

Editorial

Salud Pública (también) para las personas migrantes y refugiadas en Europa



Public Health for migrants and refugees in Europe (as well)

Ainhoa Rodríguez-García-de-Cortázar*, Ainhoa Ruiz-Azarola, Olga Leralta-Piñán, Jaime Jiménez-Pernett y José Ignacio Oleaga-Usategui

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

En el último lustro ha aumentado considerablemente el número de personas migrantes o con necesidad de protección internacional que llegan a las costas mediterráneas de la Unión Europea, sobre todo a Italia y Grecia, y en menor medida a España¹. El año de mayor afluencia fue 2015. En dicho año, el 60% de las personas solicitantes de asilo provenían de Siria, Afganistán, Irak, Kosovo, Albania y Pakistán; el 53% tenían entre 18 y 34 años de edad; el 28% eran mujeres; y el 29% eran personas menores de 18 años (más de 96.000 niños, niñas y adolescentes no acompañados)². España registró en 2015 el 1% de las solicitudes de asilo en la Unión Europea y aceptó el 31% de ellas, cuando la media europea fue de un 50% de aceptaciones^{3,4}.

Las políticas pro cierre de fronteras exteriores e interiores de la Unión Europea contribuyen al desastre humanitario⁴: las muertes de personas migrantes y necesitadas de protección internacional en el Mediterráneo superaron con creces, en 2016, las elevadas cifras de años anteriores¹. La gestión de la acogida de personas refugiadas ha generado múltiples vulneraciones de sus derechos humanos: detenciones y encierros, repatriaciones forzadas, condiciones de vida indignas en *hotspots*⁵ o campos de refugiados, situación de calle, desalojos violentos de asentamientos, negligencia institucional, trabas burocráticas y ralentización de los trámites para obtención del asilo, protección internacional o estatus de regularidad administrativa, brotes de xenofobia, criminalización mediática, etc. Ideológicamente se ha alimentado una clasificación binaria que diferencia entre personas refugiadas y migrantes por razones económicas⁶; entre quienes merecen protección como víctimas de persecuciones, guerras, violencia, etc. y quienes no tienen los mismos derechos reconocidos, que son la mano de obra barata de la economía global. Asimismo, se han creado categorías entre quienes demandan protección en función de su nacionalidad, disparidades entre países⁷ y variaciones dentro de un mismo país, como ocurre en España con las víctimas de trata o de persecución por su orientación sexual^{3,8}.

Estado de salud de las personas migrantes que llegan a la Unión Europea

Las personas refugiadas o migrantes en Europa presentan necesidades de salud específicas, que exigen una revisión crítica de la actuación de los sistemas y servicios sanitarios desde una

perspectiva de derechos humanos. A lo largo del proceso migratorio se producen impactos negativos en su salud: por traumas de guerra, conflictos, violencia o tortura; por riesgos y circunstancias adversas durante el viaje; por las condiciones de vida en los campamentos, centros de detención, etc.; por las dificultades jurídico-administrativas y de acceso a la asistencia sanitaria; así como por barreras lingüísticas y culturales^{9,10}.

Estas personas se exponen, entre otras, a enfermedades respiratorias, lesiones accidentales o provocadas por las medidas de seguridad en las fronteras, quemaduras, deshidratación, gastroenteritis, intoxicación por CO₂ y problemas musculoesqueléticos¹¹⁻¹⁴. Hay evidencia de traumatismos a consecuencia de la violencia y problemas neurológicos, crisis psicosocial aguda, depresión y estrés postraumático¹⁵. En el caso de España, las concertinas barbadas de las fronteras de Melilla y de Ceuta provocan heridas profundas, cuyas consecuencias se agravan por la ausencia de dispositivos de asistencia sanitaria sobre el terreno¹⁶.

Desde una perspectiva de salud pública, es necesario cuestionar la posible relación entre migración y enfermedades infecciosas. Es poco probable que surjan brotes debido al influjo de migrantes y, cuando ocurren, se asocian más a las condiciones de vida en los entornos de llegada o durante el trayecto⁹. Por otro lado, las dificultades de acceso a medicación, las interrupciones de tratamientos y las deficientes condiciones de vida deterioran aún más la salud de quienes ya tenían en origen una enfermedad crónica⁹.

La mayoría de los estudios¹¹⁻¹⁴ se han realizado con pacientes varones, lo que dificulta el análisis de la salud de mujeres, menores, personas mayores y otros grupos en situación de vulnerabilidad¹¹. Las mujeres y las niñas padecen problemas obstétrico-ginecológicos y alta prevalencia de abortos, así como malos tratos, explotación, violaciones y vejaciones por parte de traficantes, personal de seguridad u otros agentes, a lo largo de su trayecto por Europa. La escasez de comida, la falta de asistencia médica y el hacinamiento resultan especialmente perjudiciales en las embarazadas^{17,18}. En el caso de los niños y las niñas, los riesgos y las vulnerabilidades aumentan cuando viajan no acompañados¹⁹.

La organización de la atención sanitaria

Aunque las convenciones y normativas internacionales avalan el derecho a la protección de la salud de las personas refugiadas, el acceso a la atención sanitaria que no es de urgencia se ha visto limitado en algunos países de llegada²⁰. Los países de destino tradicionales proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria como a cualquier nacional. En los países de llegada y tránsito,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ainhoa.rodriguez.easp@juntadeandalucia.es
(A. Rodríguez-García-de-Cortázar).

la atención sanitaria a migrantes o solicitantes de asilo es fundamentalmente prestada por organizaciones como Cruz Roja o Media Luna Roja, la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Médicos del Mundo y Médicos Sin Fronteras, así como por grupos de personas voluntarias y organizaciones civiles. A su vez, desde los sistemas nacionales de salud y otros recursos dependientes de los ministerios del interior se realizan controles médicos en los dispositivos de recepción o entrada. El apoyo psicosocial y la atención médica especializada se prestan en campos de refugiados y en centros de recepción o de detención, normalmente a través de servicios gubernamentales o de Cruz Roja. Algunos centros disponen de servicios de urgencias e interpretación²⁰.

En los países de destino, los niños y las niñas generalmente tienen mayor acceso sanitario que las personas adultas en situación irregular. A menudo se ofrecen instalaciones de recepción o acogida para menores no acompañados/as, quienes disponen de la misma atención sanitaria que los/las autóctonos/as, si bien algunos países restringen su acceso a los servicios de salud hasta que se compruebe su minoría de edad o se haya iniciado un procedimiento de asilo¹⁹.

En el caso de España, el derecho a la atención sanitaria para solicitantes de asilo y personas refugiadas está garantizado por ley, mientras que el de las personas migrantes en situación irregular se pone en cuestión o se «anula» tras el Real Decreto-Ley 16/2012. De momento ha llegado a España un número de personas reubicadas (desde Grecia o Italia) o reasentadas (desde países como Turquía, Jordania y Líbano) bastante inferior al que nuestro país se comprometió a acoger en 2015^{21,22}. Mientras tanto, las comunidades autónomas están elaborando instrumentos para organizar la atención sanitaria, como son los planes de atención integral para refugiados. Se han reorganizado los dispositivos de acogida gestionados por organizaciones no gubernamentales (CEAR, ACCEM, Cruz Roja) y se han diseñado nuevos dispositivos para aumentar la cobertura y facilitar el acceso al sistema sanitario público. Los centros de acogida de refugiados, los centros de estancia temporal de inmigrantes y los dispositivos de acogida dependientes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social prestan atención sanitaria y psicosocial básica, y se encargan de la integración de estas personas en el sistema sanitario público²⁰.

Recomendaciones para políticas públicas, servicios de salud y personal sanitario

Las desiguales posibilidades de acceso a las oficinas de asilo fronterizas, como la de Melilla, y las «devoluciones en caliente» obligan a las personas migrantes y refugiadas a tomar rutas de entrada más peligrosas. La violencia empleada por las fuerzas de seguridad para impedir el paso en las fronteras ha llegado a provocar incluso la muerte de migrantes⁴. Por ello, es fundamental que se habiliten vías legales de entrada para las personas refugiadas y migrantes, para que dejen de depender de redes de tráfico o de trata, arriesgando su vida y su salud. Asimismo, debería evitarse la denegación sistemática de solicitudes de protección internacional según la nacionalidad³.

Los sistemas de acogida en Europa se han revelado insuficientes, también en España²³, y deben prepararse para solucionar cuestiones como la falta de higiene de los asentamientos, la precariedad habitacional, la discontinuidad en la atención de la salud reproductiva e infantil, la ausencia de servicios de salud mental sensibles a la diversidad, las dificultades de acceso a los servicios sanitarios locales y el estigma que padecen estas poblaciones.

Los estudios disponibles recomiendan reforzar el enfoque de sensibilidad a la diversidad²⁴ en los servicios de salud sexual y reproductiva, atención neonatal y apoyo psicológico. Para la integración práctica de dicho enfoque se necesita formar al personal

sanitario, así como a responsables de gestión y personal auxiliar e investigador.

En los puntos de llegada de personas migrantes o refugiadas conviene realizar revisiones para la detección rápida de enfermedades crónicas e infecciosas, garantizando diagnósticos y tratamientos adecuados. No obstante, el cribado sistemático es cuestionable, por la ausencia de evidencia de su coste-eficacia y por la ansiedad que puede provocar tanto en las personas migrantes como en las poblaciones receptoras⁹.

La atención sanitaria de las personas menores de 18 años es prioritaria. Dado que los procedimientos médicos empleados para la determinación de la edad son inexactos, hay que garantizar que esta no se vea limitada en función de la edad estimada. De hecho, el acceso universal a los servicios de salud, la atención primaria y la continuidad en los tratamientos resulta fundamental para proteger la salud pública²⁵. Esto requiere eliminar barreras relacionadas con los sistemas, con los servicios y con las condiciones socioeconómicas de las personas migrantes. Es necesario superar dificultades lingüísticas o comunicativas, invirtiendo en servicios de mediación sanitaria presencial y virtual, implicando a asociaciones de migrantes y formando a personas refugiadas²⁴. Existe evidencia sobre el coste humano y económico de no disponer de mediación, en términos de diagnósticos equivocados y tratamientos mal entendidos o ineficaces²⁶.

Es responsabilidad del personal sanitario informarse y formarse adecuadamente, y trasladar esa información a la ciudadanía, contrarrestando la creencia infundada de que las personas migrantes o refugiadas representan una amenaza para la salud pública. Su papel como agente de cambio social, con capacidad de influencia en quienes tienen poder de decisión política, tiene largo recorrido en Europa y en España^{27,28}.

La atención centrada en el paciente es clave y requiere disponer de tiempo, superar prejuicios y analizar críticamente cómo se aplican los métodos de diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta las diversas formas de sentir y percibir los problemas de salud. Atender igual a personas que tienen necesidades distintas supone otra forma de inequidad. Soluciones parciales pueden resultar contraproducentes, como el uso de intérpretes informales (sin formación) en la consulta, que no garantiza la confidencialidad y conlleva riesgos para la salud del paciente²⁴.

En este editorial exponemos algunos aspectos relacionados con la atención a las personas refugiadas y migrantes que nos invitan a reflexionar colectivamente desde un enfoque de salud pública. Las exclusiones jurídico-administrativas, económicas y sociales que sufren en la Unión Europea condicionan su salud presente y futura^{29,30}, y nuestras estrategias de intervención (locales, regionales, nacionales e internacionales) no pueden seguir obviando las políticas estructurales que determinan sus circunstancias socioeconómicas³¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. The United Nations Refugee Agency (UNHCR). Refugees/migrants response-Mediterranean. 2017. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>
2. Eurostat. Asylum and first time asylum applicants - annual aggregated data (rounded). 2017. (Consultado el 27/1/2017.) Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00191&plugin=1>
3. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Evolución de solicitantes de protección internacional. 2017. (Consultado el 27/1/2017.) Disponible en: <https://www.cear.es/situacion-actual/>
4. Valles M. ¿Vallas al asilo? Apuntes sobre el sistema de protección internacional en España. En: Arango J, Mahía R, Moya D, Sánchez-Montijano E, directores.

- Anuario CIDOB de la inmigración, nueva época 2015–2016. El año de los refugiados. Barcelona: CIDOB; 2016. 354 p.
5. Prieto B. 1; Los hotspots, un eslabón débil en la gestión de la crisis de los refugiados. Real Instituto El Cano. ARI 2016; 25. (Consultado el 27/1/2017.) Disponible en: <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/riecano.es/contenido/WCM.GLOBAL.CONTEXT=/elcano/elcano.es/zonas.es/demografia+y+poblacion/ari25-2016-prieto-hotspots-eslabon-debil-gestion-crisis-refugiados>
 6. The United Nations Refugee Agency (UNHCR). ¿Refugiado o migrante? ACNUR insta a usar el término correcto. Ginebra: ACNUR. 27 de agosto de 2015. (Consultado el 27/1/2017.) Disponible en: <http://www.acnur.org/noticias/noticia/refugiado-o-migrante-acnur-insta-a-usar-el-termino-correcto/>
 7. European Commission Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection and for the content of the protection granted and amending Council Directive 2003/109/EC of 25 November 2003 concerning the status of third-country nationals who are long-term residents. Brussels, 13.7.2016 COM(2016)466 final 2016/0223 (COD).
 8. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). España empieza a reconocer el derecho de asilo a las víctimas de trata. 2017. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <https://www.cear.es/espana-empieza-a-reconocer-el-derecho-de-asilo-a-las-victimas-de-trata/>
 9. European Parliament The public health dimension of the European migrant crisis. Briefing. January 2016. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI\(2016\)573908_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf)
 10. Bolívar Muñoz J. Los determinantes de la salud de las personas solicitantes de asilo, refugiadas y otros migrantes en Europa. Blog Gaceta Sanitaria. 11 febrero 2017. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <http://bloggaceta.elsevier.es/tag/determinantes-sociales-de-la-salud/>
 11. Stich A. Coming in to the cold — access to health care is urgently needed for Syrian refugees. *Travel Med Infect Dis.* 2015;13:445–6.
 12. Van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, et al. A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open.* 2016;6:e013963.
 13. Alberer M, Wendeborn M, Löscher T, et al. Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016;141:e8–15.
 14. Pasta L, Mesa Suero LA, Farinella EM, et al. Causes of hospitalisation of migrants arrived in Lampedusa (Southern Italy) from January 2011 to June 2014. *Epidemiol Prev.* 2015;39:55–8.
 15. The United Nations Refugee Agency (UNHCR), United Nations Population Fund and Women's Refugee Commission (UNFPA). Initial assessment report: protection risks for women and girls in the European refugee and migrant crisis. 2016. (Consultado el 28/1/2017.) Disponible en: <http://www.unhcr.org/protection/operations/569f8f419/initial-assessment-report-protection-risks-women-girls-european-refugee.html>
 16. International Migration Organization (IOM), EquiHealth Project. Assessment report: health. Spain, Field work, 19-27 November 2013.
 17. Women's Refugee Commission. Initial assessment report: No safety for refugee women on the European route: report from the Balkans. 2016. (Consultado el 28/1/2017.) Disponible en: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Refugee-Women-on-the-European-Route-Balkans.pdf>
 18. Langlois EV, Haines A, Tomson G, et al. Refugees: towards better access to health-care services. *Lancet.* 2016;387:319–20.
 19. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Separated, asylum-seeking children in European Union Member States. Comparative report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010. p. 86.
 20. Project SH-CAPAC. Supporting Health Coordination, Assessments, Planning, Access to Health Care and Capacity Building in member states under particular migratory pressure. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2016. (Consultado el 27/3/2017.) Disponible en: <http://www.sh-capac.org>
 21. European Commission. Eleventh report on relocation and resettlement. Annex 3 to the report from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council. Brussels, 12.4.2017 COM(2017) 212 final. (Consultado el 17/4/2017.) Disponible en: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-908_en.htm
 22. European Council of Refugees and Exiles. AIDA Asylum Information Database. Wrong counts and closing doors. The reception of refugees and asylum seekers in Europe. March 2016. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/shadow-reports/aida_wrong_counts_and_closing_doors.pdf
 23. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, et al., editores. Migration and health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: McGraw Hill; 2011. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf
 24. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Making integration work: refugees and others in need of protection. Paris: OECD Publishing; 2016. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264251236-en>
 25. Center for Health and Migration. Infographic on costs of exclusion from healthcare. 2016. (Consultado el 27/02/2017.) Disponible en: <http://equi-health.eea.iom.int/IMAGES/TSSUMMARYPOLICYBRIEF.PDF>
 26. Ingleby D. Good practice in health service provision for migrants. En: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, et al., editores. Migration and health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: McGraw Hill; 2011. p. 227–44.
 27. Yo Sí Sanidad Universal. Madrid: Yo Sí Sanidad Universal; s.f. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php>
 28. MEDACT. Londres MEDACT; s.f. (Consultado el 27/2/2017.) Disponible en: <https://www.medact.org/>
 29. World Health Organization. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
 30. Stringhini SA, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet.* 2007;389:1229–37.
 31. Morabia A, Benjamin GC. The refugee crisis in the Middle East and public health. *Am J Public Health.* 2015;105:2405–6.