atención médica incluyeron la falta de recursos económicos (35%) y el miedo a ser deportado (22%).

También existen muchas pruebas de que las mujeres y las niñas refugiadas y migrantes se vieron gravemente afectadas de muchas maneras, tanto en lo relativo a su salud mental como a su capacidad para ganarse la vida. Algunas mujeres y niñas se volvieron más vulnerables al matrimonio infantil y a la trata de personas debido al cierre de escuelas, la pérdida de empleos y el aumento de la inseguridad de los medios de subsistencia. Tampoco se esperaba que muchas niñas volvieran a las escuelas después de su reapertura.

Al mismo tiempo, existen ejemplos positivos de la flexibilidad de algunos países que incluyeron y alentaron a los refugiados y a los migrantes, independientemente de su situación, a hacerse las pruebas de la COVID-19, a vacunarse y a buscar atención médica cuando fuera necesario. También existen ejemplos de liderazgo nacional en los que se aprovechó la pandemia para ampliar o mejorar el acceso a los servicios de salud para los refugiados y los migrantes, más allá de los destinados a la COVID-19 (figura 3).

Figura 3. Razones para que los migrantes y los refugiados no buscaran atención médica al presentar síntomas presuntos de COVID-19



Fuente: OMS (24).

4.3 Salud ocupacional

Los trabajadores migrantes representan casi dos tercios de los 281 millones de migrantes de todo el mundo (5). A nivel mundial, en comparación con los trabajadores de la población de acogida, los trabajadores migrantes tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud y más probabilidades de sufrir una lesión ocupacional. A menudo, laboran en trabajos sucios, peligrosos y exigentes, así como en sectores de alto riesgo donde el salario es bajo, las condiciones son malas y donde afrontan riesgos para su salud física y mental, incluido el abuso. Es menos probable que utilicen los servicios de atención médica por diversas razones. Los trabajadores migrantes varones tienden a trabajar en sectores donde existe un alto riesgo de sufrir lesiones físicas y, como resultado, generalmente las tasas de lesiones relacionadas con el lugar de trabajo son más altas en este grupo. En algunos contextos de ingresos

altos, la prevalencia de tener al menos una lesión ocupacional fue del 47% entre los migrantes de países de ingresos bajos y medianos (25).

4.4 Salud sexual y reproductiva

Los refugiados y los migrantes suelen recibir menos atención que los pobladores de los países de acogida en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Dependiendo de la región y de las circunstancias (por ejemplo, entornos de campamentos o migración irregular), pueden enfrentar altos niveles de violencia sexual, tener pocos conocimientos sobre el uso de anticonceptivos y un bajo uso de estos recursos, así como no recibir atención para sus necesidades de planificación familiar. Los factores sociales y culturales, como las barreras lingüísticas, la condición jurídica y la alfabetización en materia de salud, pueden contribuir a socavar la salud sexual y reproductiva y a que se dé preferencia a los métodos anticonceptivos tradicionales en algunas regiones.

4.5 Salud de la madre y el niño

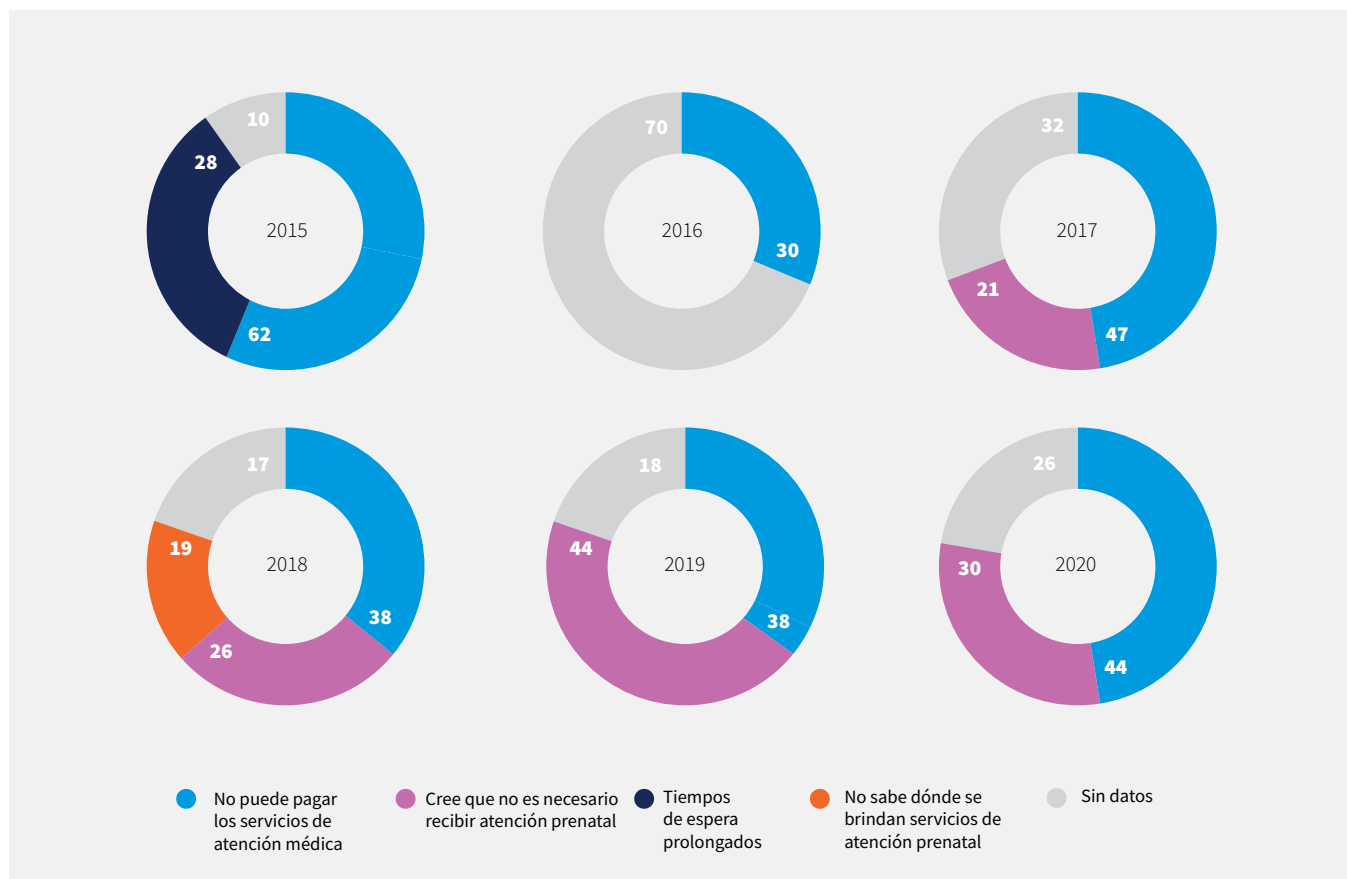
Las mujeres refugiadas y migrantes suelen tener menos acceso a los servicios de salud maternoinfantil que las mujeres que viven en el país de acogida. Esto es particularmente grave para el acceso a la atención prenatal, que está influenciado por factores como la situación migratoria y el nivel educativo. Los datos muestran que las mujeres refugiadas y migrantes tienen un mayor riesgo de presentar resultados negativos durante el embarazo y el parto. El acceso a la atención prenatal es una cuestión clave en varias regiones. En la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, por ejemplo, las mujeres refugiadas y migrantes informaron de que acudían a menos consultas de atención prenatal que las mujeres

del país de acogida. Los datos recopilados de una encuesta a refugiadas sirias en el Líbano mostraron que las razones más frecuentes para no acceder a los servicios de atención prenatal estaban relacionadas principalmente con el pago de los servicios médicos, seguida de la creencia de que tales servicios no eran necesarios (figura 4).

4.6 Enfermedades no transmisibles

Como sucede en la mayoría de las poblaciones, los refugiados y los migrantes se enfrentan a una carga cada vez mayor de enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los trastornos por abuso de sustancias, los problemas de salud

Figura 4. Razones más frecuentes (%) para no acceder a los servicios de atención prenatal indicadas por refugiadas sirias en el Líbano, 2015-2020



relacionados con la nutrición, las enfermedades inflamatorias y las enfermedades renales. A menudo, están vinculados a una residencia más larga en el país de acogida, en particular en los países de acogida de ingresos medianos y altos. Es frecuente que el cáncer se diagnostique en etapas avanzadas en los refugiados y los migrantes, quienes suelen tener una menor aceptación de las medidas preventivas y un menor acceso a ellas. Del mismo modo, la diabetes y la hipertensión permanecen sin ser diagnosticadas por más tiempo en algunos refugiados y migrantes en comparación con la población del país de acogida. La Región de África de la OMS tiene la mayor prevalencia de hipertensión (27%) de todas las regiones de la OMS, y esto se refleja entre los migrantes de esa zona que viven en la Región de Europa (32).

4.7 Salud mental

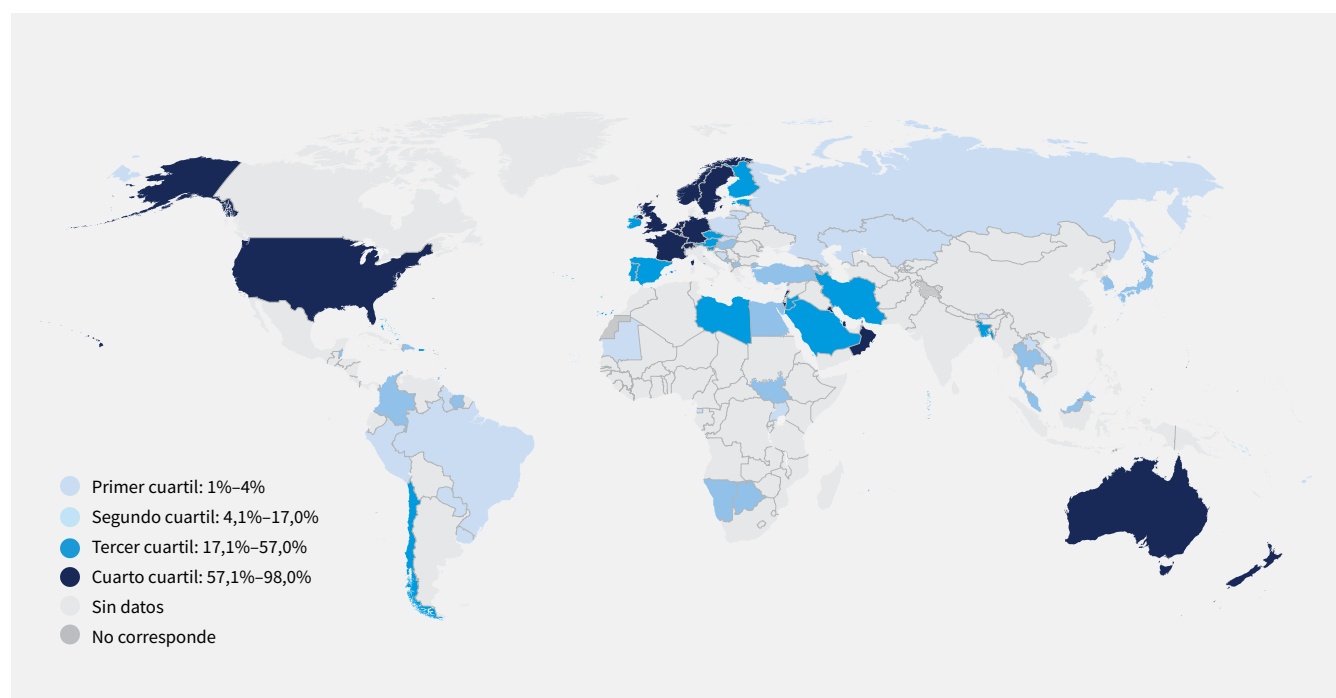
Convertirse en refugiado o migrante puede originar una serie de situaciones estresantes que pueden tener impacto en la salud mental. En muchos países, los casos de psicosis son más frecuentes entre algunos grupos de migrantes que entre la población general (33). Entre las causas de estrés se pueden incluir la ausencia de apoyo familiar o social, la discriminación, el origen étnico o el tiempo que se pasa en el país de acogida. Según las estimaciones recientes de la prevalencia por la OMS, se encontró que la carga de los trastornos mentales llega a ascender hasta 22,1% en las poblaciones afectadas por conflictos (34). Las poblaciones específicas que han vivido conflictos y guerras, como los migrantes y adolescentes más jóvenes, se ven más afectadas por una mala salud mental. Algunos grupos como los refugiados y menores no acompañados o separados de sus familias suelen tener una mayor prevalencia de depresión; sin embargo, esto depende en gran medida de sus condiciones de vida y de los traumas sufridos durante su desplazamiento.

La atención de la salud mental de los refugiados y los migrantes debe abordarse de manera integral, tanto proporcionando tratamiento como teniendo en cuenta los determinantes de la salud, incluida la condición migratoria.

4.8 Enfermedades no transmisibles

No existen datos que indiquen que los refugiados y los migrantes propaguen enfermedades en los países de acogida. Sin embargo, su propia susceptibilidad a las infecciones puede verse incrementada por los factores de riesgo ambientales relacionados con sus condiciones de vida y de trabajo. Las vías de desplazamiento y migración exponen a las poblaciones de refugiados y migrantes a una serie de enfermedades transmisibles durante el tránsito, a la llegada a los países de acogida, o en ambas situaciones. Existen pruebas de que los refugiados y los migrantes representan una gran proporción de las personas que viven con el VIH/sida en algunos países con bajas prevalencias entre la población de acogida; sin embargo, los estudios demuestran que una proporción significativa de estos refugiados y migrantes adquirieron la infección después de llegar al país de acogida, lo que indica la pérdida de una oportunidad para que el sistema de salud prevenga la propagación de la enfermedad.

En entornos de altos ingresos, donde la prevalencia de la tuberculosis es baja, los refugiados y los migrantes representan una mayor proporción de las personas con esta enfermedad (figura 5). Las malas condiciones de vida y la pobreza en general a menudo se asocian a muchas comunidades de refugiados y migrantes. El hacinamiento y los alojamientos mal ventilados hacen que los refugiados y los migrantes sean más vulnerables a contraer la tuberculosis. Por ejemplo, los datos de los campamentos de refugiados en Etiopía indican que la infección por el VIH está asociada a un

Figura 5. Proporción de casos de tuberculosis entre personas nacidas en el extranjero, 2020

Fuente: OMS (35).

tratamiento fallido de la tuberculosis. En un estudio retrospectivo en el que se compararon los resultados del tratamiento de la tuberculosis, se encontraron tasas de éxito del tratamiento más bajas (74,2%) en los refugiados que en las poblaciones del país de acogida en comunidades circundantes de Etiopía (88,1%) (36).

Además, el desplazamiento y la migración pueden dificultar el acceso y el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis y pueden contribuir a la farmacoresistencia. En algunos contextos de altos ingresos, la tuberculosis farmacoresistente es una preocupación emergente entre las poblaciones de refugiados y migrantes. Esto apunta a la necesidad de garantizar la continuidad de la atención a lo largo de la ruta migratoria y después de que los migrantes hayan llegado a su destino, así como de abordar las malas condiciones de vida y de trabajo para prevenir nuevas infecciones y facilitar el acceso al tratamiento si un migrante contrae la infección.

El paludismo (malaria) es una preocupación emergente en los países de baja transmisión y no

endémicos que también son países de destino. En la actualidad, existe una transmisión intrarregional del paludismo en la Región de África y en la Región de las Américas de la OMS. En los campamentos de refugiados de Etiopía y Uganda, por ejemplo, la transmisión del paludismo sigue afectando especialmente a los niños pequeños, en particular a los menores de 5 años. Un número cada vez mayor de migrantes venezolanos en Colombia se encuentran buscando servicios de atención médica para esta enfermedad (37-39). Estos ejemplos ponen de relieve la necesidad de adoptar medidas de control del paludismo en las zonas de tránsito, así como la necesidad de brindar tratamiento en los contextos de campamentos de refugiados y migración laboral. Del mismo modo, diversas enfermedades tropicales y parasitarias que son ampliamente endémicas de una o más regiones de la OMS (por ejemplo, hepatitis, leishmaniasis y enfermedad de Chagas) corren el riesgo de propagarse a otras regiones si no se proporciona un diagnóstico y tratamiento oportunos a las poblaciones móviles, particularmente en los países de destino.

5. Argumentos a favor de los sistemas de salud inclusivos

En comparación con las poblaciones de acogida, para los refugiados y los migrantes pueden existir barreras adicionales para acceder y utilizar eficazmente los servicios de atención médica, como pagos directos elevados, idioma hablado, restricciones de acceso basadas en la situación migratoria y prestadores que necesitan capacitación para brindar atención adaptada a sus necesidades. Además, la ausencia de datos recopilados de forma periódica sobre la salud de los refugiados y los migrantes en los sistemas nacionales de información de salud dificulta la prestación de servicios basados en las necesidades.

En el informe se analiza el *statu quo* de los sistemas de salud en diversos países y se estudian las deficiencias, las buenas prácticas y el liderazgo a través del marco de los seis componentes básicos de los sistemas de salud de la OMS: la prestación de servicios, el personal de salud, el acceso a los medicamentos esenciales, los sistemas de información sanitaria, la financiación y el liderazgo y la gobernanza.



5.1 Prestación de servicios

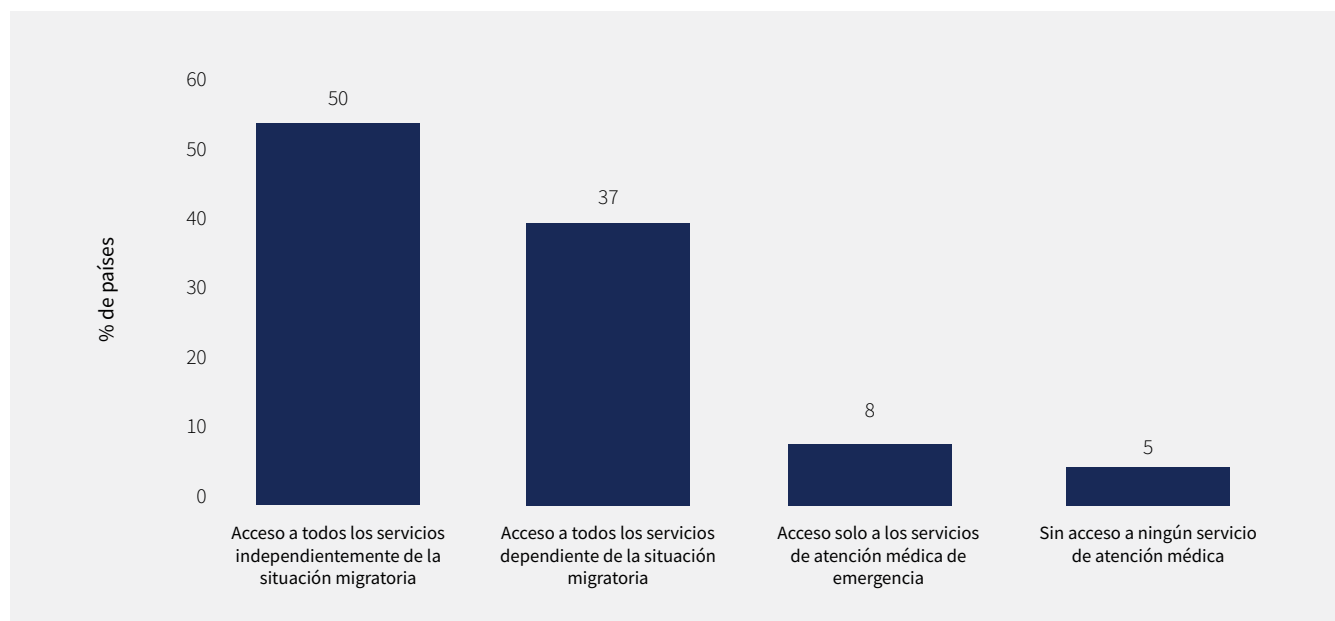
La prestación de servicios a las poblaciones marginadas o vulnerables plantea muchos desafíos. En el caso de los refugiados y los migrantes, estos no solo se enfrentan a las mismas barreras que la población local, sino que también pueden verse confrontados con barreras adicionales vinculadas a su condición migratoria. Por ejemplo, las barreras institucionales para la atención incluyen el requisito de mostrar documentos legales para poder recibir los servicios, así como realizar gastos directos para acceder a ellos. Además, las políticas de inmigración restrictivas se han relacionado con resultados de salud desfavorables para los refugiados y los migrantes; en múltiples regiones, el miedo a la deportación como resultado del acceso a los servicios de salud se ha documentado como una barrera para dicho acceso por los grupos de migrantes, y especialmente de los migrantes irregulares.

Los datos recopilados en 84 países entre 2018 y 2021 muestran que en la mitad de los países, los refugiados y los migrantes tienen acceso a todos los servicios de salud financiados por el gobierno en las mismas condiciones que los ciudadanos, independientemente de su condición migratoria (figura 6).

5.2 Personal de salud

En muchos países, el personal de salud no está suficientemente capacitado para prestar servicios de salud que tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes. El personal de salud debe ser capaz de proporcionar una atención culturalmente competente y abordar los problemas de salud asociados al desplazamiento y la migración. Incluso en los países de ingresos altos, no existen suficientes profesionales de la salud que tengan las habilidades necesarias para brindar atención que tenga en cuenta las características culturales de los refugiados y los migrantes.

Figura 6. ¿Tienen los refugiados y los migrantes las mismas condiciones que los ciudadanos para el acceso a los servicios de salud públicos? Información de 84 países, 2018–2021



Los datos indican que es viable y rentable lograr que los sistemas de salud y los profesionales de la salud tengan sensibilidad y conocimientos suficientes sobre la salud de los refugiados y los migrantes, además de que esto beneficia a las poblaciones del país de acogida. Los esfuerzos para fortalecer estas capacidades, incluida la participación de los refugiados y los migrantes en la prestación de servicios de salud, se están llevando a cabo en todas las regiones, aunque a menudo los recursos son insuficientes. En muchos contextos de ingresos altos, los migrantes constituyen una proporción considerable de la fuerza laboral de salud del país de acogida, lo que pone de relieve las importantes contribuciones realizadas por los migrantes.

5.3 Acceso a productos médicos, vacunas y tecnologías

En el informe se muestra que los refugiados y los migrantes pueden tener un acceso limitado a los medicamentos, especialmente en los campamentos de refugiados. Esto a menudo se debe a dificultades en la cadena de suministro, los costos, la falta de medios de diagnóstico y medicamentos adecuados, y la discriminación. Como resultado, los refugiados y los migrantes pueden recurrir a la automedicación o a tomar medicamentos (como antibióticos) para otros usos no prescritos. Para el abordaje de estos problemas, es necesario crear conciencia sobre las posibles consecuencias, como la posibilidad de producir resistencia a los antimicrobianos; asimismo, es necesario mejorar el acceso a la atención.

Las políticas de la cobertura vacunal para los refugiados y los migrantes varían ampliamente, y la cobertura de vacunación en las poblaciones de refugiados y migrantes es baja en algunos casos. El fortalecimiento de las actividades transfronterizas de vacunación y la vigilancia

de la migración estacional podrían aumentar la aceptación de las vacunas, al igual que mejorar los servicios de cribado. Los servicios de vacunación deben adaptarse a los comportamientos de búsqueda de atención médica y a los contextos de vida de los refugiados y los migrantes.

5.4 Sistemas de información de salud

Uno de los mayores desafíos para la redacción del informe ha sido recopilar información precisa sobre la salud de los refugiados y los migrantes. Esto se debe a la ausencia de datos epidemiológicos recopilados de forma periódica (tanto de la vigilancia general como del cribado a la llegada o en las fronteras), la falta de uniformización de los datos dentro de los países y las regiones, los problemas de comparabilidad entre los lugares o el momento de recopilación de los datos, y la imposibilidad de desglosar los datos por situación migratoria. Asimismo, para identificar las necesidades de salud de los refugiados y los migrantes durante la vía de recepción, a la vez que se respetan sus derechos humanos y el derecho a la confidencialidad, se necesitan políticas de protección de datos y sistemas de cribado eficaces y eficientes que estén integrados con los sistemas de información de salud y vinculados a la prestación de la atención médica.

5.5 Financiación

Los costos son una barrera importante para el acceso a la atención médica en todas las regiones. Los refugiados y los migrantes a menudo no pueden pagar los costos directos para acceder a los servicios de salud. Incluso cuando tienen derecho a recibir los servicios de salud, a menudo deben hacer frente a costos ocultos, como los de transporte o contratación de intérpretes, que no pueden asumir. Como resultado, sus gastos generales



Un trabajador migrante en Singapur, habla con un médico por videoconferencia desde la residencia donde se aloja.
© OMS/Juliana Tan

en servicios de salud suelen ser menores que los de las poblaciones del país de acogida. Incluso cuando se cuenta con servicios de salud gratuitos o subsidiados, los datos muestran que muchos refugiados y migrantes desconocen su existencia. Por otro lado, existen pruebas de que el costo de excluir a los refugiados y los migrantes de la cobertura de salud es más alto que incluirlos. Este es un tema que necesita más investigación.

5.6 Liderazgo y gobernanza

Un sistema de salud que tenga en cuenta a los refugiados y los migrantes comienza con el liderazgo y la gobernanza. Cuando las políticas son inclusivas y existen estructuras de apoyo para la implementación y el seguimiento, los esfuerzos para reducir las

desigualdades en salud entre los refugiados y los migrantes producen mejores y más rápidos resultados. Por ejemplo, algunos países han implementado una verdadera cobertura sanitaria universal y, por lo tanto, han hecho más sencilla la inclusión de los refugiados y los migrantes en la cobertura. Otro claro ejemplo es cuando algunos países eliminaron las restricciones de acceso a la atención médica para que todos los refugiados y los migrantes pudieran hacerse la prueba de COVID-19 y vacunarse. No solo es rentable garantizar que los sistemas de salud y los profesionales de la salud tengan en cuenta a los refugiados y los migrantes y estén bien informados sobre sus necesidades de salud, sino que al hacerlo también se beneficia a las poblaciones de los países de acogida al fortalecer los sistemas de salud en general.

6. Recopilación de mejores datos

Existe poca información y datos que sean comparables entre países y a lo largo del tiempo. Los datos sobre la atención médica de los refugiados y los migrantes no son de buena calidad porque no están desglosados por una situación migratoria claramente definida, no se recopilan sistemáticamente y no son representativos. Si bien se requieren más datos, es aún más importante garantizar que los datos recopilados sean de alta calidad para garantizar que nadie se quede atrás.

Cuando los Estados Miembros adoptaron los ODS, reiteraron que estos objetivos solo se alcanzarían cuando las necesidades de todos fueran atendidas. Para garantizar que se cumplan las metas para todos, es crucial subrayar la importancia de exigir datos desglosados en la meta 17.18 de los ODS, que es esencial para medir el progreso.

Hemos pasado la fecha límite original de 2020 y no se han logrado muchos avances. En respuesta, la OMS ha realizado un examen exploratorio de los datos de encuestas internacionales sobre la salud y la migración, que es el primero de este tipo. Se



Dos enfermeras repasan los historiales de pacientes en la maternidad del Hospital Mama Lucy Kibaki de Nairobi (Kenia).
© OMS/Khadija Farah

No solo más datos, sino de mejor calidad

La falta de datos desglosados sobre refugiados y migrantes dificulta que se logre lo siguiente:

- comprender y abordar sus necesidades de salud;
- desarrollar enfoques inclusivos de salud pública para ellos;
- hacer un seguimiento de los progresos hacia los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud; y
- permitir a los encargados de la toma de decisiones comprender y responder a los desafíos de salud pública que ocurren dentro de sus fronteras y son su responsabilidad.

esperaba que con el examen se pusieran de manifiesto tendencias y se obtuviera una base para monitorear el progreso hacia el logro de los ODS. Sin embargo, se destacaron las deficiencias de los datos existentes. Los datos aún no permiten una medición precisa del progreso realizado para los refugiados y los migrantes hacia el logro de las metas de los ODS.

Con el examen se proporciona tanto un recordatorio como una alerta para los gobiernos; para las organizaciones nacionales, regionales e internacionales; y para los investigadores: es necesario tomar medidas prácticas con urgencia para cumplir con los ODS. Con el examen se extraen dos puntos: se necesitan más datos, pero también datos mejores y más sólidos que sean comparables dentro de los países y entre ellos, así como a lo largo del tiempo. Estos datos deben incluir información sobre el estado de salud, la situación migratoria y los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud en los que tienen efecto. Solo cuando se disponga de estos datos será posible evaluar con precisión el estado de salud de los refugiados y los migrantes (véase el recuadro).

Si bien el examen no proporciona datos de referencia sólidos para ningún indicador ni objetivo específico, sí propone lo que se puede hacer si se recopilan sistemáticamente datos completos en el futuro.

6.1 Metodología del examen

El examen exploratorio consideró cinco grandes conjuntos de datos:

- la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS);
- la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS);
- la Encuesta Social Europea;
- el Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos; y
- el Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

Se incluyeron los países y las encuestas que cumplieron con las siguientes características:

- los datos y la documentación estaban disponibles en inglés;
- el periodo de referencia era 2015 y años posteriores; y
- el porcentaje de migrantes era de al menos el 1%, necesario para un análisis significativo.

Si bien 77 países candidatos realizaron la sexta ronda de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y la séptima fase de la Encuesta Demográfica y de Salud, y publicaron sus datos en línea, solo 28 países cumplían plenamente con los criterios de inclusión, disponían de datos que podían desglosarse por situación migratoria y por sexo y, por lo tanto, pudieron incluirse en el examen. (En el anexo del informe completo se brinda más información sobre la metodología utilizada en el informe y el examen.)

6.2 Resultados del examen

El examen de las encuestas puede haber arrojado menos datos de los esperados, pero logró poner de relieve las dificultades y el potencial de utilizar las encuestas de hogares para descubrir datos sobre salud y migración. Ninguno de los desafíos planteados por el examen constituye un obstáculo insuperable, y ahora es urgente realizar un examen exhaustivo de todas las fuentes de datos. En los próximos informes se debe considerar una variedad de conjuntos de datos, así como fuentes de datos innovadoras. Solo cuando esto se logre será posible evaluar dónde invertir los recursos y cómo avanzar en los ODS y la CSU. En las siguientes secciones se plantean las cuestiones clave planteadas tras el examen de las encuestas.

6.2.1 Pruebas representativas

Los refugiados y los migrantes son en gran medida invisibles en los datos oficiales relacionados con los ODS de salud, y aún hay menos datos disponibles para los grupos de población con los que es difícil entrar en contacto. La mayoría de los datos de la documentación revisada en el informe provienen de solo tres de las seis regiones de la OMS, y abarcan principalmente países de destino de altos ingresos (figura 7). Sin embargo, las tres regiones restantes acogen a una proporción significativa de refugiados y migrantes. Esto demuestra la necesidad urgente de apoyar a las regiones para desarrollar capacidades de investigación y generación de datos.

Si bien los refugiados y los solicitantes de asilo representan solo el 12% de las personas que cruzaron una frontera internacional, representan el 34% de las personas que se han evaluado en la documentación examinada (figura 8) (6). En casi un tercio de la documentación examinada, no se indica qué grupo de migrantes ha sido estudiado. Además, en las encuestas, la proporción de migrantes no siempre refleja las proporciones reales informadas en las estimaciones mundiales

del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES).

Las enfermedades transmisibles y la salud mental fueron los problemas de salud más comúnmente estudiados. Si bien esto ha producido datos clave en estos ámbitos, otros problemas de salud, como las enfermedades no transmisibles y la salud sexual y reproductiva, deben estudiarse de manera similar. Esto permitirá un análisis más exhaustivo de la carga de morbilidad de los refugiados y los migrantes.

Es fundamental que los datos utilizados para la formulación de políticas basadas en datos probatorios sean representativos de la población objetivo; por lo tanto, se necesitan urgentemente esfuerzos para abordar la naturaleza sesgada de la documentación.

6.2.2 Tamaño de la muestra

La integridad de la encuesta plantea otro desafío. Solo hace poco las encuestas han comenzado a recopilar datos que rastrean específicamente la migración internacional, y esos datos no se recopilan en todos los países. Cuando se recopilan los datos, es posible que las encuestas no arrojen un tamaño de muestra que sea estadísticamente válido y representativo de las poblaciones de refugiados y migrantes que residen en un país. La validez estadística es aún más difícil de lograr cuando se hace el desglose por situación migratoria y por otros factores, como discapacidad u ocupación. Las incógnitas asociadas a la migración irregular también añaden un elemento de dificultad para garantizar que los datos estén completos.

6.2.3 Desafíos relativos a la definición

Identificar a una persona como migrante plantea desafíos en las encuestas globales, ya que las personas en movimiento pueden ser definidas de distinta manera por diferentes países y organizaciones. Si bien la condición de refugiado

es clara gracias a su definición en la Convención de Ginebra de 1951 (40), no existe un consenso mundial sobre la definición de migrante. La OIM y el DAES brindan buenos ejemplos de definiciones. La definición de la OIM es una ayuda operativa para discutir y plantear los desafíos relacionados

con la migración y la recopilación de información; mientras que la definición del DAES es estadística y tiene por objetivo aportar claridad a la recopilación y el análisis de datos. Las preguntas utilizadas en las encuestas para identificar y definir la situación migratoria también varían significativamente.

Figura 7. Proporción de documentos incluidos en el examen, por región de la OMS

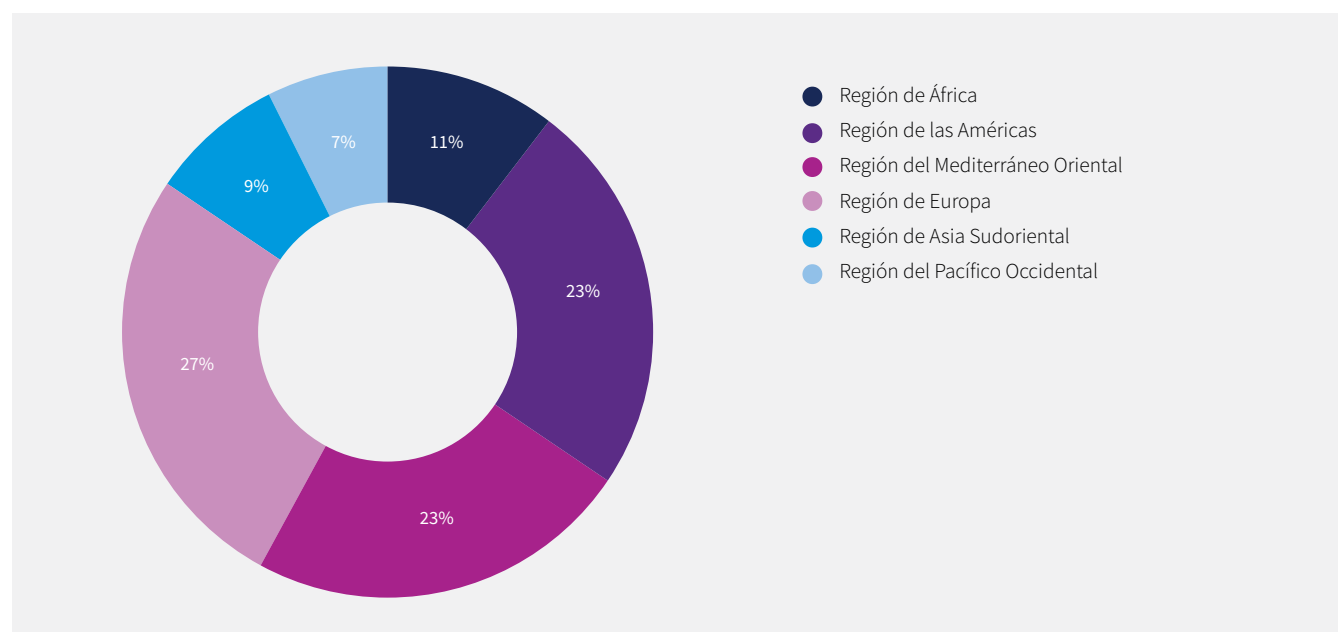
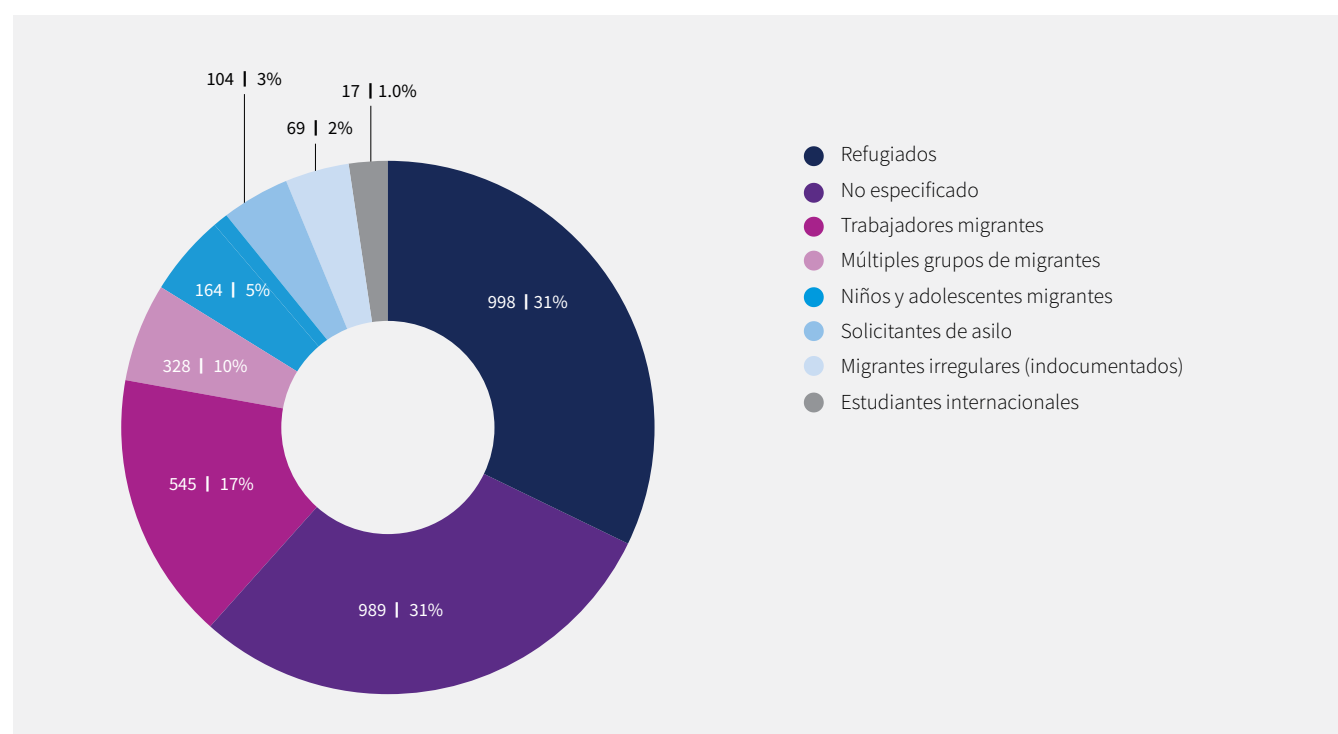


Figura 8. Proporción de documentos incluidos en el examen, por grupo de migrantes estudiado



7. Camino a seguir

Debido a la magnitud de los desafíos tan claramente evidente y a la identificación de muchos enfoques prometedores, ahora es posible que los países, las instituciones y los investigadores prioricen las acciones e inversiones necesarias para monitorear y mejorar la salud y la migración en consonancia con los ODS. El 13.º PGT proporciona un marco para lograr estos objetivos (17).

La puesta en marcha de sistemas de salud pública inclusivos y sólidos que se ajusten al principio de la CSU permitiría identificar y apoyar de manera temprana a las personas que necesitan servicios de salud antes de que muchos problemas se agraven. Hasta que estos sistemas se implementen a gran escala, se necesitarán esfuerzos específicos para salvaguardar y promover la salud de los refugiados y los migrantes. Se espera que en un futuro próximo se desarrollen sistemas de salud pública inclusivos y receptivos que permitan a la comunidad mundial considerar a los refugiados y a los migrantes como partes integrales de una sociedad próspera. Esto nos permitirá pasar de la «salud de los refugiados y los migrantes» a «nuestra salud».

7.1 Un enfoque estratégico para reorientar los sistemas de salud para un mundo en movimiento

La salud y la migración han adquirido un nuevo carácter de urgencia con el 13.º PGT, en el que se priorizan los principios rectores de promover la salud, mantener al mundo a salvo de las enfermedades y centrarse en las poblaciones menos atendidas y más vulnerables. Estos principios se encuentran en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su compromiso de no dejar a nadie atrás (16), así como con las cinco prioridades clave de la OMS (41). Para lograr estas prioridades, son necesarios dos enfoques clave.

7.1.1 Integración de la migración en la atención primaria de salud como base de la CSU

La CSU ha sido una parte integral de los marcos normativos de la OMS durante varios años. La visión de la OMS en la actualidad es facilitar la aplicación de enfoques integrados a los sistemas de salud a fin de avanzar hacia una verdadera CSU y seguridad sanitaria sobre una base de atención primaria de salud. Este impulso hacia una reorientación radical de los sistemas de salud, con la atención primaria de salud como base de la CSU, es esencial y no se logrará si no se incluye a los refugiados y a los migrantes. Esta estrategia se combina con un cambio hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, que se realiza abordando los determinantes y riesgos para la salud; fortaleciendo los sistemas y medios para la preparación y respuesta ante epidemias y pandemias, con el apoyo de reformas en materia de

gobernanza y financiación; y aprovechando el poder de la ciencia, la investigación, la innovación, los datos y las tecnologías digitales. El Programa de Salud y Migraciones de la OMS se basa en estos elementos fundamentales.

Esta integración supone restaurar, extender y mantener el acceso a los servicios de salud esenciales, en especial de aquellos destinados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como reducir los gastos directos en atención de salud. Supone también centrarse en las poblaciones menos atendidas y más vulnerables, sobre todo mujeres, niños y adolescentes, migrantes y refugiados. Supone también garantizar el acceso a vacunas, medicamentos, medios de diagnóstico, dispositivos y demás productos de salud. Por último, en el aspecto esencial de los recursos humanos, supone invertir en personal de salud que cuente con la formación, la aptitud técnica, las herramientas, los entornos laborales adecuados y la justa remuneración que se necesitan para dispensar una atención segura, eficaz y de calidad.

7.1.2 Plan de Acción Mundial

Los ODS y el 13.º PGT de la OMS proporcionan el contexto mundial para el Plan de Acción Mundial sobre la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes de la OMS, 2019-2023 (19). El objetivo de este Plan de Acción Mundial es afirmar que la salud es un componente esencial de la protección y la asistencia a los refugiados y los migrantes, y de la buena gobernanza en materia de migración. Más específicamente, este Plan de Acción Mundial tiene como objetivo mejorar la salud mundial al abordar la salud y el bienestar de los refugiados y los migrantes de manera inclusiva e integral como parte de los esfuerzos holísticos para responder a las necesidades de salud en cualquier entorno. Reconoce que, para evitar que haya desigualdades, las oportunidades y los desafíos en materia de salud pública asociados a los refugiados y los migrantes no pueden separarse de los que se asocian a la población de acogida. Este enfoque

se justifica no solo por motivaciones humanitarias, sino también porque refleja una práctica racional de la salud pública.

Para un mundo cada vez en mayor movimiento, la salud de los refugiados y los migrantes es ahora uno de los problemas de salud pública más urgentes a los que nos enfrentamos. Estas son las acciones esenciales y urgentes en las que debemos trabajar juntos por el bien de la salud de todas las personas.

7.2 Juntos podemos: de la política a la práctica y acciones para lograr un futuro saludable

Las siguientes acciones normativas tienen como objetivo centrar las ideas de los gobiernos y otras partes interesadas de todo el mundo y alentarlos a aunar esfuerzos para crear políticas e intervenciones esenciales que garanticen un progreso real en el campo de la salud y la migración.

1. Elaborar planes de acción de salud pública a corto y largo plazo que incluyan a los refugiados y los migrantes

Las políticas relacionadas con la salud y la migración deben basarse en necesidades de salud documentadas, así como en prácticas y normas basadas en datos. Para ello, es necesario que exista consonancia en las políticas entre los ministerios responsables de una serie de sectores que afectan el estado de salud de los refugiados y los migrantes, esto es, no solo el Ministerio de Salud, sino también los ministerios de Finanzas, Bienestar Social, Trabajo, Inmigración, Vivienda y Educación. En los planes de acción de salud pública posteriores se deben prever evaluaciones periódicas para analizar si el sistema de salud está atendiendo las necesidades de los refugiados y los migrantes.

2. Fortalecer la capacidad y aumentar la sensibilidad de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de los refugiados y los migrantes

Sobre la base en parte de las experiencias adquiridas durante la pandemia de COVID-19, la OMS ha identificado tres componentes necesarios para aplicar un enfoque integrado en las políticas que abordan la migración y la salud pública. Esto es, es necesario asegurar que exista lo siguiente:

- protección sanitaria y acceso a los territorios y zonas en los procedimientos de asilo para las personas que necesitan protección internacional;
- flexibilidad en cuanto a la condición migratoria para garantizar que los migrantes irregulares (indocumentados) tengan un acceso seguro y legal a los servicios de salud; y
- acceso a la atención médica sin ningún tipo de discriminación que proporcione igualdad de acceso a la atención médica para todas las personas, independientemente de su condición migratoria, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad u origen étnico.

3. Mejorar los conocimientos sobre la promoción de la salud y las necesidades de salud de los refugiados y los migrantes

Es necesario que se realicen esfuerzos para la promoción y educación en salud pública a fin de obtener apoyo para salvaguardar y promover la salud de los refugiados y los migrantes, así como para garantizar la amplia participación en estos esfuerzos de los refugiados y los migrantes, el público, el gobierno y otras partes interesadas.

4. Incluir activamente a los refugiados y los migrantes dentro de los sistemas de protección social

Debe hacerse una inversión en la salud de los refugiados y los migrantes no solo porque

es una estrategia de salud pública sólida, sino también porque la salud es un derecho humano básico. Dado que los refugiados y los migrantes a menudo se enfrentan a importantes desventajas sociales y ambientales, deben ser integrados en los acuerdos de protección social, incluidos los programas de seguridad social.

5. Fortalecer los sistemas de información de salud mediante la inclusión de un marco e indicadores de rendición de cuentas

Las políticas sin datos probatorios son ineficaces, mientras que la recopilación de información y datos sin un marco de políticas no se encuentra adecuadamente orientada. Por lo tanto, la dirección estratégica de la política de salud y migración debe basarse en un marco de resultados y estar respaldada por sistemas de información sanitaria fortalecidos.

6. Promover la investigación mundial, fortalecer la producción de conocimientos y crear capacidad de investigación en materia de salud y migración

La investigación es una prioridad del Programa de Salud y Migraciones de la OMS, y es una parte fundamental para subsanar las deficiencias de datos mundiales sobre la salud y la migración. El Programa colaborará con las principales partes interesadas para llevar a cabo investigaciones operativas en las esferas prioritarias identificadas, con los objetivos de crear capacidad de investigación sobre la salud y la migración a nivel nacional, regional y mundial, y garantizar que los datos generados se transformen para impulsar la formulación de políticas y su aplicación.

Referencias

- Glosario de términos del ACNUR [base de datos en línea]. Ginebra, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2021 (<https://www.unhcr.org/glossary/>, consultado el 21 de enero de 2022).
- Glosario sobre migración. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones; 2019 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf, consultado el 21 de enero de 2022).
- How immigrants contribute to developing countries' economies. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Organización Internacional del Trabajo, 2018 (https://www.oecd-ilibrary.org/development/how-immigrants-contribute-to-developing-countries-economies_9789264288737-en, consultado el 9 de enero de 2022).
- Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. *Eur J Public Health*. 2018;28(suppl 1):cky048.061. doi:org/10.1093/eurpub/cky048.061.
- International migrant stock 2020 [online database]. Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas, 2020 (<https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>, consultado el 21 de enero de 2022).
- Global trends: forced displacement in 2020. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2021 (<https://www.unhcr.org/60b638e37/unhcr-global-trends-2020>, consultado el 21 de enero de 2022).
- Callaghan M, Schleussner C-F, Nath S, Lejeune Q, Knutson TR, Reichstein M et al. Machine-learning-based evidence and attribution mapping of 100,000 climate impact studies. *Nat Clim Chang*. 2021;11(11):966–72. doi:10.1038/s41558-021-01168-6.
- Socha-Dietrich K, Dumont JC. International migration and movement of doctors to and within OECD countries - 2000 to 2018: developments in countries of destination and impact on countries of origin. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (OECD Health Working Papers no. 126; https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-and-movement-of-doctors-to-and-within-oecd-countries-2000-to-2018_7ca8643e-en, consultado el 16 de abril de 2022).
- Resolución A/RES/73/195. Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. En: Septuagésimo tercer periodo de sesiones, Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 11 de enero de 2019. Nueva York, Naciones Unidas, 2019 (https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_73_195.pdf, consultado el 25 de junio de 2022).
- Pacto mundial sobre los refugiados. Nueva York, Naciones Unidas, 2018 (<https://www.unhcr.org/5c658aed4.pdf>, consultado el 25 de junio de 2022).
- 61.ª Asamblea Mundial de la Salud: resoluciones y decisiones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf, consultado el 25 de junio de 2022).
- 70.ª Asamblea Mundial de la Salud: resoluciones y decisiones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259673/A70_REC1-en.pdf, consultado el 25 de junio de 2022).
- 71.ª Asamblea Mundial de la Salud: resoluciones y decisiones. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_REC1-en.pdf, consultado el 25 de junio de 2022).
- Health of migrants: the way forward. Report of a global consultation, Madrid, Spain, 3–5 March 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44336>, consultado el 25 de junio de 2022).
- Health of migrants: resetting the agenda. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2017 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_srilanka_report_2017.pdf, consultado el 25 de junio de 2022).
- Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York, Naciones Unidas, 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, consultado el 9 de enero de 2022).
- Resolución WHA 71.1. 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023. En: 71.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2018. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018:3 (A75/8; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326571>, consultado el 16 de junio de 2022).
- Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. En: Septuagésimo primer período de sesiones, Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 19 de septiembre de 2016. Nueva York, Naciones Unidas, 2016 (Resolución A/71/L.1; https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_1.pdf, consultado el 16 de junio de 2022).
- Plan de Acción Mundial sobre la Promoción de la Salud de los Refugiados y los Migrantes, 2019-2023. En: 72.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 20–28 de mayo de 2019. Resoluciones y decisiones, anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019:Anexo 5 (WHA72/2019/REC/1; 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_REC1-en.pdf, consultado el 21 de junio de 2022).
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991 (<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>, consultado el 17 de junio de 2022).

21. McGivern V, Bluestone K, Lilly D. If not now, when? Keeping promises to older people affected by humanitarian crises. Londres, HelpAge International, 2020 (<https://www.ageinternational.org.uk/globalassets/documents/reports/2020/if-not-now-when-report.pdf>, consultado el 11 de abril de 2022).
22. Nowak M, Krishan M. The UN global study on children deprived of liberty: the role of academia in "making the invisible and forgotten visible". In: Kury H, Redo S, editors. Crime prevention and justice in 2030. New York: Springer; 2021:231–49.
23. Proyecto Migrantes Desaparecidos [sitio web]. Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2022 (<https://missingmigrants.iom.int/es>, consultado el 6 de febrero de 2022).
24. ApartTogether survey: Preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337931>, consultado el 3 de abril de 2022).
25. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, McAlpine A, Pocock N, Devakumar D et al. Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7(7):e872–82. doi:10.1016/S2214-109X(19)30204-9.
26. At a glance: health access and utilization survey among non-camp refugees in Lebanon – November 2015. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2015 (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LebanonHAUSreport2015FINAL.pdf>, consultado el 29 de abril de 2022).
27. At a glance: health access and utilization survey among Syrian refugees in Lebanon – September 2016. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2016 (<https://reliefweb.int/attachments/b74c4281-ade1-370a-9479-43d0606faf2d/LebanonHAUS2016Final.pdf>, consultado el 29 de abril de 2022).
28. Health access and utilization survey among Syrian refugees in Lebanon – November 2017. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2017 (<https://reliefweb.int/attachments/bcbc140b-f1c1-3c37-b608-3c3ab5f10f30/LebanonHealthAccessandUtilisationSurvey2017UNHCR.pdf>, consultado el 29 de abril de 2022).
29. Health access and utilization survey among Syrian refugees in Lebanon – December 2018. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2018 (<https://reliefweb.int/attachments/5b537648-272a-353c-9279-b012153a4b28/67944.pdf>, consultado el 29 de abril de 2022).
30. Health access and utilization survey among Syrian refugees in Lebanon – November 2019. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2019 (<https://reliefweb.int/attachments/1df3b4a7-add6-3779-9630-406a96417f5f/72576.pdf>, consultado el 29 de abril de 2022).
31. United Nations High Commissioner for Refugees: Health access and utilization survey among Syrian refugees in Lebanon – October 2020. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2020 (<https://reliefweb.int/report/lebanon/unhcr-health-access-and-utilization-survey-among-syrian-refugees-lebanon-october-2020>, consultado el 29 de abril de 2022).
32. Hypertension. In: Fact sheets. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>, consultado el 30 de marzo de 2022).
33. Tarricone I, D'Andrea G, Jongsma HE, Tosato S, Gayer-Anderson C, Stilo SA et al. Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU–GEI study. *Psychol Med*. 2021;1–13. doi:10.1017/S003329172000495X.
34. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394:240–8. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
35. Programa Mundial sobre Tuberculosis [sitio web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>, consultado el 4 de mayo de 2022).
36. Ejeta E, Beyene G, Balay G, Bonsa Z, Abebe G. Factors associated with unsuccessful treatment outcome in tuberculosis patients among refugees and their surrounding communities in Gambella Regional State, Ethiopia. *PLOS One*. 2018;13(10):e0205468. doi:10.1371/journal.pone.0205468.
37. Refugee health report Uganda, June 2019. In: Ministry of Health Knowledge Management Portal [website]. Kampala: Ministry of Health; 2019 (<http://library.health.go.ug/publications/refugees/refugee-health-report-uganda-june-2019>, consultado el 3 de abril de 2022).
38. Ahmed A, Mulatu K, Elfu B. Prevalence of malaria and associated factors among under-five children in Sherhole refugee camp, Benishangul-Gumuz region, Ethiopia. A cross-sectional study. *PLOS One*. 2021;16(2):e0246895. doi:10.1371/journal.pone.0246895.
39. Coldiron ME, Lasry E, Bouhenia M, Das D, Okui P, Nyehangane D et al. Intermittent preventive treatment for malaria among children in a refugee camp in Northern Uganda: lessons learned. *Malar J*. 2017;16(1):218. doi:10.1186/s12936-017-1869-x.
40. Convention and protocol relating to the status of refugees. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 1951 (<https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>, consultado el 25 de junio de 2022).
41. Informe del Director General. En: Consejo Ejecutivo, 150.ª reunión, Ginebra, 24 a 29 de enero de 2022. Documentos principales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022:EB150/3 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_3-sp.pdf, consultado el 29 de junio de 2022).



Programa de Salud y Migraciones (PHM)

Organización Mundial de la Salud

20, Avenue Appia

1211 Ginebra 27 (Suiza)

Sitio web: <https://www.who.int/teams/health-and-migration-programme>

Dirección de correo electrónico:
healthmigration@who.int

