

Migración internacional, salud y derechos humanos



Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



Organización
Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS
DERECHOS HUMANOS
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO

Las opiniones expresadas en las publicaciones de La Organización Internacional para las Migraciones corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en este informe y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OIM, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para: ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Editorial: Organización Internacional para las Migraciones

17 route des Morillons

1211 Ginebra 19

Suiza

Tel: +41.22.717 91 11

Fax: +41.22.798 61 50

E-mail: hq@iom.int

Internet: www.iom.int

© 2013 Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Fotografía de portada: © OIM 2006 (Fotografía: Lerato Maduna).

Quedan reservados todos los derechos. La presente publicación no podrá ser reproducida íntegra o parcialmente, ni archivada o transmitida por ningún medio (ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado u otro), sin la autorización previa de la editorial.

Migración internacional, salud y derechos humanos



Organización Internacional para las Migraciones (OIM)



Organización
Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS
DERECHOS HUMANOS
OFICINA DEL ALTO COMISIONADO

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación ha sido posible gracias a la contribución de muchas personas. En primer lugar, es fruto del esfuerzo y la dedicación de sus autores: Pia Oberoi (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; ACNUDH), Juana Sotomayor (ACNUDH), Paola Pace (Organización Internacional para las Migraciones; OIM), Barbara Rijks (OIM), Jacqueline Weekers (OIM, destinada previamente con carácter temporal a la Organización Mundial de la Salud; OMS) y Yeheneu Tsegaye Walilegne (OMS). Mención especial merecen las personas siguientes que han dedicado tiempo a mejorar la publicación con sus interesantes sugerencias y críticas sobre un primer borrador: John Bingham (Comisión Católica Internacional de Migración; CCIM), Rosilyne Borland (OIM), Christian Courtis (ACNUDH), Poonam Dhavan (OIM), Fanny Dufvenmark (OIM), Bernard Gillis (antiguo pasante de la OIM), Debbie Grey (OMS), Farnoosh Hashemian (antigua pasante de la OIM), Min Ji Kim (Organización Internacional del Trabajo; OIT), Michele LeVoy (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants; PICUM), Helena Nygren-Krug (OMS), Caroline Schultz (OIM), Kadri Soova (PICUM) y Marta Vallejo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; PNUD). Por último, gracias a Daniel López Acuña (OMS), Davide Mosca (OIM), Mona Almudhwahi (OMS), Profesor Raj Bhopal (Universidad de Edimburgo), Eve Geddie (PICUM) y Xenia Scheil-Adlung (OIT) por su gran apoyo y respuesta.

PRÓLOGO

Actualmente, más de 214 millones de personas viven fuera de sus países de origen. Esas personas dejaron sus hogares por diversas razones: conflictos, catástrofes naturales, degradación del medio ambiente, persecución política, pobreza, discriminación, falta de acceso a los servicios básicos, o bien en busca de nuevas oportunidades, en particular laborales o educativas.

Entre los aspectos de la migración que suscitan interés cabe señalar los efectos de ésta en la salud pública. Los migrantes pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación, violencia y explotación; que suelen afectar directamente su salud física y mental. Además, los migrantes pueden padecer afecciones que en sus nuevos países de residencia no se conocen ni entienden bien. Ese problema se ve agravado por la existencia de obstáculos jurídicos y socioeconómicos, que, en muchos casos, dificultan el acceso a servicios de salud. Ahora bien, en los casos en que los migrantes sí tienen acceso a tales servicios, cabe la posibilidad de que estos no tengan cuenta las necesidades, cultura o idioma de los migrantes.

Las comunidades que reciben a un gran número de migrantes se enfrentan a nuevas dificultades, como el aumento de la diversidad de la población, y el consiguiente cambio en su perfil cultural y en las perspectivas sanitarias de los pacientes. Ello, inevitablemente, afecta el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud. Los enfoques actuales para gestionar la salud de los migrantes han de responder a los crecientes desafíos derivados de la complejidad, el volumen, la velocidad, la diversidad y la disparidad de los flujos migratorios modernos, a fin de garantizar que todos los migrantes puedan ejercer su derecho fundamental a la salud.

Hace ya tiempo que las normas y tratados internacionales sobre derechos humanos establecen el derecho de toda persona a gozar del mayor grado de salud física y mental posible, al igual que también ocurre con los principios de igualdad y no discriminación. Es, pues, fundamental que los sistemas y las políticas nacionales de salud tengan en cuenta el derecho de los migrantes a la salud, independientemente de su condición jurídica. Para ello, es necesario que haya una colaboración resuelta de los distintos sectores y una estrecha cooperación entre los gobiernos y los numerosos actores no estatales que participan en el proceso de migración.

En esta publicación, la Organización Mundial de la Salud, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Organización Internacional para las Migraciones examinan los múltiples problemas de derechos humanos y de salud a que se enfrentan los migrantes e informan sobre los últimos avances en ese campo.

Con esta publicación, nuestro objetivo es proporcionar a todas las partes interesadas un documento de referencia sobre cuestiones fundamentales relativas a los derechos humanos y la salud en el contexto de la migración internacional. Confiamos en que sirva de inspiración a las instancias normativas a la hora de formular políticas y programas sobre migración que tengan en cuenta las consideraciones relativas a salud pública y los imperativos de los derechos humanos, a fin de proteger dichos derechos y de mejorar de la salud de los migrantes y de las comunidades en las que viven.

Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

Navanethem Pillay
Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

William Lacy Swing
Director General
Organización Internacional para las Migraciones

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	11
SECCIÓN 1. MIGRACIÓN INTERNACIONAL: ALCANCE Y TENDENCIAS	13
SECCIÓN 2. LOS MIGRANTES Y EL DERECHO A LA SALUD.....	15
2.1 El paradigma de los derechos humanos	15
2.2 El derecho a la salud.....	18
2.3 La interdependencia de los derechos humanos.....	22
SECCIÓN 3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PROCESO MIGRATORIO.....	31
3.1 Antes de la partida y en la frontera	34
3.2 Desplazamiento y tránsito.....	38
3.3 Comunidades de destino.....	41
3.4 Retorno.....	52
CONCLUSIONES	55
ANEXO I. GLOSARIO	57
ANEXO II. INSTRUMENTOS Y MECANISMOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA SALUD Y LA MIGRACIÓN.....	59
Instrumentos internacionales de derechos humanos	59
El Consejo de Derechos Humanos.....	61
Otros instrumentos y mecanismos internacionales	63
Instrumentos regionales y mecanismos relacionados con el derecho a la salud	64

INTRODUCCIÓN

Vivimos en la era de mayor movilidad humana registrada en la historia. La cantidad de población que se desplaza nunca había sido tan elevada, y, actualmente, se estima que el número total de migrantes internacionales asciende a 214 millones de personas; la mayor parte de esos desplazamientos son intrarregionales.

Resolución sobre la salud de los migrantes: compromiso mundial para mejorar la salud de los migrantes.

Con el fin de promover la salud de los migrantes, en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2008, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron la resolución 61.17 relativa a la salud de los migrantes. En respuesta a la resolución, la OMS, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España organizaron una consulta mundial sobre la salud de los migrantes en Madrid (España), en marzo de 2010. En la consulta se definieron los siguientes ámbitos de acción prioritarios:

1. **Vigilancia de la salud de los migrantes.** Garantizar la normalización y la comparabilidad de los datos sobre la salud de los migrantes, y facilitar la correcta desagregación y recopilación de la información sanitaria sobre los migrantes.
2. **Políticas y marcos jurídicos.** Adoptar leyes y prácticas que respeten el derecho de los migrantes a la salud de conformidad con la legislación y las normas internacionales; aplicar políticas nacionales de salud que promuevan la igualdad de acceso a los servicios sanitarios de los migrantes; extender la protección social sanitaria y mejorar la seguridad social de todos los migrantes.
3. **Sistemas de salud que tengan en cuenta a los migrantes:** Cerciorarse de que los migrantes reciben servicios de salud de un modo cultural y lingüísticamente adecuado; mejorar la capacidad del personal sanitario y no sanitario pertinente para ocuparse de los problemas de salud relacionados con la migración; ofrecer servicios que integren a los migrantes de forma integral, coordinada, y económicamente sostenible.
4. **Alianzas, redes y marcos plurinacionales:** Garantizar la cooperación y la colaboración intersectorial en el ámbito de la salud de los migrantes.

(WHO (2010) Health of Migrants – The Way Forward. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain).

En el último decenio, la protección de los derechos humanos de los migrantes, incluido el derecho a la salud, ha ido adquiriendo un creciente reconocimiento y ha mejorado su posición en la agenda internacional. Con el fin de cumplir sus obligaciones legales nacionales e internacionales, los gobiernos de muchas regiones del mundo han reconocido la necesidad de integrar las necesidades sanitarias y las vulnerabilidades de los migrantes en sus planes, políticas y estrategias nacionales.

Por consiguiente, los gobiernos han empezado a darse cuenta de la necesidad de formular programas y políticas de salud que traten de subsanar las desigualdades sanitarias y supriman los obstáculos al acceso a los establecimientos, los bienes y los servicios de salud. Sin embargo, pese a esos esfuerzos, los migrantes siguen estando desatendidos en muchos países donde el acceso de esa población a la atención sanitaria suele estar limitada y condicionada. Ello es especialmente pertinente en tiempos de crisis económica, cuando los sistemas de salud sufren la presión derivada de la escasez de recursos económicos, y las instancias normativas pueden necesitar orientación en ese ámbito.

Además, en todo el mundo existen varias ideas falsas sobre los migrantes. Una de ellas es que los migrantes constituyen una pesada carga económica para las sociedades de acogida y el sistema de salud pública. Sin embargo hay datos empíricos que muestran que los migrantes pueden gozar de mejor salud que la población autóctona, y que, en realidad, lo que hace que corran un mayor riesgo de sufrir enfermedades es la existencia de limitaciones estructurales durante el proceso migratorio y de obstáculos en los países de destino. Ese tipo de percepciones erróneas puede provocar un aumento de las actitudes xenófobas y propiciar la discriminación en el sistema de atención de la salud, y puede tener efectos negativos para la salud de los migrantes.

Excluir a los migrantes de un enfoque de salud basado en los derechos es, a todas luces, una mala práctica de salud pública, pues aumenta la vulnerabilidad, crea discriminación y desigualdades sanitarias y las exacerba, genera un mayor gasto sanitario para los migrantes y, en general, viola sus derechos. En cambio, atender las necesidades de salud de los migrantes puede mejorar el estado de salud y los resultados sanitarios; facilitar la integración; evitar gastos sanitarios y sociales prolongados; contribuir al desarrollo social y económico; y, lo más importante, proteger la salud pública y los derechos humanos.

Dada la compleja interrelación que existe entre los derechos humanos, la salud y la migración internacional, y teniendo en cuenta las diversas circunstancias nacionales y regionales, la presente publicación no pretende hacer recomendaciones generales. Más bien, trata de reflexionar acerca de los acontecimientos que se han producido en los últimos años y estimular el debate, y llama la atención sobre cuestiones de salud relacionadas con la migración mediante el uso de un enfoque basado en los derechos humanos. En el documento se argumenta que el establecimiento de los derechos de los migrantes es una práctica de salud pública acertada, que beneficia a todos, aporta nueva información, permite alcanzar logros y plantea desafíos con relación a la migración internacional, la salud y los derechos humanos. El documento examina los efectos del proceso migratorio en la salud de los migrantes, así como la protección que los instrumentos de derechos humanos ofrecen a ese grupo de población. La publicación no se centra en modo alguno en la migración del personal sanitario, sino que se refiere a la población migrante en su conjunto, con independencia de su ocupación, nivel de capacitación o condición jurídica durante el proceso de migración.

Esta publicación presta especial atención a las categorías más vulnerables de migrantes, y conceptualiza la vulnerabilidad desde dos ángulos: en primer lugar, como la consecuencia directa de una característica inherente a cada migrante o grupo individual (por ejemplo, sexo, edad, discapacidad, estado serológico con respecto al VIH, falta de redes de seguridad y falta de educación); en segundo lugar, estableciendo una relación entre la vulnerabilidad del migrante y sus causas estructurales fundamentales (por ejemplo, las condiciones de vida y de trabajo; la falta de protección legal, incluso con relación a la condición jurídica del migrante en el país de acogida; la delincuencia y los conflictos; las barreras lingüísticas y culturales, la falta de protección social oficial y no oficial durante y después del proceso migratorio; y la detención de inmigrantes).

En la primera sección de esta publicación se ofrece una visión general de las características de la migración contemporánea, su alcance y sus tendencias. La segunda sección trata sobre el derecho humano a la salud y otros derechos humanos pertinentes en el contexto de la salud y la migración. La tercera sección examina las distintas formas en que la salud de los migrantes se ve afectada durante el proceso migratorio: desde la decisión inicial de migrar, durante desplazamiento en sí mismo y la llegada a la nueva comunidad, hasta el posible retorno. Los ejemplos ilustran los obstáculos y las dificultades a que se enfrentan los migrantes, las instancias normativas, los planificadores sanitarios, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas, y señalan intervenciones y avances que pueden promover en el futuro la adopción de enfoques que permitan mejorar la salud de los migrantes. En los anexos se presenta un glosario y una relación de los instrumentos internacionales de utilidad a la hora de examinar la salud, los derechos humanos y la migración.

involuntaria a los inmigrantes de segunda o tercera generación y pasar por alto el carácter fundamentalmente dinámico de la migración⁴.

Hay varios factores económicos y sociales relacionados con la migración, entre éstos, aspectos relativos al comportamiento de los migrantes y a influencias asociadas a la migración, que pueden persistir mucho después de haber adquirido la nacionalidad o un permiso de residencia permanente⁵. Del mismo modo, algunos determinantes biológicos y genéticos de la salud pueden perpetuarse a lo largo de generaciones, con independencia de la nacionalidad⁶. Por esa razón, es importante vigilar la migración y salud a lo largo del tiempo.

Esta publicación no se centra en la migración interna, sino en la migración internacional. Los migrantes internacionales pueden tener la intención de permanecer en el país de destino durante un período breve o prolongado, y su situación jurídica puede ser regular o irregular. La mayoría de esos migrantes —no todos— son trabajadores migrantes y sus familiares. El resto pueden ser víctimas de la trata de personas; niños que emigran solos o con sus familias o tutores; solicitantes de asilo y refugiados; migrantes que han sido objeto de tráfico; o personas que han retornado. Si bien es cierto que las distintas categorías de personas mencionadas gozan de un estatuto de protección diferente en virtud del derecho internacional, la presente publicación se refiere a ellos de forma colectiva como “migrantes”. En los casos en que se apliquen distintas normas en función de la condición jurídica, se utilizará un término específico⁷.

La migración internacional establece conexiones entre comunidades, países y regiones, así como entre distintos sectores de la sociedad. Cualquier intervención en favor de la migración internacional y la salud requiere una estrecha cooperación y colaboración entre los países, y entre los sectores y las instituciones conexas que participan en el proceso migratorio. Entre los esfuerzos concertados emprendidos a nivel internacional y regional para formular enfoques coordinados en materia de migración internacional figuran el Diálogo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la migración internacional y el desarrollo, el Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo (FMMD), el Grupo Mundial sobre Migración (GMM)⁸, los regímenes regionales de migración y los Procesos Consultivos Regionales sobre Migración (PCR).

⁴ Organización Internacional para las Migraciones, *Migration and the Right to Health: A Review of International Law*. Serie Derecho Internacional sobre Migración N.º. 19, pág. 22. (Ginebra, 2009).

⁵ J. Landman y J.K. Cruickshank, A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom, *Public Health Nutrition*, 4(2b):647–657.

⁶ A. Sharareh, B. Carina and W. Sarah, The health of female Iranian immigrants in Sweden: a qualitative six-year follow-up study, *Health Care for Women International*, 28:339–359.

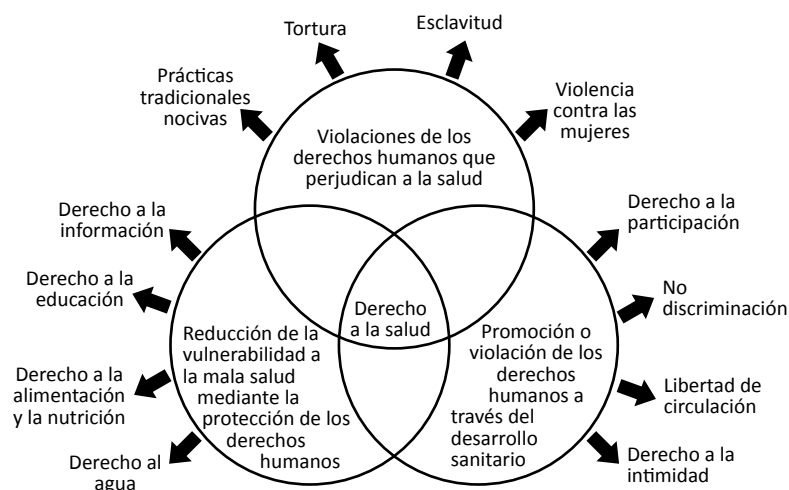
⁷ Para una explicación terminológica más detallada, véase el Anexo I.

⁸ El Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo (FMMD, www.gfmd.org) es un proceso impulsado por los Estados que surgió a raíz del Diálogo de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la migración internacional y el desarrollo celebrado por la Asamblea General en 2006, y marcó la culminación de más de una década de diálogo internacional sobre la creciente importancia de la relación entre la migración y el desarrollo. El Grupo Mundial sobre Migración (GMM, www.globalmigrationgroup.org) es una entidad interinstitucional que, cuando se redactó el presente informe, estaba integrada por 16 miembros, entre ellos las organizaciones responsables de esta publicación. La función del GMM es promover la elaboración y la aplicación de instrumentos y normas internacionales relacionadas con la migración internacional, y promover la adopción de enfoques más coherentes y coordinados en materia de migración.

SECCIÓN 2. LOS MIGRANTES Y EL DERECHO A LA SALUD

2.1 El paradigma de los derechos humanos

Figura 2. Ejemplos de la relación entre la salud y los derechos humanos⁹



Los derechos humanos son universales y se consideran un derecho innato de todo ser humano. Creados con la finalidad de salvaguardar la dignidad inherente y la igual valía de todas las personas, son inalienables, interdependientes y se relacionan entre sí¹⁰. Los derechos humanos se articulan en forma de derechos individuales y derechos colectivos, y de este modo crean obligaciones con respecto a lo que puede y no puede hacerse, en particular en lo que atañe a los Estados. Hay diferentes clases de derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales.

Los derechos humanos se expresan y garantizan a través del derecho establecido por los instrumentos internacionales¹¹, así como por las constituciones y los ordenamientos nacionales. Los Estados asumen en virtud del derecho internacional la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. La obligación de respetar esos derechos significa que los Estados deben abstenerse de interferir o limitar su disfrute. La obligación de protegerlos exige a los Estados proteger a los individuos y grupos contra una injerencia indebida en el disfrute de los derechos humanos por parte de otras personas y entidades. Por último, la obligación de cumplirlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para garantizar el disfrute de los derechos humanos.

⁹ Organización Mundial de la Salud, "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf.

¹⁰ Cuando un derecho humano es inalienable, significa que no puede invalidarse o denegarse. Los derechos humanos se consideran relacionados entre sí, en el sentido de que a menudo un derecho se relaciona estrechamente con otros derechos humanos y depende de su ejercicio.

¹¹ Los nueve tratados internacionales fundamentales sobre los derechos humanos son los siguientes: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT); Convención sobre los Derechos del Niño (CRC); Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ICRMW); Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (ICRPD); y Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (ICPED). Para más detalles, véase: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/>.

Es importante tener en cuenta que la migración internacional, es decir, la entrada y la salida de un territorio soberano, guarda una estrecha relación con los conceptos jurídicos y sociológicos de nacionalidad y de soberanía. Sin embargo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), órgano de las Naciones Unidas que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR), ha señalado que la nacionalidad no debe utilizarse como motivo de discriminación con relación a la atención sanitaria y otros derechos amparados en el Pacto¹².

Principio de la no discriminación

Las diferentes formas de discriminación crean obstáculos para el ejercicio del derecho a la salud y otros derechos de los migrantes. Muy a menudo, los Estados utilizan la nacionalidad o la condición jurídica como base para establecer una distinción entre las personas que pueden y no pueden disfrutar de acceso a los establecimientos, los bienes y los servicios de atención sanitaria. Sin embargo, el derecho internacional de derechos humanos establece que *todas* las personas, sin discriminación, deben tener acceso a todos los derechos humanos fundamentales consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Por consiguiente, los migrantes, independientemente de su condición, están protegidos por el derecho internacional de derechos humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (véase la sección 2.2 más adelante) dispone claramente que el derecho a la salud obliga a los gobiernos a asegurar que *“los establecimientos, bienes y servicios de salud [sean] accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”*¹³.

Los Estados no pueden limitar el disfrute de ninguno de los derechos humanos, ni discriminar a los ciudadanos extranjeros por motivos de *“raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”*¹⁴. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha explicado que la referencia a *“cualquier otra condición social”* indica que esta lista no es exhaustiva y que, por tanto, otros motivos de discriminación, como la nacionalidad, que impiden a los migrantes ejercer el derecho a la salud y otros derechos humanos, deben ser igualmente prohibidos¹⁵.

Algunas personas, como por ejemplo las mujeres migrantes en situación irregular, pueden encontrarse en una situación sumamente vulnerable si sufren discriminación por múltiples motivos. Estas formas múltiples de discriminación pueden complicar y agravar la desigualdad de trato que reciben los migrantes al acceder a los servicios de salud o al buscar información específica relacionada con la salud.

La responsabilidad de los Estados en cuanto a la no discriminación incluye asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley, así como en las políticas, programas y prácticas cotidianas para el disfrute de los derechos, como el derecho a la salud y el seguro social¹⁶. Además, los Estados tienen la obligación de vigilar los efectos de sus políticas y medidas en materia de salud pública y, en general, de sus políticas sociales, para garantizar que están ancladas en un sistema que no permite las desigualdades en el disfrute de los derechos humanos.

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Observación General Nº 20 sobre la no discriminación y los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 30.

¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Observación General Nº 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 12. El principio de no discriminación a la hora de aplicar medidas sanitarias también está previsto en el artículo 42 del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005), disponible en http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf.

¹⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.2.

¹⁵ E/C.12/2000/4, párr. 30.

¹⁶ OMS: Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia: Salud y ausencia de discriminación. Ginebra, WHO/SDE/HDE/HHR/01.2, pág. 6. (2001).

Con el fin de lograr este objetivo, los Estados están obligados a recopilar datos desglosados sobre el ejercicio de los derechos a la salud, al seguro social y la educación, entre otros. Los indicadores en estudio deben incluir medidas especiales que reconozcan la diversidad de los grupos de población y ayuden a los Estados a cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos mediante la eliminación de todas las formas de discriminación^{17,18}.

Mejorar el desglose de datos sobre la migración

En varios informes se hace hincapié en que el hecho de no recopilar, analizar y utilizar datos desglosados por edad constituye un importante obstáculo para la protección de los niños migrantes. En 2009, el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, expresó su preocupación por la escasez de información estadística precisa sobre el número de niños que toman parte en el proceso de migración internacional¹⁹. Del mismo modo, en un estudio realizado en 2010 por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), se destacó que la “falta de datos desglosados es una de las muchas dificultades que se plantean para formular y aplicar políticas sobre migración que tengan en cuenta las necesidades de los niños.” El estudio recomendó específicamente que “los Estados y otros interesados pertinentes deberían asignar prioridad a la reunión de datos desglosados por edad y por género sobre la situación de los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración, velando sin embargo por que esas actividades de reunión de datos no se utilicen con fines policiales en relación con la inmigración”.

(Estudio de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los problemas y las mejores prácticas en relación con la aplicación del marco internacional para la protección de los derechos del niño en el contexto de la migración, A/HRC/15/29, párrs. 7 y 87.d), julio de 2010).

Con el fin de responder a la creciente demanda de datos exactos, actuales y pertinentes para las políticas, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas ha creado la base de datos de migración mundial de las Naciones Unidas. Esta base de datos recoge todos los datos disponibles públicamente sobre los migrantes y desglosa la información en función de la edad, así como del sexo y el país de nacimiento y nacionalidad. Esta información es esencial para facilitar la investigación y la formulación de políticas basadas en datos científicos.

(Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2008) United Nations Global Migration Database (UNGMD) disponible en: <http://esa.un.org/unmigration/>).

Una de las cuatro áreas prioritarias de actuación acordada en la consulta mundial sobre la salud de los migrantes, celebrada en Madrid (España) en marzo de 2010, es vigilar mejor la salud de los migrantes. Todas las partes que participaron en la consulta estuvieron de acuerdo en que los sistemas de información sanitaria deben fortalecerse para recopilar y difundir datos de salud de los migrantes desglosados por categorías pertinentes. Igualmente importante en este sentido es considerar las cuestiones éticas relacionadas con la recopilación de datos de salud de los migrantes y evitar enfrentarse a posibles daños a los inmigrantes durante la recogida de esos datos.

(OMS (2010) Health Of Migrants - the Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid (España)).

¹⁷ E/C.12/2000/4, párrs. 20 y 63.

¹⁸ E/C.12/GC/20, párr. 41. Para más detalles sobre los indicadores de derechos humanos, incluido el derecho a la salud, véase el Informe de la ACNUDH sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos, 2008, HRI/MC/2008/3, y el Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos al Consejo Económico y Social, 26 de abril de 2011, E/2011/90.

¹⁹ Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Sr. Jorge Bustamante, A/HRC/11/7, 14 de mayo de 2009, párr. 20.

2.2 El derecho a la salud

Aunque varios tratados de derechos humanos se refieren al derecho a la salud, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece la articulación más completa al reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”²⁰. Un aspecto fundamental del derecho a la salud es que comprende tanto “libertades” como “derechos”.

- Las **libertades** engloban, por ejemplo, el derecho a no someterse a un tratamiento médico, experimento médico o la prueba del VIH sin consentimiento y sin estar informado. El derecho a no ser torturado o sometido a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes es otro componente importante del ejercicio y la protección del derecho a la salud.
- Los **derechos** se derivan de la obligación del Estado de proporcionar servicios de salud adecuados necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Los derechos engloban el derecho a un sistema de protección (es decir, un sistema de prevención, tratamiento y control de enfermedades) en igualdad de condiciones para todas las personas, y el acceso a la información y educación acerca de la salud (en particular, la que gira en torno a comportamientos poco saludables o a conductas de riesgo), los medicamentos esenciales y los servicios de salud sexual y reproductiva.

Figura 3. Alcance y contenido del derecho a la salud con arreglo a la Observación general N° 14²¹



²⁰ Además del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, existen varios tratados fundamentales de derechos humanos regionales e internacionales, así como constituciones y leyes nacionales que reconocen el derecho a la salud. Algunos de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos para la protección del derecho a la salud son la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

²¹ *Ibíd.*

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general N° 14, interpretó el contenido del derecho a la salud²². En consecuencia, para cumplir con los derechos y libertades mencionados anteriormente, los Estados deben asegurarse de que cuentan con establecimientos, bienes y servicios de salud, y son accesibles, aceptables, de buena calidad y aplicables a todos los sectores de la población, incluidos los migrantes²³. En la figura 3 se resumen los componentes esenciales del derecho a la salud.

Disponibilidad. Los Estados deben contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, que funcionen y presten sus servicios oportunamente. El componente de disponibilidad del derecho a la salud obliga a los Estados a garantizar los suministros generales, así como evitar la escasez de existencias. Por ejemplo, determinados medicamentos esenciales y vacunas deben adquirirse en cantidades suficientes para cubrir las necesidades de toda la población, incluidos los migrantes y sus familiares. Además, el principio requiere que los Estados soliciten y se abastezcan de medicamentos y bienes específicos que resulten particularmente de interés para las poblaciones migrantes.

Accesibilidad. El concepto de accesibilidad comprende varios aspectos que están relacionados con el principio de no discriminación, de la siguiente manera:

- La no discriminación garantiza la accesibilidad de hecho y de derecho a los establecimientos, bienes y servicios de salud a todos los sectores de la población, incluidos los grupos más vulnerables y marginados, sin discriminación de ningún tipo. Muchos países definen sus obligaciones en el sector de la salud hacia los no ciudadanos como “atención esencial” o “atención sanitaria de emergencia” únicamente. En consecuencia, los migrantes suelen estar inadecuadamente cubiertos por el sistema de salud del país de acogida y, por tanto, a menudo no pueden sufragarse un seguro médico, tratamiento o medicamento esencial²⁴.
- Las políticas de salud no integradoras contravienen el principio de la no discriminación consagrado en los instrumentos universales de derechos humanos. Los gobiernos deben ser conscientes de que, al negar a los migrantes el acceso a intervenciones primarias de salud, los Estados se exponen a mayores costos financieros y riesgos de salud pública, debido a que las enfermedades podrían volverse crónicas y más costosas de tratar si no interviene en los primeros momentos. Tal como señaló el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, “no se justifica un mero compromiso de brindar una atención de urgencia, no sólo desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde el punto de vista de la salud pública, puesto que no recibir ningún tipo de atención preventiva y primaria puede generar riesgos sanitarios tanto para los migrantes como para la comunidad de acogida”²⁵. Por consiguiente, es importante subrayar que el derecho al más alto nivel de salud física y mental posible también se aplica a los migrantes en situación irregular²⁶.
- La accesibilidad física se refiere al acceso seguro de todos los sectores de la población - niños, mujeres, ancianos, personas con discapacidad, adolescentes, migrantes y cualquier otra persona o grupo - sin discriminación. Los migrantes suelen vivir y trabajar en zonas donde los servicios tienden a no estar físicamente disponibles, como es el caso de quienes realizan el trabajo doméstico en hogares privados. Además, los trabajadores migrantes pueden —por diversas razones— tener menos posibilidades de pedir permiso en su trabajo para acudir a los servicios de atención médica durante el día. La ubicación y el horario de apertura de los establecimientos de salud pueden constituir, por tanto, un problema para los migrantes.

²² Las Observaciones Generales son documentos interpretativos que orientan a los Estados y otras partes interesadas para aclarar el alcance y el contenido de cada derecho, y resumen sus obligaciones en virtud de artículos específicos de un instrumento. Su elaboración corre a cargo de comités encargados de supervisar el cumplimiento del tratado por los Estados.

²³ E/C.12/2000/4, párr. 12.

²⁴ ACNUDH y OMS, *El Derecho a la Salud*, Folleto informativo N° 31, págs. 18-20 (Ginebra, 2008).

²⁵ *Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes*, Sr. Jorge Bustamante A/HRC/14/30, párr. 28.

²⁶ A/HRC/14/30, párr. 34.

- El acceso a la información supone el derecho a buscar, recibir y difundir información relacionada con la salud en un formato accesible, como campañas a medida y mensajes en lenguaje claro que se dirijan a diferentes grupos de la sociedad. Los migrantes a menudo tienen dificultades para acceder a información en materia de salud y servicios disponibles, en particular si el Estado no proporciona adecuadamente dicha información²⁷.
- La asequibilidad (accesibilidad económica) garantiza que todas las personas, independientemente de su nacionalidad o condición jurídica, tengan acceso a los bienes y servicios de salud, a pesar de las limitaciones económicas. A fin de que los bienes y servicios de salud sean financieramente accesibles, los Estados deben adoptar medidas especiales para las personas con dificultades económicas o que necesiten ayuda especial. Entre estas medidas se encuentran la asequibilidad de los medicamentos esenciales y los seguros médicos.

Aceptabilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser aceptables, es decir, tener en cuenta las cuestiones de género, adecuados desde el punto de vista cultural y respetuosos de la ética médica. Un servicio de salud que responda a las necesidades de los migrantes puede contemplar servicios de interpretación, traducción de material escrito y la “mediación cultural” en los hospitales y centros de salud. Introducir estos servicios puede ayudar a franquear las barreras lingüísticas y culturales, que pueden tener un efecto negativo en los servicios de atención y prevención, los planes de tratamiento y el seguimiento correspondiente, así como evitar malentendidos (por ejemplo, cuando un paciente refiere sus síntomas) o errores de traducción, que pueden dar lugar a retrasos en la atención sanitaria, errores médicos clínicamente significativos o, en el peor de los casos, la muerte²⁸.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad. Debe haber, entre otras cosas, profesionales de la salud capacitados en todos los niveles, medicamentos científicamente aprobados, laboratorios fiables, equipos hospitalarios adecuados, un saneamiento adecuado y agua potable.

²⁷ A/HRC/14/30, párr. 12.

²⁸ Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos al Consejo Económico y Social, 1 de junio de 2010, E/2010/89, párrs. 34-35.

Atención de salud para los niños migrantes

La situación jurídica de los padres migrantes puede afectar al acceso a la atención de salud de los niños migrantes. Por tanto, cuando los padres migrantes se ven privados de la atención de salud, es muy probable que sus hijos también se vean privados de esa atención. Incluso los niños migrantes que son nacionales del país de acogida todavía pueden enfrentarse a obstáculos para acceder a los servicios de salud, sobre todo si sus padres son migrantes en situación irregular y, por tanto, son reacios a solicitar atención médica por temor a que se descubra su situación de inmigrante. Del mismo modo, muchos niños migrantes en situación irregular no están inscritos en programas que proporcionan servicios de salud, independientemente de la capacidad de sus padres para pagar, debido a que sus padres son reacios a acercarse a los servicios sociales por el riesgo de ser denunciados a las autoridades²⁹. Además, ciertas leyes, políticas y medidas pueden obstaculizar indirectamente el acceso a la salud de los niños migrantes irregulares. Por ejemplo, en algunos países, “un padre debe ser un migrante en situación regular para obtener una partida de nacimiento de su hijo, lo que dificulta el acceso a la atención de salud para los hijos de los migrantes en situación irregular”³⁰. Un área particular de preocupación en cuanto a la salud de los niños migrantes en situación irregular es la de la inmunización infantil. Se ha informado de que muchos de estos niños no pueden acceder a la vacunación de manera oportuna, lo cual tiene efectos de largo plazo en su salud.

(Estudio de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los problemas y las mejores prácticas en relación con la aplicación del marco internacional para la protección de los derechos del niño en el contexto de la migración, A/HRC/15/29, 5 de julio de 2010, párr. 63).

El Comité de los Derechos del Niño ha subrayado en su Observación general Nº 3 que “Los Estados Partes deben velar por que se presten a todos los niños sin discriminación que residan en su territorio los mejores servicios posibles y por que tengan en cuenta suficientemente las diferencias de sexo, edad y contexto social, económico, cultural y político. ... Las obligaciones que contraen los Estados Partes en virtud de la Convención comprenden la de velar por que los niños tengan acceso continuo, en igualdad de condiciones, a tratamientos y cuidados completos, incluida la prescripción de los necesarios fármacos relacionados con el VIH, y a bienes y servicios sin discriminación”.

(Observación General Nº 3 sobre El VIH/SIDA y los derechos del niño, CRC/GC/2003/3, 17 de marzo de 2003, párrs. 21 y 28).

Los niños afectados por la migración pasan inadvertidos en las políticas y sistemas de protección y promoción de los derechos de los niños. En muchos países de origen, tránsito y destino, las políticas y los programas sociales no tienen en cuenta las condiciones y necesidades de los niños migrantes. La omisión es particularmente evidente en el caso de los niños en situación irregular, ya que los planes de acción y estrategias nacionales en materia de exclusión social, pobreza infantil, abandono escolar y desigualdades sanitarias no consideran a los niños migrantes en situación irregular como grupo destinatario.

(CRC Background Paper for the Day of General Discussion on The rights of all children in the context of international migration, 28 de septiembre de 2012).

²⁹ F. Crépeau, C. Rousseau et al. (2010) Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe, *Social Science and Medicine*, 70(2):329-336.

³⁰ A/HRC/14/30.

2.3 La interdependencia de los derechos humanos

El disfrute pleno de muchos derechos humanos depende del ejercicio del derecho a la salud. Del mismo modo, el ejercicio pleno del derecho a la salud no puede llevarse a cabo sin el respeto y el cumplimiento de otros derechos, como el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho al trabajo y la libertad de expresión. Como muestra el gráfico de la sección 2.1, pueden establecerse muchos vínculos entre los diferentes derechos humanos. Si bien todos los derechos son igualmente interdependientes respecto del derecho a la salud, a continuación se analizan algunos de ellos con el fin de ilustrar esta interdependencia con mayor detalle.

El derecho a la alimentación adecuada³¹

El derecho a la alimentación adecuada se deriva del derecho a un nivel de vida adecuado. El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El derecho a la alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos³².

La calidad y cantidad de alimentos tienen un efecto directo en la salud de las personas y, por tanto, constituyen aspectos esenciales del bienestar de la persona. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el derecho a la alimentación adecuada supone la “disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada”³³.

El acceso a una alimentación y nutrición sanas y adecuadas plantea a los migrantes varios problemas complejos e interrelacionados. Sin embargo, no todos los riesgos asociados con la nutrición se relacionan con la falta de alimentos³⁴. Algunos se relacionan con la mala alimentación, la pobreza y la inaccesibilidad económica (es decir, el alto costo) de los alimentos saludables. Las dietas poco saludables, en particular, se han asociado con diversos problemas de salud, especialmente enfermedades relacionadas con la obesidad, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, entre ciertos grupos de migrantes³⁵.

³¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), El derecho a la alimentación adecuada, Folleto informativo N° 34 (Ginebra, 2010).

³² CESCR, Observación General 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada (art. 11), E/C.12/1999/5, 12 de mayo de 1999, párr. 6.

³³ *Ibíd.*, párr. 8.

³⁴ T. Dubowitz, D. Acevedo-García *et al.* Life course, immigrant status and acculturation in food purchasing and preparation among low income mothers, *Public Health Nutrition*, 10(4):396-404.

³⁵ N. R. Kleinfield. Living at an epicenter of diabetes, defiance and despair, *The New York Times*, 10 de enero de 2006. Disponible en www.nytimes.com/2006/01/10/nyregion/nyregionspecial5/10diabetes.html?_r=1&emc=eta1; véase también Mathews R. y Zachariah R. (2008) Coronary heart disease in South Asian immigrants: synthesis of research and implications for health promotion and prevention in nursing practice. *Journal Transcultural Nursing*, 19(3):292-99.

Violaciones del derecho de los migrantes a la alimentación

La violación del derecho de los migrantes a la alimentación puede adoptar diversas formas y puede afectar a su vida y su salud. Una forma de maltrato a los trabajadores domésticos migrantes de que se ha informado es la privación de alimentos, es decir, la negación de una alimentación adecuada en cuanto a cantidad o calidad, que da lugar a la pérdida de peso, la desnutrición y otros problemas de salud³⁶. En el contexto de la detención, la Relatora Especial sobre los derechos humanos de los migrantes ha destacado que los migrantes detenidos pueden carecer de alimentos o tener un acceso limitado a ellos, y ha señalado, además, que la falta de alimentos adaptados a la cultura de los migrantes puede ser una violación del derecho a la alimentación.

(Informe presentado por la Relatora Especial, Sra. Gabriela Rodríguez Pizarro, E/CN.4/2003/85 (2002), párr. 53).

El derecho a una vivienda adecuada³⁷

El derecho a una vivienda adecuada se deriva del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que este derecho debe ser interpretado como el derecho a vivir en seguridad, paz y dignidad en alguna parte. La protección contra el desalojo forzoso y la destrucción o demolición arbitrarias del hogar es un aspecto esencial del derecho a una vivienda adecuada^{38,39}.

El disfrute del derecho a una vivienda adecuada es indispensable para la dignidad humana y el ejercicio de una gran diversidad de derechos y libertades fundamentales, en particular el derecho a la salud y otros derechos esenciales para el bienestar de la persona. Las condiciones de vivienda tienen un efecto importante en la calidad de vida y la salud física y mental de la persona. La falta de una vivienda adecuada correlaciona con varios problemas de salud, como la mala nutrición, problemas de salud mental y abuso de sustancias⁴⁰, así como enfermedades graves causadas por la falta de agua potable y servicios de saneamiento.

El alojamiento deficiente se ha asociado con resultados adversos para la salud, relacionados con accidentes, lesiones y exposición a contaminantes, toxinas y estrés por frío (es decir, hipotermia). Además, el hacinamiento y las condiciones de saneamiento deficientes pueden asociarse con el aumento del riesgo de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas⁴¹.

El acceso a una vivienda adecuada puede resultar difícil para muchos migrantes, especialmente los irregulares. En su observación general sobre este derecho en particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que existe “un abismo preocupante” entre el derecho y su aplicación en muchas regiones del mundo⁴².

³⁶ Véase, por ejemplo, Consejo de Derechos Humanos, 11º período de sesiones, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra mujer, sus causas y consecuencias, Yakin Ertürk: Misión a la Arabia Saudita, 14 de abril de 2009, A/HRC/11/6/Add.3, párr. 59.

³⁷ Para una visión general del derecho a una vivienda adecuada, véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y ONU-Hábitat, El derecho a una vivienda adecuada, Folleto informativo Nº 21 (Ginebra, 2009). Disponible en www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/FactSheets.aspx.

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 4 sobre el derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto), E/1992/23, 13 de diciembre de 1991.

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 7 sobre el derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto): los desalojos forzosos, E/1998/22, 20 de mayo de 1997.

⁴⁰ Australian Human Rights and Equal Opportunity Commission (2008) *Homelessness is a Human Rights Issue*, párr. 6.2

⁴¹ OMS, Banco Mundial y PNUD. *Globalization and Infectious Diseases: Review of the Linkages* (Ginebra, 2004), pág. 41.

⁴² E/1992/23, párr. 4.

En algunos países, la existencia de leyes nacionales discriminatorias perjudica gravemente el derecho de los migrantes a la vivienda. Por ejemplo, hay leyes que imponen sanciones administrativas o penales a los propietarios que alquilan una vivienda a migrantes irregulares⁴³. La segregación y la discriminación, en particular en forma de obstáculos administrativos y procedimientos de alquiler, sigue siendo un obstáculo importante para la capacidad de los migrantes de ejercer su derecho a la vivienda. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha expresado su preocupación por la “desproporcionada concentración” de familias migrantes “en las zonas residenciales pobres que se caracterizan por la existencia de grandes complejos de viviendas sociales de insuficiente calidad y mal mantenidos” y ha recomendado “la aplicación efectiva de la legislación existente para luchar contra la discriminación en la vivienda, incluidas las prácticas discriminatorias de los actores privados”⁴⁴. Por otra parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) ha subrayado firmemente que los Estados deben tomar medidas para eliminar la discriminación y evitar “la segregación en materia de vivienda”⁴⁵.

El derecho a una vivienda adecuada va más allá de disponer de un simple techo. De acuerdo con la Comisión de Asentamientos Humanos, una vivienda adecuada significa “disponer de un lugar donde poderse aislar si se desea, espacio adecuado, seguridad adecuada, iluminación y ventilación adecuadas, una infraestructura básica adecuada y una situación adecuada en relación con el trabajo y los servicios básicos, todo ello a un costo razonable”⁴⁶. Los migrantes no sólo son más propensos a tener menos acceso a una vivienda *adecuada*, sino también tienen más probabilidad de estar sin hogar. En la Unión Europea (UE), los migrantes constituyen alrededor del 20% de la población sin hogar, y en Copenhague (Dinamarca) (Estado Miembro de la UE), hasta el 33% de la población sin hogar de la ciudad son migrantes⁴⁷.

La relación entre un trabajador migrante y su empleador puede complicar aún más la cuestión del acceso a una vivienda adecuada. Por ejemplo, en algunos países, los empleadores están obligados a proporcionar vivienda a los trabajadores que contratan en el extranjero. El ACNUDH ha expresado la preocupación de que en muchas situaciones, el tipo de vivienda proporcionada por los empleadores puede ser inadecuada, aun cuando el empleador retiene gran parte del salario del trabajador como pago por su uso, o cuando varios trabajadores comparten la misma cama por turnos, un fenómeno a veces referido como “camas calientes”⁴⁸.

Existen preocupaciones similares respecto de los trabajadores domésticos migrantes que habitan en la vivienda donde trabajan. Además de la falta de intimidad, los trabajadores domésticos que se encuentran en esta situación a menudo viven en alojamientos de mala calidad, donde se los obliga a dormir en pasillos o armarios. Además, debido a que habitan en la vivienda donde trabajan, pueden ser obligados a permanecer en servicio las 24 horas del día, a menudo sin un día libre durante la semana. En muchas regiones del mundo, la explotación de los trabajadores

⁴³ “Equal rights for all migrants: A call for ratification of the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families”, discurso de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Sra. Navi Pillay (Ginebra, 14 de diciembre de 2011). Disponible en www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=11723&LangID=E.

⁴⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 40º período de sesiones, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Francia, E/C.12/FRA/CO/3, 9 de junio de 2008, párrs. 21 y 41.c). En otros numerosos estudios se ha puesto de manifiesto cómo los obstáculos administrativos y las formas indirectas de discriminación obligan a los migrantes a concentrarse en áreas empobrecidas y viviendas precarias donde la norma es el hacinamiento y la falta de servicios, en particular el transporte y el agua potable y el saneamiento. Véase también, por ejemplo, S. Braunschweig y M. Carballo, *Health and Human Rights of Migrants* (Geneva, WHO and International Centre for Migration and Health, 2002).

⁴⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2004), Recomendación general Nº 30 sobre la discriminación contra los no ciudadanos, (aprobada en el 65º período de sesiones en 2005), HRI/GEN/1/Rev.7/Add.1, 4 de mayo de 2005, párr. 32.

⁴⁶ Asamblea General de las Naciones Unidas, Estrategia Mundial de la Vivienda hasta el Año 2000, Resolución aprobada en la 78ª sesión plenaria, A/RES/46/163 19 de diciembre de 1991.

⁴⁷ M. Carballo y M. Mboup, *International Migration and Health*, International Centre for Migration and Health, documento elaborado para el Programa de análisis políticos e investigación de la Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales (Ginebra, 2005), pág. 7.

⁴⁸ E/2010/89, párrs. 36-40. Los estudios muestran que los trabajadores migrantes temporales y estacionales se enfrentan a graves problemas de vivienda y tienden a agruparse en alojamientos improvisados o chabolas. Hay un círculo vicioso de malas condiciones de vivienda, condiciones de trabajo peligrosas, desorganización en la vida social y propagación de enfermedades entre los trabajadores migrantes.

domésticos migrantes y su trato alcanza incluso el grado de esclavitud o condiciones análogas a la esclavitud⁴⁹. Los trabajadores migrantes domésticos que viven en estos lugares, muchos de los cuales son mujeres, también pueden ser objeto de violencia física, psicológica y sexual. Además, corren el riesgo de ser expulsadas de la vivienda que se les proporciona con su empleo⁵⁰, y pueden tener que soportar el abuso de sus empleadores para evitar quedarse sin hogar. También se ha informado de que los trabajadores domésticos a menudo desconocen los servicios y establecimientos de salud disponibles y, en algunos casos, no se les paga por los días tomados por licencia por enfermedad⁵¹.

El derecho al trabajo y los derechos laborales

El artículo 7 del ICESCR establece el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren la seguridad y la higiene en el trabajo. No debe subestimarse el efecto de las condiciones de trabajo inadecuadas en la salud y el bienestar de la persona. Los trabajadores migrantes se encuentran entre los trabajadores más vulnerables del mundo, a menudo sometidos a la explotación, la discriminación y el abuso, la falta de acceso a mecanismos de recurso y reparación y con el temor constante de ser deportados.

El derecho internacional de derechos humanos y el derecho internacional del trabajo convergen en la cuestión de los trabajadores migrantes. Por ejemplo, mediante la adopción de la Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo de 1998, los Estados Miembros de la OIT acordaron adherirse a los principios recogidos en los ocho convenios fundamentales de la OIT (que se refieren al trabajo forzoso, la abolición del trabajo infantil, los derechos sindicales y la no discriminación), aun cuando no hubieran ratificado el instrumento en cuestión⁵². Esta Declaración tiene por objeto la eliminación de una serie de prácticas que tienen un efecto directo en la salud mental y física de los trabajadores migrantes. Entre las prácticas que deben eliminarse se encuentran, por ejemplo, el trabajo forzoso u obligatorio, el trabajo infantil y la discriminación en materia de empleo y ocupación. Por otra parte, la Declaración reconoce la libertad de asociación y el reconocimiento efectivo del derecho de negociación colectiva. La prohibición de discriminación por razón de nacionalidad asegura la plena aplicación de todas las protecciones laborales a los trabajadores migrantes y la consideración de la salud en el lugar de trabajo.

Los sistemas regionales de derechos humanos y los trabajadores migrantes

Los órganos regionales de derechos humanos han apoyado firmemente la aplicación de la protección laboral a los migrantes, incluidos los migrantes irregulares. Como ha señalado la Corte Interamericana de Derechos Humanos: “El migrante, al asumir una relación de trabajo, adquiere derechos por ser trabajador, que deben ser reconocidos y garantizados, independientemente de su situación regular o irregular en el Estado de empleo”⁵³. En el asunto *Siliadin contra Francia*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos aplicó el artículo 4 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que prohíbe la esclavitud, la servidumbre y el trabajo forzado u obligatorio, independientemente de la situación migratoria de la víctima. En dicho caso, la víctima era una niña migrante indocumentada que fue obligada a trabajar como empleada doméstica sin salario y sin descanso, bajo la promesa de regularizar su situación en Francia.⁵⁴

⁴⁹ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Oficina Regional para Europa, *Rights of Migrant Domestic Workers in Europe* (Ginebra, 2011), pág. 5.

⁵⁰ Informe del Relator Especial sobre la mujer y la vivienda adecuada, Sr. Miloon Kothari, E/CN.4/2006/118, 27 de febrero de 2006, párr. 68.

⁵¹ EU Agency for Fundamental Rights, *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its member states*, (Viena, 2011), págs. 24-26.

⁵² Para obtener más información sobre el marco jurídico internacional para la protección de los trabajadores migrantes, véase OIM, OIT y OSCE, *Handbook on Establishing Effective Labour Migration Policies, Mediterranean edition* (Ginebra, 2007), págs. 27-37.

⁵³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados, Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003, párr. 134.

⁵⁴ *Siliadin contra Francia*, 73316/01, TEDH, sentencia de 26 de julio de 2005, párrs. 109-129.

El derecho a la seguridad social

El artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.” Como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la seguridad social incluye el derecho a obtener y mantener prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de obtener protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo⁵⁵.

Los Estados no pueden excluir arbitrariamente a los trabajadores migrantes de los regímenes de protección social y la seguridad social. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido que el principio de no discriminación por razón de la nacionalidad se aplica igualmente al derecho a la seguridad social. Además, el Comité explicó que el derecho a la seguridad social incluye planes contributivos o planes basados en un seguro, como el seguro social, entre otros, así como planes no contributivos (por ejemplo, planes universales o planes destinados a determinados beneficiarios)⁵⁶.

Es importante reconocer que los trabajadores migrantes constituyen una parte valiosa de la fuerza laboral y la economía de un país y, por tanto, pueden contribuir al sistema de seguridad social mediante el pago de impuestos. El Comité ha advertido que cuando los trabajadores migrantes han cotizado a un plan de seguridad social, deben poder beneficiarse de esa cotización o recuperarla si abandonan el país⁵⁷. El artículo 27 de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ICRMW) extiende el derecho a la seguridad social a todos los trabajadores migrantes y sus familiares⁵⁸.

La situación migratoria de una persona, es decir, si está documentada o indocumentada, no debe ser un factor determinante para su inclusión en los programas de protección social de los Estados, a fin de hacer frente a la pobreza y la exclusión⁵⁹. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido con claridad que “los no nacionales deben poder tener acceso a planes no contributivos de apoyo a los ingresos, y acceso asequible a la atención de salud y el apoyo a la familia. Cualquier restricción, incluido un período de carencia, debe ser proporcionada y razonable. Todas las personas, independientemente de su nacionalidad, residencia o condición de inmigración, tienen derecho a atención médica primaria y de emergencia⁶⁰. El Comité también ha tomado nota de la importancia de establecer acuerdos u otros instrumentos internacionales bilaterales o multilaterales recíprocos para coordinar o armonizar los planes de seguridad social contributivos para los trabajadores migrantes⁶¹.

⁵⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N.º 19 sobre el derecho a la seguridad social (artículo 9), E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párr. 2.

⁵⁶ *Ibíd.*, párr. 4.

⁵⁷ *Ibíd.*, párr. 36.

⁵⁸ El artículo 27 de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares establece lo siguiente:

“1. Los trabajadores migratorios y sus familiares gozarán en el Estado de empleo, con respecto a la seguridad social, del mismo trato que los nacionales en la medida en que cumplan los requisitos previstos en la legislación aplicable a ese Estado o en los tratados bilaterales y multilaterales aplicables. Las autoridades competentes del Estado de origen y del Estado de empleo podrán tomar en cualquier momento las disposiciones necesarias para determinar las modalidades de aplicación de esta norma.

2. Cuando la legislación aplicable no permita que los trabajadores migratorios o sus familiares gocen de alguna prestación, el Estado de que se trate, sobre la base del trato otorgado a los nacionales que estuvieren en situación similar, considerará la posibilidad de reembolsarles el monto de las contribuciones que hubieren aportado en relación con esas prestaciones.”

⁵⁹ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha manifestado claramente que “[e]l derecho a la seguridad social es de importancia fundamental para garantizar a *todas* las personas su dignidad humana cuando hacen frente a circunstancias que les privan de su capacidad para ejercer plenamente los derechos reconocidos en el Pacto”. *Ibíd.*, párr. 1 (sin cursiva en el original).

⁶⁰ E/C.12/GC/19, párr. 37.

⁶¹ E/C.12/GC/19, párr. 56.

Esfuerzos encaminados a mejorar el acceso de los migrantes a los servicios de salud

Varios Estados están utilizando enfoques innovadores respecto de los planes contributivos de seguridad social, los seguros médicos laborales y los regímenes sufragados mediante impuestos para mejorar la salud de los migrantes y su acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, algunos países de origen de migrantes que dependen en gran medida de las remesas, como Sri Lanka y Filipinas, disponen de esquemas de seguro para sus trabajadores migrantes en el extranjero. Numerosos países de destino, entre ellos Tailandia, ofrecen servicios de salud a determinadas categorías de migrantes registrados y sus familiares a través de un seguro obligatorio de salud para los migrantes. El Brasil, España y Portugal son ejemplos de países que han adoptado una política de igualdad de acceso a la cobertura para todos los migrantes, independientemente de su condición jurídica. Existen otras iniciativas impulsadas por los sindicatos y los trabajadores. Por ejemplo, en la Argentina, los empleadores de los trabajadores rurales migrantes aportan un porcentaje de los salarios de sus trabajadores a un fondo especial que cubre prestaciones de seguridad social, entre otras, un seguro de salud. Sin embargo, sólo existen unos pocos casos de prestaciones sanitarias transferibles, como las previstas en el acuerdo germano-marroquí. A pesar de la singularidad de estos casos, algunos migrantes de la Unión Europea disfrutaban de un alto nivel de transferibilidad de las prestaciones de asistencia sanitaria. Estas iniciativas mencionadas pueden tener sus limitaciones, pero, al menos, reconocen la necesidad de garantizar la salud de los migrantes como un derecho humano, así como una buena práctica de salud pública.

(FMMD 2010. Documento temático de la Mesa Redonda 2.1 “Reducir los costos de la migración y maximizar el desarrollo humano”, Anexo 1: Ejemplos de respuestas en el mundo en materia de salud de los migrantes. Cuarta reunión del Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo, celebrado en México, 2010. Disponible en www.gfmd.org/en/docs/mexico-2010).

El derecho a la vida familiar

La familia se reconoce como el elemento natural y fundamental de la sociedad en el artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), entre otros. Los derechos específicos de los niños, como el principio de la unidad familiar, el derecho a un nombre, al registro de nacimiento y la nacionalidad, así como el derecho a no ser separado de sus padres contra su voluntad, están protegidos por la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) en los artículos 7, 8 y 9. El principio del interés superior del niño se deriva del artículo 3.1 de la Convención, y el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general N° 6, deja claro que la consideración primordial debe ser el interés superior del niño, incluso en las cuestiones de la reunificación familiar. La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares contiene disposiciones específicas que protegen a todas las personas, y también hace referencia explícita a la familia (por ejemplo, en los artículos 14 y 44).

La separación a largo plazo de los familiares y seres queridos puede dar lugar a problemas psicológicos, abuso de sustancias, comportamientos de alto riesgo y otros problemas de salud conexos^{62,63}. En lo tocante a las mujeres y los niños migrantes, esta separación puede aumentar el riesgo de explotación, violencia y abuso⁶⁴.

Los lazos familiares guardan una estrecha relación con la salud física y mental de los miembros de la familia, en particular los niños, los ancianos y las personas en situación de vulnerabilidad.

⁶² S. Maguire y K. Martin, Fractured migrant families: paradoxes of hope and devastation, *Family and Community Health*, 30:178-188.

⁶³ A. Mercer, G. Khanam *et al.* Sexual risk behaviour of married men and women who have lived apart due to the husband's work migration, *Sexual Transmitted Diseases*, 34(5):265-73.

⁶⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas, Hacia la esperanza: Las mujeres y la migración internacional (Nueva York, 2006).

En el contexto de la migración, el aislamiento social causado por la separación de las redes familiares y sociales, la inseguridad laboral, la dificultades en las condiciones de vida y un trato de explotación pueden tener efectos adversos sobre la salud mental de los migrantes.

Tal como se ha mencionado anteriormente, la familia se considera “el elemento natural y fundamental de la sociedad”⁶⁵ en el derecho relativo a los derechos humanos y se le debe conceder “la más amplia protección y asistencia posibles”⁶⁶. El Comité de Derechos Humanos (CCPR) reconoce que el concepto de “familia” puede tener distintos significados entre los diferentes Estados, por lo que hace hincapié en que el término debe entenderse en sentido amplio y que hace referencia a los diferentes tipos y a diferentes composiciones de miembros⁶⁷. Se ha establecido que la familia puede estar formada por más miembros de los que recoge el concepto habitual de familia nuclear, es decir, esposo, esposa e hijos menores de edad. La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares reconoce explícitamente este principio en el artículo 4⁶⁸.

El respeto del derecho a la vida familiar no sólo exige que los Estados se abstengan de acciones que den lugar a la separación de las familias, sino que también obliga a los Estados a tomar medidas positivas para mantener la unidad de la familia y reunir a los familiares que han sido separados. Por ejemplo, cuando los miembros de la familia estén separados y residan en diferentes países por razones políticas, económicas o similares, los Estados están obligados a facilitar el contacto con la familia y la reunificación familiar⁶⁹.

El derecho a la vida familiar también entraña el derecho del niño al cuidado de sus padres. Este derecho rige la obligación de los Estados de garantizar que los niños no sean separados de sus padres sin el debido procedimiento judicial⁷⁰. El principio de unidad de la familia tiene una función de protección importante para los niños en el contexto de la migración, en particular en la situación de los menores migrantes no acompañados o separados de su familia, por lo que los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas especiales para localizar y reunir a los padres con sus hijos no acompañados o separados⁷¹. La razón fundamental de estos principios es la necesidad asegurar el interés superior del niño y protegerlo frente a la explotación económica o social y el abuso.

El derecho a buscar, recibir y difundir información

El artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que “[t]oda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección”.

⁶⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 16.3.

⁶⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 10.1.

⁶⁷ Comité de Derechos Humanos, Observación general Nº 19 sobre la familia (artículo 23), 1990, párr. 2. En el comentario se indica que “el concepto de familia puede diferir en algunos aspectos de un Estado a otro, y aun entre regiones dentro de un mismo Estado, de manera que no es posible dar una definición uniforme del concepto”.

⁶⁸ En el artículo 4 de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares se establece que “[a] los efectos de la presente Convención, el término “familiares” se refiere a las personas casadas con trabajadores migratorios o que mantengan con ellos una relación que, de conformidad con el derecho aplicable, produzca efectos equivalentes al matrimonio, así como a los hijos a su cargo y a otras personas a su cargo reconocidas como familiares por la legislación aplicable o por acuerdos bilaterales o multilaterales aplicables entre los Estados de que se trate”.

⁶⁹ Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, artículo 44 (respecto de los trabajadores migratorios en situación regular y los miembros de su familia); Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 10.1.

⁷⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 9.1.

⁷¹ Comité de los Derechos del Niño. Observación general Nº 6 sobre el trato de los menores no acompañados y separados de su familia fuera de su país de origen, CRC/GC/2005/6, 1 de septiembre de 2005, Sección VII.

Un factor cada vez más importante para la planificación y preparación en materia de salud pública en los países con grandes grupos de migrantes es asegurar que las diversas poblaciones disponen de la información necesaria y la entienden^{72,73}.

La disponibilidad de información relacionada con la salud, incluida la relativa a cuestiones de salud sexual y reproductiva⁷⁴, como la planificación familiar e infecciones de transmisión sexual, es fundamental para garantizar la igualdad y la no discriminación en el acceso a la salud de determinadas personas, como las mujeres, los adolescentes y los adultos jóvenes, así como las personas con VIH. El acceso a la información acerca de cuestiones relacionadas con la salud también debe incluir el derecho a buscar y recibir información imparcial y opiniones de los profesionales sobre cuestiones relativas a la salud⁷⁵.

Mejorar la salud de los trabajadores migrantes indígenas de América Central mediante la difusión de información

La OIM ha elaborado material informativo, educativo y de comunicación para la población indígena ngöbe-buglé sobre prácticas básicas de higiene para evitar la propagación de enfermedades de tipo gripal. Todos los años, la población ngöbe-buglé cruza la frontera entre Panamá y Costa Rica para trabajar en el sector agrícola. La OIM incorporó asesores culturales para la elaboración de material informativo, educativo y de comunicación bilingüe en español y en el idioma ngöbere indígena con el fin de garantizar la difusión de información culturalmente adecuada a estos trabajadores migrantes.

⁷² S. Shiu-Thornton, J. Balabis *et al.* Disaster preparedness for limited English proficient communities: Medical interpreters as cultural brokers and gatekeepers. *Public Health Reports*, 122:466-471.

⁷³ Y. Pylypchuk J. Hudson. Immigrants and the use of preventive care in the United States, *Health Economics*, 18(7):783-806.

⁷⁴ Un problema de salud que afecta a las mujeres y las niñas es la práctica de la mutilación genital femenina en ciertas culturas. Para obtener más información, véase la posición de la OIM sobre la mutilación genital femenina en <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/what-we-do/iom-and-gender/activitiesbest-practices/supporting-the-abandonment-of-female-gen.html>, la nota descriptiva de la OMS en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>, y el folleto informativo del ACNUDH en www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet23en.pdf.

⁷⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14, párr. 12.b).

SECCIÓN 3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN EL PROCESO MIGRATORIO

Esta sección contiene un examen exhaustivo de las repercusiones de la migración en la salud pública y en la salud individual de los migrantes. Además, se centra en la relación entre la salud y la migración en las distintas fases del proceso migratorio, e incluye ejemplos de los obstáculos hallados y de los avances prometedores habidos con relación a la protección del derecho de los migrantes a la salud.

Fases del proceso migratorio

Las circunstancias que rodean al proceso migratorio pueden aumentar la vulnerabilidad de los migrantes a la enfermedad. Los factores de riesgo pueden estar relacionados con las circunstancias presentes antes de la partida, durante el desplazamiento, en el país de destino, y durante el retorno al lugar de origen del migrante (figura 4).

Figura 4. Aspectos de las distintas fases del proceso migratorio que pueden afectar a la salud de los migrantes⁷⁶.



⁷⁶ Adaptado de B. Gushulak, J. Weekers and D.W. MacPherson, Migrants in a globalized world – health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, publicado en línea el 31 de marzo de 2010; y OIM, Migración y Salud: Programas y perspectivas de la OIM – hacia un enfoque multisectorial. Comité Permanente de Programas y Finanzas, Segunda Reunión, SCPF/12 (Ginebra, 2008).

Diferencias relativas a la vulnerabilidad sanitaria entre los migrantes

El riesgo de enfermedad y de resultados sanitarios adversos es mayor entre determinados grupos de migrantes. Los migrantes procedentes de zonas pobres, los que se han desplazado a causa de un conflicto o una catástrofe natural, los grupos vulnerables (por ejemplo, las personas con enfermedades preexistentes, los niños migrantes no acompañados, las personas mayores, los jóvenes y las familias monoparentales) y quienes cuentan con poca formación, o con competencias ocupacionales y lingüísticas escasas se enfrentan a un mayor riesgo de resultados sanitarios adversos^{77,78,79}. Además, los migrantes sometidos a exclusión jurídica, económica o social (en especial si están en situación irregular) pueden contraer enfermedades con suma facilidad y desarrollar problemas de salud mental derivados de vivir en entornos de pobreza condiciones, trabajar en condiciones de explotación y carecer de acceso a servicios sociales y de salud^{80,81,82,83}.

Las desigualdades a que se enfrentan los migrantes en materia de salud y acceso a una atención sanitaria de calidad no pueden combatirse únicamente por los sistemas de salud. Los determinantes sociales de la salud conciernen a varios sectores, como la educación, el empleo, la seguridad social y la vivienda, entre otros. Todos esos aspectos afectan considerablemente a la salud de los migrantes^{84,85,86}. Como se reconoce en los distintos instrumentos que conforman el marco jurídico sobre derechos humanos antes mencionados (sección 2), el derecho a la salud está estrechamente ligado a muchos otros derechos humanos y depende de ellos.

⁷⁷ B. Moynihan, M.T. Gaboury and K.J. Onken, Undocumented and unprotected immigrant women and children in harm's way, *Journal of Forensic Nursing*, 4:123-129.

⁷⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Children in Immigrant Families in Eight Affluent Countries* (Innocenti Research Centre, Florencia, 2009).

⁷⁹ OMS. *Health of migrants-The way forward: Report of a global consultation* (Ginebra, 2010). Disponible en www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf.

⁸⁰ Comment (2010) on Migration and health: a dynamic challenge for Europe. *EuroHealth* 16 (1).

⁸¹ Plataforma para la Cooperación Internacional para Inmigrantes Indocumentados (PICUM), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (2007). Disponible en http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.

⁸² Red HUMA. *Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 European Countries: Law and Practice*.

⁸³ Red HUMA. *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*.

⁸⁴ OMS, *The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth* (Copenhague, 2008).

⁸⁵ OMS. Resolución WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud, WHA62.14, 22 de mayo de 2009, punto 12.5 del orden del día.

⁸⁶ OMS, *Determinantes sociales de la salud*, disponible en www.who.int/social_determinants/es/index.html.

La tuberculosis y los derechos de los migrantes

El grupo especial sobre tuberculosis y derechos humanos de la Alianza Alto a la Tuberculosis tiene como objetivo proteger y promover los derechos humanos en su afán por conseguir el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. En uno de sus documentos de trabajo, el grupo especial define los principales problemas de derechos humanos relacionados con la tuberculosis con relación a los migrantes, los refugiados y los desplazados internos.

Migrantes

- Los migrantes en situación irregular a menudo se encuentran en el extremo inferior de la estructura social, y pueden correr el riesgo de contraer tuberculosis debido a la precariedad de la vivienda, una alimentación inadecuada, la falta de acceso a servicios de salud, información y de otro tipo, y el trabajo en condiciones de explotación.
- Habida cuenta de su situación jurídica, les puede ser denegado el acceso al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis. Es posible que traten de no acudir a los servicios de salud por miedo a ser deportados y que tarden en procurarse tratamiento debido a la falta de educación e información.
- Con frecuencia los deportados no tienen continuidad en la atención sanitaria.

Refugiados

- Los refugiados corren un gran riesgo de contraer tuberculosis asociada a un estado nutricional y un saneamiento deficientes, el hacinamiento, un acceso insuficiente a los servicios de salud, educación e información, y la existencia de enfermedades concomitantes. Garantizar un tratamiento y control adecuados de la tuberculosis puede resultar difícil a causa, por ejemplo, de los cambios en las situaciones de emergencia, o la inestabilidad y fragilidad de la población refugiada.

Desplazados internos

- La prevención y el diagnóstico de la tuberculosis, y la continuidad de su tratamiento suelen descuidarse en el contexto de las emergencias humanitarias prolongadas.

(Grupo especial sobre tuberculosis y derechos humanos de la Alianza Alto a la Tuberculosis - WORKING DOCUMENT on TB and Human Rights, disponible en www.stoptb.org/assets/documents/global/hrtf/Briefing%20note%20on%20TB%20and%20Human%20Rights.pdf).

Vulnerabilidad de las trabajadoras migrantes en materia de salud

En 2008, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) centró su atención en la situación de las trabajadoras migrantes y su salud sexual y reproductiva. La Recomendación general Nº 26 sobre las trabajadoras migratorias señala que “[l]a discriminación puede ser particularmente aguda en relación con el embarazo. Las trabajadoras migratorias pueden ser obligadas a someterse a pruebas de embarazo que, si son positivas, hacen que sean deportadas; no tienen acceso a servicios seguros de salud reproductiva e interrupción del embarazo cuando corre peligro la salud de la madre, o incluso después de una agresión sexual; no tienen derecho a licencias de maternidad ni a beneficios relacionados con la maternidad razonables, ni pueden obtener atención obstétrica a precios asequibles, lo que da por resultado riesgos graves para su salud. Las trabajadoras migratorias pueden ser despedidas si quedan embarazadas, y perder así en algunos casos su estatus migratorio, o ser deportadas.”

(Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general Nº 26 sobre las trabajadoras migratorias, CEDAW/C/2009/WP.1/, párr. 18, 5 de diciembre de 2008)

Inconstitucionalidad de la deportación de trabajadoras migrantes en estado de gestación en Israel

En una sentencia histórica dictada en abril de 2011, el Tribunal Superior de Justicia de Israel dejó sin efecto y declaró inconstitucional un reglamento que permitía que las trabajadoras migrantes en estado de gestación fueran deportadas. Según dicho reglamento, si una trabajadora migrante en estado de gestación se encontraba sin empleo, podía ser deportada en los primeros seis meses de embarazo. Por otro lado, una trabajadora migrante que hubiese superado los seis meses de gestación no podía ser deportada hasta transcurridos 90 días a partir del parto, con independencia de su situación laboral. Tras la deportación, a la mujer le quedaban dos alternativas: bien solicitar un permiso de trabajo por dos años y regresar a Israel sin su hijo, o permanecer en su país de origen. El Tribunal dictaminó que obligar a una mujeres a elegir entre familia y empleo suponía “una violación grave de los derechos constitucionales que la ley israelí. reconoce a los trabajadores”.

(Véase el sitio web *Migrant Rights* en www.migrant-rights.org/2011/04/17/israeli-high-court-forbids-deportation-of-pregnant-migrant-workers/).

3.1 Antes de la partida y en la frontera

Convencionalmente, se considera que la gestión de la migración es una cuestión de soberanía nacional. Ello significa que los Estados tienen potestad para controlar sus fronteras, determinar qué extranjeros serán admitidos en su territorio, y cuáles serán expulsados y en qué circunstancias; y adoptar las medidas necesarias que garanticen la seguridad pública⁸⁷.

A pesar de la soberanía de las naciones, la potestad para gestionar la migración ha de ser ejercida de plena conformidad con el derecho internacional y, en particular, con el derecho internacional de derechos humanos. Cuando los países ejercen su potestad soberana al denegar la admisión a un migrante, deben hacerlo con arreglo a sus obligaciones en virtud del derecho internacional, así como los principios fundamentales de no devolución y no discriminación. Ese último principio exige que, entre otras cosas, los Estados se abstengan de tratar a las personas que deseen entrar o residir en su territorio de forma diferente únicamente por motivos prohibidos como el estado de salud o la presencia de discapacidad, a menos que exista una justificación objetiva y razonable para hacerlo⁸⁸. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) define la discriminación por motivos de discapacidad como “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos

⁸⁷ S. Vohra, Detention of irregular migrants and asylum seekers. En: R. Cholewinski, R. Perruchoud y E. MacDonald. (eds.) *International Migration Law: Developing Paradigms and Key Challenges*, Asser Press, La Haya, Cap. 3.

⁸⁸ Para obtener orientaciones sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, véase Consejo Económico y Social, *Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Doc. E/CN.4/1985/4. En los Principios se declara que “La salud pública puede invocarse como motivo para limitar ciertos derechos a fin de permitir a un estado adoptar medidas para hacer frente a una grave amenaza a la salud de la población o de alguno de sus miembros. Estas medidas deberán estar encaminadas específicamente a impedir enfermedades o lesiones o proporcionar cuidados a los enfermos y lesionados.” Además se declara que “deberán tenerse debidamente en cuenta las normas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud”. Véase también la declaración del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante ONUSIDA) y la OIM sobre las restricciones de viaje relacionadas con el VIH/SIDA, Ginebra, ONUSIDA/OIM, 2004; Comisión de las Naciones Unidas de Derecho Internacional. Expulsión de extranjeros. Memorando de la Secretaría, doc. A/CN.4/565, 2006, párr. 261 y párrs. 392 a 400. (En la nota se citan distintas leyes nacionales que enumeran defectos físicos, enfermedades o discapacidades mentales, o retraso mental como motivo válido para denegar la entrada o expulsar a un extranjero que padezca alguna enfermedad concreta). Véase también Human Rights Watch (2009), *Discrimination, Denial, and Deportation. Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*.

humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo”⁸⁹.

En el mundo actual, caracterizado por una movilidad internacional cada vez mayor, los riesgos para la salud pública que afectan a una zona geográfica concreta pueden adquirir rápidamente dimensiones internacionales⁹⁰. Ello quedó demostrado con la propagación por todo el mundo del virus de la gripe A (H1N1) en 2009, su detección, la respuesta frente a la pandemia y los niveles de sensibilización alcanzados⁹¹. Ya en el siglo XIV, durante la epidemia de peste que azotó a Europa, se reconoció que la salud pública puede verse afectada por la movilidad humana. Los sistemas reglamentarios de cuarentena, concebidos para contener la propagación de enfermedades infecciosas a través de los viajes, figuran entre los requisitos de entrada más antiguos exigidos en los puestos fronterizos y preceden a las leyes de inmigración. La coordinación de esfuerzos para poner freno a la transmisión de enfermedades, impulsada durante largos años a nivel internacional, tuvo su culminación en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), revisado en 2005⁹². El Reglamento establece que ninguna de sus disposiciones menoscabará los derechos de que gocen las personas en virtud de los acuerdos internacionales aplicables. En el Reglamento también se afirma que, cuando se apliquen medidas sanitarias, los Estados tratarán a los viajeros afectados “respetando su dignidad, sus derechos humanos y sus libertades fundamentales”⁹³.

Realización de exámenes médicos obligatorios a los migrantes

Los criterios sanitarios tradicionales aplicados con relación a la migración suelen centrarse en enfermedades específicas (principalmente enfermedades transmisibles importantes para la salud pública como la tuberculosis) que puedan estar asociadas con la llegada de migrantes⁹⁴. Los exámenes médicos, la cuarentena y el aislamiento de inmigrantes se han utilizado para evitar la posible introducción de amenazas para la salud⁹⁵. Algunos países que cuentan con programas de inmigración de larga data someten de forma sistemática a examen médico a los solicitantes de residencia permanente y a otras categorías de migrantes, como los estudiantes internacionales y los trabajadores migrantes, con objeto de descartar la presencia de determinadas enfermedades y afecciones⁹⁶. Esos exámenes o reconocimientos médicos pueden realizarse antes de la partida, al llegar a la frontera o en el país de destino, como sucede en el caso de los cambios de tipo de visado.

El argumento esgrimido con más frecuencia para justificar la realización de exámenes médicos sistemáticos y obligatorios a los solicitantes de visado es que éstos tienen por objeto garantizar que el proceso migratorio no suponga un riesgo para la salud de la población del país de destino. Los esfuerzos en ese ámbito se han centrado en el control de la transmisión transfronteriza de enfermedades infecciosas. La carga de morbilidad del proceso migratorio que afecta a la

⁸⁹ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 2. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también reafirmó la prohibición; Observación general N.º 14. Véanse también las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, E/CN.4/RES/1997/33, E/CN.4/RES/1999/49 y E/CN.4/RES/2001/51 sobre la protección de los derechos humanos en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

⁹⁰ B. Gushulak, J. Weekers and D.W. MacPherson. Migrants in a globalized world - health threats, risks, and challenges: An evidence-based framework, *Emerging Health Threats Journal*, publicado en línea, 31 de marzo de 2010.

⁹¹ M. A. Miller, C. Viboud, M. Balinska y L. Simonsen, The signature feature of influenza pandemics – Implications for policy, *New England Journal of Medicine*, 360:2595-2598; véase también, C. Fraser, C. A. Connelly CA, S. Cauchemez et al., Pandemic potential of a novel strain of influenza A(H1N1): Early findings, *Science*, 324:1557-1561.

⁹² OMS, Reglamento Sanitario Internacional, segunda edición (el Reglamento entró en vigor en 2007 y es jurídicamente vinculante para 194 países). Su objetivo es prevenir la propagación internacional de enfermedades y reducir, al mismo tiempo, las restricciones innecesarias a la libre circulación de personas. El Reglamento está disponible en http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf.

⁹³ *Ibíd.*, Art. 32.

⁹⁴ H. Blumberg, G. Migliori, O. Ponomarenko y E. Heldal, Tuberculosis on the move, *The Lancet*, 375:2127-2129.

⁹⁵ M. Cetron y P. Simone, Battling 21st-century scourges with a 14th-century toolbox. *Emerging Infectious Diseases Journal* 10(11): 2053-54. Disponible en www.cdc.gov/ncidod/eid/vol10no11/04-0797_12.htm.

⁹⁶ T.A. Arcury y S.A. Quandt, Delivery of health services to migrant and seasonal farm workers. *Annual Review of Public Health*, 28:345-363.

población migrante y el efecto que podría tener en los servicios de salud y los servicios sociales del país de destino también son motivo de preocupación. A ese respecto, la atención se ha centrado en las enfermedades crónicas que requieren tratamiento de forma prolongada, a menudo en países que disponen de sistemas nacionales de seguro médico financiados por el Estado. Varios países exoneran de los gastos asociados con esas exigencias y consideraciones médicas a los refugiados y a las personas que necesitan protección internacional, si bien en el caso de otras categorías ello podría determinar que se les impidiese migrar^{97,98,99,100}.

Algunos órganos especializados han censurado la realización de exámenes médicos obligatorios a los migrantes, al considerar que es una violación de los derechos humanos¹⁰¹. También se han cuestionado los argumentos que justifican tales exámenes, dada la complejidad y diversidad de los flujos migratorios contemporáneos y la posibilidad de que pueda haber enfermedades latentes, es decir, que pueden estar presentes y no producir síntomas. Los aspectos importantes de la migración relacionados con la salud pública se basan en la diversidad de las poblaciones migrantes y en los determinantes sociales que condicionan su salud, que van mucho más allá de los procesos jurídicos y temporales asociados a un cambio de residencia¹⁰².

Hay exámenes (como los ya mencionados) que podrían restringir los derechos humanos de una persona e incluso plantear cuestiones de índole ética y moral. Algunos ejemplos de tales prácticas son los reconocimientos médicos realizados a trabajadoras migrantes temporeras para detectar si están embarazadas y evitar que den a luz durante el período de vigencia de su contrato de trabajo, y las pruebas de ADN para determinar vínculos familiares a efectos de aplicar las políticas de inmigración^{103,104}.

En el caso de enfermedades muy infecciosas que representan una amenaza inminente para la salud de la población general, como el síndrome respiratorio agudo severo, la realización de exámenes en el momento de la partida podría ser una medida eficaz para proteger la salud pública¹⁰⁵. Los reconocimientos médicos, si se efectúan con la debida protección de los derechos humanos, y, en particular, si están respaldados por los oportunos servicios de salud con anterioridad y posterioridad a la llegada, así como por intervenciones comunitarias, pueden contribuir a atender las necesidades sanitarias de los migrantes y de la población de los países de destino.

⁹⁷ OIM, *Migration Health Service Medical Manual, 2001 Edition* (Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones, 2001).

⁹⁸ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), *Medical examinations of immigrants and refugees*. Disponible en www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/exams/medical-examination.html.

⁹⁹ Departamento Australiano de Inmigración y Ciudadanía, *Health Requirements for Visa Applicants*. Disponible en www.immi.gov.au/allforms/health-requirements/.

¹⁰⁰ Dirección de Fronteras del Reino Unido. *Health screening for Visa Application*. Disponible en www.ukvisas.gov.uk/en/howtoapply/tbscreening/; y Departamento de Ciudadanía e Inmigración del Canadá. *Guidelines about medical exams*. Disponible en www.cic.gc.ca/english/information/medical/index.asp.

¹⁰¹ Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Comité sobre los Trabajadores Migratorios), Observación general N° 1 sobre los trabajadores domésticos migratorios, CMW/C/GC/1, 23 de febrero de 2011, párr. 22.

¹⁰² H. Hogan, R. Coker *et al.*, Screening of new entrants for tuberculosis: Responses to port notifications. *Journal of Public Health*, 27:192-95; R. Coker, Compulsory screening of immigrants for tuberculosis and HIV. *British Medical Journal*, 328:298-300; B. Gushulak, K. Pottie *et al.* Migration and health in Canada: Health in the global village. *Canadian Medical Association Journal* 183(12):E952-8.

¹⁰³ J. Taitz, J. Weekers y D. Mosca D. DNA and immigration: The ethical ramifications. *Lancet*, 359:794.

¹⁰⁴ Human Rights Watch, *Exported and Exposed; Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates* (Nueva York, 2007).

¹⁰⁵ P. Spiro, The legal challenges SARS poses, *CNN FindLaw*, 29 April 2003. Disponible en <http://edition.cnn.com/2003/LAW/04/29/findlaw.analysis.spiro.sars>.

Recomendación núm. 200 de la OIT sobre el VIH y el Sida, 2010 (párrafos 25, 27 y 28)

“25. No deberían exigirse pruebas de detección del VIH ni otras formas de detección del VIH a los trabajadores, con inclusión de los trabajadores migrantes, las personas que buscan un empleo y los solicitantes de empleo.

27. Los países de origen, de tránsito o de destino no deberían exigir a los trabajadores, con inclusión de los trabajadores migrantes, las personas que buscan un empleo y los solicitantes de empleo, que revelen información personal relativa al VIH sobre sí mismos o sobre terceros. El acceso a esa información debería regirse por normas de confidencialidad compatibles con lo dispuesto en el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre la protección de los datos personales de los trabajadores, 1997, y en otras normas internacionales pertinentes sobre la protección de datos personales.

28. Los países de origen, de tránsito o de destino no deberían impedir la migración de trabajadores migrantes, o de trabajadores que deseen migrar por motivos de empleo, debido al estado serológico respecto del VIH, real o supuesto, de estas personas.”

Denegación de admisión, permanencia y residencia por motivos relacionados con el estado serológico respecto del VIH

Algunos países¹⁰⁶ imponen restricciones específicas de entrada, permanencia y residencia en su territorio en función del estado serológico respecto del VIH. Hay países que incluso llegan a prohibir la entrada a las personas VIH-positivas, con independencia del motivo y duración de su estancia. Además de discriminatorias, esas restricciones para viajar carecen de fundamento desde el punto de vista de la salud pública, pues el VIH no se trasmite mediante la mera presencia de una persona con VIH, ni por tener contacto fortuito con ella. Es más, tales medidas podrían disuadir a las personas afectadas de acudir a los servicios de lucha contra el VIH. Las personas afectadas por el VIH pueden tener vidas largas y productivas, y contribuir a la economía de los países de destino¹⁰⁷.

En 2008, el ONUSIDA creó el Equipo de trabajo internacional sobre las restricciones de viaje relacionadas con el VIH a fin de hacer ver la práctica discriminatoria de imponer restricciones a la entrada, permanencia y residencia por motivos relacionados con el VIH y ponerle fin. El equipo, integrado por gobiernos, miembros de la sociedad civil, redes de personas afectadas por el VIH y organizaciones internacionales, instó a los países a que velen por que las personas con VIH gocen de los mismos derechos en materia de libertad de movimiento y no discriminación^{108,109}.

En los últimos dos años, se han realizado progresos notables en la eliminación de las barreras que dificultan la migración de personas con VIH. Por ejemplo, en enero de 2010, los Estados Unidos de América eliminaron las restricciones de entrada por motivos relacionados con el VIH, poniendo fin a una política que llevaba aplicándose desde 1987¹¹⁰. Desde entonces, China y Namibia también han anulado restricciones similares^{111,112}.

¹⁰⁶ Para más información, véase la lista de países del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20110620_CountryList_TravelRestrictions_es.pdf.

¹⁰⁷ ONUSIDA y OIM, *Statement on HIV/AIDS-related Travel Restrictions* (Ginebra, 2004).

¹⁰⁸ ONUSIDA, Mapping of restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV, UNAIDS/09.20E/JC1727E, mayo de 2009. ONUSIDA (2009) *Denying Entry, Stay and Residence Due to HIV Status*, 3ª edición; y ONUSIDA (2008) *Informe del Equipo Internacional de Trabajo sobre Restricciones para Viajar relacionadas con el VIH: hallazgos y recomendaciones*, UNAIDS/09.19E/JC1715E.

¹⁰⁹ Grupo Europeo de Tratamiento del SIDA y Sociedad Internacional del SIDA. La Base de datos mundial sobre restricciones de viaje relacionadas con el VIH (Global Database on HIV-Related Travel Restrictions) es una iniciativa de la Federación Alemana contra el SIDA. Para más información sobre la base de datos mundial, véase www.hivtravel.org.

¹¹⁰ Human Rights Watch, US: Obama Announces End to HIV Travel Ban, 30 de octubre de. Disponible en enews/2009/10/30/us-obama-announces-end-hiv-travel-ban.

¹¹¹ OMS, La OMS elogia la decisión de China de levantar las restricciones de viaje para las personas infectadas por el VIH. Centro de prensa de la OMS, 27 de abril de 2010. Disponible en www.who.int

¹¹² ONUSIDA, Namibia elimina las prohibiciones para viajar a las personas que viven con el VIH, comunicado de prensa publicado el 8 de Julio de 2010. Disponible en unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/july/20100708prnamibia/.

El Secretario General de las Naciones Unidas insta a que se ponga fin a la discriminación contra las personas con VIH.

“Es vergonzoso que, seis decenios después de que se aprobara la Declaración [Universal de los Derechos Humanos], aún se discrimine a [...] personas con VIH. Esta situación no sólo hace que la infección por el virus se oculte y se propague sigilosamente; es igualmente importante el hecho de que constituye una afrenta para nuestra común humanidad. [...] Exhorto a que, en todo el mundo se modifiquen las leyes que perpetúan la estigmatización y la discriminación, incluidas las restricciones a los viajes de las personas con VIH.”

(Ban Ki-Moon, Secretario General de las Naciones Unidas, Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el SIDA, junio de 2008).

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos declara que las restricciones para viajar de las personas con VIH son discriminatorias.

En una sentencia histórica en el caso Kiyutin contra Rusia, dictada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en 2011, el mencionado tribunal declaró que la negativa a conceder el permiso de residencia a un ciudadano extranjero por razones relacionadas únicamente con el VIH supone un acto de discriminación ilegal. Se trata de la primera vez que el tribunal de Estrasburgo reconoce de forma expresa la protección de que gozan las personas con VIH en virtud del artículo 14 (no-discriminación) del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Además, ésa fue la primera vez que un órgano jurisdiccional internacional o regional declaró que las restricciones a la entrada y residencia por motivos relacionados con el VIH eran intrínsecamente discriminatorias y, por tanto, ilegales.

(Asunto Kiyutin contra Rusia, 2700/10, TEDH, sentencia de 10 de marzo de 2011).

3.2 Desplazamiento y tránsito

El viaje migratorio afecta directamente la salud de gran cantidad de migrantes. Los riesgos para la salud de esta fase del proceso migratorio son particularmente importantes para los migrantes en situación irregular, los refugiados y los desplazados. Las amenazas físicas y ambientales, el hambre, la falta de acceso a servicios básicos y la exposición a la violencia (incluida la violencia sexual) y a los traumas psicológicos, a menudo acompañan los movimientos de los migrantes, algunos de los cuales viajan durante largos períodos de tiempo hasta llegar a un lugar seguro. De hecho, esta fase del proceso migratorio conlleva un alto riesgo de mortalidad y morbilidad, en fronteras tanto terrestres como marítimas¹¹³. Los migrantes expuestos a un mayor riesgo – mujeres, niños, víctimas de trata y personas pobres – son los más desfavorecidos.^{114,115}

¹¹³ Human Rights Watch (2009) *Hostile Shores: Abuse and Refoulement of Asylum Seekers and Refugees in Yemen*, Nueva York; OIM (2008), *La migración irregular del África Occidental hacia el Magreb y la Unión Europea: Panorama general de las tendencias recientes*, Serie de estudios de la OIM sobre la migración No. 32; Médicos sin Fronteras, (2009) *Sin refugio, acceso denegado: necesidades médicas y humanitarias de los zimbabwenses en Sudáfrica*.

¹¹⁴ A. Tsutsumi, T. Izutsu, A.K. Poudyal et al, Mental health of female survivors of human trafficking in Nepal. *Social Science & Medicine*, 66:1841-47.

¹¹⁵ Grupo de Trabajo Inter-Agencia sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (Washington, DC, 2010). Disponible en www.iawg.net/IAFM%202010.pdf.

Riesgos para la salud relacionados con el desplazamiento

“Una niña de 16 años cruzó la frontera sudafricana procedente de Zimbabue con sus dos tías y con cuatro hombres. Cuando el grupo llegó a una granja a unos 30 kilómetros al sur de Musina, durmieron al aire libre. Al amanecer, sufrieron una emboscada a manos de un grupo de bandas violentas e infames conocidas como *guma-gumas*. La niña echó a correr, pero tropezó y cayó. Entonces uno de los *guma-gumas* la registró y le quitó el dinero. A continuación, la violó de forma violenta, lastimándole los genitales. La niña resultó infectada con una enfermedad de transmisión sexual. No puede sentarse erguida y casi no puede andar. Ha tenido una falta del período menstrual y podría estar embarazada a consecuencia de la violación. La niña decía que no podía acudir al hospital por miedo a ser deportada”.

(Hjalmarsson S. (2009). Enfermera y coordinadora de proyectos de MSF en Musina (Sudáfrica). Médicos sin Fronteras, “Sin refugio, acceso denegado: necesidades médicas y humanitarias de los zimbabwenses en Sudáfrica”).

Detención de inmigrantes

El término “detención” hace referencia a la restricción de la libertad de movimiento de un individuo por autoridades gubernamentales, normalmente impuesta mediante un confinamiento forzado. Existen dos tipos de detención: la detención penal, que se utiliza para castigar un delito ya cometido, y la detención administrativa, que se utiliza para garantizar la aplicabilidad de otra medida administrativa, como la deportación. En muchos Estados, los migrantes son sometidos a detención administrativa, incluso mientras esperan una decisión en relación con su admisión o expulsión del país de destino, o una resolución sobre su solicitud de asilo¹¹⁶.

Los migrantes detenidos podrían ver vulnerados sus derechos a la alimentación y la salud. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la antigua Relatora Especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, Gabriela Rodríguez Pizarro, a los migrantes detenidos les asiste el derecho a una alimentación suficiente y aceptable desde el punto de vista cultural¹¹⁷.

La detención prolongada de solicitantes de asilo se ha asociado a problemas de salud mental¹¹⁸. El Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes ha señalado que “frecuentemente se descuida la salud mental y física de los migrantes retenidos. No siempre hay médicos y enfermeros disponibles y es posible que éstos no estén facultados para tratar debidamente a sus pacientes, entre otras cosas, cuando necesitan ser hospitalizados. Además, no todos los centros de detención ofrecen servicios de atención de salud reproductiva a las mujeres, especialmente las mujeres embarazadas. Las deficientes condiciones de detención pueden constituir un trato inhumano o degradante y aumentar el riesgo de que además se infrinjan derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la salud, a la alimentación, al agua potable y al saneamiento.”¹¹⁹

¹¹⁶ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, 3 de junio de 2010, A/HRC/14/20/Add.4, párrs. 82-99. Disponible en www.ilpa.org.uk/data/resources/14148/12.01.30-ILPA-to-UN-Special_Rapporteur_Human_rights_migrants-detention.pdf.

¹¹⁷ E/2010/89, párr. 44 y E/CN.4/2003/8, párr. 53.

¹¹⁸ K. Robjant y R. Hassan R, Mental health implications of detaining asylum seekers: a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194:306-312.

¹¹⁹ Informe del Relator especial sobre los derechos humanos de los migrantes, François Crepeau, 2 de abril de 2012, A/HRC/20/24, párrs. 25 y 26.

Repercusiones sanitarias de la detención de los migrantes

En los centros de detención o de acogida de inmigrantes de toda Europa, muchos niños y adultos jóvenes se han suicidado, y otros muchos se han autolesionado. La desatención de las necesidades físicas y psicológicas es uno de los factores que contribuye a estas tragedias.

(European Race Audit (2010), Accelerated removals: A Study of the Human Cost of EU Deportation Policies).

Además, algunos países detienen y deportan a migrantes VIH-positivos y a migrantes embarazadas, lo que genera toda una serie de problemas de salud y de derechos humanos^{120, 121}.

Habida cuenta del elevado riesgo de que se produzcan violaciones de los derechos humanos durante el período de detención, los mecanismos internacionales de derechos humanos instan a los Estados a que utilicen la detención de inmigrantes como último recurso y a que estudien con interés la posibilidad de utilizar medidas no privativas de libertad en un primer momento. El Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre la Detención Arbitraria ha expresado su preocupación en relación con la detención de inmigrantes:

“...considera que la detención de inmigrantes debería suprimirse gradualmente. Los migrantes en situación irregular no han cometido ningún delito. La penalización de la migración irregular sobrepasa el interés legítimo de todo Estado de proteger su territorio y reglamentar la corriente regular de migrantes.

En el caso de recurrir a la detención administrativa, habrá que hacerlo como último recurso, de acuerdo con el principio de proporcionalidad, en el marco de estrictas limitaciones legales y previendo las debidas salvaguardias judiciales. [...]

Durante sus misiones a los países, el Grupo de Trabajo presenció a veces situaciones en las que las personas detenidas vivían en condiciones inadmisiblemente inferiores a la norma, en instalaciones saturadas, que afectaban a la salud, incluida la salud mental, de los migrantes irregulares, solicitantes de asilo y refugiados y aumentaban el riesgo de sufrir toda una serie de violaciones de sus derechos humanos, entre ellos sus derechos económicos, sociales y culturales.”¹²²

¹²⁰ H. Venters, J. McNeely y A. Keller, HIV screening and care for immigration detainees, *Health and Human Rights*, 11(2):89-100.

¹²¹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Denying Entry, Stay and Residence Due to HIV Status*. Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok), que complementan las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos establecen que se tendrán en cuenta las necesidades concretas de las mujeres detenidas, entre otras cosas, los recintos destinados al alojamiento de las reclusas deberán contar con las instalaciones y artículos necesarios para satisfacer las necesidades de higiene propias de su género; el reconocimiento médico de las reclusas comprenderá un examen exhaustivo a fin de determinar, entre otras cosas, las necesidades de atención de salud mental, incluidos el trastorno postraumático del estrés y el riesgo de suicidio o de lesiones autoinfligidas; el historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos; y el abuso sexual y otras formas de violencia que se hayan sufrido antes del ingreso.

¹²² Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, *Informe del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria*, Sr. El Hadji Malick Sow, A/HRC/13/30, 15 de enero de 2010, párrs. 58-65.

Respetar los derechos de los migrantes al tiempo que se gestionan las fronteras y la salud pública



Entre 2007 y 2010, la Oficina de la OIM en Bruselas estuvo a cargo de un proyecto para mejorar la salud pública en centros de detención y zonas fronterizas a lo largo de la frontera oriental de la Unión Europea (titulado en inglés “Increasing Public Health Safety Alongside the New Eastern European Border Line”). El proyecto tenía como objetivo minimizar los riesgos para la salud pública, capacitar al personal encargado del control fronterizo y la salud pública, y contribuir a que los migrantes ejercieran su derecho a la salud.

Como parte del proyecto, se elaboró una serie de directrices sobre la salud de los inmigrantes detenidos dirigidas principalmente a funcionarios de fronteras y profesionales de la salud. Las directrices proporcionan recomendaciones específicas sobre cómo:

- mejorar las condiciones de vida de los migrantes alojados en centros de detención que puedan afectar a su salud física y mental;
- tratar de resolver los problemas de salud ocupacional de los funcionarios de fronteras e inmigración que trabajan en centros de detención de inmigrantes;
- mejorar el acceso de los migrantes detenidos a la atención de salud.

(OIM y Escuela Andaluza de Salud Pública (2010) Guidelines for Border Management and Detention Procedures involving Migrants: A Public Health Perspective).

3.3 Comunidades de destino

El grado de vulnerabilidad en que se encuentran los migrantes en las comunidades de destino depende de una serie de factores que abarcan desde su situación jurídica, a las condiciones generales de vida y de trabajo. Esos factores también afectan al acceso de los migrantes a los servicios de salud. A medida que las sociedades han ido haciéndose cada vez más multiculturales y multiétnicas, se ha visto afectada la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios asequibles, accesibles y de calidad, que tengan en cuenta las necesidades de los migrantes¹²³. Los gobiernos y los proveedores de servicios de salud han de desempeñar un papel fundamental a la hora de reorientar las competencias de los profesionales de la salud pública para mejorar la salud de la población en su conjunto¹²⁴.

Salud y seguridad ocupacionales

Muchos trabajadores migrantes están empleados en sectores peligrosos y de alto riesgo como la minería, la agricultura y la construcción. Esos trabajos suelen comportar jornadas laborales largas y un arduo esfuerzo físico, lo que puede provocar cansancio e aumentar el riesgo de sufrir accidentes ocupacionales¹²⁵.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que la accidentabilidad ocupacional es más elevada entre los trabajadores migrantes que entre los nacionales. En 2009, la Oficina de Empleo en el

¹²³ Para más información, véase la evaluación de los sistemas de salud y el derecho a la salud de 194 países realizada en 2008 y publicada en *Lancet*, disponible en www.who.int/medicines/areas/human_rights/Health_System_HR_194_countries.pdf.

¹²⁴ D. McDaid, S. Merkur, P. Mladovsky, L. Kossarova y A. Sato, Migration and health: a dynamic challenge for Europe, *Eurohealth* 16(1):i.

¹²⁵ M. Flyvholm, Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade, *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, 14(2):46-47 (Helsinki, 2011). Disponible en www.ttl.fi/en/publications/electronic_journals/barents_newsletter/Documents/BarentsNewsletter2_2011.pdf.

Extranjero de Sri Lanka recibió 12.061 denuncias de trabajadores migrantes en el extranjero, de las que 2.594 (17%) estaban relacionadas con enfermedades y acoso. Durante el mismo período, también se denunció la muerte de 333 trabajadores de Sri Lanka¹²⁶. Otro estudio realizado en Austria puso de relieve que alrededor del 30% de los trabajadores migrantes corrían un riesgo elevado de sufrir accidentes y lesiones ocupacionales, frente al 13% de los trabajadores austríacos¹²⁷. En Dinamarca, los datos de la Oficina de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales indican una frecuencia de las enfermedades del aparato locomotor relativamente más elevada entre la población inmigrante que en el resto de la población danesa. Esas diferencias pueden explicarse, en gran medida, por el hecho de que los inmigrantes realizan principalmente trabajos donde el riesgo de sufrir lesiones y enfermedades ocupacionales es elevado. En el caso de los inmigrantes que trabajan en el sector de los servicios de limpieza, se halló que la falta de comprensión del danés es el problema que más afecta a la seguridad y la salud en el trabajo¹²⁸.

Por lo general, los migrantes, en especial si están en situación irregular, trabajan en condiciones peligrosas por miedo a hacerse notar y perder su empleo o ser deportados. Tampoco suele permitirse que se organicen en sindicatos o se afilien a ellos, lo que dificulta su capacidad para plantear problemas relativos a sus condiciones de salud y seguridad en el lugar de trabajo.

Riesgos para la salud de los trabajadores migrantes en los Estados Unidos de América

“Los riesgos ocupacionales para la salud son otro problema importante que afecta gravemente a quienes emigran a los Estados Unidos... Los accidentes laborales son uno de los mayores problemas a que se enfrentan los inmigrantes, ya que realizan trabajos peligrosos que nadie más está dispuesto a hacer y no están protegidos por ningún seguro, pues sus empleadores no les ofrecen esa posibilidad”.

(Xóchitl Castañeda, Directora de la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California (Semana Binacional de Salud, octubre de 2010).

Mejorar los conocimientos de los migrantes sobre las normas de seguridad y salud en el trabajo en el sector de los servicios de limpieza en Dinamarca

El centro nacional danés de investigación del entorno laboral puso en marcha un proyecto trienal (2007-2010) con el fin de idear y aplicar métodos e instrumentos prácticos para informar a los inmigrantes que trabajan en el sector de la limpieza sobre los riesgos a que se exponen, dado que a esos inmigrantes puede no resultarles fácil obtener información detallada sobre las normas de seguridad y salud en el trabajo. Las intervenciones emprendidas se basaron en la experiencia y los conocimientos adquiridos mediante estudios de campo, en que dos antropólogos observaron a los participantes e hicieron entrevistas semiestructuradas al personal de limpieza inmigrante. Los directivos de las empresas de servicios de limpieza señalan que en general hay problemas de comunicación, en particular a la hora de dar instrucciones a los inmigrantes.

(Flyvholm M. (2011): Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade, 14 Barents Newsletter on Occupational Health and safety, págs. 46-47, disponible en www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/nyheder/arkiv/2007/new-research-project-less-attribution-among-immigrants-in-the-cleaning-trade).

¹²⁶ Oficina de Empleo en el Extranjero de Sri Lanka, *Annual Statistical Report of Foreign Employment* (Colombo, 2009).

¹²⁷ Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofond), *Employment and Working Conditions of Migrant Workers* (Dublín, 2007).

¹²⁸ M. Flyvholm 2011, op. cit., Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade, *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, 14(2):46-47.

Además de los riesgos ocupacionales, los trabajadores migrantes que retornan han denunciado repetidamente la explotación sexual en el lugar de trabajo¹²⁹. En los centros de trabajo del país de destino no suele abordarse el problema del acoso sexual. Las mujeres temen que se tomen represalias, por ejemplo, cuando están en juego sus ingresos y el de los miembros de su familia que están a su cargo. Sus exiguos recursos económicos y su reducida capacidad de negociación hacen que las trabajadoras víctimas de acoso sexual tengan pocas posibilidades de poner remedio a su situación¹³⁰.

Acoso sexual de los trabajadores domésticos migrantes

En su informe de 2010, el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Jorge Bustamante, se refirió al problema del acoso sexual y de los abusos sufridos por los trabajadores domésticos migrantes. En él advertía que “las trabajadoras migrantes en el servicio doméstico representan uno de los grupos más vulnerables de trabajadores de esta categoría. Parece existir un patrón generalizado de abusos físicos, sexuales y psicológicos de los trabajadores migrantes del servicio doméstico, y también están a menudo expuestos a amenazas tanto de salud como de seguridad, sin que se les proporcione información adecuada sobre los riesgos y las precauciones. Además, son tanto más vulnerables cuanto que se carece de mecanismos jurídicos nacionales que reconozcan o protejan sus derechos. Por consiguiente, suelen quedar excluidos del seguro de salud y de otras importantes protecciones sociales y laborales.” En su Observación general N°1 sobre los trabajadores domésticos migrantes, el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares también puso de relieve la situación de vulnerabilidad de estos trabajadores^{131,132}.

(Véase el Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes, Jorge Bustamante A/HRC/14/30, 16 de abril de 2010, párr. 30).

Falta de conocimiento y de información sobre derechos y servicios

Incluso en los casos en que la legislación nacional garantiza el acceso a los servicios de salud, la falta de conocimiento de los migrantes y de los profesionales de la salud de los derechos de este grupo de población y de las prestaciones a que tienen derecho podría dificultar que los migrantes utilicen los servicios sanitarios y, por tanto, que no puedan ejercer su derecho a la salud. En muchos países, la existencia de una educación para la salud insuficiente y la falta de información sobre los servicios disponibles son dos de las principales razones por las que los migrantes no utilizan con eficacia los servicios de salud preventiva y no siguen adecuadamente los tratamientos.

Distintos estudios realizados en diferentes países de Europa Occidental ponen de manifiesto que las tasas de mortalidad y morbilidad maternoinfantil son superiores entre las mujeres inmigrantes que entre las de las comunidades de destino¹³³. Algunas de las razones que explican tal disparidad son un conocimiento menor de los servicios y las prestaciones a que tienen derecho, y la consiguiente no utilización de servicios como la atención prenatal y postparto, y el suministro de anticonceptivos. En Portugal, donde el servicio de atención primaria se ofrece

¹²⁹ Human Rights Watch, *Informe Mundial 2010*, (pág. 346 de su versión en inglés) (Nueva York, 2010).

¹³⁰ K. Embrey Coming up on the season: Migrant farmworkers in the Northeast. *Resources for Teachers Grade, Cornell Migrant Program*. Disponible en www.migranthealth.org/index.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=30

¹³¹ Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, Observación general N° 1 sobre los trabajadores domésticos migratorios, CMW/C/GC/1, 23 de febrero de 2011, párr. 1.

¹³² Informe presentado por la Federación Internacional de Derechos Humanos al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) sobre la situación de los trabajadores domésticos migratorios en Bahrein, disponible en www.fidh.org/IMG/pdf/bchrbahrain42.pdf; informe sobre la situación de las trabajadoras migratorias en los Emiratos Árabes Unidos del Foro sobre los migrantes en Asia presentado al CEDAW, disponible en www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/MigrantForumAsia_UAE_45.pdf.

¹³³ M. Ackerhans y F. Staugard F. (eds.), *Health issues of minority women living in Europe*, informe de la reunión celebrada en Göteborg (Suecia), 11-12 de noviembre de 1999, (Bruselas, Comisión Europea, 2000).

a toda la población, se llevó a cabo un estudio sobre el estado de salud y la situación social de los recién nacidos en dos comunidades con altos índices de población migrante. El estudio puso de relieve la existencia de niveles de morbilidad maternoinfantil más elevados y un uso más frecuente del servicio de urgencias hospitalarias. Esos datos indican que es necesario dirigirse a los migrantes para informarles de los servicios de salud disponibles y de cómo utilizarlos correctamente¹³⁴.

Obstáculos jurídicos al acceso a los servicios de salud

La situación jurídica es uno de los factores más importantes que determinan el grado de acceso de los migrantes a los servicios de salud de un país. Las leyes y las políticas que impiden el acceso de los migrantes a los servicios sociales, incluidos los servicios de salud, suelen partir de la base de que al contribuyente le resultaría muy oneroso sufragar los gastos sanitarios de toda la población, es decir, incluidos los de los migrantes irregulares. También existe la idea de que excluir a ese grupo concreto de las prestaciones sociales disuadirá flujos futuros de migración irregular. No obstante, no hay datos empíricos que apoyen ese argumento.

Pese a todo, en los últimos años una serie de países ha seguido defendiendo ese razonamiento equivocado y ha impedido el acceso a los servicios sociales y los servicios de salud, incluso a los migrantes en situación regular.

Según la legislación de derechos humanos, los gobiernos están obligados a promover y garantizar el derecho a la salud de toda persona que se encuentre en su territorio. No obstante, en la práctica, muchos países siguen limitando el acceso de los migrantes en situación irregular a los servicios de salud¹³⁵. En esos países, los migrantes irregulares pueden tener derecho a recibir atención de urgencia, si bien hay países que únicamente prestan atención sanitaria para tratar enfermedades agudas si el migrante corre con los gastos, por lo que muchos de ellos son reacios a acudir al médico o retrasan el tratamiento hasta que están gravemente enfermos¹³⁶. Como ya se ha dicho, ofrecer a la población migrante únicamente servicios de urgencias carece de justificación no sólo desde el punto de vista de los derechos humanos, sino también desde la perspectiva de la salud pública.

Los estudios realizados han puesto de manifiesto que, en algunos casos, los migrantes, en especial, quienes están en situación irregular, tratan de resolver sus problemas de salud bien automedicándose o recurriendo a la asistencia no profesional prestada por personas no profesionales de su propia comunidad¹³⁷.

¹³⁴ Machado M *et al.* Equal or different? Provision of maternal and child health care to an immigrant population. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisboa, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009.

¹³⁵ En 2010 Médicos del Mundo y la Red HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network) presentaron una declaración con el fin de promover el acceso no discriminatorio a servicios de salud en la UE. Más de 140 organizaciones han firmado esa declaración, incluidas siete organizaciones sanitarias europeas. Para consultar sus peticiones, véase el sitio web de la Red HUMA: www.huma-network.org/Activities-of-the-network/European-declaration.

¹³⁶ Plataforma para la Cooperación Internacional para Inmigrantes Indocumentados (PICUM), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (2007). Disponible en http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.

¹³⁷ Barimah K. & van Teijlingen E. (2008) The use of traditional medicine by Ghanaians in Canada. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 8.

Recomendaciones del Parlamento Europeo con relación a la adopción de medidas en favor de los grupos desfavorecidos para reducir las desigualdades sanitarias

En 2008, el Parlamento Europeo hizo una serie de recomendaciones concretas a los Estados miembros de la Unión Europea para combatir las extendidas desigualdades sanitarias y dar respuesta a los problemas de salud de los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes irregulares. Entre esas recomendaciones pidió:

- “...a la Comisión y a los Estados miembros que intensifiquen sus esfuerzos por resolver las desigualdades socioeconómicas, lo que permitirá en última instancia reducir algunas de las desigualdades en materia de asistencia sanitaria; pide, además, a la Comisión y a los Estados miembros, sobre la base de los valores universales de dignidad humana, libertad, igualdad y solidaridad, *que centren su atención en las necesidades de los grupos vulnerables, incluidos los grupos migrantes desfavorecidos y las personas pertenecientes a minorías étnicas;*
- ...a los Estados miembros *que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los migrantes indocumentados, tienen derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfrutan de él en la práctica;* pide a los Estados miembros que examinen la viabilidad de apoyar la asistencia sanitaria para los migrantes en situación irregular, a través de una definición, basada en principios comunes, de los elementos básicos de dicha asistencia tal y como se encuentran definidos en sus respectivas legislaciones nacionales;
- ... a los Estados miembros *que tengan en cuenta las necesidades específicas de protección de la salud de las mujeres inmigrantes, y que se aseguren en particular de que los sistemas sanitarios prestan servicios adecuados de mediación lingüística;* recuerda que dichos sistemas deberían desarrollar iniciativas de formación que permitieran a los médicos y otros profesionales adoptar un enfoque intercultural basado en el reconocimiento y el respeto de la diversidad y en la sensibilidad hacia personas originarias de diferentes regiones geográficas; pide, asimismo, que se conceda prioridad a las medidas y las campañas de información dirigidas a combatir la mutilación genital femenina, de tal forma que se contemplen sanciones severas para quienes la practiquen.”

(Resolución del Parlamento Europeo, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE, 2010/2089(INI) párrs. 4 a 6). (Sin cursiva en el original).

El Consejo de Europa adopta una recomendación sobre movilidad, migración y acceso a atención de salud

En noviembre de 2011, el Comité de expertos del Consejo de Europa adoptó la Recomendación CM/Rec (2011)13 sobre movilidad, migración y acceso a atención de salud.

El Comité recomienda a los Gobiernos de los Estados miembros, teniendo debidamente en cuenta sus estructuras nacionales, regionales o locales específicas y sus respectivas competencias, y en colaboración con cualesquiera otras organizaciones que trabajan para mejorar, mantener y restablecer la salud, que:

- i. de conformidad con la legislación nacional sobre la recopilación y uso de datos personales, recojan información sobre las características demográficas, sociales, educativas y económicas de los migrantes y su situación jurídica en el país de acogida;
- ii. realicen un seguimiento sistemático del estado de salud de los migrantes e investiguen las causas de las discrepancias;
- iii. examinen todas las políticas y prácticas que afectan a las condiciones de vida y de trabajo de los migrantes, con el fin de reducir al mínimo los riesgos para su salud;
- iv. teniendo en cuenta la organización, los principios generales y la capacidad financiera del sistema de seguridad social del Estado miembro de que se trate, ofrezcan a los migrantes derechos y prestaciones adecuadas que les permitan utilizar los servicios de salud y vele por que esas prestaciones y derechos se conozcan y respeten;
- v. promuevan entre los migrantes el conocimiento de cuestiones relativas a la salud y el sistema sanitario, y adopten las medidas necesarias para mejorar el acceso a los servicios de salud;
- vi. hagan lo necesario para superar las barreras lingüísticas mediante la adopción de medidas adecuadas, inclusive mediante servicios de interpretación y ofreciendo acceso a material informativo traducido cuando sea necesario;
- vii. mejoren la adaptación de las prestaciones de servicios de salud a las necesidades, la cultura y la situación social de los migrantes;
- viii. mejoren la integración de la atención de salud con otros servicios sociales dirigidos a los migrantes;
- ix. promuevan programas adecuados de capacitación y educación;
- x. estimulen la investigación de calidad de todos los aspectos de los servicios de salud dirigidos a los migrantes;
- xi. armonicen los esfuerzos para promover la salud de los migrantes a nivel europeo;
- xii. fomenten una relación más estrecha entre los migrantes y los servicios de salud e impliquen a los migrantes en todas las actividades relacionadas con su salud;
- xiii. faciliten la más amplia difusión posible de la presente recomendación y su exposición de motivos, acompañados de una traducción cuando proceda;
- xiv. adopten las medidas necesarias para aplicar las directrices contenidas en el apéndice de la presente recomendación, en colaboración con los profesionales de la salud, los colegios profesionales y todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en la salud de los migrantes.

(Recomendación CM/Rec(2011)13 del Comité de Ministros sobre movilidad, migración y acceso a atención de salud dirigida a los Estados Miembros. La recomendación fue adoptada por el Comité de Ministros el 16 de noviembre de 2011 en la 1126ª reunión de los Delegados de Ministros. Disponible en: <http://bit.ly/rKs2YD>).

No es habitual que los servicios de atención primaria sean la puerta de acceso de los migrantes al sistema sanitario del país de destino, sobre todo si están en situación irregular. Lo normal es que los migrantes, en particular quienes están en situación irregular, sean derivados a ONG o a proveedores privados, creándose de esa forma sistemas sanitarios paralelos. Algunos ejemplos de las citadas ONG y proveedores privados de servicios de salud que cabe mencionar son el Centro

de Migrantes de Cáritas en el Líbano, que utiliza dispensarios móviles para prestar asistencia sanitaria gratuita y ofrece seguros médicos gratuitos a grupos vulnerables¹³⁸, y Médicos sin Fronteras de Sudáfrica, que presta servicios de atención primaria a migrantes zimbabuenses en la ciudad fronteriza de Musina y en Johannesburgo, donde viven muchos migrantes en situación regular e irregular¹³⁹. Si bien, en ocasiones, los migrantes pueden tener preferencia por los servicios comunitarios que ofrecen organizaciones en que confían, su utilización podría poner en peligro la continuidad y calidad de la atención de salud, supone una carga considerable para las ONG y podría hacer que los servicios públicos eludieran las obligaciones que les impone la ley.

Un factor importante que puede disuadir a los migrantes irregulares – y a sus familiares, independientemente de cuál sea su situación jurídica – de solicitar atención sanitaria y tratamiento médico es el temor de que los proveedores de servicios de salud puedan mantener contacto con las autoridades de inmigración¹⁴⁰. De existir, tales vínculos comprometerían la obligación de respetar el derecho a la intimidad de las personas que solicitan asistencia sanitaria de todo profesional de la salud. Además, esa relación iría en contra del deber ético y la obligación irrenunciable que tienen los profesionales de ofrecer a sus pacientes la mejor atención posible. Para evitar situaciones como estas, algunos países han promulgado leyes que prohíben las denuncias. Por ejemplo, el artículo 35.5 de la ley unificada sobre la inmigración y la situación jurídica de los extranjeros en Italia establece que el acceso a los servicios de salud por ciudadanos extranjeros que incumplan con la normativa en materia de residencia no dará lugar a denuncia ante las autoridades, salvo en los casos en que tal denuncia sea obligatoria, estando en ese sentido los extranjeros en igualdad de condiciones que los ciudadanos italianos¹⁴¹.

Prestación de asistencia médica a migrantes indocumentados en Corea

En marzo de 2012, el gobierno municipal de Seúl (Corea) anunció que ofrecería asistencia sanitaria a los trabajadores migrantes indocumentados de Seúl que no tuvieran derecho a seguridad social ni a un seguro médico. La asistencia incluirá los gastos de cirugía y los hospitalarios (hasta cierto límite), así como los servicios de interpretación y enfermería durante un máximo de un mes, en función del estado del paciente. Cabe esperar que los servicios de enfermería estén disponibles, además de en coreano, en idiomas como el chino, el tailandés y el mongol. Esas medidas encuentran su justificación en el hecho de que el gobierno reconoce que los trabajadores migrantes indocumentados contribuyen a la economía de Corea y, por tanto, también deben beneficiarse de las prestaciones sanitarias, con independencia de que estén, o no, en situación irregular.

**Lee Woo-Young, "Medical support for undocumented migrants", The Korea Herald, 7 de marzo de 2012. Disponible en www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120307001296.*

Barreras lingüísticas al acceso a los servicios de salud

Las barreras lingüísticas afectan negativamente el acceso a la atención de salud y los servicios de prevención, a la observancia de los tratamientos y a su oportuno seguimiento. Por ejemplo, cuando un paciente migrante describe sus síntomas los malos entendidos y las traducciones incorrectas pueden provocar retrasos en el tratamiento, errores clínicos e incluso la muerte.

¹³⁸ OIT, Luckanachai N. & Rieger M. (2010) *A Review of International Migration Policies*. Programme for the Study of Global Migration, Graduate Institute of International and Development Studies, Ginebra.

¹³⁹ Médicos sin Fronteras, *Sin refugio. Acceso denegado, No Refuge, Access Denied: Medical and Humanitarian Needs of Zimbabweans in South Africa*, pág. 12. <http://www.msf.org.za/msf-publications/no-refuge-access-denied-medical-and-humanitarian-needs-zimbabweans-south-africa>.

¹⁴⁰ Wolff H. & Epiney M. (2008) Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8:93.

¹⁴¹ Véase el artículo 35 del Decreto de ley N.º. 286 de 25 de julio de 1998 (Decreto Legislativo n. 286, 25 Luglio 1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Supplemento Ordinario n. 139).

Desde el punto de vista de los derechos humanos, una comunicación precisa, si es necesario mediante el uso de intérpretes profesionales, es esencial a la hora de obtener el consentimiento del paciente para realizar intervenciones sanitarias, administrar un tratamiento, y garantizar la confidencialidad y la protección de la información relativa a la salud del paciente¹⁴².

En la octava conferencia de ministros europeos de salud sobre desplazamientos humanos, derechos humanos y retos para los sistemas de salud, celebrada en 2007, se adoptó la Declaración de Bratislava. La Declaración recomendó de forma explícita la eliminación de las barreras lingüísticas al acceso de los migrantes a la salud pública.

En el informe de la Comisión Europea titulado “Quality and fairness of acces to health services” (Calidad y equidad de acceso a los servicios de salud) se considera específicamente que las diferencias lingüísticas son una dificultad grave a que se enfrentan los migrantes en su relación con los proveedores de salud¹⁴³. Así por ejemplo, en una encuesta realizada entre los servicios de salud de Oslo se puso de manifiesto que los profesionales sanitarios suelen recurrir a la solución más accesible para comunicarse con sus pacientes, es decir, utilizan a los familiares y amigos de los pacientes como intérpretes, aunque no dominen el noruego¹⁴⁴.

Supresión de las ayudas destinadas a sufragar servicios de interpretación y traducción en el sistema de salud holandés

En 2011, los Países Bajos suprimieron las ayudas destinadas a sufragar los servicios de interpretación y traducción en la sanidad pública, pese a los esfuerzos por impedirlo de profesionales sanitarios, organizaciones intergubernamentales y ONG. Esas personas y organizaciones aconsejaron al gobierno holandés que no suprimiera esos importantes servicios, dado que la medida reduciría el acceso de los migrantes a una sanidad adecuada y, por consiguiente, aumentaría los riesgos para la salud humana, en particular la de los migrantes. Señalaron que la supresión de las ayudas destinadas a sufragar los servicios de interpretación y traducción afectaría sobre todo a los migrantes pobres, en especial a quienes acababan de llegar al país y todavía no se habían integrado totalmente, o no hablaban holandés, y no estaban familiarizados con el sistema de salud del país. También subrayaron que una comunicación deficiente podría dar lugar a errores de diagnóstico, consultas inútiles, reconocimientos innecesarios y tratamientos incorrectos. Además, los migrantes que no hablaban holandés postergaban su visita al médico todo lo que podían, lo que puede tener consecuencias adversas para el individuo y para la salud pública

(Para más información véase http://mighealth.net/nl/index.php/Decision_of_Dutch_Ministry_of_Health_to_abolish_subsidies_for_translation_and_interpretation).

Barreras culturales al acceso a los servicios de salud

La prestación de servicios sanitarios fundamentada en la diversidad cultural, también conocida como “atención de salud culturalmente competente” o “atención sanitaria receptiva a la diversidad cultural”, es la capacidad de los profesionales sanitarios de reconocer su propio bagaje cultural, así como sus prejuicios y normas culturales profesionales, y de incorporar los conocimientos y competencias interpersonales necesarias para la atención de pacientes

¹⁴² Flores G. (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3):255-299; Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina para la Salud de las Minorías (2000) *Assuring Cultural Competence in health Care: Recommendations for National Standards*, disponible en http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring_Cultural_Competence_in_Health_Care-1999.pdf.

¹⁴³ Huber, M., Stanicole A., Bremner J. y Wahlbeck K (2008) *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Luxemburgo.

¹⁴⁴ Dirección Nacional de Salud de Noruega (2009) *Migration and Health: Challenges and Trends*. Oslo; Lewis G. (ed) *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH) (2007) Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2003-2005*, Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. Londres.

procedentes de distintos entornos culturales. En el contexto de la migración, la competencia cultural implica estar familiarizado con las cuestiones sanitarias, sociales, culturales, religiosas y de género relacionadas con la experiencia de los migrantes¹⁴⁵. Desde el punto de vista de los derechos humanos, la competencia cultural se corresponde directamente con el componente de *aceptabilidad* del derecho a la salud (véase la sección 2). De esta forma, los servicios, bienes y centros de salud deben combatir las barreras culturales que pudieran tener efectos negativos en el acceso de los migrantes a la asistencia sanitaria.

Los proveedores de servicios de salud han de ser conscientes de que un migrante podría no revelar que ha recurrido a la medicina alternativa o tradicional utilizada habitualmente en su país de origen, antes de recurrir a sus servicios, dificultando, así, la eficacia del diagnóstico y el tratamiento.

Promover una salud mental que tenga en cuenta la cultura de los migrantes

Dadas las diferencias culturales y las barreras lingüísticas existentes, ofrecer a los migrantes servicios de salud mental eficaces puede ser complicado. Por este motivo, en 2008, el estado australiano de Nueva Gales del Sur puso en marcha su Plan multicultural de salud mental 2008-2011, un marco estratégico para la formulación de políticas y la prestación de servicios que abarca a todo el estado, para mejorar la salud mental de las personas procedentes de entornos cultural y lingüísticamente diversos. Los principales problemas definidos en el plan fueron abordados mediante varios programas ya existentes, como el servicio para el tratamiento y la rehabilitación de supervivientes de torturas y traumas, el proyecto transcultural para la integración de la población rural de zonas remotas y el proyecto para la promoción de la salud mental de niños y familias cultural y lingüísticamente diversos. A pesar de los muchos logros alcanzados, el programa de personas cultural y lingüísticamente diversas finalizó en 2011.

(Departamento de Salud de Australia (2008) Oficina de Salud Mental, Drogadicción y Alcoholismo. The Multicultural Mental Health Plan 2008-2012, disponible en www.health.nsw.gov.au/policies/pdf/2008/pdf/PD2008_067.pdf).

Profesionales de la salud receptivos a las necesidades de los migrantes

La migración da lugar a toda una amalgama de pacientes con distintas ideas de la salud y diferentes creencias, culturas y orígenes lingüísticos, lo que altera el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud. También plantea problemas de índole epidemiológica que suponen nuevas exigencias para los profesionales sanitarios. Cada vez es más habitual que los agentes de salud tengan que tratar a pacientes cuyos síntomas no les resultan familiares ni alcanzan a comprender totalmente. Esas situaciones pueden provocar retrasos o aplazamientos en la atención sanitaria requerida y falta de servicios preventivos adecuados, lo que puede producir un agravamiento del padecimiento o la enfermedad, con la consiguiente necesidad de realizar tratamientos o intervenciones más complejos y costosos con posterioridad¹⁴⁶. A fin de que los servicios de salud tengan en cuenta las necesidades y derechos de los migrantes, es importante que el personal directivo, clínico y administrativo sea capaz de comprender las necesidades sanitarias y sociales de este grupo de población¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Colegio de Enfermería de Ontario (2004) *Practice guideline: Culturally Sensitive Care*, Ontario. www.nipissingu.ca/faculty/arohap/aphome/NURS3036/Resources/41040_CulturallySens.pdf.

¹⁴⁶ Véase Romero-Ortuño R. (2004) Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, 11:252-253; Agyemang C., Addo J., et al. (2009) Cardiovascular disease, diabetes and established risk factor among populations of Sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Globalization and Health* 5.

¹⁴⁷ Seeleman C. Suurmond J, Stronk K. "Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning". *Medical Education*, 2009;43(3):229-237.

Las actitudes de los profesionales de la salud pueden actuar como obstáculos al acceso

Las actitudes de los profesionales sanitarios y de otras personas que trabajan en establecimientos de salud, y la calidad de la formación que hayan recibido para mejorar su receptividad hacia los migrantes, son factores importantes que determinan la capacidad de la población migrante para utilizar los servicios de salud con eficacia. En Sudáfrica, varios estudios han puesto de manifiesto que el personal sanitario discrimina de forma generalizada a los migrantes, quienes denuncian sistemáticamente que sufren retrasos en los servicios o incluso se les niega su prestación, y que se les exige el pago de los servicios de salud que solicitan.

(Human Rights Watch, No Healing Here: Violence, Discrimination and Barriers to Health for Migrants in South Africa (Nueva York, 2009).

J. Vearey, Migration, access to ART, and survivalist livelihood strategies in Johannesburg, African Journal of AIDS Research, 7(3):361-74.

Formar a los profesionales de la salud para mejorar su competencia cultural

Dada la gran cantidad de migrantes que trabajan en Qatar, Weill Cornell Medical College, junto con la Hamad Medical Corporation, pusieron en marcha un programa de formación en competencia cultural para estudiantes de medicina, a fin de prepararles para trabajar con poblaciones culturalmente diversas. Esa formación también pretende apoyar el uso efectivo de un programa de interpretación médica.

En seis estados de los Estados Unidos de América, los estudiantes de medicina están obligados a demostrar que comprenden las preocupaciones sanitarias de quienes son diferentes a la población general, así como sus creencias y necesidades de comunicación. En esos estados también se ha implantado un programa de formación continua en competencia cultural dirigida a médicos¹⁴⁸.

(OMS (2010) Health Of Migrants- the Way Forward, Report of a Global Consultation, Madrid (España).

En Nueva Zelanda, la Ley de garantía de la competencia de los profesionales de la salud de 2003 exige que los colegios profesionales establezcan normas en materia de competencia cultural, clínica y ética profesional y que velen por que los profesionales sanitarios las cumplan.

(Bacal K., Jansen P. & Smith K. (2006) "Developing Cultural Competency in Accordance with the Health Practitioners Competence Assistance Act," 33(5) NZ Family Physician).

¹⁴⁸ Véase Landers S. (2009) Mandating cultural competency: should physicians be required to take courses? *American Medical News*, disponible en www.ama-assn.org/amednews/2009/10/19/prsa1019.htm; véase también Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Oficina para la Salud de las Minorías, disponible en www.thinkculturalhealth.hhs.gov/index.asp.

Directrices para la implantación de un programa que permita que los profesionales de la salud sean receptivos a las necesidades de los migrantes

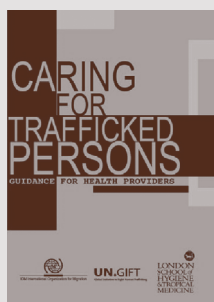
Contar con unos profesionales de la salud que sean receptivos a las necesidades de los migrantes requiere nuevas competencias. Según el proyecto de la OIM de ayuda a migrantes y comunidades (Assisting Migrants and Communities, AMAC por sus siglas en inglés) todo profesional sanitario debe:

- poseer un nivel adecuado de competencia intercultural, así como conocimientos de idiomas y capacidad de comunicación;
- saber cómo afrontar los cambios, y la diversidad y los valores culturales;
- tener conocimientos suficientes sobre otras culturas y costumbres para poder desarrollar prácticas profesionales acordes con el grado de autonomía, las creencias y la cultura del paciente;
- comprender los determinantes que condicionan la salud de los migrantes y ser capaz de contribuir a reducir las desigualdades sociales y sanitarias;
- reconocer el perfil de morbilidad de los migrantes y su epidemiología;
- gestionar de forma competente la manifestación clínica de una enfermedad en distintos grupos étnicos y poblacionales;
- conocer los derechos de los migrantes a los servicios de salud;
- ser capaz de asesorar a los migrantes sobre cómo acceder a los servicios de salud y explicarles qué es lo que ofrecen.

(OIM (2009) *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe, Background paper for Assisting Migrants and Communities project*).

Prestación de atención de salud a las víctimas de la trata de personas

La experiencia de la trata puede dejar secuelas físicas y psicológicas graves y duraderas. Un proveedor de salud informado y atento puede desempeñar una función importante en la asistencia y el tratamiento de personas que hayan sufrido abusos graves y reiterados. Los proveedores de servicios de salud pueden entrar en contacto con una víctima de la trata en distintas fases del proceso de trata o de recuperación, y encontrar que el diagnóstico y el tratamiento de estas personas puede resultar una tarea excepcionalmente complicada.



El manual *Cuidado de personas objeto de trata – Guía para proveedores de salud* reúne la experiencia colectiva de diversos expertos de organizaciones internacionales, universidades y la sociedad civil para hacer frente a las consecuencias para la salud de la trata de personas. Elaborado gracias al generoso apoyo de la Iniciativa Global de las Naciones Unidas para la Lucha contra la trata de Personas y coordinado por la Organización Internacional para las Migraciones y la *London School for Hygiene & Tropical Medicine*, el manual proporciona directrices prácticas, no clínicas para ayudar a los proveedores de servicios de salud a entender el fenómeno de la trata de personas, reconocer algunos de los problemas asociados a éste y considerar enfoques seguros y adecuados a la hora de prestar servicios de salud a esas personas. Este instrumento esencial está disponible en varios idiomas.

(OIM (2009) *Cuidado de personas objeto de trata – Guía para proveedores de salud* (Ginebra, 2009). Disponible en http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=47&products_id=852.

3.4 Retorno

Además de los acuerdos de paz, y la estabilidad posterior a los conflictos o las catástrofes en las zonas del mundo en que se hayan producido desplazamientos de población, otros factores que facilitan la migración de retorno son la globalización y la mayor facilidad y asequibilidad de los viajes internacionales. Por otro lado, la crisis económica mundial ha mermado las oportunidades de conseguir empleo en muchos países de destino y ha obligado a muchos migrantes a regresar a sus países de origen. El endurecimiento del control de la inmigración de los últimos años también ha dado lugar a deportaciones y a la migración de retorno voluntaria, lo que ha producido un aumento en el número de migrantes que regresan a sus países de origen.

Las enfermedades contraídas por los migrantes durante su estancia en el país de destino pueden reaparecer al regresar a su país de origen¹⁴⁹. Ese es, a menudo, el caso de los migrantes que han sido víctimas de la explotación y el maltrato en el país de destino y corren el riesgo de ver deteriorada su salud mental o de desarrollar otras patologías¹⁵⁰. Por lo tanto, los países de origen de los migrantes deben poner en marcha mecanismos de reintegración eficaces que se ocupen de la salud de los migrantes que retornan.

Los países de origen no sólo han de preocuparse por la salud de los migrantes que retornan, sino que deben tener en cuenta la salud de los familiares que permanecen en el país de destino. Los estudios realizados indican que la salud física y mental de los familiares, en particular de los niños, suele verse afectada negativamente por separaciones prolongadas¹⁵¹.

El proyecto “Niños abandonados” de la OIM en Ucrania

El proyecto “Niños abandonados”, financiado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Italia, aborda los problemas psicológicos y evolutivos de los hijos de trabajadores migrantes ucranios, muchos de los cuales emigraron a Italia para trabajar en el servicio doméstico o en el cuidado de personas mayores. Como parte del proyecto, las escuelas de Ucrania han emprendido la tarea de desarrollar la capacidad de reflexión y autoevaluación de los niños y les brindan herramientas eficaces para ayudarles a comprender su identidad y su función.

(Para más información, véase www.childrenleftbehind.eu/?page_id=1329).

Los migrantes que regresan temporalmente a sus lugares de origen para visitar amigos o familiares pueden correr un mayor riesgo de contraer enfermedades comunes en sus países de origen. Muchos migrantes regresan a sus comunidades de origen con niños que han nacido en el país de destino y que quizá únicamente hayan vivido en éste. Si bien los padres pueden haber desarrollado una inmunidad natural frente a determinadas enfermedades debido a que han estado expuestos a ellas antes de emigrar, sus hijos podrían carecer de esa protección natural¹⁵².

¹⁴⁹ Cortés, R. (2007) *Global report on Migration and Children: Children and Women left behind in Labour sending Countries: An Appraisal of Social Risks*, disponible en www.childmigration.net/files/Rosalia_Cortes_07.pdf.

¹⁵⁰ PNUD/OIM/UNIFEM/ et al. (2008) *HIV Vulnerabilities of migrant women: From Asia to the Arab States*. Colombo, Centro regional del PNUD en Colombo.

¹⁵¹ Fletcher-Anthony W. (2008) *Post-Immigration West-Indian Parent-Child Relationships*, documento presentado en un grupo de trabajo sobre infancia y migración, *Emerging Perspectives on Children in Migratory Circumstances*, 20-21 de junio, Drexel University, Philadelphia University.

¹⁵² Angell S., Cetron M. et al. (2005) Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Annals of Internal Medicine*, 142:67-72.

Necesidad de aplicar medidas sanitarias de prevención en caso de retorno

En mayo de 2010, el Reino Unido deportó al Camerún a una mujer y a su hijo nacido en territorio británico sin que el niño hubiese sido vacunado contra la fiebre amarilla. La solicitud de la mujer de que se vacunase a su hijo contra la enfermedad antes de la deportación fue denegada. En la carta de las autoridades fronterizas británicas se señalaba que el centro de detención no tenía obligación de suministrar la vacuna contra la fiebre amarilla, ni disponía de instalaciones para hacerlo. También se indicaba que el director sanitario del centro de detención había confirmado que la vacuna podía administrarse al llegar al Camerún y tener efectividad inmediata. Esa afirmación se formuló en clara contradicción con la política aplicada por el Reino Unido con sus propios nacionales, a quienes se recomienda la administración de la vacuna contra la fiebre amarilla diez días antes de viajar para obtener un nivel de inmunidad suficiente. De hecho, los certificados de vacunación no son válidos hasta transcurridos diez días después de la inmunización.

(The UK's continued shameful neglect of migrants' health, The Lancet, 376(9751): 1437-1512).

Expulsión y atención de salud en los países de origen

Si bien corresponde a los Estados decidir con relación a la admisión y estancia en su territorio de los migrantes, estos han de tener en cuenta varias garantías sustantivas y de procedimiento relacionadas con la expulsión. Por ejemplo, todo Estado debe tener en cuenta principios como el principio de no devolución, el interés superior del niño, el estado de salud del migrante y la unidad familiar. (El principio fundamental de la no devolución prohíbe a los Estados devolver a cualquier persona a un país en el que pueda correr riesgo de persecución, tortura u otras violaciones graves de los derechos humanos). Además de estos principios, la directiva de 2008 de la Unión Europea relativa al retorno, establece que el Estado debe tener en cuenta el estado de salud del nacional de un tercer país de que se trate en relación con la expulsión¹⁵³. En el ámbito de la salud, una cuestión importante que se plantea con relación a las normas de derechos humanos, es si la devolución de personas a países donde podrían no tener acceso a servicios de salud adecuados constituye trato inhumano o degradante.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha examinado cuestiones relacionadas con la expulsión de migrantes en numerosos asuntos. El Tribunal ha dictaminado que las personas con enfermedades potencialmente mortales o terminales, que no puedan continuar con su tratamiento en su país de origen, no podrán ser devueltas a éste, ya que ello precipitaría su muerte en circunstancias penosas. Esto, a su vez, se consideraría una forma de trato inhumano contraria a lo estipulado en el artículo 3 (“Nadie podrá ser sometido a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”) del Convenio Europeo de Derechos Humanos¹⁵⁴. En otro asunto, el Tribunal amplió el alcance del artículo 3 del Convenio a los casos de enfermedad mental grave¹⁵⁵. No obstante, la jurisprudencia más reciente del Tribunal parece indicar que ese principio sólo es aplicable en circunstancias excepcionales¹⁵⁶. Por tanto, al determinar la legalidad de la expulsión, es preciso hacer un examen individualizado de factores como la disponibilidad y la accesibilidad física y económica del tratamiento en el país de origen, y la presencia de familiares u otras redes de apoyo.

¹⁵³ Directiva 2008/115/EC, artículo 5 c).

¹⁵⁴ *D. contra el Reino Unido*, 146/1996/767/964, TEDH, 2 de mayo de 1997; véase también *BB contra Francia*, RJD 1998-V, TEDH, 9 de marzo de 1998.

¹⁵⁵ *Bensaid contra el Reino Unido*, 44599/98, TEDH, 6 de mayo 2001.

¹⁵⁶ Véase *Karara contra Finlandia*, 40900/98 TEDH, 29 de mayo de 1998, *SCC contra Suecia*, 46553/99 TEDH, 15 de febrero de 2000, *Henao contra los Países Bajos*, 13669/03 TEDH, 24 de junio de 2003, *Ndangoya contra Suecia*, 17868/03 TEDH, 22 de junio de 2004 y *Amegnigan contra los Países Bajos*, 25629/04 TEDH, 25 de noviembre de 2004. En todos los asuntos se desestimaron las diligencias.

Algunos tribunales nacionales han dictaminado que los migrantes que padecen enfermedades graves no pueden ser expulsados, dado que esa expulsión constituiría una vulneración de los derechos humanos¹⁵⁷.

Retorno voluntario de personas que padecen enfermedades

Cabe señalar que la viabilidad del retorno voluntario de personas con VIH u otras enfermedades podría depender de las condiciones concretas existentes en el país de origen.

En un informe publicado por la OIM sobre la situación a que se enfrentó un grupo de migrantes con el VIH en los Países Bajos, se considera que los requisitos que figuran a continuación constituyen las condiciones mínimas para un retorno y una reintegración sostenibles:

- El tratamiento médico necesario debe estar disponible y ser accesible.
- La persona que retorna debe tener la posibilidad de reunir ingresos suficientes para hacer frente a sus gastos ordinarios y a los gastos relacionados con su tratamiento médico.
- La persona que retorna debe tener la oportunidad de encontrar una red social de apoyo que le permita afrontar el posible estigma que le impone la sociedad en su conjunto¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Véase PICUM (2009) *Undocumented and Seriously Ill: Residence Permits for Medical Reasons in Europe*. Bruselas.

¹⁵⁸ Véase OIM (2009), *Health, Hope and Home? The Possibilities and Constraints of Voluntary Return for African Rejected Asylum Seekers and Irregular Migrants Living with HIV in the Netherlands*, La Haya.

CONCLUSIONES

En esta publicación se examinan las leyes aplicables en materia de derechos humanos que ofrecen protección a la población migrante con independencia de su condición jurídica. También se definen y analizan los factores y los determinantes que pueden afectar o impedir el pleno disfrute del derecho a gozar del grado máximo posible de salud por la población migrante. Además, contiene ejemplos relacionados con aspectos preocupantes o avances alentadores en la materia, y tiene por objeto orientar a los Estados y a los proveedores de servicios de salud en el ejercicio de una práctica sanitaria correcta que garantice la igualdad y la no discriminación, esté en consonancia con los derechos humanos y garantice los derechos de la población migrante. Por último, el presente documento aspira a contribuir a un mundo en que la gestión pública de la migración esté en armonía con las normas de derechos humanos.

La salud es un derecho humano y el derecho a la salud es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, es decir, está estrechamente relacionado con el ejercicio de derechos como el derecho a la vivienda, la alimentación, la seguridad social, el trabajo y la familia, y depende de éstos. El derecho a la salud también está ligado al principio fundamental de no discriminación, que reconoce la “dignidad inherente” a todo ser humano, migrante o no migrante. Ese principio garantiza que los derechos humanos se apliquen a todas las personas, sin distinción de nacionalidad, raza, color, sexo u otra condición¹⁵⁹. Por consiguiente, todo Estado tiene la obligación de proteger y promover los derechos de los migrantes, sin discriminación de ningún tipo. Además, los Estados también están obligados a eliminar cualquier tipo de discriminación que se ejerza en su territorio. Los principios de no discriminación y de igualdad de trato a todo individuo, incluidos los migrantes, son aplicables a distintos aspectos del derecho a la salud, de forma que los países han de velar por que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud estén disponibles, y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Esas obligaciones son responsabilidad de todos los Estados partes en los tratados que consagran el derecho a la salud, ya sean países de origen, tránsito o destino.

Los migrantes realizan una contribución económica y social considerable a los países de origen y destino. Ahora bien, muchos migrantes, en especial los que están en situación irregular, tienen un acceso escaso o nulo a los servicios de salud y los servicios sociales a los que contribuyen, pese a que pueden estar expuestos a riesgos para la salud derivados de la explotación, el trabajo peligroso y unas condiciones de vida deficientes.

Pese al aumento de la vulnerabilidad de los migrantes y el hecho de que sus derechos sociales estén firmemente fundamentados en el derecho internacional, en la práctica muchos Estados restringen el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud de la población migrante, en particular de quienes están en situación irregular. Esas prácticas incluyen la exclusión de los migrantes y sus familiares de los sistemas nacionales de salud, la prestación de una cobertura de salud insuficiente, la limitación de su acceso a los servicios de emergencia y la denegación de admisión y residencia a los migrantes que padezcan alguna enfermedad. Además, cabe mencionar la evidente falta de competencia del personal sanitario en materia cultural, la falta de formación de los profesionales de la salud en el ámbito de los derechos de los migrantes y la salud, la seguridad ocupacional de los migrantes, la prestación de servicios de salud a los que retornan, la participación de los profesionales de la salud en el control de la migración y el uso generalizado de la detención de migrantes como instrumento de gestión migratoria. Todas esas cuestiones no sólo dificultan que los países puedan cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos, sino que se consideran una mala práctica sanitaria pública. Negar a un migrante el derecho a la salud conduce a la marginación, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades y exacerba las desigualdades sanitarias. Además, al carecer de protección

¹⁵⁹ Esta enumeración no pretende ser exhaustiva.

financiera y jurídica para acceder a los servicios de salud, muchos migrantes suelen tardar en acudir a los servicios médicos, y no van hasta que están gravemente enfermos y tienen que recurrir a costosos tratamientos de emergencia. Inevitablemente, esos retrasos tienen efectos a largo plazo en la salud de la población migrante. A la postre, la exclusión de los migrantes de los servicios de salud se convertirá en una carga económica para el país de destino y puede suponer un riesgo para la salud pública de las comunidades de acogida.

La adopción de un enfoque integral e integrador respecto del derecho a la salud requiere que los planes, las políticas y las estrategias nacionales prevean las necesidades sanitarias y la vulnerabilidad de la población migrante. Tales intervenciones nacionales han de tener en cuenta las inequidades sanitarias, los obstáculos al acceso a la atención de salud y otros factores sanitarios que afectan a la salud de los migrantes, como los determinantes sociales de la salud. Una buena práctica de salud pública es que los servicios de atención primaria de salud sean el principal punto de acceso a la mayoría de los servicios sanitarios. Esto, junto con el principio de no discriminación, inevitablemente obliga a los países a formular políticas de elegibilidad y a crear sistemas de financiación que integren a toda la población, incluidos los migrantes. Por otro lado, desde la perspectiva de los derechos humanos, los gobiernos deberían promover la independencia de los profesionales de la salud. El compromiso de los profesionales sanitarios ha de ser, ante todo, con los pacientes y la defensa de la salud como derecho humano. También es preciso velar por que las políticas públicas y las leyes promuevan el acceso de todo individuo a la atención de salud básica preventiva y curativa, y se disocie claramente el acceso a esos servicios de la aplicación de las leyes sobre inmigración. Por último, los países de origen deberían incluir mecanismos de reinserción eficaces que tengan en cuenta la salud de los migrantes que regresan.

ANEXO I. GLOSARIO

Migración internacional. Movimiento de una persona o un grupo de personas de un país a otro. Este movimiento de población engloba cualquier tipo de movimiento de personas, independientemente de su duración, composición o causas, e incluye la migración de refugiados, personas desplazadas, trabajadores migrantes y personas que se desplazan con otros fines, como por ejemplo para completar estudios o por razones de reunificación familiar (véase *Glossary on Migration*, OIM, 2011 (únicamente en inglés)).

A nivel internacional, no existe una definición de “migrante” universalmente aceptada. Según la definición de las Naciones Unidas, migrante es toda persona que lleve residiendo en el extranjero más de un año, independientemente de las causas, voluntarias o involuntarias, y los medios, regulares o irregulares, que haya utilizado para migrar. De acuerdo con esto, quienes viajen por períodos más cortos como turistas o por razones profesionales no se considerarán migrantes. Ahora bien, el uso común incluye ciertos tipos de migrantes que parten por cortos períodos, como los trabajadores agrícolas de temporada que se desplazan por períodos breves para trabajar en la siembra o la recolección de productos agrícolas (véase *Glossary on Migration*, OIM, 2011 (únicamente en inglés)).

Trabajador migrante. Toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional (artículo 2.1 de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ICRMW, 1990)).

Familiares de los trabajadores migrantes. Se refiere a las personas casadas con trabajadores migrantes o que mantengan una relación que, de conformidad con el derecho aplicable, produzca efectos equivalentes al matrimonio, así como a los hijos a su cargo y a otras personas a su cargo reconocidas como familiares por la legislación aplicable (véase el artículo 4 la ICRMW).

Los trabajadores migrantes y sus familiares serán considerados:

- a) **documentados** o en **situación regular**, si han sido autorizados a ingresar, a permanecer y a ejercer una actividad remunerada en el Estado de empleo, de conformidad con las leyes de ese Estado y los acuerdos internacionales en que ese Estado sea parte;
- b) serán considerados **no documentados** o en **situación irregular**, si no cumplen las condiciones establecidas en el inciso a) (artículo 5 de la ICRMW).

En términos más generales, un **inmigrante en situación irregular** es una persona que, habiendo ingresado ilegalmente o infringido alguna de las condiciones de admisión, o bien tras el vencimiento de su visado, deja de tener status legal en un país receptor o de tránsito. La definición engloba, entre otras cosas, a toda persona que habiendo entrado en un país receptor o de tránsito de forma legal, permanece en este durante un período mayor al autorizado, o bien acepta posteriormente un empleo sin autorización (éstos también son denominados migrantes “no autorizados, clandestinos, indocumentados o en situación irregular”). El término “irregular” es preferible a “ilegal” dado este último tiene connotaciones penales y se considera que niega la dignidad humana de los migrantes (véase *Glossary on Migration*, OIM, 2011 (únicamente en inglés)). Con esto en mente, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución, en que pedía a “los órganos de las Naciones Unidas y a los organismos especializados interesados que utilicen en todos los documentos oficiales la expresión “trabajadores migrantes no documentados o irregulares” para definir a los trabajadores que se internen ilegal o subrepticamente en otro país para obtener trabajo”(Resolución 3449 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2433a. sesión plenaria de 9 de diciembre de 1975).

Víctimas de la trata de personas. La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos (véase el artículo 3.a) del Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, 2000).

Solicitante de asilo. Personas que buscan protección internacional. En países con procedimientos específicos, un solicitante de asilo es alguien cuya solicitud aún no ha sido resuelta de manera definitiva por el país en esa persona presentó su solicitud. No todos los solicitantes de asilo terminan siendo reconocidos como refugiados; ahora bien, inicialmente todos refugiados son solicitantes de asilo (véase el *Glosario de términos clave relativos a la protección internacional de los refugiados*, ACNUR, junio de 2006).

Refugiado. Persona reconocida como refugiado conforme a la definición aplicable prevista en los instrumentos internacionales y regionales vigentes en la materia, en el marco del mandato del ACNUR y la legislación nacional (véase el *Glosario de términos clave relativos a la protección internacional de los refugiados*, ACNUR, junio de 2006).

ANEXO II. INSTRUMENTOS Y MECANISMOS INTERNACIONALES RELACIONADOS CON LA SALUD Y LA MIGRACIÓN

Instrumentos internacionales de derechos humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marcó un hito en la historia de los derechos humanos; fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre 1948 como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse. Establece, por primera vez en la historia, los derechos humanos fundamentales que deben ser protegidos universalmente. El principio de universalidad de los derechos humanos, desde entonces, se ha reiterado en numerosos tratados, declaraciones y resoluciones internacionales en materia de derechos humanos.

En 1966, las disposiciones de la Declaración Universal se codificaron en dos instrumentos diferentes jurídicamente vinculantes: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR). Estos dos pactos, junto con la Declaración Universal, constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece la articulación más autorizada del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos. Los 160 Estados partes en el Pacto¹⁶⁰ “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye otros derechos esenciales para el ejercicio del derecho a la salud, como el derecho a la alimentación, la vivienda, la educación y la seguridad y la higiene en el trabajo. Todos estos derechos deben ejercerse sin discriminación por motivos de raza, sexo, origen nacional o social, entre otras cosas¹⁶¹.

El principio de la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales enunciado en el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconociendo las limitaciones derivadas de los recursos de que se disponga, impone a los Estados la obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad de los derechos.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoce diversos derechos que forman parte integral del ejercicio del derecho a la salud, como el derecho a la información, la intimidad, la libertad de circulación y la seguridad de las personas. Este Pacto exige a los Estados garantizar los derechos reconocidos en el mismo a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, sin distinción alguna (artículo 2.1).

Los órganos de tratados de derechos humanos son comités de expertos independientes que supervisan la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos, y han examinado cuestiones relativas a la migración y la salud. Entre las cuestiones relacionadas con la salud del migrante figuran las siguientes:

¹⁶⁰ Para obtener información actualizada sobre la ratificación y una lista detallada de todos los Estados partes en los diversos tratados internacionales de derechos humanos véase: <http://treaties.un.org/Pages/Treaties.aspx?id=4&subid=A&lang=en>.

¹⁶¹ Véanse los artículos 12, 11, 7, 13 y 2.3.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano compuesto por expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobó en mayo de 2000 la Observación general Nº 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y estableció los criterios para el pleno disfrute del derecho a la salud. De acuerdo con la Observación general Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud es el derecho al disfrute de una gran variedad de establecimientos, bienes, servicios y condiciones - que deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de buena calidad - necesarios para lograr el nivel más alto posible de salud¹⁶². En la Observación general Nº 20 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, el Comité reafirmó que los derechos del Pacto son aplicables a todos, incluidos los no nacionales, independientemente de su condición jurídica y de la documentación que posean. La nacionalidad no debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto, como el derecho a la salud¹⁶³.

Asimismo, el Comité ha reconocido, en su Observación general Nº 15 sobre el derecho al agua, que este derecho es un derecho humano, tal como se deriva del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12 del Pacto¹⁶⁴. De acuerdo con el Comité, el agua debe tratarse como un bien social y cultural, y no fundamentalmente como un bien económico¹⁶⁵, y los Estados Partes tienen la obligación de garantizar el ejercicio del derecho al agua sin discriminación alguna¹⁶⁶. Además los Estados Partes deben prestar especial atención a las personas y grupos de personas que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer este derecho, en particular las mujeres, los niños, los grupos minoritarios, los pueblos indígenas, los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los trabajadores migrantes, los presos y los detenidos.

El Comité de Derechos Humanos, órgano que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ha señalado que “[e]n general, los derechos reconocidos en el Pacto son aplicables a todas las personas, (...) independientemente de su nacionalidad”¹⁶⁷.

Los instrumentos que siguen a continuación figuran en el orden de su entrada en vigor:

En virtud de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD, adoptada en 1965; en vigor desde 1969), los Estados partes se comprometen a eliminar la discriminación racial en todas sus formas. Además, de acuerdo con lo declarado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial en su Recomendación general Nº 30 sobre la discriminación contra los no ciudadanos, los Estados Partes tienen que asegurarse de que todas las garantías legislativas contra la discriminación racial se aplican a todas las personas, independientemente de su condición de inmigrantes o de su nacionalidad¹⁶⁸.

¹⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 12 y 34.

¹⁶³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº 20 sobre *La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.

¹⁶⁴ E/C.12/2002/11, párr. 3.

¹⁶⁵ E/C.12/2002/11, párr. 11.

¹⁶⁶ E/C.12/2002/11, párr. 13.

¹⁶⁷ Comité de Derechos Humanos, Observación general Nº 15 sobre la situación de los extranjeros con arreglo al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1986, párr. 1.

¹⁶⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2004), Recomendación general Nº 30 sobre la discriminación contra los no ciudadanos, (aprobada en el 65º período de sesiones en 2005), HRI/GEN/1/Rev.7/Add.1, 4 de mayo de 2005, párr. 7.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, adoptada en 1979; en vigor desde 1981) es aplicable a todas las mujeres, tanto ciudadanas como no ciudadanas. La Convención incluye disposiciones que obligan a los Estados Partes a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y asegurarle una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia¹⁶⁹.

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT, adoptada en 1984; en vigor desde 1987) es aplicable a cualquier persona que haya sido sometida a tortura en la jurisdicción de cualquier Estado Parte. Ningún Estado Parte procederá a la expulsión, devolución o extradición de una persona a otro Estado cuando haya razones fundadas para creer que estaría en peligro de ser sometida a tortura¹⁷⁰.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, adoptada en 1989; en vigor desde 1990), que ha logrado una ratificación prácticamente universal, incluye el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. Además, establece un marco de protección aplicable a todos los niños: “Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”¹⁷¹.

La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ICRMW, adoptada en 1990; en vigor desde 2003) reconoce el derecho de *todos* los trabajadores migrantes y sus familiares a la atención médica de urgencia, el derecho de los trabajadores migrantes *documentados* y sus familiares a la igualdad de trato con los nacionales y el acceso a los servicios de salud¹⁷². El artículo 81.1 de la Convención garantiza a los trabajadores migrantes y sus familiares la protección de los derechos y libertades más favorables concedidos en virtud de la legislación nacional o de cualquier otro tratado internacional, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El instrumento más reciente es la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD, adoptada en 2006, en vigor desde 2008), que reconoce los derechos de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento y a la libertad para elegir su residencia en condiciones de igualdad con las demás, incluido, entre otras cosas, el acceso a los procedimientos de inmigración¹⁷³.

El Consejo de Derechos Humanos

El Consejo de Derechos Humanos es un organismo intergubernamental de las Naciones Unidas compuesto por 47 Estados, creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 con el objetivo principal de considerar las situaciones de violaciones de los derechos humanos y formular recomendaciones al respecto. Los procedimientos especiales de las Naciones Unidas, nombre general dado a los mecanismos (extra-convencionales) establecidos para hacer frente,

¹⁶⁹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 12.

¹⁷⁰ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, artículo 3.

¹⁷¹ Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 2 y 24.

¹⁷² Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, artículos 28, 43, 45 y 81.

¹⁷³ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, artículo 18.

bien a situaciones concretas en los países, o a cuestiones temáticas en todo el mundo, fueron creados por la antigua Comisión de Derechos Humanos y admitidos por el Consejo.

En el sistema de las Naciones Unidas existen varios procedimientos especiales que son especialmente pertinentes para la promoción y la protección de la salud y los derechos humanos de los migrantes. Cabe destacar especialmente labor de dos titulares de mandatos, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes.

Las funciones del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental son las siguientes:

- Recopilar, solicitar, recibir e intercambiar informaciones de todas las fuentes pertinentes, incluidos los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, con respecto a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel de salud física y mental posible, así como de las políticas encaminadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;
- Mantener o iniciar un diálogo regular y debatir sobre las posibles esferas de cooperación con todos los actores pertinentes;
- Informar sobre la situación en el mundo de la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel de salud física y mental posible y los progresos realizados respecto de ese derecho, incluyendo las leyes, políticas y prácticas más beneficiosas para alcanzar el disfrute de este derecho, así como los obstáculos con que se ha tropezado en los ámbitos nacional e internacional para su aplicación;
- Formular recomendaciones sobre las medidas adecuadas para promover y proteger la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel de salud física y mental posible, con miras a apoyar los esfuerzos realizados por los Estados a efectos de mejorar la salud pública;
- Presentar un informe anual a la Comisión y un informe provisional a la Asamblea General sobre sus actividades, resultados, conclusiones y recomendaciones¹⁷⁴.

Otro mecanismo para abordar la salud y los derechos humanos de los migrantes es el Relator Especial sobre los derechos humanos de los migrantes. De conformidad con el mandato otorgado, el Relator Especial se encargará de lo siguiente:

- Examinar los medios necesarios para superar los obstáculos a la protección plena y efectiva de los derechos humanos de los migrantes, reconociendo la especial vulnerabilidad de las mujeres, los niños y aquellos que no poseen documentos o se encuentran en una situación irregular;
- Solicitar y recibir información de todas las fuentes pertinentes, incluidos los propios migrantes, sobre las violaciones de los derechos humanos de los migrantes y sus familiares;
- Formular recomendaciones apropiadas para impedir las violaciones de los derechos humanos de los migrantes y para remediarlas, dondequiera que se produzcan;
- Promover la aplicación efectiva de la normativa internacional pertinente sobre la materia;
- Recomendar actividades y medidas aplicables a escala nacional, regional e internacional para eliminar las violaciones de los derechos humanos de los migrantes;
- Tener en cuenta una perspectiva de género al solicitar y analizar la información, así como prestar atención a la incidencia de múltiples casos de discriminación y violencia contra las mujeres migrantes;
- Hacer especial hincapié en las recomendaciones sobre soluciones prácticas con respecto a la realización de los derechos pertinentes al mandato, en particular definiendo prácticas óptimas y esferas y medios concretos de cooperación internacional;
- Informar periódicamente al Consejo, con arreglo a su programa de trabajo anual, y a la Asamblea General, a petición del Consejo y de la Asamblea.

¹⁷⁴ Consejo de Derechos Humanos, Cuarto período de sesiones, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Sr. Paul Hunt, 2007, A/HRC/4/28.

Otros instrumentos y mecanismos internacionales

Bajo los auspicios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se han elaborado y ratificado ampliamente varios convenios en los que se perfilan las normas internacionales específicas sobre seguridad y salud de los trabajadores. Dichos convenios proporcionan normas de protección de la salud en el lugar de trabajo y, por tanto, son aplicables de forma específica a los trabajadores migrantes y demás no nacionales (como los refugiados) que tienen una ocupación o un empleo remunerados.

El Convenio de la OIT núm. 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores (adoptado en 1981, en vigor desde 1983) establece la aplicación progresiva de medidas integrales de prevención de accidentes en el lugar de trabajo y la adopción de una política nacional coherente en materia de seguridad y salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los empleadores a la hora de garantizar que el trabajo y los equipos son seguros y no entrañan riesgo alguno para la salud, así como los derechos y obligaciones de los trabajadores. Además, existen numerosos convenios relacionados específicamente con diversos sectores de actividad económica y diversos tipos de sustancias o equipos peligrosos, por ejemplo, el Convenio de la OIT núm. 167 sobre seguridad y salud en la construcción (adoptado en 1988, en vigor desde 1995).

En el marco de la OIT se han elaborado dos instrumentos específicos en los que se prevé la protección de los derechos laborales y los derechos humanos fundamentales de los trabajadores migrantes, y se promueve la cooperación entre los Estados con respecto a la migración laboral. El Convenio núm. 97 de la OIT sobre los trabajadores migrantes (revisado) (adoptado el 1º de julio 1949; en vigor desde el 22 de enero 1952)¹⁷⁵ se aplica a las personas que migran de un país a otro con el fin de trabajar para un empleador. El Convenio de la OIT N.º 143 sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes (adoptado en 1975, en vigor desde 1978)¹⁷⁶ obliga a los Estados Partes a respetar los derechos humanos fundamentales de todos los trabajadores migrantes, independientemente de su situación jurídica.

El artículo 13 del Convenio de la OIT sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos de 2011 establece que: “1. Todo trabajador doméstico tiene derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable. Todo Miembro, en conformidad con la legislación y la práctica nacionales, deberá adoptar medidas eficaces, teniendo debidamente en cuenta las características específicas del trabajo doméstico, a fin de asegurar la seguridad y la salud en el trabajo de los trabajadores domésticos. 2. Las medidas a que se hace referencia en el párrafo anterior podrán aplicarse progresivamente, en consulta con las organizaciones más representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como con organizaciones representativas de los trabajadores domésticos y con organizaciones representativas de los empleadores de los trabajadores domésticos, cuando tales organizaciones existan”. Desde 1926, la OIT dispone de un Comité de Expertos, cuyo cometido es realizar una evaluación imparcial y técnica de los Estados Partes respecto de la aplicación de las normas internacionales de trabajo y los convenios que hayan ratificado.

Uno de los primeros instrumentos internacionales que reconocieron el derecho a la salud es la Constitución de la OMS (que entró en vigor el 7 de abril de 1948), por la que estableció la Organización Mundial de la Salud. La Constitución reconoce que la salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social y el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

¹⁷⁵ Convenio de la OIT sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949. El Convenio se complementa con la Recomendación (núm. 86) sobre los trabajadores migrantes (adoptada en 1949).

¹⁷⁶ Convenio de la OIT sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes (1949).

El Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) es un instrumento jurídico internacional vinculante para 194 países que entró en vigor el 15 de junio de 2007. El Reglamento tiene por finalidad prevenir la propagación internacional de las enfermedades limitando al mismo tiempo las restricciones innecesarias a la libre circulación de los viajeros. Durante una emergencia de salud pública de importancia internacional o en relación con determinados riesgos para la salud pública, se pueden recomendar medidas que afecten a los viajes, con objeto de evitar la propagación internacional de una enfermedad. Los Estados pueden pedir a los viajeros que faciliten información sobre su salud, se sometan a exámenes básicos o presenten documentos de vacunación. Al mismo tiempo, conforme al Reglamento, los Estados deben tratar a los viajeros respetando su dignidad, sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, así como el carácter confidencial de sus datos personales.

Por último, el 24 de mayo de 2008, se aprobó la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud 61.17 sobre la salud de los migrantes.

Instrumentos regionales y mecanismos relacionados con el derecho a la salud

A nivel regional, existen tratados de derechos humanos y mecanismos de supervisión y rendición de cuentas, como la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, y el Comité Europeo de Derechos Sociales, que desempeñan un papel importante en la protección del derecho humano a la salud¹⁷⁷.

En las Américas, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) se refiere al "derecho a la preservación de la salud" en el artículo XI. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como el Protocolo de San Salvador (adoptado 1988; en vigor desde 1999), establece el derecho a la salud y el derecho a un medio ambiente sano en los artículos 10 y 11, y otros derechos relacionados con la salud, como la seguridad social, en el artículo 9. Los mecanismos regionales son la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de carácter cuasi-judicial, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, de carácter judicial, que, en conjunto, conforman el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. La Corte Interamericana ha considerado la situación de los migrantes indocumentados en su Opinión Consultiva OC 18/03 de 17 de septiembre de 2003.

En Europa, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH, aprobado en 1950; en vigor desde 1953) no establece específicamente el derecho a la salud; sin embargo, contiene disposiciones relativas a la salud, como la derecho a la vida, la prohibición de la tortura y las penas o tratos inhumanos o degradantes, y el derecho al respeto de la vida privada y familiar. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, mecanismo judicial de rendición de cuentas, es el garante del cumplimiento del Convenio. Otro instrumento europeo, la Carta Social Europea (adoptada en 1961, revisada en 1996), establece específicamente el derecho a la salud en la Parte I, párrafo 11, y en la Parte II, Artículo 11. El cumplimiento de la Carta está vigilado por el Comité Europeo de Derechos Sociales¹⁷⁸. El Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica (no es un instrumento de derechos humanos como tal) de 1953 y el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina de 1997 también ofrecen elementos

¹⁷⁷ Véase la nota 29, pág. 35.

¹⁷⁸ En 2004, el Comité sostuvo que "una legislación o una práctica que niegue el derecho a la asistencia médica a los ciudadanos extranjeros, en el territorio de un Estado parte, aun cuando estén en situación irregular, es contraria a la Carta" (Federación Internacional de Ligas de Derechos Humanos contra Francia, decisión de fondo de 7 de septiembre de 2004). En 2010, el Comité llegó a la conclusión de que se produjo la violación de los artículos 16, 19, 30 y 31 de la Carta Social Europea revisada en un caso en que se reclamaba que las denominadas "medidas de seguridad de emergencia" y un discurso general racista y xenófobo en Italia habían dado lugar a campañas ilegales y desalojos que habían conducido a la falta de vivienda y expulsiones dirigidas de forma desproporcionada contra migrantes romanes y sinti. En el caso también se consideró la exclusión social en el acceso a los servicios de salud y a vivienda higiénica y saludable. (Centre on Housing Rights and Evictions contra Italia, decisión de fondo de 25 de junio de 2010).

con relación al alcance y el contenido del derecho a la salud en Europa. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000, jurídicamente vinculante, establece el derecho de toda persona a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria. Aunque este derecho se aplica “en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales”, debe leerse conjuntamente con el objetivo general del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, que establece que “[a]l definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”.

Otra carta que se refiere explícitamente al derecho a la salud es la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (“Carta de Banjul”, aprobada en 1981; en vigor desde 1986), concretamente en su artículo 16. La Carta también se refiere a la salud física de la familia en el artículo 18. El mecanismo de aplicación judicial de la Carta es la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que fue establecida por el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y ratificada por 26 Estados de la Unión Africana. Al igual que los mecanismos de rendición de cuentas europeos, el marco de aplicación de los derechos humanos de África prevé un mecanismo cuasi-judicial, la Comisión Africana sobre derechos humanos y de los pueblos.

El artículo 39 de la Carta Árabe de Derechos Humanos (adoptada el 22 de mayo de 2004; en vigor desde el 15 de marzo de 2008) reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el derecho de los ciudadanos a servicios básicos de salud gratuitos y el acceso a establecimientos médicos sin discriminación de ningún tipo. La Carta obliga a los Estados Partes a tomar medidas para hacer realidad este derecho mediante la adopción de medidas como la creación de servicios básicos de salud y el acceso libre y fácil a los centros que ofrecen estos servicios, independientemente de su ubicación geográfica o nivel económico; la reducción de la tasa de mortalidad a través del control de las enfermedades mediante la prevención y la curación; la sensibilización sobre la salud y la educación para la salud; la supresión de las prácticas de salud tradicionales nocivas; la provisión de una nutrición básica y agua potable para todos; la lucha contra la contaminación del medio ambiente y el suministro de sistemas de saneamiento adecuados; y la lucha contra el tabaquismo y el abuso de drogas y sustancias psicotrópicas.



© IOM 2007

Para más información puede ponerse en contacto con:

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
Palais des Nations
CH-1211 Ginebra 10
Suiza
Teléfono: +41 22 928 92 24
Fax: +41 22 928 90 10
Email: publications@ohchr.org
www.ohchr.org

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos, Información, Pruebas Científicas e Investigaciones (IER/ETH)
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
Teléfono: +41 22 79125 23
Fax: +41 22 79147 26
Email: humanrights@who.int
www.who.int/hhr/en/

Organización Internacional para las Migraciones
División de Migración y Salud
17 route des Morillons
CH-1211 Ginebra 19
Suiza
Teléfono: +41 22 717 92 51
Fax: +41 22 798 61 50
Email: mhddpt@iom.int
www.iom.int/cms/migration-health