

# La salud de los migrantes internacionales en el mundo en vías de desarrollo: Reflexiones desde el lente de la desigualdad

Báltica Cabieses, PhD<sup>1</sup>; Carlos Van der Laet, MD<sup>2</sup>

1. Professor of Social Epidemiology. Director of the Social Studies in Health Research Programme, ICIM, Faculty of Medicine Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Chile. Visiting Scholar, Department of Health Sciences University of York, England. bcabieses@udd.cl
2. Medical Doctor. Oficial Regional en Salud y Migración para las Américas Organización Internacional para las Migraciones (OIM) San José, Costa Rica. cvanderlaet@iom.int

La migración es un determinante social crucial de la salud global. Trae consigo fuerza de trabajo, enriquecimiento cultural y diversidad, así como oportunidades para el crecimiento económico y el desarrollo humano. Como Siriwardhana et al. (1) declaró, la migración está cambiando rápidamente el mundo. A modo de ejemplo, los migrantes trabajadores fluyen cada vez más entre las naciones de bajos y medianos ingresos en Asia, África y Medio Oriente. Estos movimientos afectan la distribución de la prosperidad económica y el perfil demográfico de las regiones y países, con el riesgo de profundizar las desigualdades socioeconómicas en todo el mundo. El mismo patrón se encuentra en países latinoamericanos (PLA), donde la migración intrarregional ha profundizado la desigualdad socioeconómica en las últimas décadas (2).

PLA han enfrentado derechos humanos y protección de salud para los migrantes inconsistentes en el pasado, al igual que en otras regiones (3). En Chile, por ejemplo, cerca del 70% de los inmigrantes provienen de otros PLA (2.7% de la población total), y se ha estimado que un tercio de ellos son indocumentados o viven en vulnerabilidad socioeconómica (4). Estos inmigrantes vulnerables tienden a trabajar en empleos informales y viven en edificios sobrepoblados de baja calidad. Los migrantes indocumentados tienen acceso limitado a la atención médica y muchos de ellos temen utilizar el sistema de atención de salud cuando sea requerido. Entre el 20% y el 60% de sus ingresos son enviados a sus países de origen, para cubrir las necesidades básicas de la familia que queda allá. Los efectos sobre la salud, particularmente la salud mental, son severos y prolongados: “Sobrevivo aquí para ellos, este es mi sacrificio de vida” (mujeres indocumentadas colombianas) (5). Los migrantes utilizan los servicios de

salud mental en Chile incluso más que los chilenos, independientemente de su nivel socioeconómico (6,7).

Existe una relación compleja entre el estado migratorio y el estado socioeconómico. Un artículo reciente de Stringhini et al. (8) demostró que el bajo nivel socioeconómico es uno de los mejores predictores de morbilidad y mortalidad prematura en todo el mundo. En su estudio multicohorte con datos a nivel individual de 48 estudios independientes de cohortes prospectivos, los participantes con un nivel socioeconómico bajo tuvieron una mayor mortalidad en comparación con aquellos con un alto nivel socioeconómico. El bajo nivel socioeconómico se relaciona con la mala salud a través de varios mecanismos complejos, que incluyen malas condiciones de vida material, comportamiento y tradiciones culturales, baja autoestima y sentido de valor propio en la sociedad, y trabajos de mala calidad. Estos factores a menudo están relacionados con las altas desigualdades socioeconómicas dentro de las sociedades, que son lideradas por políticas estructurales que descartan la idea de equilibrar las oportunidades y las condiciones de vida entre los grupos socioeconómicos (9). Existen estudios en Chile que sugieren el fuerte efecto de la desigualdad del ingreso en el acceso a la atención médica y el estado de salud auto-reportado en la población chilena e inmigrante (10,11).

En términos de estado migratorio internacional, muchos migrantes experimentan estrés, que a su vez afecta su salud mental (12) y física a lo largo del tiempo (13) a través de procesos de exclusión social, discriminación, pobreza y entornos ocupacionales de baja calidad. Esto ocurre a pesar del “efecto migratorio saludable” observado entre los migrantes internacionales recién llegados y durante sus primeros años en el país

de acogida (14). Además, los inmigrantes de bajo estatus experimentan una peor condición de salud que los migrantes acomodados y la población local (15). Existe evidencia significativa que respalda el hecho de que los migrantes internacionales de bajo estatus socioeconómico corren un alto riesgo de tener mala salud a nivel mundial. Por lo tanto, las circunstancias socioeconómicas pobres y la migración internacional deben considerarse más a fondo, especialmente cuando se unen.

Muchos países en el mundo apuntan a la protección social en salud, cobertura universal particular. Este objetivo a menudo es extremadamente difícil de cumplir y las soluciones intermedias tienden a ignorar el acceso a la salud de los migrantes, especialmente los migrantes internacionales (inmigrantes indocumentados más aún), así como las necesidades de salud particulares de esta población en cualquier país de acogida. A modo de ejemplo, la evidencia internacional respalda el hecho de que, a pesar de las individualidades, la salud mental sigue representando una gran carga para comunidades migrantes y deberían ser de interés para las partes interesadas en cualquier nación. Otra consideración urgente es la salud de los niños migrantes. En Chile, los niños migrantes que viven en la pobreza duplican a los niños locales que viven en la misma condición. La sobrepoblación es el mayor peligro para estos niños, que deben que compartir una habitación y una cama con sus padres, hermanos y otros parientes. La violencia doméstica, abusos, enfermedades infecciosas y otros, surgen de estos contextos con gran importancia, pero continúan siendo pasados por alto ya que los niños no tienen voz propia para abogar por sus derechos humanos y de salud (15). Los procesos de aculturación pueden explicar la asimilación de los estilos de vida y las conductas de salud de riesgo individual que los migrantes presentan después de unos años en el país de acogida, comenzando a fumar y beber más que en sus países de origen.

Existen varias iniciativas globales que requieren mayor consideración respecto al proceso de migración como una dimensión clave de la salud. Tales como, el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2013-20, que se centra en siete factores de riesgo principales: el uso nocivo del alcohol, el consumo de tabaco actual, la presión

arterial elevada, consumo de sal o sodio, actividad física insuficiente, diabetes y obesidad. Estos se conocen como los factores de riesgo 25 × 25, con el objetivo de reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% para 2025 (16). Este plan es extremadamente relevante y urgente para la salud de la población en la mayoría de los países, ya que podría reducir significativamente la muerte prematura y promover el crecimiento económico, desarrollo humano y bienestar. Sin embargo, necesita más atención a la migración internacional como un factor de riesgo clave adicional para la salud humana. Lo mismo puede observarse en otras iniciativas, que lamentablemente pasan por alto o subestiman el profundo efecto del proceso de migración en relación a los procesos de salud mundiales e indicadores de salud.

La salud de todos los migrantes es un asunto urgente. Los gobiernos se enfrentan al desafío de integrar las necesidades de salud de los migrantes en los planes, políticas y estrategias nacionales en todos los sectores, respondiendo al llamado de “no dejar a nadie atrás” y alcanzar la Cobertura Universal de Salud, establecida por los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. La salud está ampliamente protegida al cuidar todos los aspectos de la vida de las personas. La salud, como reflejo de la justicia social, debe ser explícita en todas las políticas, tanto para las poblaciones locales como para los migrantes.

### Agradecimientos:

Fondecyt 11130042, Gobierno de Chile.

### Referencias Bibliográficas

1. Andrews PW, Ben-David U, Benvenisty N, Coffey P, Eggen K, Siriwardhana C, Wickramage K. Mental health of migrants in low-skilled work and the families they leave behind. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(2): 194-5.
2. IOM. Global migration trends: an overview. Geneva: Migration Research Division, International Organization for Migration; 2014.
3. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*. 2013; 34(1): 68-74.
4. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. In: Interior Md, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
5. Cabieses B, Bernaldes M, van der Laet C. Health for all migrants in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):402. Epub 2016/05/09.
6. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International journal for equity in health*. 2012; 11: 68.

7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC Public Health*. 2012; 12: 1013.
8. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendano M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet*. 2017. Epub 2017/02/06.
9. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316-26. Epub 2015/01/13.
10. Cabieses B, Cookson R, Espinoza M, Santorelli G, Delgado I (2015). Did socioeconomic inequality in self-reported health in Chile fall after the equity-based healthcare reform of 2005? A concentration index decomposition analysis" *Plos One Sep 29;10(9):e0138227*
11. Pedrero V, Oyarte M, Cabieses B, Zitko P. (2016). Structural equation modeling with latent variables to study the relationship between health status, access to healthcare and socioeconomic status in Chile. *Int J Epid Comm H*. 70(Suppl 1):A93.1-A93
12. Mindlis I, Boffetta P. Mood disorders in first- and second-generation immigrants: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017. Epub 2017/01/11.
13. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International journal for equity in health*. 2010;9:27. Epub 2010/11/26.
14. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethnicity & health*. 2016:1-33. Epub 2016/11/05.
15. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD; 2017. Available at: [http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro\\_La\\_migracion\\_internacional.pdf](http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf)
16. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. . Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.