



La hoja de ruta y el kit de herramientas de **Mig-HealthCare** para la implementación eficaz de modelos de asistencia comunitaria para migrantes y refugiados



Co-funded by the European Union's Health Programme (2014-2020)





Mig-HealthCare - Fortalecimiento de la intervención comunitaria para minimizar las desigualdades sanitarias y mejorar la inclusión de inmigrantes y refugiados vulnerables en las comunidades locales.

El **consorcio Mig-HealthCare** está conformado por los siguientes socios:

- Prolepsis Institute – Coordinador, **Grecia**
- Facultad de medicina de la Universidad Nacional y Kapodistriana de Atenas, **Grecia**
- Región de Sterea Ellada, **Grecia**
- Centro Nacional de Operaciones de la Sanidad (NaHOC), Ministerio de Sanidad, **Grecia**
- Union central de Municipios Griegos (KEDE), **Grecia**
- Oxfam Italia, **Italia**
- Centro Etnomédico, **Alemania**
- Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, **Bulgaria**
- Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique, **Francia**
- CARDET, **Chipre**
- KOPIN, **Malta**
- Universidad de Uppsala, **Suecia**
- Verein Multiculturell, **Austria**
- Universidad de Valencia, Polibienestar, **España**

**Cita sugerida:**

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebano A., Hamed S., & Linos A.(2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

# Contenido

Introducción	5
Problemas relacionados con el idioma, la cultura y la comunidad	11
Continuidad de la información	17
Salud mental	21
Vacunación	25
Salud materno-infantil	31
Promoción de la salud	35
Salud bucal - Cuidado dental	45
Enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles	49
El algoritmo de Mig-HealthCare	52
Referencias	61



## ► Introducción

Desde que se inició la crisis de Oriente Medio en 2011, Europa ha sido testigo de un número cada vez mayor de migrantes y refugiados que llegan principalmente a las costas del Mediterráneo. De acuerdo con los datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), 70,8 millones de personas se vieron forzadas a desplazarse de sus hogares. Desde 2015, más de 2.000.000 de refugiados y migrantes llegaron a Europa, y un gran número de migrantes y refugiados siguen llegando actualmente. La necesidad de abordar los problemas sanitarios de las personas migrantes y refugiadas y facilitar el acceso a los servicios de salud a estos grupos de población vulnerable es cada vez mayor.

El artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas señala que «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». (ONU 1966). En el contexto europeo, la Carta de los Derechos Fundamentales señala que todas las personas deben tener derecho a los servicios de salud preventiva y a beneficiarse del tratamiento médico. Sin embargo, siguen existiendo problemas en el acceso a los servicios de salud para migrantes y refugiados.

*Los resultados obtenidos a través de la revisión bibliográfica efectuada por el consorcio Mig-HealthCare en relación con el acceso de migrantes y refugiados a los servicios de salud demuestra que siguen existiendo desigualdades sanitarias entre migrantes y no migrantes en la salud y en el acceso a los servicios de salud.*

Las desigualdades sanitarias son resultado de las barreras legales que existen en muchos estados miembro de la UE en el acceso a la atención entre migrantes, refugiados y solicitantes de asilo y, de manera particular, entre migrantes indocumentados. Sin embargo, las desigualdades se atribuyen también a la situación económica de los migrantes que carecen de los medios necesarios para acceder o pagar por los servicios de salud.

Las desigualdades también son resultado de las barreras idiomáticas, la discriminación y a lo que se hace referencia en numerosos artículos como la falta de competencia cultural entre los proveedores de servicios de salud (Lebano et al., 2018).

La población de personas migrantes y refugiadas en Europa están conformadas, en general, por adultos jóvenes con buen estado de salud, pero también por una proporción importante de familias, adultos mayores y personas discapacitadas (OMS, 2018). Sus necesidades de salud los colocan en una posición de desventaja como resultado de su exposición a muchos factores de riesgo, como los viajes largos y arriesgados, la falta de un hogar, la falta de cobertura médica, la exposición a la violencia, los traumas mentales y físicos y la explotación (OMS, 2018). Estos son indicios de que las poblaciones de migrantes y refugiados pueden tener peores resultados de salud que la población local, como una tasa de mortalidad infantil más alta, resultados ginecológicos adversos y resultados no regulados en el caso de enfermedades crónicas. Además, factores como las barreras culturales e idiomáticas, el desempleo o los trabajos mal pagados, ilegales o inseguros los hacen susceptibles a experimentar mayores riesgos de salud (OMS, 2018).

## El proyecto Mig-HealthCare

Mig-HealthCare - Fortalecimiento de la intervención comunitaria para minimizar las desigualdades sanitarias y mejorar la inclusión de inmigrantes y refugiados vulnerables en las comunidades locales, es un proyecto de tres años que se inició en mayo de 2017, con el apoyo financiero de la Comisión Europea. El proyecto es implementado por un consorcio de universidades, autoridades nacionales y ONG de diez países de Europa, con experiencia diversa en temas de salud pública e integración de refugiados y migrantes.

El objetivo general de Mig-HealthCare es mejorar el acceso a los servicios de salud para los migrantes y refugiados vulnerables, apoyar su inclusión y participación en las comunidades europeas y reducir las desigualdades sanitarias.

## ¿Qué incluye la Hoja de ruta y el kit de herramientas de Mig-HealthCare?

El Roadmap & Toolbox (Hoja de ruta y kit de herramientas) es una aplicación en línea intuitiva que se enfoca en los pasos clave para brindar servicios de salud óptimos a migrantes y refugiados y que incluye herramientas útiles que pueden ser utilizadas por los profesionales sanitarios o por los migrantes y refugiados, así como ejemplos de mejores prácticas de intervención. La aplicación incluye también un algoritmo, que puede ser utilizado a manera de guía por los profesionales sanitarios para brindar un mejor servicio de salud a los pacientes migrantes o refugiados.

La versión en línea se encuentra disponible en la sección correspondiente del sitio web del proyecto:

<https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

La **hoja de ruta de Mig-HealthCare** comprende:

- 1. Las acciones necesarias que un profesional sanitario tiene que llevar a cabo durante la prestación de servicios de salud a migrantes y refugiados, es decir:**
  - › Continuidad de la información
  - › Problemas relacionados con el idioma, la cultura y la comunicación
    - Idioma y comunicación
    - Problemas culturales
    - Alfabetización en salud
- 2. Información relacionada con problemas sanitarios de especial importancia para migrantes y refugiados:**
  - › Salud mental
  - › Vacunación
  - › Salud materno-infantil
  - › Promoción de la salud
    - Detección de cáncer de cuello uterino y de mama
    - Detección de cáncer colorrectal
    - Alcoholismo
    - Tabaquismo
    - Nutrición

- Actividad física
- Salud bucal/cuidado dental
- Enfermedades no transmisibles (ENT) y enfermedades crónicas

### 3. Prácticas prometedoras

Los socios del proyecto Mig-HealthCare revisaron y evaluaron las intervenciones comunitarias identificadas en la literatura que abordan los problemas sanitarios de los migrantes y refugiados. Algunas de estas intervenciones que, de acuerdo con las evaluaciones, son positivas y se consideraron Mejores Prácticas, podrían ser utilizadas en diferentes contextos. Se puede encontrar más información acerca de estas y de otras prácticas prometedoras en el sitio web del proyecto <http://www.mighealthcare.eu/> a través del informe «D5.1: Report on models of community health and social care and best practices» (Informe sobre los modelos de asistencia sanitaria y social comunitaria y mejores prácticas): <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%203%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

### 4. Herramientas

Los recursos incluyen aproximadamente 300 herramientas que se incluyen en las distintas categorías que se mencionaron anteriormente. Se puede acceder a los recursos directamente desde el sitio web de Mig-HealthCare o a través de las distintas categorías de la Hoja de ruta. La búsqueda de herramientas es facilitada por diversos filtros (categoría temática, idioma, usuario final, tipo de material).

### 5. El algoritmo

El algoritmo Mig-HealthCare es una herramienta para guiar a los profesionales sanitarios a través de todos los pasos que son necesarios para identificar problemas sanitarios de especial importancia a la hora de proporcionar asistencia sanitaria a migrantes y refugiados.

### ¿A quiénes están dirigidos la hoja de ruta y el kit de herramientas?

Esta hoja de ruta es un recurso valioso y útil para una amplia variedad de profesionales sanitarios a nivel individual y a nivel de organización. Entre

las partes interesadas a las que nos dirigimos se incluyen:

- profesionales sanitarios de todas las especialidades, como profesionales de la medicina y de la enfermería que trabajan en distintos niveles: local, regional y nacional
- Administradores de servicios de salud
- Gerentes y personal de servicios de salud, como hospitales y centros de salud a nivel local, regional y nacional
- ONG
- Autoridades locales

### ¿Cómo usar la hoja de ruta y el kit de herramientas de Mig-HealthCare?

Los y las profesionales sanitarios pueden consultar el contenido de la hoja de ruta y el kit de herramientas en cualquier momento para recibir información sobre temas de importancia al brindar servicios de salud a migrantes y refugiados. Se puede consultar temas de salud específicos que se presentan en la hoja de ruta cada vez que sea necesario para abordar un problema específico o para consultar el contenido de manera exhaustiva. A modo de ejemplo:

- Los profesionales sanitarios, pero también los potenciales agentes interesados a nivel comunitario, pueden hacer uso de las herramientas o adaptar los ejemplos de mejores prácticas que se describen en la página web a la situación específica de su comunidad.
- Los profesionales sanitarios pueden hacer uso de las herramientas que se presentan en cada problema de salud para sus pacientes o para facilitar su trabajo.
- Los profesionales sanitarios pueden usar el algoritmo durante la consulta con un paciente migrante o refugiado para garantizar que estén abordando las cuestiones identificadas por el proyecto Mig-HealthCare y que son de relevancia para la salud de los migrantes y refugiados.

## ¿Cómo se desarrollaron la hoja de ruta y el kit de herramientas?

La hoja de ruta y el kit de herramientas se desarrollaron como parte del proyecto Mig-HealthCare después de una amplia investigación atendiendo a los siguientes resultados:

- Las necesidades y carencias en la prestación de servicios de salud a migrantes y refugiados, que fueron identificadas por los profesionales sanitarios a través de la investigación original. Grupos de discusión y entrevistas que se realizaron en 10 países de la UE (Grecia, Chipre, Alemania, Bulgaria, Suecia, España, Austria, Italia, Malta y Francia).
- Una revisión sistemática de las prácticas prometedoras aplicadas en la Unión Europea y a nivel mundial. Una encuesta realizada entre 1350 migrantes y refugiados en 10 países de la UE (Grecia, Chipre, Alemania, Bulgaria, Suecia, España, Austria, Italia, Malta y Francia) en relación con su estado de salud, problemas sanitarios y acceso a servicios de salud en 10 países de la UE (Grecia, Chipre, Alemania, Bulgaria, Suecia, España, Austria, Italia, Malta y Francia). Revisión bibliográfica en 10 países de la UE y otros países sobre los problemas de los migrantes y refugiados en relación con los servicios de salud. Identificación de intervenciones aplicadas a nivel de UE y de otros países.

*En el sitio web de Mig-HealthCare se incluyen los informes detallados de todo lo anterior.*

## Acceso a la hoja de ruta y al kit de herramientas

Esta publicación presenta una breve descripción de las categorías temáticas de la hoja de ruta y del kit de herramientas, así como el algoritmo. La hoja de ruta y el kit de herramientas completos están disponibles en el sitio web de Mig-HealthCare - <https://mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox> donde se brinda acceso a más información, a prácticas prometedoras y a las herramientas necesarias para cada categoría temática. A modo de ejemplo, a través del kit de herramientas, se puede acceder a más de 300 herramientas distintas en distintos idiomas.

## ► Problemas relacionados con el idioma, la cultura y la comunidad

### Idioma y comunicación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en todo el mundo solo aproximadamente entre 600 y 700 millones de personas hablan inglés como su segundo idioma, además de los 335 millones de hablantes nativos del inglés. Esto deja fuera a la mayor parte de la población mundial, aproximadamente seis mil millones de personas, con poco o ningún acceso a una enorme cantidad de información sobre salud pública debido a que está se encuentra en inglés.

El idioma es considerado una barrera significativa para acceder a servicios de salud de alta calidad. «En el ámbito de la salud pública, la desconexión lingüística entre aquellos que brindan información de salud y aquellos que necesitan esta información afecta a todos, tanto médicos y pacientes como a administradores y legisladores en materia de salud pública» (OMS, 2015, p.365).

La comunicación es clave para acceder a servicios de salud de calidad y es un elemento central de cualquier interacción (White et al., 2015). Una de las necesidades más importantes de un paciente es comunicar sus síntomas y situaciones a los profesionales sanitarios.

*Una comunicación eficaz entre un médico y sus pacientes puede dar lugar a mejores resultados de salud, lo que contribuye a la salud general de la comunidad.*

No poder hablar en el idioma del país de acogida plantea una barrera importante para una comunicación eficaz.

La multiculturalidad y el multilingüismo ahora son sumamente comunes en Europa, lo que da lugar a barreras idiomáticas en el ámbito de la salud. Los



pacientes cuyo idioma materno no es el mismo que el del servicio de salud probablemente tendrán resultados de salud menos satisfactorios (Divi et al., 2007). Aunque muchas instituciones de salud grandes cuentan con acceso a servicios de interpretación, estando fuertemente asociados con la satisfacción de los pacientes y la comunicación positiva, la disponibilidad de disponer de intérpretes no es suficiente para garantizar servicios de salud de alta calidad. Una encuesta en profundidad de 39 mujeres somalíes inmigrantes en un centro obstétrico demostró que la disponibilidad de los traductores por sí sola no era suficiente para superar las barreras culturales (Binder et al., 2012).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

Es importante que los migrantes y refugiados reciban servicios lingüísticos adecuados, como es el caso de los intérpretes, durante la prestación de servicios de salud. De acuerdo con la Sociedad Australiana de Psicología (2013), la facilitación de una comunicación eficaz a través de un intérprete debería incluir lo siguiente:

- › Dirigirse a la persona, no al intérprete. Intentar mantener contacto visual adecuado, de acuerdo con la cultura del paciente, incluso cuando el intérprete está interpretando. Al hablar o escuchar, mire al paciente y no al intérprete, de manera que pueda observar los mensajes no verbales. Diríjase directamente al paciente usando la primera persona «Yo» y la segunda persona «Usted», en lugar de decir «él» o «ella». De esta manera podrá entender mejor las palabras y emociones que se están expresando la persona.
- › Evite emplear lenguaje técnico, metáforas y acrónimos.
- › Repetir algo puede facilitar su comprensión.
- › Emplee frases cortas y sencillas.
- › Haga una pausa después de una o dos frases para que el intérprete pueda transmitir el mensaje.
- › Los profesionales sanitarios puede utilizar diagramas o imágenes para mejorar la comprensión.
- › Pregunte al paciente si usted está hablando con un ritmo adecuado o si necesita que le aclare algún punto.
- › Pida su opinión durante las consultas para asegurarse de que el paciente está satisfecho con el proceso de interpretación.

### Problemas culturales

Con el incremento de la población de migrantes en Europa, se ha promovido la competencia cultural como una forma de garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud y para poder brindar servicios de salud inclusivos a los migrantes y refugiados (Jongen, McCalman & Bainbridge, 2018). La cultura se define como los «patrones de ideas, costumbres y comportamientos que son compartidos por personas o sociedades determinadas. Estos patrones identifican a los miembros como parte de un grupo y los diferencian de otros grupos» (How Culture Influences Health, 2017).

El concepto de competencia cultural se introdujo en la década de los ochenta con el fin de eliminar una brecha en la capacidad de los proveedores de servicios de salud de promover una atención equitativa y no discriminatoria a poblaciones diversas. Desde entonces, ha surgido una serie de estructuras de competencia cultural sobre diversos temas como el conocimiento de la minoría, las actitudes de las minorías y los inmigrantes recién llegados y las habilidades para brindar servicios de salud a través de traductores y de la colaboración de mediadores culturales. El concepto de competencia cultural ha evolucionado a través del tiempo para incluir no solo la interacción entre los proveedores de servicios de salud y usuarios de estos sino también la competencia cultural organizativa y sistémica (Truong, Paradies & Priest, 2014).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

Es fundamental mejorar la competencia cultural entre el personal sanitario. Permite a un profesional sanitario brindar una atención médica eficaz sin basarse en estereotipos. De acuerdo con un informe sobre los desafíos de salud a los que hacen frente los refugiados y los inmigrantes (Bischoff, 2003), los proveedores deben considerar factores culturales al:

- › **Recibir la historia médica y realizar el examen físico:** La historia individual de migración del paciente tiene impacto en su experiencia en relación con la enfermedad. Por lo tanto, es importante que los profesionales sanitarios conozcan sus condiciones de vida y sus circunstancias sociales. Es necesario abordar aspectos como su historia de vida, experiencia de dolor, prácticas de curación tradicionales/



religiosas, nutrición (costumbres alimentarias), dominio del idioma local, situación laboral y de residencia, historia de migración (motivos por los cuales migró, traumas sufridos, historia del vuelo e integración).

- › **Evaluar las necesidades de atención:** El proveedor de servicios de salud debe evaluar la enfermedad en un contexto social amplio, y no como una preocupación individual. Esto implica diferenciar entre cura y tratamiento, compartir el conocimiento de la información de salud y bienestar, e involucrar a la familia y a la comunidad de los pacientes en las decisiones médicas (Burgess, 2004).

Además, para que los proveedores de servicios de salud puedan ser más competentes desde el punto de vista cultural, se hacen las siguientes sugerencias (Bernd, 2011):

- › determinar el idioma, la cultura y grupo étnico de los pacientes
- › tener en cuenta los estereotipos culturales
- › evitar usar a los familiares de los pacientes como intérpretes
- › familiarizarse con las expresiones de malestar específicas de la cultura de los pacientes
- › mantener la confidencialidad
- › evitar tabús religiosos y sociales
- › facilitar la asistencia de acompañantes del mismo sexo
- › permitir rituales específicos de la cultura, por ejemplo, después de la muerte
- › no hacer suposiciones.

## Alfabetización en salud

De acuerdo con Sørensen et al. (2012), la alfabetización en salud tiene que ver con el conocimiento y las competencias de las personas para poder atender las demandas complejas de la salud en las sociedades modernas:

«La alfabetización en salud está relacionada con la alfabetización en general y supone el conocimiento, motivación y competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información en materia de salud para poder formarse juicios y tomar decisiones en la vida diaria en relación con la atención médica, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para poder mantener o mejorar la calidad de vida a lo largo de su ciclo vital».

*Una limitada alfabetización en salud es más común entre pacientes que tienen un nivel educativo bajo y entre pacientes de mayor edad, y entre minorías étnicas y migrantes.*

De acuerdo con Zanchetta y Poureslami (2006), la alfabetización en salud en comunidades de inmigrantes recién llegados con culturas diferentes es menos comprendida por los profesionales sanitarios en comparación con otras barreras de acceso al sistema sanitario como el idioma y las diferencias culturales que también dificultan el acceso a los servicios de salud y a la información de salud que está a la disposición de esta población.

Abordar la alfabetización en salud a través de los servicios de atención médica es un proceso complejo (Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Nielsen Bohlman et al., 2004). Las intervenciones que abordan factores como adherencia al tratamiento (Van Servellen et al., 2003, 2005), la adopción de comportamientos preventivos como la detección y el uso razonable de medicamentos (Stockwell et al., 2010), están influenciadas por la alfabetización en salud de la población. En este sentido, los programas dirigidos al desarrollo de habilidades para explorar el nuevo sistema sanitario ha demostrado ser eficaz (Soto-Mas et al., 2015 a,b; Yung-Mei et al., 2015).

Por otro lado, es necesario entender mejor las capacidades y las necesidades de los pacientes con una limitada alfabetización en salud para poder desarrollar estrategias que permitan establecer medios eficaces para comunicarse con ellos (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). En este sentido, los proveedores de servicios de salud y los sistemas de salud podrán adecuarse a las necesidades de los pacientes con una alfabetización en salud limitada al ser más conscientes de sus necesidades.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con temas como idioma, cultura y comunicación entre migrantes y refugiados en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0).

## ► Continuidad de la información

Las poblaciones migrantes presentan patrones de salud diferentes, entre los que se incluyen diversas vulnerabilidades, como enfermedades transmisibles a través de los alimentos y el agua debido a las dificultades del viaje y a la mayor prevalencia de enfermedades que pueden evitarse a través de las vacunas. Las personas migrantes y refugiadas con frecuencia gestionan de manera incorrecta o se ven imposibilitados gestionar de forma incorrecta sus enfermedades, con frecuencia usan medicamentos inadecuados que podrían agravar el problema de la resistencia antimicrobiana, y experimentan problemas sanitarios de carácter mental debido a traumas, tortura y migración. Todo lo anterior puede dar lugar a una mayor morbilidad y mortalidad en una población en una situación de vulnerabilidad.

De acuerdo con la Declaración de Nueva York del UNHCR, suscrita por 193 Estados Miembros en la Cumbre de Naciones Unidas que tuvo lugar en septiembre de 2016, los Estados asumen la responsabilidad de responder a las necesidades de salud de las personas refugiadas y de las personas migrantes que llegan a sus países enfocándose especialmente en las vulnerabilidades y necesidades sanitarias específicas que experimenta la población que se desplaza, como es el caso de la prevención, tratamiento, educación básica en salud y apoyo psicosocial con miras a mejorar la integración e inclusión en las sociedades de acogida (Matlin et al., 2018).

Es cierto que la capacidad de los sistemas de salud de responder a las necesidades de salud cada vez mayores de personas migrantes y refugiadas desde 2015 ha sido cuestionada. Es necesario aplicar un enfoque generalizado para fortalecer los sistemas de salud pública y de salud en general para poder abordar las necesidades de salud de las personas migrantes y refugiadas. Uno de los factores clave de poder ofrecer servicios de salud óptimos es garantizar la continuidad de la información de salud, garantizando en otras palabras que las historias médicas de los migrantes y refugiados que llegan a Europa estén disponibles para brindarles

servicios durante todo el viaje de estos colectivos. Los detalles del perfil de salud de personas migrantes y refugiadas en muchos casos no están disponibles o la documentación correspondiente falta o se ha perdido. La información sobre la historia médica del paciente, su historia familiar, los tipos de tratamiento, las vacunas y la orientación recibida garantizarán la continuidad en la prestación de servicios de salud.

*Para este fin, es necesario adoptar una herramienta unificada que se utilizará para facilitar la evaluación de salud, y creará una línea de comunicación entre Estados y entre los distintos servicios que pueda dar seguimiento a la historia médica de estos colectivos.*

De esta manera, los datos de salud estarán disponibles en otros países de Europa a medida que los y las pacientes migrantes y refugiados se desplacen, y de esta manera, se facilitará su integración a los sistemas de salud nacionales de los países de acogida.

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

La monitorización del estado de salud de las personas refugiadas y los migrantes tal como se mencionó anteriormente es importante para mantener y promover su propia salud, así como la salud pública en los países de acogida. Dada la alta movilidad y la diversidad de estos colectivos, se sugiere el expediente médico personal electrónico como un medio importante de registrar información sobre la historia médica y ponerla a disposición de los diferentes entornos de salud por los que pasarán las personas migrantes y refugiadas a lo largo de su viaje. El expediente médico electrónico personal (PHR) tiene la ventaja de ser de fácil acceso, siempre que se cuente con un dispositivo portátil y el software adecuado que permita a los profesionales sanitarios acceder a la información correspondiente y actualizarla.

El expediente médico personal (PHR) contiene toda la información de salud necesaria de los refugiados e inmigrantes que llegan a la UE. Por lo tanto, ofrece a los profesionales sanitarios la oportunidad de evaluar el estado de salud de una persona y pone esta información a disposición de

otros profesionales, lo que garantiza que se evite la duplicación de esfuerzos. El contenido y el uso que se dé a estos expedientes están protegidos por los requisitos de la legislación europea en materia de protección de datos. Antes de hacer uso de un PHR, también es importante explorar, si este método resulta aceptable para la población objetivo, e impartir la capacitación necesaria a los profesionales sanitarios en relación con el uso correcto, así como estar de acuerdo con las políticas y los requisitos legislativos existentes.

Al obtener información médica personal que estará a disposición de otros profesionales, lo que habilitará, por lo tanto, la continuidad de la información, debe hacerse todo lo posible por recibir el consentimiento escrito o verbal después de explicar el proceso de recopilación de datos y su uso, especialmente debido a que nos estamos refiriendo a expedientes médicos personales electrónicos. Deben aplicarse todos los principios éticos de acuerdo con los estándares y prácticas actuales (Bonomi, 2016).

Por tanto, los expedientes médicos electrónicos deben utilizarse para lo siguiente:

- › facilitar la recopilación de datos de salud, su procesamiento y transferencia entre servicios de salud
- › apoyar las decisiones clínicas que se tomen
- › justificar la eliminación de la documentación física.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con la «Continuidad de la información» entre migrantes y refugiados en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)



## ► Salud mental

Las personas migrantes y refugiadas que llegan a Europa con frecuencia han pasado por experiencias traumáticas, como guerras y persecuciones en sus países de origen. El desplazamiento (incluido el desplazamiento forzado), las dificultades en los países de tránsito y los viajes peligrosos junto con la falta de información, la incertidumbre acerca del futuro y la hostilidad en los países de acogida son algunos de los factores adicionales que provocan estrés en estos colectivos. Estos tipos de situaciones requieren que la gente tenga que adaptarse rápidamente a situaciones nuevas a la vez que los problemas sociales y de salud mental preexistentes entre los migrantes y refugiados se exacerben como resultado de las nuevas condiciones a las que estos hacen frente en los países de acogida (Ventevogel et al., 2015).

*Un estudio realizado en 2018 por medio de una encuesta, en el marco del proyecto Mig-HealthCare, investigó la prevalencia de las enfermedades mentales entre personas migrantes y refugiadas en 10 países europeos. El estudio determinó que el 29,6 % de los participantes informó que padecía enfermedades psicológicas, como depresión, ansiedad, preocupación y estrés.*

La encuesta generó también una puntuación de SF-36 para la salud mental en general para cada participante, con valores de 0 a 100 y puntuaciones más bajas que indican una mayor discapacidad. El equipo de investigación determinó una puntuación promedio de SF-36 en salud mental de 60,1 (Desviación estándar de 21,4) entre todos los participantes, que es más baja que las puntuaciones normativas para las poblaciones de la UE, que están por encima de 65. Sin embargo, estas puntuaciones variaron de manera significativa por país de origen. Se informó de puntuaciones de salud mental promedio más altas en los migrantes de Nigeria (65,0) y Siria (64,2), y los más bajos en los migrantes de Irán (50,6) y Afganistán (51,0). Los puntajes promedio variaron también por país de acogida, con las puntuaciones de salud mental más altas de migrantes y refugiados

informadas en Suecia (65,1) e Italia (65,3), y las más bajas se informaron en Chipre (53,6) y Grecia (53,7).

Otros estudios pertinentes demuestran que:

- La tasa de trastornos por estrés postraumático (TEPT) es más alta entre refugiados como consecuencia de un desplazamiento forzado.
- Hay una tendencia entre los refugiados que han vivido en un país de acogida por más de cinco años de mayor probabilidad de padecer trastornos relacionados con la depresión y la ansiedad que la población de acogida.
- Los trastornos mentales son más prevalentes entre los refugiados a largo plazo, ya que carecen de integración social y empleo.

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants - Technical guidance, 2018).

La OMS explica los siguientes factores de riesgo y de estrés que contribuyen a una salud mental precaria entre migrantes y refugiados:

- Al partir:
  - Exposición a guerras y persecuciones
  - Dificultades económicas
- Viaje y tránsito:
  - Acontecimientos que ponen en riesgo la vida
  - Daño físico
  - Tráfico humano
- Al llegar:
  - Vivir en un país destinado a ser un «país de tránsito»
  - Malas condiciones de vida
- Integración:
  - Malas condiciones de vida
  - Dificultades para la aculturación: La aculturación se define como la adopción de los hábitos, costumbres y comportamientos culturales del país de acogida por la persona, lo que ejerce un papel importante en el cambio de actitudes en relación con los problemas sanitarios (Joshi et al., 2014).

- Problemas relacionados con los derechos y la detención
- Aislamiento social y desempleo
- Hacer frente al retorno

## Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

Los problemas sanitarios mental de especial interés para los migrantes y refugiados son:

- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Insomnio
- Estrés por aculturación

En lo que respecta a los servicios de salud, la OMS (2018) recomienda lo siguiente:

- Promover la salud mental a través de la integración social
- Aclarar y compartir información sobre los derechos a la atención
- Mapear servicios de extensión (o establecer servicios nuevos de ser necesario)
- Ofrecer servicios de interpretación o de mediación cultural, incluso a través de la tecnología de la información
- Trabajar en busca de la integración de la salud mental, física y social
- Garantizar que los equipos de trabajo en salud mental reciban capacitación para trabajar con migrantes

En lo que respecta a la planificación y evaluación de servicios, los dos aspectos cruciales para la mejora de los servicios de salud mental ofrecida a los refugiados y migrantes que la OMS (2018) formula como recomendaciones principales son las siguientes:

- Invertir en estudios de investigación de seguimiento y evaluaciones de servicio a largo plazo para informar mejor la planificación y prestación de servicios
- Compartir principios de buenas prácticas entre países

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants Technical guidance, 2018).

La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) ha formulado 11 principios de práctica para la promoción de salud y el bienestar psicosocial (Ventevogel et al., 2015):

- › Tratar a todas las personas con dignidad y respeto y apoyar la auto-suficiencia
- › Responder a las personas en apuros de una manera humana y solidaria
- › Brindar información acerca de los servicios, tipos de apoyo disponibles, así como derechos y obligaciones legales
- › Brindar la psicoeducación pertinente y hacer uso de un lenguaje adecuado
- › Priorizar la protección y el apoyo psicosocial a menores, especialmente a aquellos menores que no están con sus padres, no están acompañados o tienen necesidades especiales
- › Fortalecer el apoyo familiar
- › Identificar y proteger a personas con necesidades específicas
- › Hacer intervenciones que resulten pertinentes desde el punto de vista cultural y garantizar una interpretación adecuada
- › Brindar tratamiento a las personas que padecen trastornos mentales graves
- › No iniciar tratamientos psicoterapéuticos que requieran seguimiento, si es poco probable que este sea factible
- › Monitorear y encargarse del bienestar profesional y del voluntariado



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con el manejo de los problemas de «salud mental» de las personas inmigrantes y refugiados en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

Las personas migrantes y refugiadas están expuestas a factores de riesgo significativos en relación con las enfermedades transmisibles. Emprenden viajes largos desde países en guerra en los que las enfermedades relacionadas con la pobreza son endémicas. Los servicios nacionales de salud de sus países de origen con frecuencia no funcionan debido a la crisis y a la inestabilidad políticas y económicas. Sin embargo, es importante señalar que, de acuerdo con la OMS, existe evidencia limitada de una asociación entre el número de migrantes y refugiados y la importación de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>. El proyecto Mig-HealthCare ofrece también evidencia de que los migrantes y refugiados no suponen una amenaza de enfermedades infecciosas para los países de acogida - <https://mighealthcare.eu/e-library>

En 2016, OMS-UNHCR-UNICEF señalaron que las personas migrantes, los solicitantes de asilo y los refugiados deben tener acceso «equitativo y sin discriminaciones» a las vacunas y recomienda vacunar a las personas migrantes de conformidad con los programas de inmunización del país de acogida<sup>2</sup>. Por lo general es difícil llegar a las poblaciones de personas migrantes para garantizar el cumplimiento de los calendarios de vacunación debido a diversos desafíos: 1) movimiento de personas migrantes y refugiadas en los países europeos; 2) falta de información acerca del estado de inmunización de las personas migrantes y refugiadas; 3) evasión de registros y vacunas; 4) acceso limitado a servicios de detección; 5) falta de coordinación entre los servicios de salud pública de los países vecinos (Mipatrini et al., 2017).

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>



*Un estudio realizado en 2018 por medio de una encuesta a personas migrantes y refugiadas en 10 países de Europa en el marco del proyecto Mig-HealthCare demostró una tasa alarmantemente baja de vacunación entre los colectivos de población de personas migrantes y refugiados en Europa. Más del 73 % de los participantes no contaba con una cartilla de vacunación. Muy pocos indicaron que habían recibido vacunas en su país actual o en el país a través del cual ingresaron a la UE (los valores fluctúan entre 6,9 % en el caso de la influenza y 21,3 % en el caso del tétanos).*

El Cuadro 1 presenta las cifras de inmunización de ocho enfermedades.

**Cuadro 1: Cobertura de inmunización entre migrantes y refugiados inmigrantes** (en el país actual o en el país de ingreso a la UE)

Enfermedad	% No lo sé	% No	% Si	N*
Hepatitis A	16.9	68.0	15.2	1,030
Hepatitis B	14.9	67.4	17.7	1,024
Influenza	16.3	76.8	6.9	954
Sarampión	16.0	70.1	13.9	1,006
Neumococo (neumonía)	16.3	70.9	14.8	1,008
Polio	15.7	69.5	14.8	1,003
Tuberculosis	15.2	68.7	16.1	1,008
Tétanos	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Las enfermedades que pueden prevenirse a través de una vacuna que son de especial interés para las personas migrantes y refugiadas son las siguientes:

### *Hepatitis B*

Los estudios relativos a la prevalencia del VHB entre personas migrantes y refugiadas mostró una seroprevalencia de infección activa de 7,2 % y una seroprevalencia general (que incluye marcadores de infección previa) de 39,7 % (Rossi, 2012). El riesgo fue mayor entre migrantes del este de Asia y de África Subsahariana. Una revisión sistemática resaltó

una prevalencia de HBsAg en población migrante que fluctuaba entre 1,0 y 15,4 %, es decir, 2,6 veces más que el de la población general (Hahne et. al, 2013).

### *Sarampión, paperas y rubéola*

Los estudios mostraron datos insuficientes sobre los brotes de sarampión y la cobertura de la vacunación entre población migrante en Europa. Se determinó que la prevalencia de individuos seronegativos entre las personas migrantes fluctúa entre 6 y 13 %; los y las menores están en mayor riesgo de no ser vacunados (Jablonka et. al, 2016). En Alemania, los menores nacidos en el extranjero tenían un riesgo tres veces mayor de no ser vacunados frente a los menores nacidos en Alemania (Poethko-Mulle et al., 2009). En lo que respecta a las paperas, los individuos seronegativos representaban el 10,2 % entre los refugiados que recién llegaban a Alemania (Jablonka et al., 2016). Se informó de resultados similares en Suecia y en el Reino Unido.

### *Poliomielitis*

En Alemania, menos del 15 % de los menores refugiados sirios recibieron la vacuna, mientras que en Francia, la cobertura de vacunación entre menores migrantes infectados con VIH fue de 64,4 % (Bottcher et al., 2015; Mullaert et al., 2015).

### *Tétanos*

Los estudios mostraron una tasa más baja en la cobertura de vacunación entre población migrante en comparación con las personas nacidas en la UE. En Suiza, solo el 27 % de los menores migrantes recién llegados tenía anticuerpos para difteria-tétanos-pertussis (de la Fuente et al., 2013).

### *Difteria*

En Francia, se determinó una tasa de seroprevalencia de 69 % de anticuerpos contra la difteria entre personas migrantes infectadas con VIH (Mullaert et al., 2015).

## Varicela

Estudios en Alemania demostraron que el 3,3 % de las personas recién llegadas en 2016 conformadas por solicitantes de asilo era seronegativo para IgG contra el virus de la varicela (de Valliere et al., 2011).

## Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

La prestación de servicios de salud en los centros de recepción para personas migrantes y refugiadas recién llegadas debe ser integral, completa y centrada en las personas. Las medidas para reducir el riesgo de enfermedades transmisibles incluyen la implementación de la prevención y la gestión de la salud. El acceso a la vacunación es de máxima importancia. Las vacunas para migrantes y refugiados debe evaluarse de conformidad con las directrices nacionales. Deben entregarse registros de vacunación a los migrantes y refugiados, especialmente si estos se desplazan de un país a otro.

De conformidad con el ECDC y la OMS, las vacunas para personas migrantes y refugiadas pueden incluir:

- › Sarampión-paperas-rubéola para menores ≤15 años;
- › Poliomielitis para menores y adultos que provienen de países de alto riesgo;
- › Enfermedad meningocócica (vacunas tetravalentes contra los serogrupos meningocócicos A, C, W-135 e Y o contra los serogrupos A o C);
- › Tétanos-pertussis-difteria;
- › Influenza; de acuerdo con la estación (Bradby et al., 2015).

Para superar los obstáculos para la vacunación, la OMS propone lo siguiente:

- › Adaptar los servicios de inmunización
- › Fortalecer la comunicación dirigida a grupos poblacionales específicos

*De manera específica para las personas migrantes y refugiadas, se considera que las campañas de comunicación extremadamente importantes y deben promover las ventajas de las vacunas a través de métodos adaptados a las necesidades del grupo objetivo. También es fundamental garantizar la ausencia de consecuencias legales para la población migrante y refugiada que buscan ser vacunados, pero que carecen de documentación que acredite su situación legal.*

De acuerdo con el ECDC (2018), en primer lugar, debe evaluarse el estado de vacunación de las personas migrantes y refugiadas que llegan a Europa en función de la documentación existente. En caso de que dicha documentación no esté disponible, debe considerarse que las personas migrantes no están vacunados y vacunárseles de acuerdo con los calendarios de vacunación del país de acogida.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con las «Vacunas» entre personas migrantes y refugiadas en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Salud materno-infantil

Las mujeres constituyen aproximadamente el 52 % de la población migrante (IOM, 2017). Como resultado, la salud materna es un tema importante en la prestación de asistencia sanitaria a la población migrante.

*La mayoría de las actividades de investigación muestran peores resultados en salud materna y de recién nacidos para personas migrantes y refugiadas en comparación con las poblaciones de acogida correspondientes.*

Las mujeres migrantes, por lo general, hacen frente a peores resultados del embarazo que las mujeres nativas, tal como se refleja en la mayor incidencia de abortos provocados, cesáreas, partos instrumentales y otras complicaciones entre las mujeres migrantes (Keyneart et al., 2016). Además, las mujeres migrantes hacen frente a una mayor incidencia de depresión posparto. Aunque estos resultados varían entre los distintos grupos de población migrantes y entre países de acogida (OMS, 2018), se ha determinado que las mujeres migrantes recién llegadas, especialmente si se encuentran en las últimas etapas de su embarazo o si tienen un estado legal incierto, se encuentran particularmente en riesgo de tener resultados negativos en su estado (Gissler et al., 2010; Hayes, Enohumah & McCaul, 2011). De acuerdo con un metaanálisis realizado en 2014, las mujeres migrantes de los países de Europa Oriental tienen dos veces más probabilidades de morir durante o poco después del embarazo (Pedersen et al., 2014).

Además de la mayor mortalidad y morbilidad materna entre las mujeres migrantes, la OMS (2018) ha identificado una tendencia clara de peores indicadores relacionados con el embarazo en las mujeres migrantes. Aunque estos factores varían dependiendo del país de acogida, el país de origen y el resultado, incluyen:

- problemas sanitarios mental, como depresión posparto

- › morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal (p. ej., nacidos muertos, nacimiento pretérmino y defectos de nacimiento)
- › calidad asistencial subóptima

Este perfil de riesgo más alto de complicaciones relacionadas con la salud materna puede ser resultado de diversos factores contribuyentes, como culturales, biológicos, socioeconómicos o relacionados con el viaje de la mujer migrante. Sin embargo, los estudios han señalado que una parte sustancial del incremento en la mortalidad y morbilidad entre las mujeres migrantes debe ser resultado de factores de atención médica poco óptima en los respectivos países de acogida (Van den Akker, 2016; Keynaert et al., 2016):

- › Acceso a la atención prenatal y aceptación de esta
- › La calidad de los servicios ofrecidos, incluida la capacidad de los servicios de salud de atender a diversos pacientes
- › Acceso a los sistemas de salud y facilidad para entender cómo funcionan

En general, riesgo más alto de experimentar servicios de salud subóptimos se ha observado entre los grupos de migrantes más recientes, con mayor frecuencia de nacionalidad no europea (Almeida, 2013; Pedersen et al., 2014; Grech, Tratnik, & Pisani, 2016).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

La OMS hace referencia a ciertos problemas que son especialmente preocupantes para las mujeres migrantes y refugiadas. Estos incluyen, entre otros:

- › sentirse entendidas y apoyadas por los proveedores de servicios de salud y poder trabajar activamente con ellas
- › saber cómo encontrar información de salud adecuada, así como poder leer y comprender suficientemente bien para poder encargarse de manera activa de su salud personal
- › recibir apoyo social para su salud; y
- › comprender el sistema de salud para poder explorarlo

Recomendaciones:

- › Hacer uso de actividades y materiales informativos en relación con la salud en un lenguaje sencillo, como talleres, folletos y campañas publicitarias con contenido sobre servicios de salud materna y los riesgos para la salud correspondientes que sean adecuados desde el punto de vista cultural (tanto prenatal como posnatal)
- › Desarrollar contenido informativo en el idioma nativo del grupo objetivo acerca de las señales de advertencia durante el embarazo y la exploración del sistema de salud, así como brindar apoyo social durante el cuidado prenatal;
- › Compartir responsabilidad para mejorar la alfabetización en salud de mujeres migrantes y refugiadas entre las partes interesadas, como organismos gubernamentales, centros de salud y médicos, educadores y organizaciones comunitarias y religiosas.
- › Implementar o apoyar iniciativas que conecten a mujeres migrantes embarazadas con mujeres con un origen similar que ya hayan dado a luz en la sociedad de acogida correspondiente.

El brindar atención de calidad a mujeres migrantes y refugiadas con frecuencia se ha visto obstaculizado por las barreras idiomáticas, diferencias culturales (p. ej., sexo del médico), y diferencias en los conceptos de maternidad, salud, expectativas del servicio de salud, entre otros (Almeida, 2013; OMS, 2018). A continuación, presentamos algunas recomendaciones para atender a esta población especialmente vulnerable:

- › Poner a disposición de todos los procedimientos de examen durante el embarazo;
- › Adoptar un modelo centrado en la persona que involucre la misma calidad de atención para todas las mujeres embarazadas (p. ej., carácter oportuno, información, respeto, diagnóstico correcto, gestión adecuada y transporte), independientemente de la situación migratoria, y que este sea sensible a la diversidad;
- › Derivar a las mujeres refugiadas y migrantes a una atención de mayor nivel, si una evaluación de riesgo sugiere que deben someterse a pruebas de detección de tuberculosis, preeclampsia y en caso de que el feto sea más pequeño que lo que corresponde para su edad gestacional;

- › Emplee intérpretes y mediadores culturales profesionales cada vez que sea necesario, en lugar de familiares, para facilitar la comunicación entre el personal médico y las mujeres refugiadas y migrantes. Evalúe sesiones telefónicas como una alternativa económica en caso de que los servicios de interpretación presencial no sean una opción.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con «Salud materno-infantil» entre mujeres migrantes y refugiadas en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Promoción de la salud

La salud se considera una necesidad humana básica y un derecho humano (OMS, 2017). La promoción de la salud tal como se define en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) es «el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla». La salud es vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de vivir.

Esto no siempre se ha respetado en el caso de personas migrantes y refugiadas. Son muchos los casos que demuestran las condiciones inhumanas que existen en los centros de recepción y campamentos, especialmente en los países de la primera entrada (Agier et al., 2018).

En general, las personas migrantes que llegan a Europa tienen una salud comparativamente buena a su llegada y en período residencial preliminar en el país de acogida. Esta condición a la que se hace referencia como el efecto del inmigrante saludable puede explicarse en gran medida a través del hecho de la selección social y la evaluación del estado (Constant, Garcia- Muñoz, Neuman & Neuman, 2018). Con frecuencia los miembros más saludables y jóvenes de una sociedad elegirán o tendrán los recursos necesarios para poder realizar un viaje de migración peligrosos desde África, Siria, Afganistán y otros países en conflicto. Sin embargo, es igualmente cierto que su salud probablemente se deteriorará después de su llegada debido a condiciones precarias de vivienda y de vida, que son los principales determinantes de la salud. El trabajo reciente en ética de la salud pública sostiene que la salud de los migrantes puede ser considerada un bien global público (Widdows & Marway, 2015). Esto da más peso a los argumentos humanitarios (Wild & Dawson, 2018) de que es vital proteger y promover la salud de la población migrante para el bien de la sociedad en su conjunto.

La cuestión de la promoción de la salud entre personas migrantes y refugiadas incluye detección de cáncer de cuello uterino y de mamas, detección de cáncer colorrectal, tabaquismo, cuestiones relacionadas con la nutrición y la actividad física.

### *Detección de cáncer de cuello uterino y de mama*

El cáncer de mama es el cáncer femenino más común en el mundo, mientras que el cáncer de cuello uterino es el cáncer femenino más frecuente entre las mujeres de países desarrollados (OMS, 2017). La detección del cáncer de mama se lleva a cabo a través de una mamografía en mujeres comprendidas entre los 50 y los 64 años con un autoexamen mensual, a menos que haya otros factores de riesgo específicos que hagan que una mujer tenga un riesgo más alto de contraer cáncer de mama como sus antecedentes familiares (Perry et al., 2008). La detección del cáncer de cuello uterino a nivel poblacional se lleva a cabo a través del uso de la citología en la detección de lesiones en una muestra de frotis cervical de mujeres comprendidas entre los 25 y los 65 años de edad. (European Guidelines for Quality Assurance in cervical cancer screening, 2008). Se ha demostrado que las diferencias culturales y religiosas en las poblaciones de inmigrantes sumadas a las dificultades idiomáticas y la insatisfacción con los sistemas de salud explica la menor participación en las actividades organizadas para la detección del cáncer de cuello uterino (Rosano et al., 2017).

*Es necesario abordar la detección del cáncer a nivel comunitario a través de servicios adecuados desde los puntos de vista cultural y lingüístico y generar conciencia en torno a la prevención de tipos de cáncer como el de cuello uterino y de mama.*

Los resultados de la encuesta de 2018 del proyecto Mig-HealthCare, que se realizó en 10 países europeos, sugiere que la tasa de detección de cáncer entre refugiados y migrantes es baja. Apenas el 5,1 % de participantes informó haberse sometido a una colonoscopia. De las participantes mujeres de este estudio, el 20,4 % se había sometido alguna vez a un papanicolaou y el 12,8 % a una mamografía.

### *Detección de cáncer colorrectal*

El cáncer colorrectal le ha costado la vida a 154 mil personas en los 28 países miembros de la UE en 2015, lo que corresponde al 11,7 % de todas las muertes por cáncer y al 3,0 % del número total de muertes por cual-

quier causa. De estas muertes, el 3,3 % corresponde a hombres y el 2,6 % a mujeres (EUROSTAT, 2018).

La percepción entre la población migrante y refugiada en relación con el cáncer colorrectal sugiere que ellos, en comparación con la población local, no consideran que el cáncer colorrectal sea tan peligroso. Por esto, su participación en la detección de cáncer colorrectal (con cualquier prueba de detección) es muy baja, lo que en muchos casos lleva a un diagnóstico de cáncer de colón en un estadio más tardío (Punzo & Rosano, 2018). Sin embargo, los datos demuestran que la incidencia de cáncer colorrectal entre las personas inmigrantes recientes en un país de acogida es menor que la incidencia en la población local, lo que probablemente es una expresión del efecto del inmigrante saludable. Sin embargo, esta tendencia disminuye con el paso del tiempo. Se estima que 10 años después del establecimiento en el país de acogida, los inmigrantes adoptan el perfil de riesgo de cáncer del país de acogida.

*En este sentido, existe la necesidad de abordar la participación en la detección del cáncer colorrectal de los refugiados e inmigrantes a través de herramientas e intervenciones que están vinculadas a una mejor salud (Shuldiner et al., 2018).*

### *Alcoholismo*

Se ha expresado preocupación en torno al consumo peligroso y nocivo de alcohol entre las poblaciones que se han visto forzadas al desplazamiento desde sus hogares debido a conflictos armados, violación de los derechos humanos y persecución (Johnson 1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). Resultados recientes sugieren que los estimadores más altos de prevalencia de consumo peligroso/nocivo de alcohol fluctuaron entre 17 % y 36 % en campamentos y entre 4 % y 7 % en comunidades entre los refugiados conformados por personas que se han visto forzadas a desplazarse internamente (IDP) y por solicitantes de asilo (Horyniak et al., 2016). Por lo general, la reubicación da lugar a peores condiciones de vida, empobrecimiento y a la pérdida de familiares, amigos, bienes, medios de vida y autoestima, así como a apoyo cultural y social (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). El exceso de estrés y ansiedad pueden dar lugar



a estrés postraumático (EPT) y depresión, lo que deteriora más el estado mental, incrementando de esta manera el riesgo de consumo de alcohol (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000).

En los campamentos para refugiados, es esencial reconocer la existencia de problemas de drogadicción. Además, la disponibilidad y el acceso al tratamiento para las poblaciones desplazadas es otro desafío serio. Es posible que no se permita a los refugiados aprovechar los servicios de tratamiento local, los servicios pueden ser costosos, o es posible que los refugiados no tengan acceso a servicios fuera de los campamentos. Las diferencias culturales e idiomáticas complican aún más esta situación.

Las intervenciones para minimizar el consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas pueden dar lugar a cambios positivos, pero deben adecuarse a las necesidades específicas de cada contexto.

*Evaluaciones rápidas con herramientas adecuadas, comprender la situación, asociarse con trabajadores y refugiados, así como los enfoques inclusivos son esenciales.*

### **Tabaquismo**

En Europa, se cuenta con poca evidencia en relación con el tabaquismo y el uso de sustancias especialmente entre migrantes y refugiados. A partir de la evidencia disponible, en contraste con las tasas comparativamente más bajas de consumo de sustancias entre población migrante y refugiada, los niveles de tabaquismo entre migrantes hombres fueron más elevados, tal como demuestran estudios que se realizaron en Francia y Finlandia (Khlát & Guillot, 2017; Salama et al., 2018; OMS, 2018). De manera específica, los migrantes hombres en los dos países tuvieron tasas significativamente más elevadas de tabaquismo en comparación con las migrantes de los mismos países de origen y los no migrantes.

Los comportamientos de salud de las poblaciones de migrantes y refugiados, lo que incluye el tabaquismo, están determinados principalmente por el lugar de origen, los antecedentes culturales, el sexo y la edad (Salama et al., 2018). Un factor importante que influye en la prevalencia y en la frecuencia del tabaquismo entre los diferentes individuos es la acultura-

ción. Un estudio que evalúa los cambios en el tabaquismo relacionados con la migración reveló la baja prevalencia previa a la migración y la diversidad de las trayectorias posteriores a la migración, lo que sugiere que los programas de control del tabaquismo dirigidos a los migrantes recién llegados contribuiría a evitar una asimilación poco saludable (Khlát et al., 2018). Otro estudio sobre el tabaquismo realizado entre inmigrantes turcos demostró que ellos adaptaban su comportamiento al de la población mayoritaria de Holanda/Alemania a medida que la estadía se hacía más prolongada (Reiss, Lehnhardt & Razum, 2015). El nuevo entorno ejerce, por lo tanto, un papel clave en la mejora o deterioro de la salud y bienestar generales de las poblaciones migrantes.

Pocos programas se enfocan en la prevención y abandono del consumo de tabaco entre las poblaciones de migrantes y refugiados. De acuerdo con un estudio sobre el hábito de fumar de los migrantes en Austria, las diferencias interculturales existentes de las personas con o sin antecedentes de migración definen sus actitudes hacia fumar, los comportamientos adictivos y las preferencias en los programas para dejar de fumar (Urban et al., 2015).

*Debido a las diferencias entre los antecedentes culturales, idioma y actitudes, existe una fuerte demanda de adecuación de programas preventivos y para dejar de fumar y estas necesidades deben ser atendidas.*

### **Nutrición**

Entre los diferentes temas relacionados con la nutrición saludable que son importantes para los migrantes y refugiados se incluyen la malnutrición, la desnutrición y la seguridad alimentaria, y también la deficiencia de vitaminas A, D y B12, la anemia, la deficiencia de hierro y la obesidad.

### **Inseguridad alimentaria**

La inseguridad alimentaria es definida por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos de América (USDA) como una situación de «disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados y seguros o capacidad limitada o incierta para adquirir alimentos aceptables de manera socialmente aceptable».

Se registran niveles altos de inseguridad alimentaria entre los refugiados reasentados debido a diversas razones como falta de dominio del idioma y competencias laborales limitada (Gunell et al., 2015), así como a dificultades en la adaptación al nuevo país (FAO y OPM, 2018).

### **Malnutrición - Desnutrición (peso inferior al normal, retraso en el crecimiento y emaciación)**

La malnutrición en todas sus formas, y especialmente la malnutrición por la carencia de nutrientes y la desnutrición se consideran de gran importancia en lo que respecta a la salud de los refugiados. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR) reconoce que la malnutrición no solo es una condición psicológica, sino también una cuestión de derechos humanos (UNHCR/WFP, 2006). Los casos de malnutrición incluyen diversos factores interrelacionados como enfermedad, prácticas de cuidado inadecuadas, condiciones ambientales inadecuadas, así como la falta de acceso y disponibilidad de alimentos nutritivos (UNHCR, 2011). Los y las menores refugiados y migrantes tienden a ser más propensos a tener problemas sanitarios relacionados con la dieta, malnutrición y sobrepeso/obesidad (OMS, 2018c).

La malnutrición y las deficiencias de micronutrientes pueden tener un impacto perjudicial en el futuro de los y las menores refugiados. Por lo tanto, es importante investigar estas condiciones y llevar a cabo seguimiento de corto y largo plazo para minimizar los efectos adversos potenciales en la salud (UNHCR, 2019a, 2019b). Debe ponerse especial énfasis también en la lactancia, ya que la lactancia previene la malnutrición, algunas enfermedades y la mortalidad entre los bebés y niños/as pequeños. El UNHCR ha desarrollado una política relacionada con la aceptación, distribución y uso de productos lácteos en campamentos de refugiados, con el fin de proteger y promover la lactancia (UNHCR, 2006).

De acuerdo con los Informes de Vigilancia de la Nutrición de 2013 de la Organización Internacional para las Migraciones que evalúan a 9063 niños refugiados de entre 6 y 59 meses (el 12 % de todos los refugiados evaluados en 2013), se detectaron prevalencia media de emaciación (5,3 %), baja prevalencia de retraso en el crecimiento (17,6 %) y baja prevalencia de peso inferior al normal (8,3 %).

De acuerdo con un estudio piloto que evaluó a 192 menores comprendi-

dos entre 1 y 18 años en dos centros de refugiados en el norte de Grecia, el 7,8 % de los niños tenía peso inferior al normal, 4,6 % presentó emaciación, el 7,3 % presentó retraso en el crecimiento y el 13 % experimentó como mínimo una forma de malnutrición. Las niñas, en comparación con los niños, se vieron más afectadas por la malnutrición. Además, en lo que respecta a los adolescentes, el 21,7 % de las niñas y el 10 % de los niños experimentó como mínimo una forma de malnutrición (Grammatikopoulou et al., 2019).

### **Deficiencia de vitaminas A, D y B12**

Las deficiencias de vitaminas A y D son comunes en personas inmigrantes y refugiadas, alcanzando hasta un 80 % (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018; Seal et al., 2005; Beukeboom & Arya, 2018). Además, la deficiencia grave de vitamina D (suero de 25-hidroxi-vitamina D < 25 nmol/l) puede ocurrir hasta en la mitad de los niños y adultos de origen no occidental. Diversos factores contribuyen al desarrollo de la deficiencia de vitamina D, lo que incluye exposición insuficiente a la luz solar, piel más pigmentada, usar ropa que cubre la piel debido a razones religiosas o culturales, entre otros (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018).

La deficiencia de vitamina B12 es también común entre personas refugiadas. Esta deficiencia se atribuye principalmente a la baja ingesta de alimentos de origen animal y parásitos intestinales, como *Helicobacter pylori* (Benson et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018).

### **Anemia y deficiencia de hierro**

La anemia por deficiencia de hierro ocurre con mayor frecuencia en mujeres y niños migrantes (Redditt et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018). Dependiendo del país de origen de la población migrante, se ha informado que las tasas de anemia fluctúan entre 12 % y 55 % (Tanaka et al., 2018; Pavlopoulou et al., 2017; McCarthy et al., 2013; Raman et al., 2009; Hayes et al., 1998). De acuerdo con un estudio reciente de una clínica para pacientes ambulatorios migrantes, el 13,7 % de todos los niños inmigrantes y refugiados (15,2 % de niños inmigrantes y 12,3 % de niños refugiados) presentaba anemia. Además, se observaron niveles bajos de ferritina en 17,3 % de la muestra global (Pavlopoulou et al., 2017).

## Obesidad

Es altamente probable que los migrantes lleguen a países nuevos con un peso corporal saludable. Como resultado de factores socioeconómicos y del estrés, así como de la exposición a diferentes regímenes de dieta, la población migrante y refugiada parece tener un riesgo mayor de obesidad en comparación con las poblaciones de acogida, aproximadamente 10 a 15 años después de la migración (OMS, 2018; Murphy et al., 2017). La prevención temprana y la educación en relación con la nutrición saludable es importante para detener la propagación de la epidemia de obesidad entre colectivos de población migrante y refugiada. Las actividades para promover un peso saludable en las poblaciones de migrantes y refugiados deben ser rutinarias a nivel de servicios de salud comunitarios.

### Actividad física

Los niveles de actividad física entre colectivos de población migrante y refugiada son menores que los de las poblaciones no inmigrantes y estas se asocian con las mayores desigualdades sanitarias (Ainsworth, 2000; Sternfeld, Sternfeld, Ainsworth & Quesenberry, 1999; Gadd et al., 2005; Wieland et al., 2013; Fischbacher, Hunt & Alexander 2004; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Las barreras percibidas entre migrantes y refugiados incluyen diferencias culturales, falta de familiaridad y el no sentirse cómodo participando en actividades físicas, así como no creer en los beneficios que tiene la actividad física en la salud (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015; Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015; Devlin et al., 2012; Wieland et al., 2013).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

Hace poco, la OMS presentó 8 principios rectores para articular la promoción de la salud de los migrantes (OMS, 2017). Estos incluyen:

- El derecho a disfrutar del nivel más alto que se puede alcanzar de

salud física y mental.<sup>3</sup>

- Igualdad y no discriminación.
- Acceso equitativo a los servicios de salud.
- sistemas de salud centrados en las personas y sensibles a los refugiados, los migrantes y las cuestiones de género.
- Prácticas de salud no restrictivas basadas en las condiciones de salud.
- Enfoques que engloban a todo el gobierno y a toda la sociedad.
- Participación e inclusión social para refugiados y migrantes.
- Asociación y cooperación.

Una revisión rápida llevada a cabo recientemente de la bibliografía sobre la promoción de la salud (Laverack, 2018) ha analizado las diferentes estrategias que se han utilizado con los migrantes. Estas pueden dividirse en:

- a) estrategias generales e intervenciones no específicas basadas en los principios de promoción de la salud, y
- b) intervenciones a la medida para grupos específicos de migrantes y para abordar cuestiones específicas de salud y prevención.

Las estrategias complementarias incluyen alfabetización en salud, educación entre pares y modelos de educación en salud comunitaria, en los que los miembros de la comunidad de población migrante que ahora han echado raíces en el país de acogida puedan desempeñar un papel clave como intérpretes de idiomas y mediadores culturales. En general, se consideró que las intervenciones a la medida, especialmente aquellas que in-

---

3. Este derecho está consagrado en muchos acuerdos y tratados internacionales, p. ej., El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); tal como se expresa en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. De igual manera, el Artículo 2.2 y el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho de todos al disfrute del nivel más alto que se puede alcanzar de salud física y mental sin discriminación alguna por raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política y de otra índole, propiedad, origen nacional o social, nacimiento o cualquier otra condición; resoluciones sobre el estado; resoluciones WHA61.17 (2008) y WHA70.15 sobre la promoción de la salud de los refugiados y los migrantes. El Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (numeral 143) señala que los trabajadores migrantes deben disfrutar de los mismos derechos de Salud y Seguridad Ocupacional que cualquier otro trabajador. Véase el Marco de prioridades y principios rectores para promover la salud de los refugiados y migrantes [http://www.who.int/migrants/about/framework\\_refugees-migrants.pdf](http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf)

volucran a organizaciones de base comunitarias que emplean mensajes y métodos adecuados desde el punto de vista cultural, probablemente sean más eficaces que los programas no específicos.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará ejemplos de herramientas empleadas con personas migrantes y refugiadas en relación con la «Promoción de la salud» y de manera más específica, la prevención del tabaquismo y el consumo seguro de alcohol, la promoción de la nutrición saludable y la promoción de la detección del cáncer de cuello uterino y del cáncer de mama en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► Salud bucal - Cuidado dental

La OMS define la salud oral como «un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial» (OMS, 2003).

*La encuesta del proyecto Mig-HealthCare ha demostrado que el problema de salud crónico más frecuente a los que hacen frente los migrantes y refigurados es la caries (36,2 %), mientras que los problemas sanitarios más frecuentes a los que hacen frente los migrantes son los que se relacionan con los dientes (51 %).*

Además, diversos estudios científicos han demostrado que los problemas dentales presentan, comparativamente, tasas de prevalencia altas entre personas migrantes, especialmente entre menores migrantes. Por lo general, se sabe poco acerca de la salud dental de los migrantes, así como de su comportamiento de salud bucal, especialmente en la población adulta.

Los estudios realizados a la fecha demuestran que:

- › la prevalencia de caries entre niños nacidos como migrantes es mayor en comparación con niños que no tienen un origen migrante
- › los niños migrantes con frecuencia se ven más afectados por gingivitis y es menos probable que busquen tratamiento de ortodoncia o asesoramiento en comparación con otros niños del mismo grupo etario
- › existe un fuerte vínculo entre origen migrante y el aprovechamiento de los controles dentales regulares incluso independientemente del estado socioeconómico y demográfico, así como del lugar de residencia y del seguro médico. Se ha demostrado que especialmente los migrantes más jóvenes (entre 18 y 29 años) hacen un menor uso del cuidado dental preventivo y de los chequeos regulares que

los no migrantes (Erdsiek, Dorothee Waury & Patrick Brzoska, 2017; Arabi, Reissmann et al., 2018).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

A medida que los migrantes y refugiados se integran a las comunidades de acogida europeas, la necesidad de recibir servicios de salud bucodental se incrementará y la presión sobre los servicios de atención dental en toda la UE aumentará de manera significativa.

En una encuesta entre refugiados y migrantes que se realizó en el marco del proyecto Mig-Health en 10 países de la UE, el 17,4 % de migrantes consideró que su condición dental era mala y 26,6 % que era buena. El 27,3 % había visitado a un dentista en el último año, mientras que el 23,7 % nunca había visitado a un dentista o acudido a un consultorio dental en su vida. En general, el 10,4 % afirmó que no se cepillaba los dientes a diario y el 29,4 % de los migrantes que respondieron no sabían dónde podían acudir en caso de necesitar un dentista.

Los datos sobre el estado de salud y la prestación de servicios de cuidado bucal siguen siendo escasos, pero resulta evidente que grupos de migrantes especialmente vulnerables, especialmente los refugiados y los solicitantes de asilo, no cuentan con acceso o su tienen un acceso legal limitado a la prestación de servicios de cuidado bucal completo. Reducir las barreras de acceso al sistema de atención y ampliar los programas específicos para fines de profilaxis e intervención para la población migrante son necesarios para lograr mejoras a largo plazo en cuanto a salud bucal. Además de las barreras legales, hay factores socioeconómicos (desempleo o menores ingresos versus carga social alta que se asocia a la atención dental) que limitan el acceso de los migrantes a un cuidado bucal adecuado. Resulta fundamental implementar herramientas de monitoreo eficaces para dirigir programas preventivos específicos futuros.

En el caso de las personas migrantes y refugiadas, se recomienda que:

- › se monitoree su estado de salud bucal para identificar problemas sanitarios comunitarios
- › diagnosticar y analizar los riesgos de salud bucal en la comunidad
- › informar y educar a la población objetivo a través de campañas

educativas de salud, material informativo específico y sensible desde el punto de vista cultural, participación de los medios, grupos comunitarios, asociaciones, entre otros.

- › defender la promoción de cambios en las políticas y leyes y su aplicación
- › impartir capacitaciones en salud bucal dirigidas a la comunidad, considerar la asignación geográfica de profesionales y supervisar las actividades

Además, la OMS señala la importancia de promover ambientes saludables como ciudades saludables, lugares de trabajo saludables y escuelas donde se promueva la salud para generar ambientes donde se brinde apoyo integral para promover la salud bucal entre migrantes y refugiados.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con la gestión de los problemas sanitarios bucal/dental entre colectivos de población migrante y refugiada a través del siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&sub-CatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&sub-CatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)



## ► Enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles

La tasa de enfermedades no transmisibles (ENT) entre los colectivos de población migrante y refugiada recién llegadas es baja en comparación con la población nativa, aunque a medida que se prolonga su estadía en el país de acogida, ocurre lo mismo con la prevalencia y la incidencia de ENT (OMS, 2018).

*Por el contrario, las personas refugiadas y migrantes que ya padecen ENT son más vulnerables al estrés provocado por la migración y son más propensas a experimentar complicaciones en sus enfermedades, debido a las condiciones adversas y a la imposibilidad de acceder a servicios de salud adecuados.*

La Cruz Roja Internacional estima que las personas que viven en situaciones de crisis o emergencia experimentan de dos a tres veces más complicaciones graves en relación con sus problemas sanitarios preexistentes (IRC, 2018).

Las ENT específicas que revisten particular interés para este grupo son diabetes, obesidad y cáncer.

De acuerdo con la OMS, los viajes de la población refugiada y migrante pueden empeorar los síntomas o poner en riesgo la vida de aquellos que padecen ENT. Las personas vulnerables, como los ancianos y los niños, corren mayor riesgo.

Según la OMS (2018), las complicaciones entre migrantes y refugiados que padecen ENT pueden ser resultado de:

- Lesiones físicas: factores como infecciones secundarias y control inadecuado de la glucemia, comprometen el manejo de lesiones traumáticas agudas;
- Desplazamiento forzado: pérdida de acceso a medicamentos o dis-



- positivos, pérdida de recetas, falta de acceso a servicios de salud que conduce a la prolongación o a la interrupción del tratamiento;
- Deterioro de las condiciones de vida: pérdida de la vivienda, escasez de agua y de provisiones regulares de alimentos y la falta de ingresos añaden tensión física y psicológica; interrupción del cuidado: debido a la destrucción de la infraestructura sanitaria, la interrupción de suministros médicos y la falta de proveedores de servicios de salud que han sido asesinados, están heridos o no pueden regresar a trabajar; y
  - Interrupción del suministro eléctrico o del suministro de agua segura, con consecuencias que ponen en riesgo la vida, especialmente en el caso de personas con insuficiencia renal en fase terminal que requieren diálisis.

Al incrementarse la prevalencia de ENT, se incrementan también los costos relacionados con la atención médica que se requiere para tratar los efectos adversos, que se espera que sean más evidentes entre los grupos vulnerables, como es el caso de los colectivos de personas migrantes y refugiadas. Debido al hecho de que las ENT son crónicas, a medida que aumenta la expectativa de vida, se proyecta que tendrá que incurrirse en gastos relacionados por un número importante de años, lo que en situaciones de financiamiento escaso es una carga insostenible. Especialmente en el caso de los grupos vulnerables, estos costos pueden ser asumidos únicamente por proveedores de servicios de salud y de seguros públicos, cuando en realidad existen formas más económicas de prevenir las enfermedades que podrían aliviar estos costos elevados (Informe de 2015 sobre el envejecimiento en la UE).

### Pasos y requisitos importantes para el sector sanitario

De acuerdo con la OMS (2018), hay estándares mínimos de atención para responder a las necesidades de personas refugiadas e inmigrantes que padecen ENT. De manera más específica, estos incluyen:

- Identificar a las personas que padecen ENT para garantizar su acceso permanente al tratamiento que recibían antes de migrar.

- Garantizar el tratamiento de personas con exacerbación y complicaciones serias de las ENT que ponen en riesgo la vida.
- Si no se dispone de tratamiento para las ENT, establecer procedimientos operativos estándar para fines de referencia.
- Garantizar la disponibilidad de equipos de diagnóstico esenciales, pruebas de laboratorio básicas y medicamentos para el manejo de rutina de las ENT en el sistema de atención primaria. Los medicamentos que están en las listas locales o de la OMS de medicamentos esenciales son adecuados.

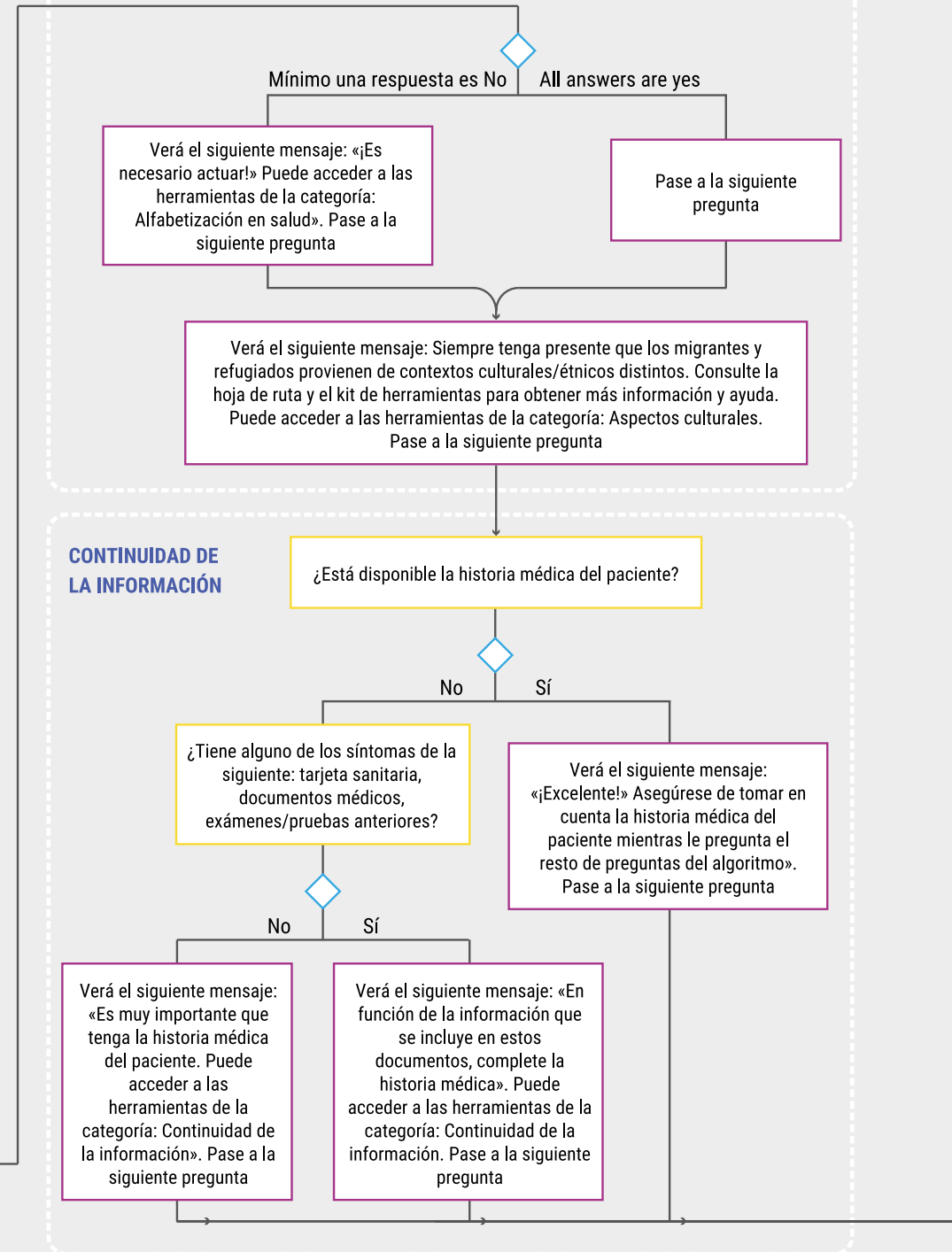
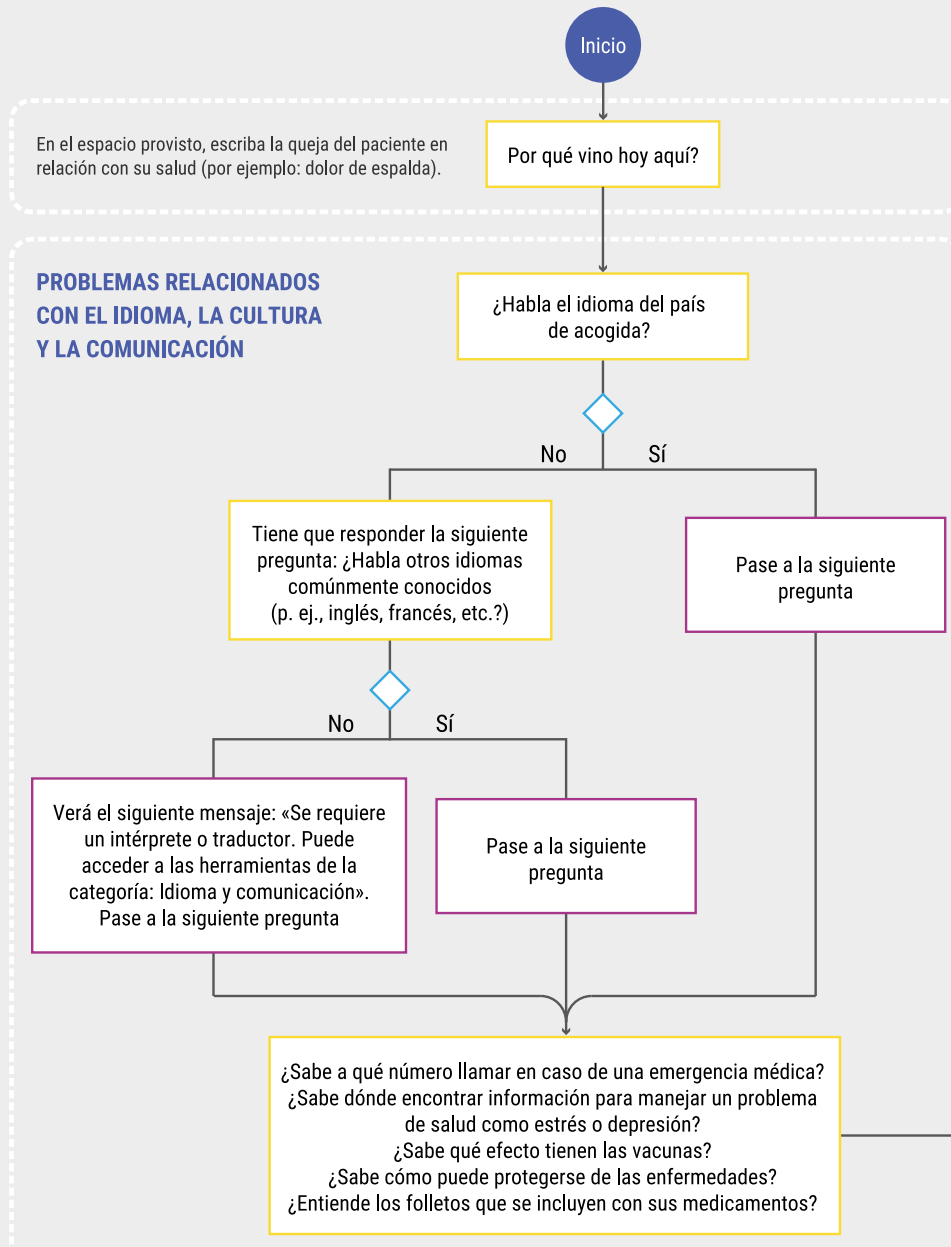
La OMS establece también indicadores clave para los proveedores de servicios en términos de ENT entre población migrante y refugiada:

- Todos los centros de atención primaria cuentan con procedimientos operativos estándar para la remisión de pacientes con ENT a centros de atención secundaria y terciaria.
- Todos los centros de atención primaria cuentan con los medicamentos necesarios para continuar con el tratamiento previo a la emergencia de pacientes con ENT, incluidos los analgésicos.



Acceda a nuestro kit de herramientas donde encontrará más herramientas relacionadas con el manejo de ENT entre población migrante y refugiada en el siguiente enlace: [https://mighealthcare.eu/index.php?option=com\\_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0](https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0)

## ► El algoritmo de Mig-HealthCare



## SALUD MENTAL

Las siguientes preguntas tienen que ver con cómo se siente el paciente y cómo ha estado en las últimas 4 semanas. Responda de manera que mejor refleje cómo se ha sentido.

¿Ha sido una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
¿Se ha sentido con los ánimos por los suelos que nada podía animarlo?	1	2	3	4	5	6
¿Se ha sentido tranquilo y en paz?	1	2	3	4	5	6
¿Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
¿Ha sido una persona feliz?	1	2	3	4	5	6

Siempre (1) Casi siempre (2) Frecuentemente (3) A veces (4) Casi nunca (5) Nunca (6)

52 > puntuación

52 < puntuación

Pase a la siguiente pregunta

The following message appears: "There is need for a Mental Health Specialist". You can access the tools of the category: Mental health. Go to the next question

## VACUNAS

¿Tiene una cartilla de vacunación?

Sí

No

Pase a la siguiente pregunta

Verá el siguiente mensaje: «Puede acceder a las herramientas de la categoría: Vacunas». Pase a la siguiente pregunta

¿Cuándo fue la última vez que se vacunó?

## PROMOCIÓN DE LA SALUD

hace menos de 10 años

Nunca/de niño

Pase a la siguiente pregunta

Verá el siguiente mensaje: «Revise el Sistema Nacional de Vacunación y haga lo que corresponda. Puede acceder a las herramientas de la categoría: Vacunas». Pase a la siguiente pregunta

¿Fuma?

Sí

No

Verá el siguiente mensaje: «Recomiende al paciente que evalúe acudir a las clínicas para dejar de fumar que forman parte del Sistema Nacional de Salud. Puede acceder a las herramientas de la categoría: Tabaquismo». Pase a la siguiente pregunta

Pase a la siguiente pregunta

¿Bebe alcohol?

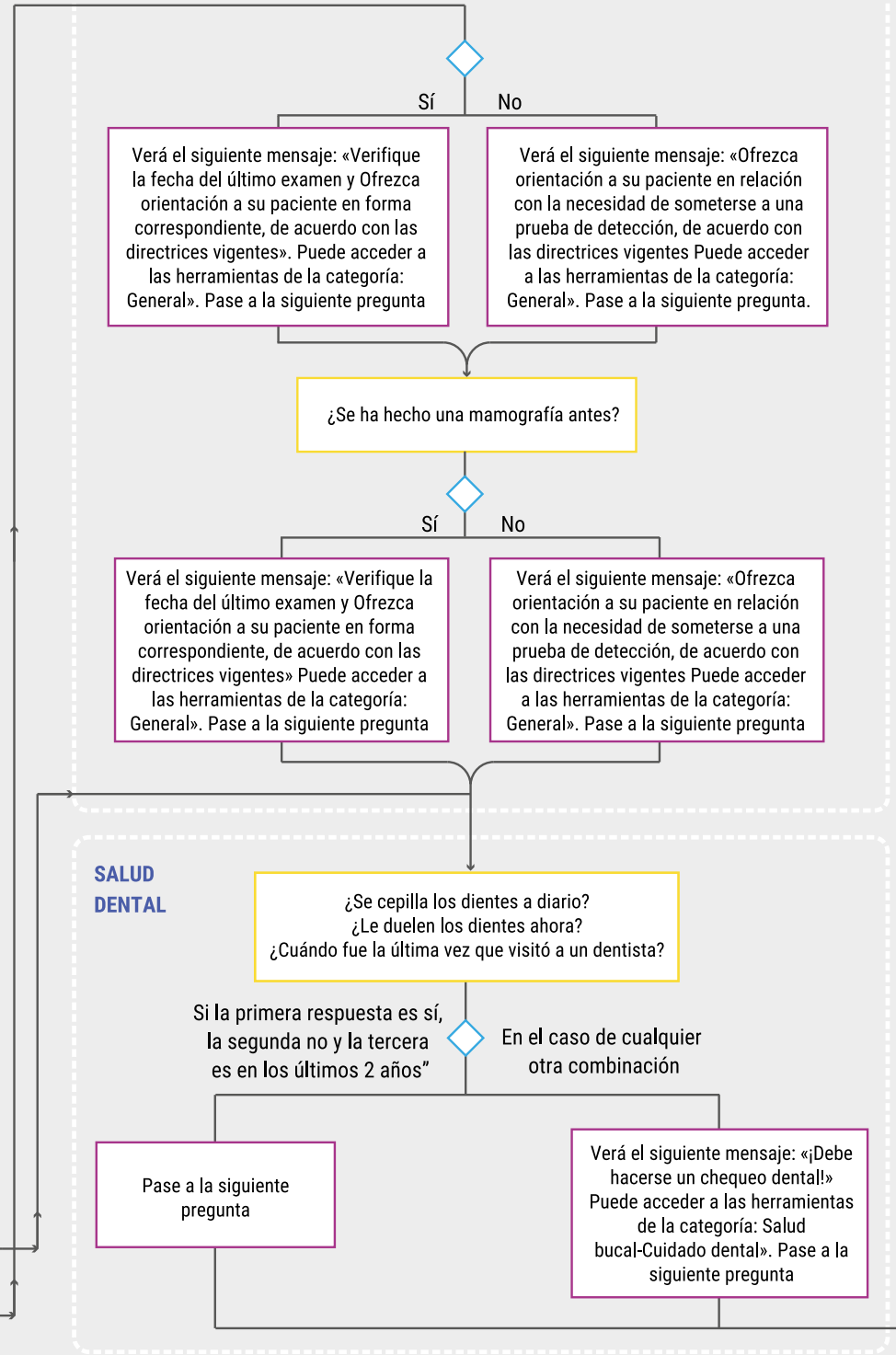
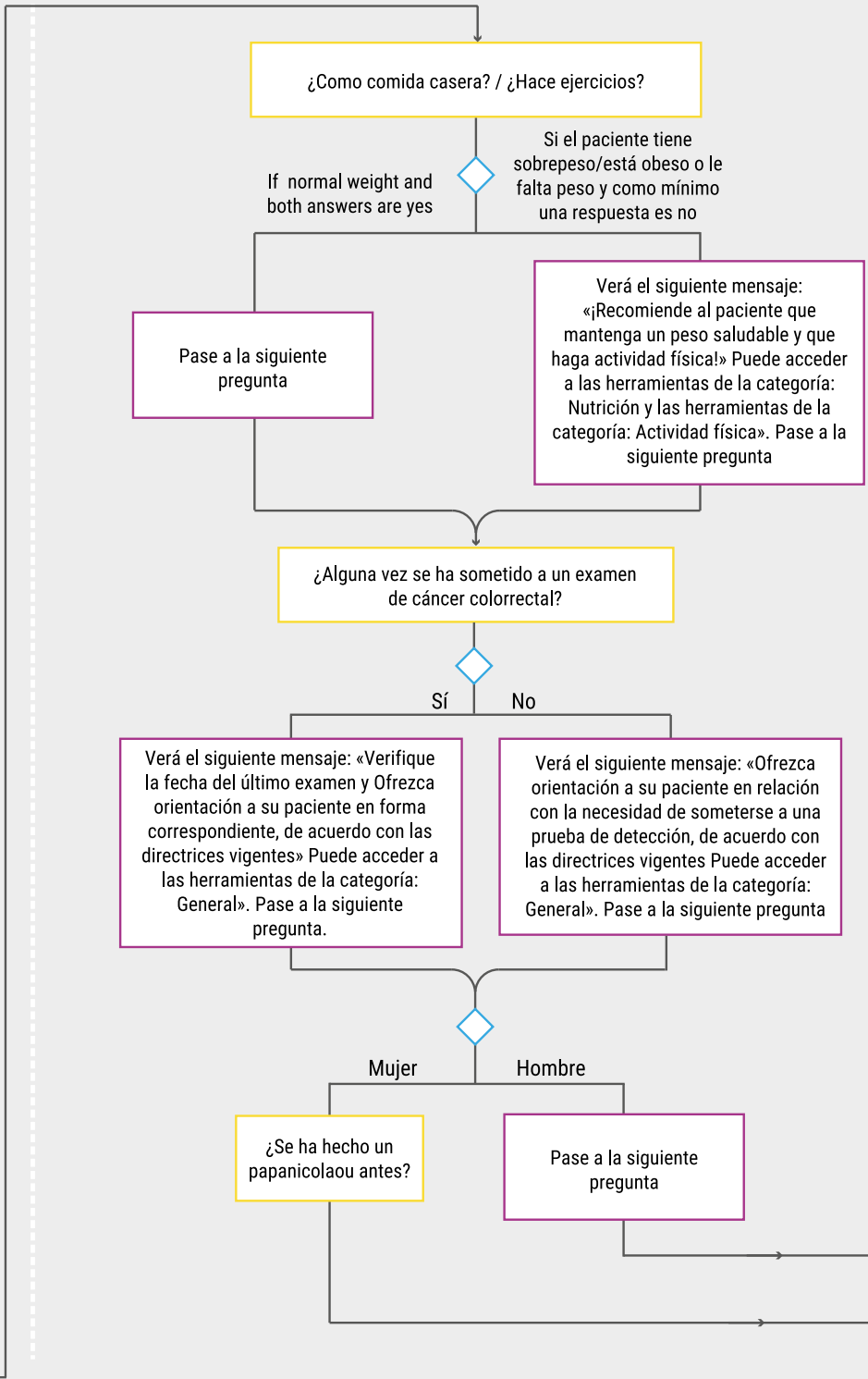
Sí

No

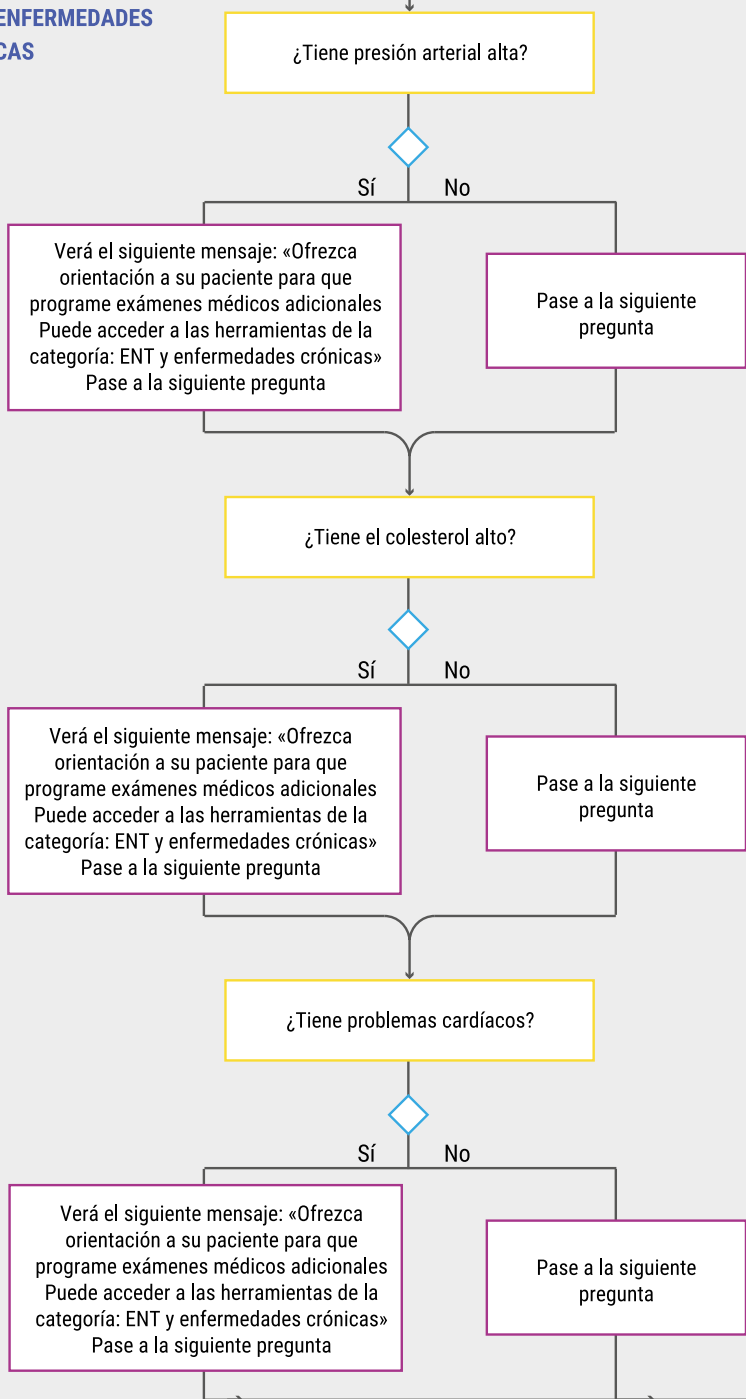
Verá el siguiente mensaje: «Puede acceder a las herramientas de la categoría: Alcohol». Pase a la siguiente pregunta»

Pase a la siguiente pregunta

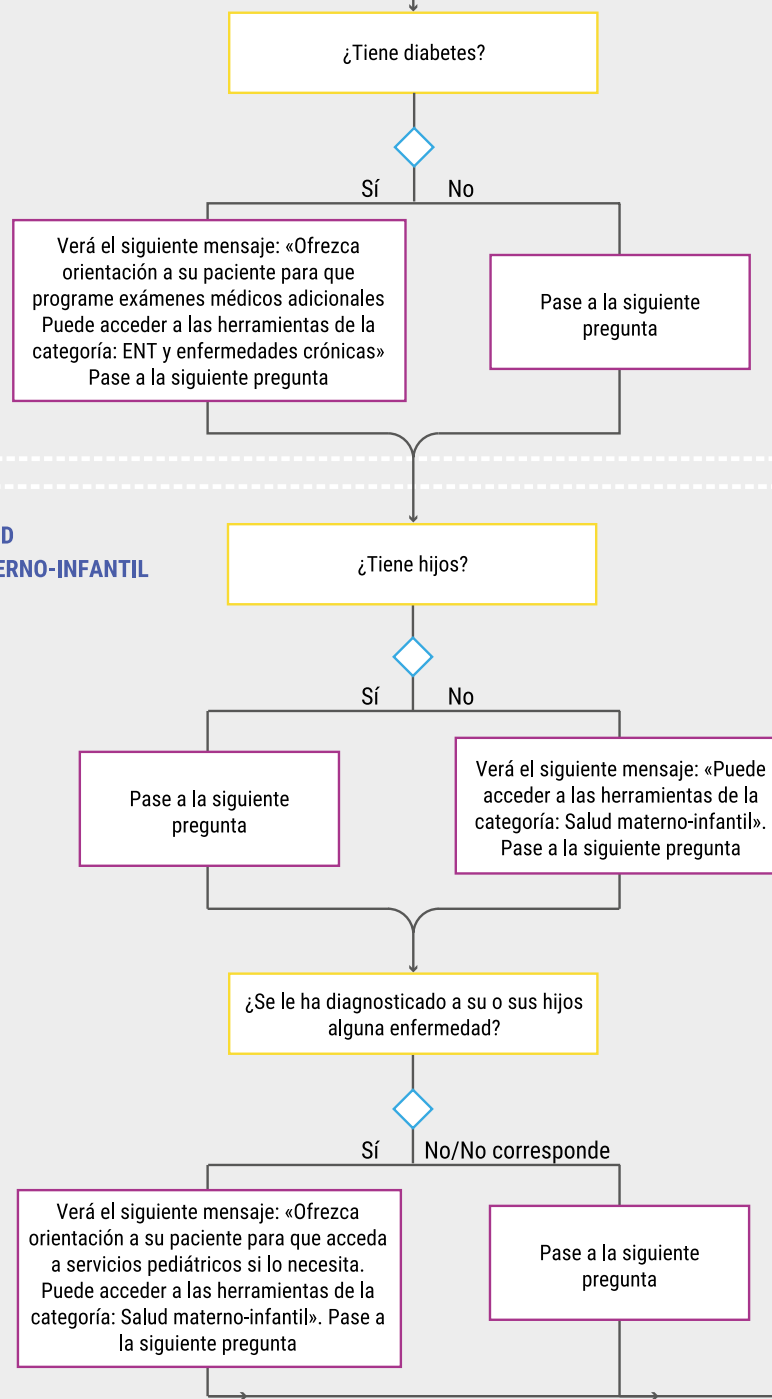
Índice de masa corporal (IMC) (cuál es su peso, cuál es su talla, el IMC se calculará automáticamente, y verá un mensaje indicándole si el paciente tiene un peso normal, está bajo de peso, está obeso o con sobrepeso)



### ENT Y ENFERMEDADES CRÓNICAS



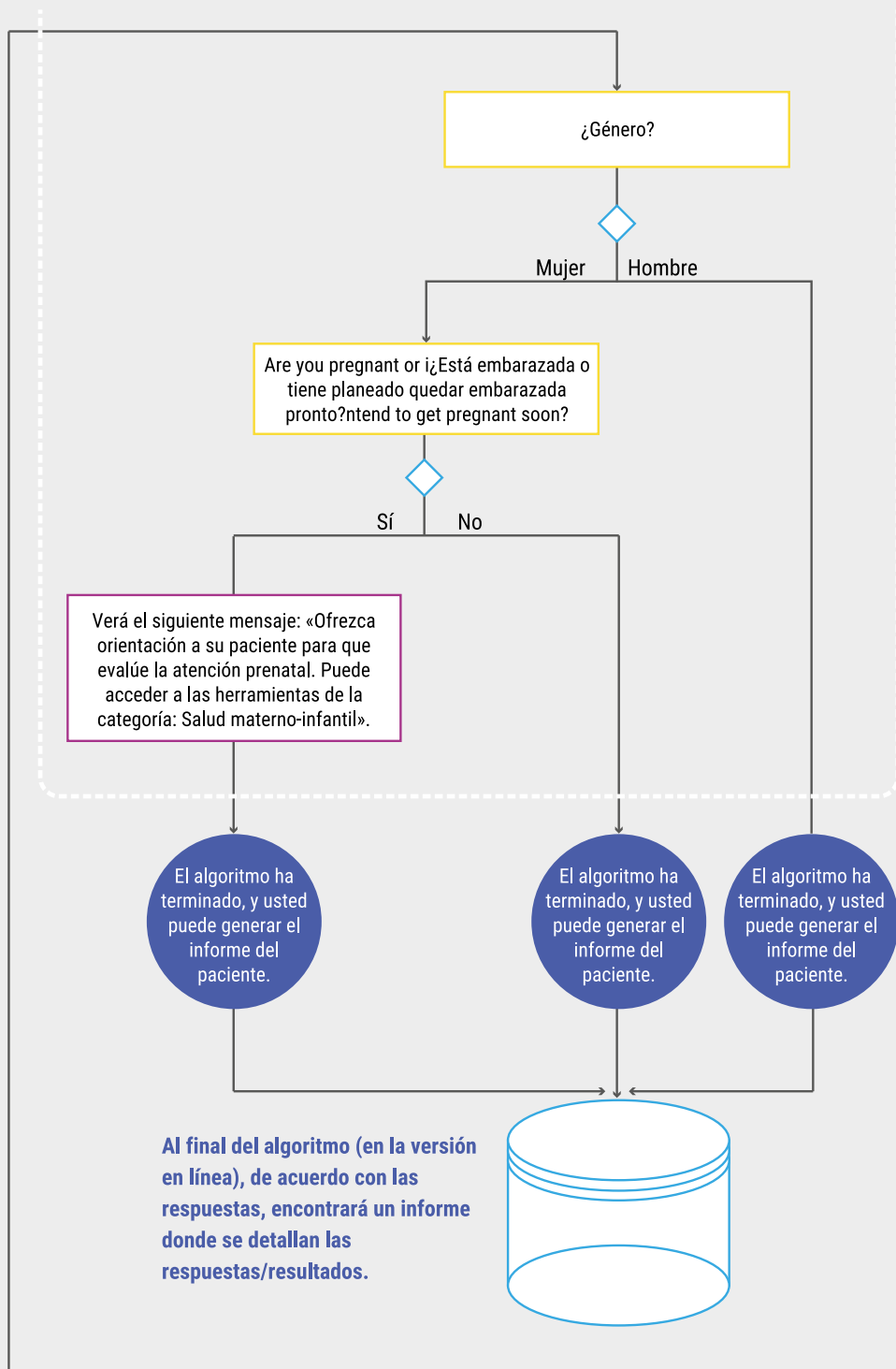
### SALUD MATERNO-INFANTIL



## ► Referencias

El texto completo de las referencias a las que se hace mención en la bibliografía en cada uno de los aspectos de salud tratados en el presente documento se encuentra disponible a través de los siguientes enlaces:

- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Culture%20Communication[1].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)









Co-funded by the European Union's  
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.