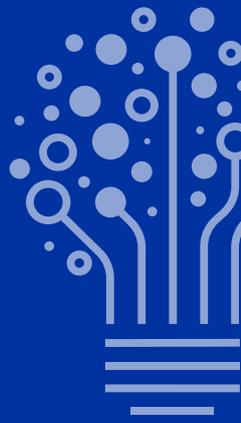




CENTRO DE GESTIÓN
DEL CONOCIMIENTO
UE - OIM



Centro de Gestión del Conocimiento | Fondo de Investigación

Estudio de investigación #3 | Octubre de 2022

SALUD Y REINTEGRACIÓN

Vuelta al espacio, pero no al tiempo: un enfoque de ciclo de vida en relación con la salud de las personas migrantes, la continuidad de la atención y el impacto en los resultados de reintegración

Las opiniones expresadas en el presente informe son las de los autores y no reflejan necesariamente las de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Las denominaciones empleadas y la forma en que aparece presentado este material no implican juicio alguno por parte de la OIM sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración ordenada y en condiciones humanas beneficia tanto a los migrantes como a la sociedad. En su calidad de organización intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea 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.

La elaboración de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero prestado por la Unión Europea. Las opiniones expresadas en el presente documento corresponden al autor y no reflejan necesariamente las de la Unión Europea.

Publicado por: Organización Internacional para las Migraciones
Route des Morillons 17
Apartado postal 17
1211 Ginebra 19
Suiza
Teléfono: +41 22 717 9111
Fax: +41 22 798 6150
Correo electrónico: hq@iom.int
Sitio web: www.iom.int

La versión original del presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial por parte de la OIM, ni recibió la aprobación de la Unidad de Publicaciones de la Organización.

Esta publicación no ha sido traducida por el Servicio de Traducción de la OIM. Es una traducción no oficial, del original en inglés, *Health and Reintegration. Returning to Space but not to Time: A Life Course Approach to Migrants' Health, Continuity of Care and Impact on Reintegration Outcomes*.

Design: We2 – www.we2.co

Foto de portada: Personal médico realiza un chequeo médico a un migrante etíope en un hospital en Bossaso antes de su regreso a Etiopía con la asistencia de la OIM. © OIM 2020 / Muse MOHAMMED

Cita sugerida: Samuel Hall, Centro Africano de Migración y Sociedad, e OIM (2022). *Salud y Reintegración. Vuelta al espacio, pero no al tiempo: un enfoque de ciclo de vida en relación con la salud de las personas migrantes, la continuidad de la atención y el impacto en los resultados de reintegración*.



©OIM 2023

Reservados todos los derechos. La presente publicación está disponible en virtud de la licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode) (CC BY-NC-ND 3.0 IGO).* Licencia para la Unión Europea con condicione.

Si desea más información, consulte los [derechos de autor y las condiciones de utilización](#).

La presente publicación no podrá ser utilizada, publicada o redistribuida con fines comerciales o para la obtención de beneficios económicos, ni de manera que los propicie, con la excepción de los fines educativos, por ejemplo, para su inclusión en libros de texto.

Autorizaciones: Las solicitudes para la utilización comercial u otros derechos y autorizaciones deberán enviarse a publications@iom.int.

* <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>

RECONOCIMIENTOS

Samuel Hall y el **Centro Africano de Migración y Sociedad (ACMS, por sus siglas en inglés)** de la Universidad de Witwatersrand en Sudáfrica desean expresar su más sincero agradecimiento a las personas que retornaron y sus familias que han dedicado su valioso tiempo, compartido sus difíciles y valientes historias, y contribuido a este estudio con sus inestimables conocimientos. Este informe no habría sido posible sin su generosa participación. Muchas gracias también a cada informante clave por compartir sus experiencias, conocimientos y puntos de vista.

Asimismo, agradecemos al grupo de expertos por su valioso tiempo, orientación, comentarios y apoyo continuo que ha servido para enriquecer y reforzar este estudio con el debido rigor académico. Listado de miembros (por orden alfabético): Prof. Baltica Cabieses, especialista en epidemiología social e investigador jefe del Programa de Investigación de Estudios Sociales de Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, y miembro de la junta del Lancet Migration Latin American Hub; Prof.^a Priya Deshingar, autoridad reconocida internacionalmente en materia de estudios migratorios y análisis de políticas centrados en la movilidad y la salud en la migración Sur-Sur, Universidad de Sussex; Peppi Kiviniemi-Siddiq, especialista temático regional de la división de protección en la oficina regional de la OIM para Asia y el Pacífico; Prof.^a Cathy Zimmerman, científica conductual y social al frente de la investigación sobre migración y salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Dr. Kolitha Wickramage, coordinador de epidemiología e investigación en materia de salud migratoria mundial, unidad de apoyo a la salud migratoria mundial, división de migración y salud de la OIM, Manila.

La investigación de este estudio ha estado dirigida por la Dra. Nassim Majidi, la Dra. Jo Veary, Karen Lau, Francesca Chiavaroli, Hiu Yin Chuah, Shannon Armstrong, con el apoyo durante la fase inicial de la Dra. Thea de Gruchy, y con la coordinación del trabajo de campo y el apoyo de Mat Lowe, Vanessa Daurer, Victoria John, Jared Owuor, Tewelde Adhanom, Najia Alizada y Hakim Atiqee. Agradecimientos al equipo de campo, compuesto por: Henrique Gasperin, Renata

Summa, Julia Chaise, Carolina Salgado y Ricardo Prata Filho en Brasil; Temesgen Yaekob, Gudina Abashula, Yisalemush Asefa, Medareshaw Tafesse y Abebayehu Desalegn en Etiopía; Mariam Glakhoshvili, Ketevan Nebieridze y Ana Egutidze en Georgia; Ousman Ceesay, Aliasa Jallow, Salimina Bah y Mat Lowe en Gambia; Asra Memon, Human Rao, Basim Ahmed, Uruj Waheed y Mohamad Imtiaz en Pakistán; Lamine Fall, Ndèye Khady Ndiaye, Birahim Dieng y Mat Lowe en el Senegal.

El panel de revisión técnica de la sede de la **Organización Internacional para las Migraciones (OIM)**, integrado por Silvan Lange, Aleksandra Izydorczyk, Joy Paone, Claudette Walls, Emily Thuo, Phineas Jasi y Carlos Van der Laet, desea expresar su agradecimiento a las oficinas de país de la OIM en Brasil, Etiopía, Gambia, Georgia, Pakistán y el Senegal por su ayuda en la preparación y la implementación del trabajo de campo. Asimismo, la OIM desea dar las gracias a Stine Hyldekjaer, de la Dirección General de Asociaciones Internacionales de la Comisión Europea, por su ayuda y aportaciones.

La **Organización Internacional para las Migraciones, Samuel Hall** y el **Centro Africano de Migración y Sociedad** desean extender también su agradecimiento a la Unión Europea por su estímulo y financiación.

ÍNDICE

Reconocimientos	iii
Lista de Figuras y Tablas	vii
Lista de Acrónimos	ix
Glosario	x
Introducción	1
Antecedentes	2
Objetivos	3
Metodología	4
Datos recopilados por las ubicaciones de investigación	5
Marco ético y protección de datos	6
Limitaciones	6
1. Un enfoque de ciclo de vida de las necesidades de salud de las personas que retornaron: un recorrido por el ciclo migratorio	7
1.1 Marco conceptual	7
1.2 Resumen de la revisión de la evidencia y la literatura disponibles	9
1.2.1 ¿Qué es la atención integrada en el retorno y la reintegración?	11
1.2.2 ¿Qué enfermedades se han identificado en la literatura en relación con la migración?	14
1.3 Perfiles de personas que retornaron	15
1.3.1 Perfiles sociodemográficos	16
1.3.2 Dinámicas contextuales	18
1.4 El estado de salud durante el ciclo migratorio	21
1.4.1 Premigración: impulsores de la migración relacionados con la salud	21
1.4.2 Durante la migración (en tránsito y en los países de acogida): efectos perjudiciales de los factores estructurales en la salud	23
1.4.3 Después del retorno: la “doble carga” de las necesidades de salud	25
2. Efecto bidireccional: salud y resultados de reintegración	30

2.1 Tendencias lineales entre los resultados de salud y reintegración de las personas que retornaron	30
.....	
2.2 Salud y reintegración psicosocial	33
.....	
2.2.1 Efectos de la salud en la reintegración psicosocial	33
.....	
2.2.2 Efectos de la reintegración psicosocial en los resultados de salud	35
.....	
2.3 Salud y reintegración social	37
.....	
2.3.1 Acceso de las personas que retornan a los servicios de salud a lo largo del ciclo migratorio	38
.....	
2.3.2 Efectos de las necesidades relacionadas con la salud en los resultados de reintegración social	43
.....	
2.4 Salud y resultados de reintegración económica	46
.....	
2.4.1 Efectos de la reintegración económica en los resultados de salud	49
.....	
2.5 Género y salud	50
.....	
2.5.1 Necesidades y resultados específicos por género	50
.....	
2.5.2 Factores que contribuyen a los resultados de reintegración basados en el género	51
.....	
2.5.3 Mecanismos de afrontamiento desde una perspectiva de género	52
.....	
3. Influencias estructurales y puntos de intervención para la reintegración sostenible y la salud	55
.....	
3.1 Variaciones en el sistema de salud y (dis)continuidad de la atención	55
.....	
3.1.1 Retornar desde un sistema de salud maduro a un sistema de salud menos maduro	57
.....	
3.1.2 Retornar desde un sistema de salud menos maduro a un sistema de salud más maduro	58
.....	
3.1.3 Factores de los sistemas de salud que influyen en la salud y la reintegración de las personas que retornan	58
.....	
3.2 Políticas y programas existentes de respuesta a las necesidades de salud de las personas que retornan	60
.....	
3.2.1 Cartografía del apoyo proporcionado por las distintas partes implicadas	60
.....	
3.2.2 Buenas prácticas identificadas	60
.....	

Conclusión: carencias y oportunidades de intervención	64
Evaluación de las necesidades de salud y continuidad del seguimiento	64
Asistencia holística de salud y reintegración para las personas que retornan	65
Necesidad de sistemas de salud concienciados con la migración	65
Anexo 1. Descripción general de los sistemas de salud de los países del estudio	68
Bibliografía	72

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual de un enfoque de ciclo de vida de los resultados de salud y de reintegración de personas que retornaron	8
Figura 2. Determinantes de la salud de las personas migrantes a lo largo del ciclo migratorio	9
Figura 3. Entender la relación entre las necesidades de salud de las personas que retornaron, los sistemas y los resultados de reintegración	16
Figura 4. Sexo de las personas que retornaron participantes en la encuesta, por país	17
Figura 5. Distribución de edad de las personas que retornaron participantes en la encuesta, por sexo	17
Figura 6. Autoevaluación de la naturaleza del retorno de las personas que retornaron participantes en las encuestas, por país	17
Figura 7. Tiempo pasado fuera por las personas encuestadas, por sexos	18
Figura 8. Tiempo transcurrido desde el retorno de las personas que retornaron, por sexo	18
Figura 9. Autoevaluación del estado de salud de las personas que retornaron tras el retorno, por país	20
Figura 10. Autoevaluación de problemas de salud crónicos de las personas que retornaron tras el retorno, por país	20
Figura 11. Cambios en el estado de salud autoevaluado de las personas que retornaron a lo largo de las distintas etapas migratorias	21
Figura 12. Cambios en el estado autoevaluado a lo largo de las distintas etapas migratorias, por género	29
Figura 13. Cambios en el estado autoevaluado a lo largo de las distintas etapas migratorias, por tipo de retorno	29
Figura 14. Línea de tendencia (con un intervalo de confianza del 95 %) entre la autoevaluación del estado de salud después del retorno y el resultado de reintegración global por modelo de regresión	31
Figura 15. Estado de salud después del retorno y resultados de reintegración, por cada dimensión de la reintegración	31
Figura 16. Puntuación de reintegración psicosocial, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	33
Figura 17. Indicadores clave de reintegración psicosocial, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	35

Figura 18. Puntuación de reintegración social, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	38
Figura 19. Barreras más comunes de acceso a la atención sanitaria notificadas por las personas que retornaron después de que lo hicieran	39
Figura 20. Indicadores clave de reintegración social, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	45
Figura 21. Puntuación de reintegración económica, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	47
Figura 22. Indicadores clave de reintegración económica, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno	48
Figura 23. Tres dimensiones de la cobertura de salud universal	56
Figura 24. Cobertura de seguro médico en las distintas etapas de la migración entre las personas con retorno forzoso	59
Figura 25. Cartografía de políticas/programas en materia de salud, por país y sector	60

TABLAS

Tabla 1. Objetivos y preguntas de investigación	4
Tabla 2. Resumen de todos los datos recopilados	5
Tabla 3. Resumen de la literatura en el campo de la migración y la salud	14
Tabla 4. Cinco países principales desde los que retornaron por última vez las personas que participaron en la encuesta	19
Tabla 5. Ejemplos de problemas de salud referidos por las personas que retornaron en las entrevistas semiestructuradas	24
Tabla 6. Barreras para acceder a la atención sanitaria específicas de las personas que retornaron y comunes a la población de no retornados	38
Tabla 7. Género y problemas de salud crónicos	51
Tabla 8. Género y acceso a la atención sanitaria	52

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
CSU	Cobertura sanitaria universal
DSSR	Derechos de salud sexuales y reproductivos
EIC	Entrevista a informantes clave
ENT	Enfermedad no transmisible
ES	Entrevista semiestructurada
LGBTQI+	Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales
MHPSS	Salud mental y apoyo psicosocial (siglas en inglés)
NRS	Necesidades relacionadas con la salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OSC	Organización de la sociedad civil
OSIEGCS	Orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales
PASU	Programa de atención sanitaria universal
SSR	Salud sexual y reproductiva
SUS	Sistema Único de Saúde (sistema único de salud)
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VSG	Violencia sexual y de género

GLOSARIO

Acceso

Acceso es la “disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad”¹ de la atención sanitaria.

País de origen

“País de nacionalidad o de anterior residencia habitual de una persona o grupo de personas que han emigrado al extranjero, independientemente de si lo hacen de forma regular o irregular.”²

País de tránsito

“País por el que pasa una persona o grupo de personas, en cualquier viaje hacia el país de destino, o bien desde el país de destino hacia el país de origen o de residencia habitual.”³

Retorno forzoso

“Acto de devolver a una persona, contra su voluntad, al país de origen o de tránsito o a un tercer país que acepte recibirla, que generalmente se realiza en virtud de un acto o decisión de carácter administrativo o judicial.”⁴

Salud

“Salud es el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además, “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.”⁵

País de acogida

A menudo denominado *país de destino*, “país que corresponde al destino de una persona o de un grupo de personas, independientemente de si migran de forma regular o irregular.”⁶

Atención integrada

“La atención integrada es un concepto que concentra las aportaciones, la prestación, la gestión y la organización de servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la rehabilitación y la promoción de la salud. La integración es una forma de mejorar los servicios en cuanto a su acceso, calidad, satisfacción de los usuarios y eficiencia.”⁷

Migrante

“Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como migrantes por trabajo; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, por ejemplo migrantes objeto de tráfico ilícito; así como las personas cuya condición o medio de traslado no están expresamente definidos en el derecho internacional, como en el caso de estudiantes internacionales.”⁸

1 McIntyre D., M. Thiede y S. Birch, *Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries*, Health Econ. Policy Law 4(2), 179-193 (2009), pág. 179.

2 OIM, Glosario de la OIM sobre Migración (2019), pág. 39.

3 *Ibid.*, págs. 39-40. Adaptado de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (adoptada el 18 de diciembre de 1990, en vigor desde el 1 de julio de 2003) 2220 UNTS 3, art. 6(c).

4 *Ibid.*, pág. 77. Adaptado de la Red Europea de Migración, Glosario sobre Migración y Asilo de la Red Europea de Migración 3.0 (2014).

5 OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), pág. 1.

6 OIM, Glosario de la OIM sobre Migración, pág. 39.

7 Gröne O. y M. Garcia-Barbero, *Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*, International Journal of Integrated Care 1(1): 1-10 (2001), pág. 7.

8 OIM, Glosario de la OIM sobre Migración, págs. 132-133.

Persona retornada

Persona que regresa a su comunidad tras haberse trasladado “fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones”.⁹ Para los fines de este estudio, se adoptará el término persona retornada para hacer referencia a migrantes internacionales que han regresado a su país o comunidad de origen, de manera voluntaria o no, en las subcategorías de retorno descritas anteriormente.

Reintegración sostenible

“La reintegración puede considerarse sostenible cuando las personas que retornan han alcanzado un nivel de independencia económica, estabilidad social intracomunitaria y bienestar psicosocial que les permite lidiar con los factores que propician la migración (o la remigración). Al lograr una reintegración sostenible, las personas que retornan pueden ver la decisión de volver a migrar como una elección, y no como una necesidad.”¹⁰

Vulnerabilidad

“En el contexto migratorio, la vulnerabilidad es la capacidad limitada para evitar, resistir y afrontar un daño, o recuperarse de él. Esta capacidad limitada es el resultado de una confluencia de características y condiciones individuales, familiares, comunitarias y estructurales.”¹¹ “La vulnerabilidad es el resultado de la confluencia y coexistencia de una serie de factores personales, sociales, situacionales y estructurales”, y el nivel de exposición de una persona “depende de la interacción de distintos factores: las características sociodemográficas de las personas migrantes, las poblaciones desplazadas y las comunidades afectadas, sus capacidades [...], su ubicación [...], y los factores generados por las situaciones de crisis”¹² que les afectan.

9 *Ibid.*, pág. 132.

10 OIM, Hacia un enfoque integrado de la reintegración en el contexto del retorno (2017), pág. 3.

11 OIM, Glosario de la OIM sobre Migración, pág. 229.

12 *Ibid.*, págs. 229-230. Véase también OIM, Nota de orientación sobre la incorporación de una perspectiva de protección en las respuestas de la OIM a las situaciones de crisis (2016), IN/232, págs. 6-7.



Otash es una aldea en el sur de Darfur donde muchos de sus residentes han regresado, después de haber pasado años en campamentos para personas desplazadas internamente (PDI) debido a enfrentamientos étnicos que se remontan a 2003. La OIM se encuentra entre las agencias que han apoyado el regreso con infraestructura, como agua, educación e instalaciones sanitarias. © OIM 2021 / Muse MOHAMMED

INTRODUCCIÓN

La buena salud y el bienestar para todas las personas es un derecho humano básico y está reconocido como tal por la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas,¹³ y el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. El acceso a una atención integrada es fundamental para disfrutar de buena salud y bienestar. **Las iniciativas para hacer efectivo este derecho a menudo excluyen a las personas migrantes**, incluso cuando estas han regresado a su país de origen.¹⁴ Según la OIM, un 58 por ciento de las personas migrantes en situación de vulnerabilidad a las que se ayudó a retornar en 2021 presentaba necesidades relacionadas con la salud. Esta cifra superó el 80 por ciento entre las personas migrantes en situaciones de vulnerabilidad que regresaban a determinadas regiones entre las que se incluyen Asia y el Pacífico, el Espacio Económico Europeo, Oriente Medio y Norte de África, Europa del Este y Asia Central.

Tener en cuenta la migración, un factor decisivo para la salud, es una prioridad cada vez más reconocida de la salud pública mundial. Las respuestas en materia de salud que no tienen en cuenta la migración no solo afectan negativamente a la salud de las personas en movimiento, sino también a la de las comunidades con las que estas interactúan a lo largo de su recorrido migratorio: “no hay salud pública sin salud migratoria”.¹⁵ Para asegurar el desarrollo de respuestas adecuadas, es preciso entender con claridad la relación existente entre migración y salud, tanto entre las personas migrantes y la población de acogida como entre distintos grupos de migrantes. Esto debe indefectiblemente incluir a las personas que retornan.

La salud y el bienestar de las personas que retornan son factores decisivos para la reintegración sostenible, pues una salud física y mental deficientes merma la capacidad de las personas o de las familias

de volverse autosuficientes y de alcanzar la estabilidad o el bienestar, tal como recoge la definición de la OMI del término “reintegración sostenible”. Asegurar una respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de las personas que retornan resulta crucial para favorecer la reintegración sostenible.¹⁶ Sin embargo, hay estudios que sugieren que las personas que retornan disponen de un acceso limitado o inadecuado a los servicios médicos y sufren barreras de acceso a la atención sanitaria a largo plazo, entre las que se incluye el coste inasumible de la atención en muchos contextos.

Las pruebas de que se dispone sobre las necesidades de salud de las personas que retornan, las condiciones del sistema de salud, y su vinculación con los resultados de reintegración sostenible son limitadas. El regreso de personas trabajadoras migrantes con lesiones y enfermedades ocupacionales a sus comunidades de origen es, desde hace tiempo, un ámbito de interés para especialistas y activistas. No obstante, aparte de los trabajos que tienden a un enfoque histórico, los estudios actuales sobre retorno, reintegración y salud suelen responder a dos tendencias: (1) la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que retornan, en particular en relación con el estigma;¹⁷ y (2) un enfoque muy reciente basado en la COVID-19 y el proceso de retorno y reintegración. Para mejorar el acceso a la atención sanitaria y crear oportunidades de reintegración sostenible, se precisa un conocimiento más amplio de la confluencia entre las necesidades de salud y la reintegración.

Mientras que el corpus de literatura sobre la salud de las personas migrantes en las etapas de presalida, tránsito y posmigratoria del proceso migratorio es cada vez más abundante, **la literatura que aborda el retorno, la reintegración y la salud —o los resultados de salud— de las personas que retornan es, en gran medida, limitada**, como también lo son las formas en las que tales resultados pueden relacionarse con el género, con

13 Naciones Unidas, Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015).

14 OMS, Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes (2022).

15 *No Public Health without Migrant Health*, *The Lancet Public Health* 3(6): 259 (2018).

16 OIM, Reintegración: Enfoques eficaces (2015).

17 Schuster L. y N. Majidi, *Deportation Stigma and Re-Migration*, *Journal of Ethnic and Migration Studies* 41(4): 635-652 (2014).

la edad o con otros aspectos sociales. Por lo tanto, es importante que se generen conocimientos sobre el tema y se identifiquen buenas prácticas que pueda aplicarse a gran escala para facilitar la reintegración de las personas migrantes con condiciones de salud deficientes.

Este informe, encargado por la OIM en colaboración con Samuel Hall y el Centro Africano de Migración y Sociedad de la Universidad de Witwatersrand, pretende salvar esta brecha en la literatura existente sobre el tema, al estudiar el impacto de las necesidades de salud en los resultados de reintegración sostenible e identificar los factores clave que interactúan para determinar los resultados de salud y reintegración de las personas que retornan. Si bien este estudio tiene como fin investigar la relación existente entre las necesidades de salud, el acceso a la atención sanitaria y la reintegración sostenible de las personas que retornan, se recurre a las etapas migratorias para estructurar el enfoque. Esto permite destacar “la naturaleza escalonada y acumulativa de los riesgos para la salud y las oportunidades de intervención que pueden encontrarse a lo largo del proceso migratorio, y llamar la atención sobre las posibles ventajas de elaborar políticas que abarquen todo el espectro del movimiento migratorio.”¹⁸

ANTECEDENTES

El *Manual sobre reintegración* de la OIM subraya la importancia del acceso a la atención sanitaria para la reintegración, y de priorizar la salud mental y la reintegración psicosocial de las personas que retornan. En el enfoque de reintegración integrado de la OIM, la reintegración psicosocial se considera un factor clave para asegurar que la reintegración de una persona retornada sea sostenible: en consecuencia, la prestación de **MHPSS es un elemento clave de los programas de reintegración de la OIM**. Si bien no todas las necesidades de MHPSS de las personas que retornan están plenamente cubiertas, se hace constar que la OIM continúa realizando esfuerzos en este sentido.

Además de los programas de la OIM sobre las necesidades psicosociales de las personas que retornan,

garantizar el acceso a la atención sanitaria de una forma más amplia es uno de los aspectos destacados a lo largo del estudio encargado por la OIM y de las directrices de la OIM para fomentar la reintegración sostenible, bajo la dimensión de reintegración social que engloba el acceso a los servicios. Por ejemplo, *Returning with a health condition: A toolkit for counselling migrants with health concerns*, (*Retornar con problemas de salud: kit de herramientas para asesorar a inmigrantes con problemas de salud*), un resultado del proyecto de *Medidas para mejorar el retorno voluntario asistido y reintegración (RVAR) de migrantes con una afección médica crónica que residen en la UE*, así como el kit de herramientas de la OIM sobre *Evaluación de las necesidades psicosociales en situaciones de emergencia, desplazamiento, recuperación temprana y retorno*. Asimismo, **el acceso a la salud y el bienestar está reconocido como uno de los siete elementos interconectados de reintegración social**. Los elementos restantes —acceso a documentación, vivienda y alojamiento, planes de protección social, educación y formación, alimentación y agua, y justicia y derechos— son todos, además, factores sociales decisivos para la salud.¹⁹ A modo de ejemplo, la importancia de los servicios de salud sexual y reproductiva para las personas que retornan, incluida la provisión de profilaxis posexposición cuando corresponda, se aborda en la dimensión social de los programas de reintegración.

“ La asistencia psicosocial a nivel individual mejora el estado psicológico de las personas que retornan [...] así como su capacidad para establecer (o restablecer) redes y relaciones sociales positivas y hacer frente a los factores que las impulsan a migrar (o volver a migrar).

– OIM, *Manual sobre reintegración*, p. 93

Resulta relevante que muchos de los hallazgos de esta parte del trabajo de la OIM reflejan las barreras de acceso, que pueden no ser exclusivas de las personas que retornan, sino extenderse a toda la comunidad. Esto incluye, por ejemplo, el coste de la atención. **Entender qué barreras y necesidades relacionadas con la salud son específicas de las personas que**

18 Zimmerman C., L. Kiss y M. Hossain, *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making*, PLoS Medicine 8(5): 1-7 (2011), p. 1.

19 Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local.

retornan y de los lugares de retorno —y, de forma más amplia, cuáles reflejan el fortalecimiento de los sistemas de salud— es importante para mejorar los programas. Asimismo, la participación de la OIM distingue entre las necesidades relacionadas con la salud que corresponden al alcance operacional de la asistencia social, mientras que su atención a la salud mental y las necesidades psicosociales de las personas que retornan corresponde al ámbito operacional de la asistencia psicosocial. Profundizar en la interrelación que existe entre los resultados de salud física y mental de las personas que retornan también servirá para mejorar los programas a este respecto.

Durante los meses de marzo y abril de 2022, se celebraron una serie de reuniones individuales con las oficinas de país de la OIM en los países de destino de este estudio con el fin de documentar el desarrollo de aspectos importantes

de la investigación (estrategia de muestreo, conceptos de investigación y situación contextual de las personas que retornan). En total, de las intervenciones de las oficinas de país surgieron cuatro cuestiones clave relacionadas con las necesidades de salud de las personas que retornan, a saber:

1. Analizar las necesidades de salud de las personas beneficiarias y su relación con la asistencia recibida;
2. Diferenciar entre las necesidades de los programas de atención sanitaria y las de los distintos grupos de población;
3. Entender cómo se limita el acceso a la atención sanitaria por parte de las personas que retornan; y
4. Analizar la relación entre las necesidades relacionadas con la salud y la reintegración económica.

OBJETIVOS

Esta investigación tiene como objeto analizar las relaciones entre las **necesidades de salud, el acceso a la atención y la reintegración sostenible de las personas que retornan**. En este sentido, el estudio persigue cuatro objetivos que consisten en vincular las **necesidades relacionadas con la salud de cada persona retornada** (también en lo que respecta a la salud mental) con las **capacidades e infraestructuras de servicios de salud** en el entorno externo, para así **aprender de las prácticas**

existentes y formular recomendaciones en cuanto a cómo mejorar la **operacionalización y los estándares de provisión de atención sanitaria en contextos de reintegración** en los países de origen. Esto derivará en la inclusión de recomendaciones sobre el tratamiento de las personas migrantes con necesidades de salud durante todo el ciclo migratorio, prestando especial atención a las dimensiones de género, geográfica y de desarrollo.



Para alcanzar estos objetivos, se han planteado las siguientes preguntas de investigación:

Tabla 1. Objetivos y preguntas de investigación

OBJETIVOS	PREGUNTAS
Entender la migración como un determinante social de la salud	1. ¿Cómo influye la experiencia de las personas que retornan en los resultados de salud y reintegración? ¿Qué factores principales determinan el acceso a la atención sanitaria?
Identificar las necesidades médicas y de salud de las personas que retornan	2. ¿Qué afecciones médicas y necesidades relacionadas con la salud presentan las personas que retornan? ¿Cómo afecta la interseccionalidad a las necesidades de salud? ¿Cómo buscan atención sanitaria las personas que retornan?
Analizar las influencias sociales y estructurales en los resultados individuales de salud y reintegración	3. ¿Qué barreras estructurales e impulsores inciden en el acceso a la atención sanitaria? ¿Cómo incluyen los sistemas de salud en los resultados de salud y reintegración de las personas que retornan?
Formular respuestas programáticas a la salud y el bienestar de las personas que retornan	4. ¿Qué buenas prácticas existen para la prestación de asistencia sanitaria en contextos de reintegración? ¿De qué modo se pueden reforzar las iniciativas de reintegración para responder mejor a las necesidades de salud de las personas que retornan?

METODOLOGÍA

Este estudio se realizó entre los meses de marzo y julio de 2022 y ha seguido un enfoque mixto de tres fases. La fase inicial incluyó una revisión integral de la literatura²⁰ con el fin de identificar vacíos documentales, y una revisión de la metodología y las herramientas por un grupo de referencia especializado.²¹ La fase de **recopilación de datos** consistió en la recopilación de datos primarios, por medio de métodos cuantitativos y cualitativos, en seis países. La selección de participantes

en el estudio (tanto personas que retornan como informantes clave) se realizó mediante nominaciones de las respectivas oficinas de país de la OIM, así como mediante un método de muestreo de bola de nieve. En cada país se incluyó una fase piloto destinada a probar las herramientas de recopilación de datos.

Se recurrió a cinco métodos de forma simultánea:

1. **Estudio:** En cinco de los seis países seleccionados, se realizó una encuesta entre las personas que retornaron sobre sus necesidades relacionadas

20 La revisión de la literatura cubre tanto los textos académicos como la literatura gris, y sirve como base sobre la cual construir la metodología y las herramientas de investigación. La revisión, que utiliza un enfoque basado en las etapas migratorias, ofrece una visión sintética de las obras que existen en materia de migración y salud, y de cómo se abordan las necesidades relacionadas con la salud de las personas retornadas en esta literatura. También revisa el estado actual de los conocimientos sobre retorno y reintegración, muchos de los cuales consisten en literatura gris que respalda la toma de decisiones programáticas sobre retorno y reintegración.

21 El grupo de referencia de expertos estuvo integrado por expertos académicos afiliados a la Iniciativa de Investigación sobre Migración, Salud y Desarrollo y especialistas temáticos regionales relevantes de la OIM para brindar aportes expertos. Members include (listed alphabetically): Prof. Baltica Cabieses, social epidemiologist and senior researcher at the Social Studies in Health Research. Los miembros incluyen (en orden alfabético): Prof. Baltica Cabieses, epidemióloga social e investigadora principal del Programa de Investigación en Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, y miembro de la junta directiva de Lancet Migration. Centro Latinoamericano; Prof. Priya Deshingar, autoridad reconocida internacionalmente en investigación y análisis de políticas migratorias con especial atención a la movilidad y la salud en la migración Sur-Sur, Universidad de Sussex; Peppi Kiviniemi-Siddiq, especialista temática regional de la División de Protección en la Oficina Regional de la OIM para Asia y el Pacífico; la profesora Cathy Zimmerman, científica social y del comportamiento que dirige la investigación sobre migración y salud en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Dra. Kolitha Wickramage, Coordinadora de Investigación en Salud y Epidemiología de la Migración Global, División de Salud de la Migración de la OIM, Unidad de Apoyo a la Salud de la Migración Global, Manila.

con la salud. La encuesta incluyó preguntas sobre las características demográficas (como edad, sexo o situación familiar), el perfil de las personas que retornaron (como el tipo de retorno, el tiempo pasado fuera, el tiempo transcurrido desde el retorno o la asistencia recibida), la autoevaluación del estado de salud y el acceso a la sanidad (antes de la migración, y antes y después del retorno) y los resultados de reintegración (por ejemplo, económicos, sociales o psicosociales). Los criterios de elegibilidad fueron que la persona retornada debía haber regresado en los últimos cinco años y ser mayor de 18 años;

2. **Entrevistas semiestructuradas** con las personas que retornaron incluyeron, como criterios de elegibilidad, que la persona retornada debía haber regresado en los últimos cinco años, ser mayor de 18 años y presentar una afección de salud o tener alguna experiencia intentando acceder a la atención sanitaria;
3. **Entrevistas a informantes clave:** El equipo de investigación celebró EIC con empleados públicos, proveedores de servicios sanitarios que habían trabajado con personas que retornaron, personal de agencias de las Naciones Unidas y de organizaciones internacionales, así como con OSC, ONG y estructuras comunitarias locales;
4. **Casos de estudio:** A través de ES y EIC, se abordaron casos de estudio programáticos con el fin de identificar y entender mejor las mejores

prácticas emergentes en materia de elaboración de programas de reintegración y salud;

5. **Grupo de referencia especializado:** Durante todo el estudio se colaboró y consultó con líderes de la comunidad académica y mundiales del campo de la migración.

DATOS RECOPIADOS POR LAS UBICACIONES DE INVESTIGACIÓN

Se procedió a seleccionar seis países como lugares de investigación en coordinación con la OIM con el fin de reflejar un ámbito geográfico amplio: **Brasil, Etiopía, Gambia, Georgia, Pakistán y el Senegal.** Mientras que las entrevistas con personas que retornaron se celebraron en todos los países, la encuesta de necesidades relacionadas con la salud (NRS) se realizó solo en Etiopía, Gambia, Georgia, Pakistán y el Senegal. La encuesta no se realizó en Brasil debido a las dificultades a la hora de identificar a las personas beneficiarias. Todas las encuestas NRS fueron presenciales salvo en Georgia, donde fueron telefónicas por cuestiones prácticas. Para analizar los datos de la encuesta se utilizaron métodos estadísticos descriptivos y analíticos, como tablas de contingencia, pruebas “t” y modelos de regresión. Las entrevistas semiestructuradas y entrevistas a informantes clave, que fueron presenciales y en la lengua nativa de las personas entrevistadas, se grabaron para luego transcribirse en inglés. Las transcripciones se analizaron por temas.

Tabla 2. Resumen de todos los datos recopilados

PAÍS	EIC	ES	ENCUESTA NRS	TOTAL
Brazil	12	24	0	36
Etiopía	15	16	69	100
Gambia	15	17	60	92
Georgia	15	17	50	82

Pakistán	13	19	59	91
Senegal	6	17	58	81
Total	76	110	296	482 personas entrevistadas

MARCO ÉTICO Y PROTECCIÓN DE DATOS

Dado que este estudio aborda cuestiones de salud que podrían ser delicadas en determinados contextos, el equipo de investigación ha hecho todo lo posible por proteger la confidencialidad y el anonimato con respecto a la identidad de las personas participantes. Los datos se han desvinculado de cualquier información identificativa. Se han seguido procedimientos rigurosos para garantizar la obtención del consentimiento informado de las personas participantes. Asimismo, se solicitó el permiso de las autoridades competentes de cada país antes de realizar la encuesta, para lo cual se contó con la ayuda de las oficinas de país de la OIM. Cada investigador local siguió una formación de dos días y medio que incluyó un apartado sobre protección y ética en la investigación, en especial en el caso del personal de investigación cualitativa encargado de entrevistar a las personas que retornaron. Durante el trabajo de campo, el personal de investigación informó a las personas participantes de los mecanismos de retroalimentación y de reclamación en vigor, así como de los servicios de salud y MHPSS disponibles, cuando procedía. Durante todo el proyecto, se han respetado los principios de protección de datos, incluidos aquellos relativos a la seguridad y la conservación de los datos y el acceso a estos, de conformidad con lo establecido en el *Manual de protección de datos de la OIM*.

LIMITACIONES

Si bien los datos recopilados durante el estudio son exhaustivos y han permitido analizar en profundidad las

relaciones que existen entre las necesidades de salud de las personas que retornaron y los resultados de reintegración, existen unas limitaciones importantes que se deben tener en cuenta a la hora de interpretar los hallazgos de la investigación.

- **Personas que retornaron asistidas por la OIM:** la mayoría de las personas que retornaron eran beneficiarias de la OIM (un 80 % según los datos cuantitativos y un 65 % según los datos cualitativos), lo cual entraña ciertas implicaciones en cuanto al potencial de generalización y de sesgo. Esto se debe al método de muestreo utilizado —que consistió en la designación de participantes por parte de las oficinas de país de la OIM²² (y que se complementó con un muestreo por bola de nieve)— y al hecho de que los criterios de inclusión en los programas de retorno y reintegración de la OIM también varían de un país a otro.
- **Representación de las poblaciones de personas que retornaron:** Dado el carácter no aleatorio de la selección de participantes, las personas que retornaron que participaron en las entrevistas semiestructuradas no son representativas de la totalidad de población retornada. En algunos países, como es el caso de Brasil, la mayoría de las personas que retornaron lo hicieron de forma voluntaria, si bien las personas informantes clave han observado que, en su experiencia cotidiana, era más frecuente encontrar personas cuyo retorno había sido forzoso. De ahí se deduce que en el estudio podrían faltar perspectivas importantes.
- **Tamaño de la muestra de estudio:** La muestra del estudio cuantitativo es relativamente reducida

²² Este método de muestreo se adoptó por consenso con la OIM con la intención de entender mejor si había necesidades de salud no satisfechas entre las personas retornadas que recibían asistencia, y el impacto de ello en los resultados de reintegración.

($n=296$),²³ por lo que el análisis de subgrupos tiene un poder estadístico bajo; este es el caso del análisis por géneros, cuya muestra incluía solo a 55 mujeres que retornaron. No obstante, cuando ha sido posible, se han notificado los intervalos de confianza y valores p basados en pruebas “ t ”²⁴ con el fin de posibilitar una interpretación mejor documentada.

Autoevaluación y evaluación: Este estudio ha confiado en la autoevaluación de cada participante en cuanto a su estado de salud, sin adoptar ninguna medición de salud objetiva. Existe la posibilidad de sesgo de recuerdo, ya que a cada participante se le preguntó por su experiencia en etapas migratorias anteriores. Esta posibilidad se ha minimizado limitando la elegibilidad a aquellas personas que habían retornado en los últimos cinco años y, en el caso de la encuesta, las preguntas sobre la etapa previa a la migración se plantearon únicamente a quienes habían retornado en los últimos 12 meses. Se advierte también sobre las comparaciones entre países, puesto que, tal como se constata en la literatura, existen diferencias culturales en cuanto a la forma de entender la salud y la enfermedad.

- **Transversalidad de la encuesta:** La encuesta NRS consistió en un estudio transversal en el que se plantearon simultáneamente preguntas sobre salud y reintegración, de ahí que los hallazgos puedan interpretarse solo como asociaciones, y no con una relación de causalidad.

23 El tamaño previsto de la muestra de estudio fue de 300 (50 por país), y por tanto la muestra alcanzó el tamaño esperado a pesar de la exclusión de Brasil por los motivos explicados anteriormente.

24 Los intervalos de confianza y valores p sirven para indicar la significación estadística de los resultados en función del tamaño de la muestra de estudio.

1. UN ENFOQUE DE CICLO DE VIDA DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE RETORNARON: UN RECORRIDO POR EL CICLO MIGRATORIO

MENSAJES CLAVE

- 1. La mayor parte de las personas retornadas notificó un buen estado de salud anterior a la migración, que se fue deteriorando durante el proceso migratorio y tras el retorno.**

Este hecho fue más pronunciado:

 - Cuando las retornadas eran mujeres
 - Cuando el retorno era forzoso
 - Cuando las personas retornadas habían pasado más de seis meses en el extranjero
 - Cuando el retorno se había producido entre 1 y 2 años antes
- 2. La exposición a entornos perjudiciales durante la migración tuvo un efecto acumulativo en las necesidades de salud de las personas retornadas,** lo que a menudo se tradujo en una doble carga para la salud física y mental a largo plazo, en particular entre las personas retornadas con experiencias de migración irregular.
- 3. Los acontecimientos de salud importantes previos, como lesiones ocupacionales o violencia física durante la estancia en el extranjero, a menudo desembocaron en afecciones de salud crónicas a más largo plazo para las personas retornadas,** como dolor crónico o TEPT, con efectos colaterales en el éxito de su reintegración.

1.1 MARCO CONCEPTUAL

La salud y el bienestar de las personas migrantes dependen de la interacción de diversos factores a lo largo del proceso migratorio, incluida la etapa posterior al retorno. Tradicionalmente, las inquietudes en torno a la migración y la salud se han centrado en la salud de las personas migrantes en lo que respecta a enfermedades transmisibles y cómo las personas migrantes propagan la infección. Esto ha desembocado en políticas centradas en la etapa previa a la migración, en concreto a través del desarrollo de exámenes médicos antes de la partida. Sin embargo, esto no refleja la **relación dinámica de la relación que existe entre las distintas fases de migración y la salud**. Por ejemplo, durante el proceso migratorio, las personas migrantes podrían estar expuestas a riesgos directos para la salud, como acontecimientos traumáticos, carencias nutricionales, deshidratación o exposición a enfermedades infecciosas, entre otros. Posteriormente,

las políticas de inmigración, las barreras jurídicas para el acceso por parte de las personas migrantes a los servicios, entre los que se incluye la atención sanitaria, el perfil epidemiológico entre la comunidad de origen y la comunidad de acogida, el acceso a vivienda y empleo, las experiencias de xenofobia y discriminación, y el hecho de que los sistemas de salud estén o no preparados para la migración y la movilidad son todos factores que determinan en qué medida las personas migrantes están en riesgo de obtener resultados de salud deficientes.

Un elemento clave para entender cómo cambia la salud de las personas que retornaron y cómo esta puede influir en los resultados de reintegración es tener en cuenta las dimensiones de espacio y de tiempo. Tras su retorno, mientras que las personas que retornan a menudo regresan al mismo espacio (lugar) de origen, el

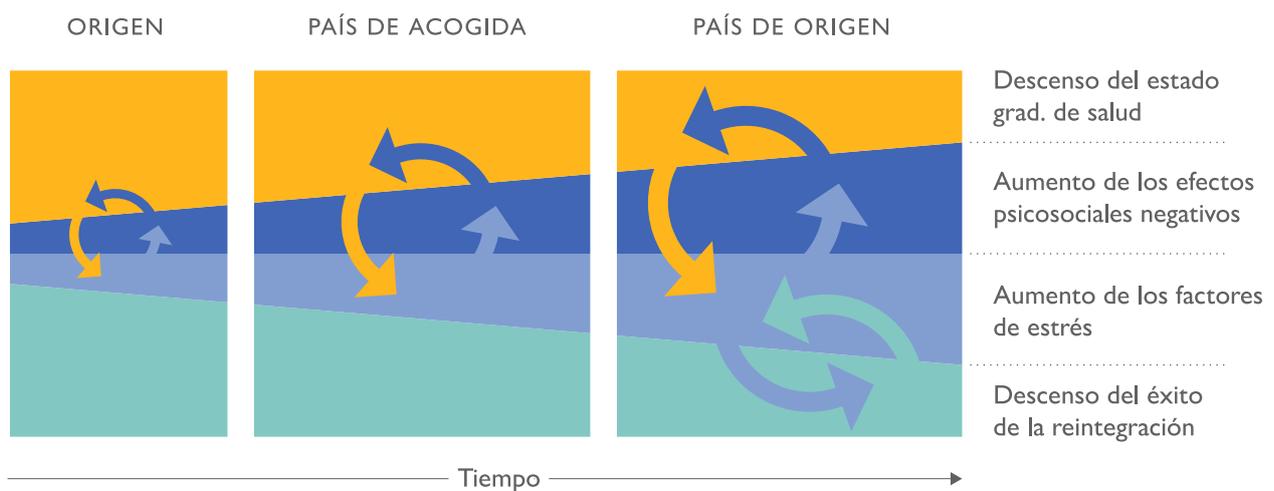
tiempo transcurrido en el extranjero tiene implicaciones considerables en cuanto a las realidades a las que retornan. No es solo que estas personas hayan vivido su propia experiencia migratoria, sino que las comunidades a las que retornan a menudo también han evolucionado con el paso del tiempo, y con ellas las redes de ayuda social y el conjunto de los sistemas sociales. Estos factores de estrés, tanto durante el proceso migratorio como después del retorno, determinan los resultados de salud de las personas que retornaron y la sostenibilidad de su reintegración.

Partiendo de los hallazgos cualitativos y cuantitativos del estudio, se procedió a desarrollar el marco representado en la figura 1. Este marco refleja las interrelaciones entre los resultados de salud (física y mental) y reintegración (económica, social y psicosocial), así como los principales determinantes y factores de estrés (a nivel individual y familiar, comunitario y estructural), mediante la adopción de un enfoque basado en el ciclo de vida. El marco conceptual se basó en las etapas de la migración y en los factores de vulnerabilidad de la salud y de resiliencia para enmarcar el enfoque como se detalla a continuación en la literatura, con el fin de destacar “la naturaleza escalonada y acumulativa de los riesgos

para la salud y las oportunidades de intervención que pueden encontrarse a lo largo del proceso migratorio, y llamar la atención sobre las posibles ventajas de elaborar políticas que abarquen todo el espectro del movimiento migratorio”.²⁵ Este marco conceptual propuesto refleja las cinco conclusiones clave analizadas en este estudio, que deberían probarse luego en estudios a más gran escala para su validación:

1. Con el tiempo, en general, la autoevaluación del estado de salud de las personas que retornaron disminuyó.
2. Con el tiempo, en general, la tensión psicosocial aumentó.
3. A lo largo del proceso migratorio, los factores de estrés (esto es, los determinantes negativos sociales y estructurales de la salud) se intensificaron.
4. Existe una relación bidireccional entre el estado de salud y los resultados de integración.
5. El aumento de los factores de estrés con el tiempo se tradujo en un empeoramiento del estado de salud, junto con resultados de reintegración más negativos.

Figura 1. Marco conceptual de un enfoque de ciclo de vida de los resultados de salud y de reintegración de personas que retornaron



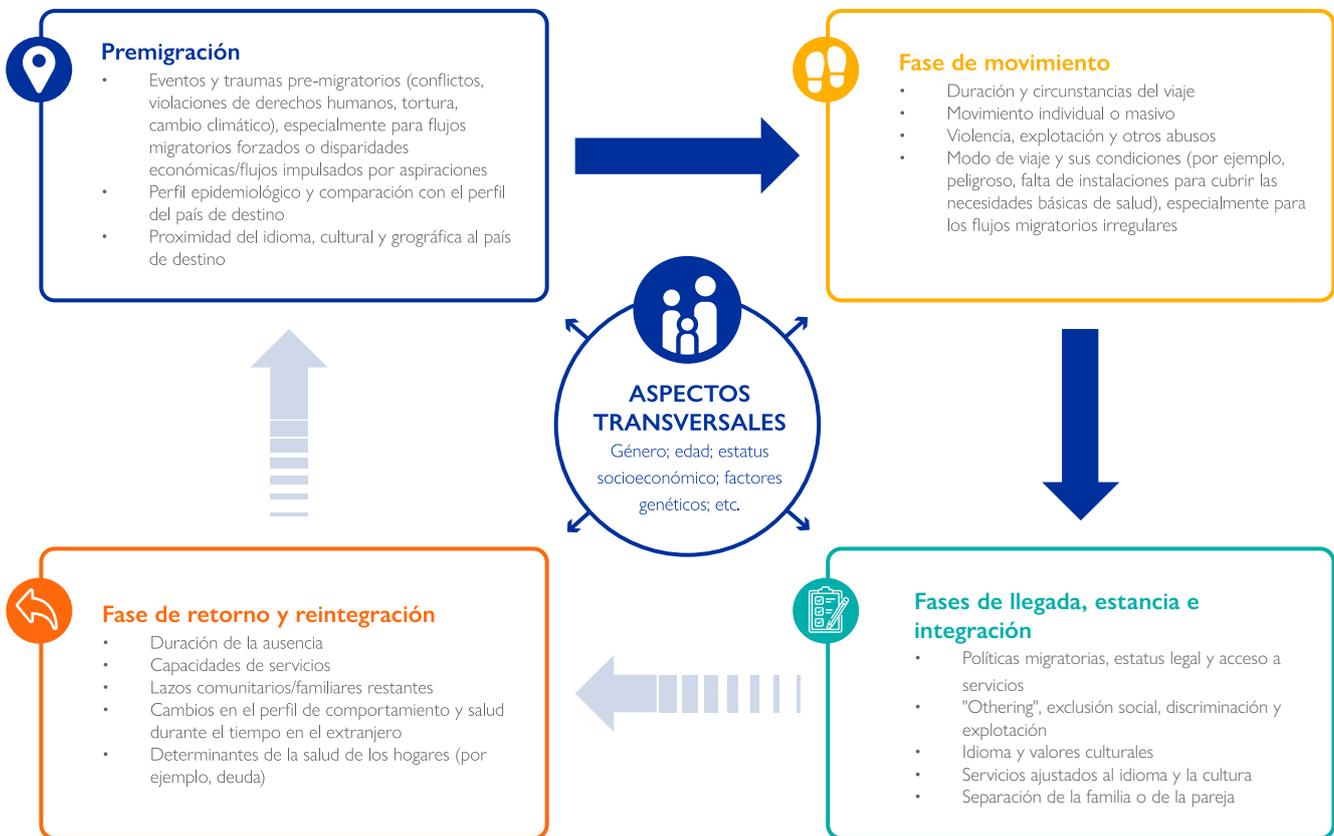
25 Zimmerman, Kiss y Hossain, *Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making*, pág. 1.

1.2 RESUMEN DE LA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA Y LA LITERATURA DISPONIBLES

Este enfoque está respaldado por la base de evidencia disponible. La literatura en el ámbito de la migración y la salud es cada vez más abundante y diversa, en particular en lo que respecta a las etapas de presalida, tránsito y posmigratoria del proceso migratorio. No obstante, tal como se apunta en un informe de la OMS: “A pesar de la importancia de una atención sanitaria continuada, las investigaciones disponibles se centran principalmente en personas refugiadas y migrantes en los países de acogida,

siendo mucho menos abundante la literatura dedicada a los países de origen o a las etapas de tránsito”.²⁶ El regreso de personas trabajadoras migrantes a sus comunidades de origen con lesiones y enfermedades ocupacionales es, desde hace tiempo, un ámbito de interés para especialistas y activistas, mientras que la actual investigación sobre el retorno, la reintegración y la salud viene a cubrir un vacío más amplio en la literatura.

Figura 2. Determinantes de la salud de las personas migrantes a lo largo del ciclo migratorio
(Fuente: OIM, Los esenciales para la gestión de la migración 2.0)



Este marco sobre el ciclo migratorio subraya la importancia de formular intervenciones que aborden los riesgos de salud a los que se enfrenta una persona migrante en cada etapa, y cómo los riesgos confluyen y se acumulan al final del ciclo migratorio, punto central de esta investigación.

Premigración: El estado de salud en la etapa premigratoria viene, en gran medida, determinado por tres factores, aparte de los factores genéticos y biológicos, a saber: (1) el perfil epidemiológico del país de origen; (2) el sistema de salud y la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria recibida por la persona antes de la partida; y (3) las experiencias de trauma, violencia o desplazamiento

26 OMS, *Global Evidence Review on Health and Migration: Continuum of Care for Noncommunicable Disease Management during the Migration Cycle* (2022), pág. 33.

que puedan haber sido un factor decisivo en la decisión de migrar. A excepción de las personas migrantes que han experimentado situaciones traumáticas en su país de origen —por ejemplo, guerra o persecución como minoría— o que migran por motivos relacionados con la salud, la comunidad experta suele coincidir en que, en el punto de partida, interviene el llamado “efecto del migrante sano”. Debido a los costes asociados a la migración, es probable que, en el punto de partida y a la llegada al país de acogida, las personas migrantes presenten un mejor estado de salud que aquellas de las comunidades que dejan atrás y que las reciben. Sin embargo, este efecto no suele durar mucho tras la llegada. También se debe considerar el acceso a la atención sanitaria como motivo para migrar. Algunas investigaciones sugieren que la decisión de migrar en ocasiones puede ir respaldada por la necesidad de costear la atención sanitaria de un familiar en el país de origen, o de acceder a la atención sanitaria en el país de acogida.

Fase de movimiento: La “duración, circunstancias y condiciones”²⁷ del recorrido entre el lugar de origen de una persona migrante y su lugar de destino final influye en sus necesidades de salud a la llegada. Muchos de estos recorridos incluyen experiencias de violencia, periodos de espera y tránsito, y un acceso deficiente a necesidades básicas, como los alimentos. Según emergen centros de detención y campos de tránsito como principal respuesta a la movilidad humana, también lo hace el conocimiento de las consecuencias negativas que ejercen estos espacios en la salud y el bienestar de las personas migrantes. Tal como apuntan Zimmerman et al., “existen asociaciones claras entre la duración de la detención y la gravedad de los trastornos mentales, en especial para aquellas personas anteriormente expuestas a acontecimientos traumáticos, lo cual es frecuente en el caso de quienes tienen que migrar de manera forzosa.”²⁸

Llegada e integración: Las personas migrantes a menudo llegan a las nuevas comunidades con una ventaja de salud. Sin embargo, ciertos factores previos a la salida y durante la fase de movimiento, además de ciertos factores de la comunidad de acogida, suelen provocar que esta ventaja

se pierda rápidamente. Los factores que determinan si —y con qué rapidez— las personas migrantes se exponen a resultados deficientes son, por ejemplo, las políticas de migración y las barreras jurídicas para el acceso por parte de las personas migrantes a los servicios, entre los que se incluye la atención sanitaria; las posibles diferencias entre el perfil epidemiológico de la comunidad de origen y el de la comunidad de acogida; el género; el acceso a vivienda y empleo; las experiencias de xenofobia y discriminación; el estrés derivado del proceso migratorio; y el hecho de que los sistemas de salud estén o no preparados para la migración y la movilidad. La llegada y la integración a menudo son procesos largos y complejos que van acompañados de procesos migratorios fragmentados y largos periodos de tránsito en terceros países. Puesto que el acceso a servicios médicos en los países de tránsito suele ser limitado, estos recorridos suelen suponer una pesada carga para la salud de las personas migrantes. En consecuencia, a veces estas personas pueden llegar a los países de acogida, o volver a los países de origen, con enfermedades o afecciones físicas o psicosociales sin tratar.

Retorno: Los resultados de salud en el momento del retorno o con posterioridad suelen ser el resultado de la acumulación de experiencias anteriores a la migración, durante el movimiento, y en el momento de llegada e integración. La evidencia muestra que las personas retornadas presentan una carga de enfermedad más elevada que el conjunto general de la población después del retorno.²⁹ La forma en que se produce el retorno, de manera forzosa tras una detención o de forma voluntaria, y la fase de reintegración, por ejemplo, incidirán en las necesidades relacionadas con la salud de las personas migrantes y en la sostenibilidad de la reintegración. Asimismo, la sostenibilidad de la reintegración suele ir asociada al estigma del retorno, cuyas implicaciones se abordan en mayor profundidad en la literatura sobre retorno y salud mental. Además, cuando una persona retorna a casa enferma, la medida en la que el sistema de salud esté preparado para tratar su enfermedad determinará sus resultados de salud en el futuro.

27 García-Sierra R. et al., *Psychological Distress and Somatization in Immigrants in Primary Health Care Practices*, *Healthcare* 8(4): 1-13 (2020), pág. 2.

28 Zimmerman, Kiss y Hossain, *Migration and Health*.

29 Aryal N. et al., *Risk of kidney health among returnee Nepali migrant workers: A survey of nephrologists*, *Asian Journal of Medical Sciences* 12(12): 126-132 (2021).



Los migrantes de retorno recién llegados de Níger, Túnez y Malí reciben exámenes de salud durante su sesión de orientación.
© OIM 2022 / Robert Kovacs

1.2.1 ¿Qué es la atención integrada en el retorno y la reintegración?

“ **Atención integrada** es un concepto que concentra las aportaciones, la prestación, la gestión y la organización de servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la rehabilitación y la promoción de la salud. La integración es una forma de mejorar los servicios en cuanto a su acceso, calidad, satisfacción de los usuarios y eficiencia. – Gröne y Garcia-Barbero, *Integrated care: a position paper of the WHO European Office*, pág 7.

De forma generalizada en todo el mundo, la falta de sistemas de salud preparados para la migración y la movilidad, sistemas que incluyen la migración como “una preocupación central en su diseño”³⁰ así como el acceso deficiente a determinantes sociales positivos de la salud, la debilidad o inadecuación de los sistemas públicos de atención sanitaria o la mala implementación de los marcos de políticas son la causa de que algunas personas migrantes presenten resultados de salud deficientes.³¹ En este sentido, es el contexto de la migración lo que puede afectar negativamente a la salud, ya que “la condición de migrante no constituye, en sí misma, un riesgo para la salud, sino que son las condiciones asociadas a la migración las que podrían aumentar la vulnerabilidad a una salud deficiente.”³² Asimismo, si bien la migración puede afectar a la salud, tanto positiva como negativamente, el estado de salud también puede incidir en la decisión de trasladarse o no. En cualquier caso, existe un escaso conocimiento de las formas en las que esta doble relación afecta a la reintegración. **Una revisión de sistemas de atención sanitaria preparados para la migración reveló:**

- Una brecha crítica a la hora de facilitar el acceso a los servicios de salud tras el retorno.

- Una brecha a la hora de adoptar un enfoque basado en las etapas de la migración, centrándose solo en algunas de ellas (por lo general, las más tempranas).
- Respuestas provisionales en las que intervienen diferentes partes y carentes de coordinación e integración en lo que respecta a la atención sanitaria.
- Si bien hay un número creciente de respuestas que han integrado el aspecto de la salud, no es frecuente que las necesidades de salud sean una cuestión central en los programas de reintegración.
- El acceso a los servicios de salud por parte de las personas migrantes, incluidas las retornadas, se dificulta por una serie de barreras estructurales, como las disparidades entre el medio rural y urbano y la falta de accesibilidad de los servicios de salud o de la cobertura de los seguros médicos, lo cual debe abordarse a través de una intervención de desarrollo más amplia.

Distintos grupos de migrantes experimentan distintos derechos y privilegios en lo que respecta a la salud. Como resultado de ello, algunos podrán mejorar y mantener su estado de salud, mientras que otros podrían enfrentar riesgos directos para la salud. Estos incluyen, entre otros: acontecimientos traumáticos, carencias nutricionales, deshidratación o exposición a enfermedades infecciosas.³³ Además, la falta de acceso a documentación legal y a vías regulares de migración, la xenofobia experimentada de manos de los proveedores de atención sanitaria, el tiempo y el coste económico que supone buscar atención, y la vergüenza y el temor a la estigmatización pueden ser obstáculos para que las personas migrantes accedan a la atención sanitaria.³⁴ Tanto la condición de documentación irregular como la xenofobia institucional e interpersonal, las estrategias de ingresos precarias y las condiciones deficientes de vida y de trabajo actúan como barreras estructurales a la hora de acceder a determinantes sociales positivos de la salud. Asimismo, **características sociales como el género, la edad y el estado de salud a menudo**

30 Mukumbang F. C., *Migrant-Health Inequity as a Consequence of Poor Siracusa Principles Implementation in the COVID-19 Era*, International Journal of Travel Medicine and Global Health 9(4): 155-160 (2021), pág. 155.

31 Castañeda H. et al., *Immigration as a Social Determinant of Health*, Annual Review of Public Health 36(1): 375-392 (2015).

32 Wickramage K. et al., *Migration and health: a global public health research priority*, BMC Public Health 18(1): 1-9 (2018), pág. 5.

33 Vearey Jo, C. Hui y K. Wickramage, “*Migration and Health: Current Issues, Governance and Knowledge Gaps*”, en el Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020 de la OIM (2019).

34 Mona H. et al., *Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden - a principal component analysis*, BMC Health Services Research 21(1): 1-11 (2021).

afectan a las necesidades de salud de la persona migrante y desembocan en otras barreras de acceso que reflejan el modo en que los países de destino y de origen responden a estas características sociales.

El carácter heterogéneo de las personas migrantes — tanto entre como dentro de los diferentes grupos de migrantes— y de las experiencias migratorias sugiere que las presuposiciones en torno a la vulnerabilidad deben moderarse. Se deberá proceder con cautela para evitar presuponer que las personas migrantes son las únicas responsables de sus experiencias de salud. En su lugar, es fundamental que se identifiquen las formas en las que se determina, social y estructuralmente, la relación entre salud y migración. Varios factores pueden determinar la salud de las personas migrantes, y estos factores pueden cambiar —y sus efectos acumularse— durante las distintas fases del ciclo migratorio, incluido el retorno.³⁵ Las vulnerabilidades de salud y los factores de resiliencia son dinámicos y pueden cambiar con el tiempo, y este estado de salud favorable puede —si la migración no se gestiona adecuadamente— terminar erosionándose como consecuencia de las condiciones de vida y trabajo deficientes experimentadas tras la migración.

Muchas intervenciones de salud pública encuentran dificultades. Su diseño, contrario a la evidencia empírica, a menudo se basa en la presuposición de que las poblaciones son estáticas —es decir, que se puede acceder a ellas de manera continuada en una misma ubicación geográfica y que los usuarios de la atención sanitaria obtendrán atención y tratamiento en un mismo centro sanitario con el paso del tiempo— lo que se traduce en barreras a la hora de acceder a la atención sanitaria para las poblaciones móviles, y en barreras para los centros de atención sanitaria a la hora de adaptar las respuestas. En cualquier caso, es evidente no solo que los movimientos de población complejos y diversos determinan el uso de la atención sanitaria, sino que es necesario entender la migración para impulsar con éxito iniciativas de salud pública preparadas para la migración. Por lo tanto, nunca se insistirá lo suficiente

en la importancia de habilitar los sistemas de atención sanitaria preparados para la migración que respondan a las realidades de la migración y la movilidad.³⁶

Este estudio ha abordado las necesidades relacionadas con la salud en el contexto de la reintegración desde una perspectiva de atención integrada, un concepto que “concentra las aportaciones, la prestación, la gestión y la organización de servicios relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, el cuidado, la rehabilitación y la promoción de la salud. La integración es una forma de mejorar los servicios en cuanto a su acceso, calidad, satisfacción de los usuarios y eficiencia.”³⁷ Durante mucho tiempo, la prestación fragmentada de servicios sociales y de salud ha supuesto un desafío para muchos sistemas de salud nacionales,³⁸ incluidos los de los países en los que se desarrolló esta investigación. Asimismo, el acceso a la atención sanitaria y la calidad de esta última figuran entre los indicadores clave de la dimensión social de sostenibilidad de la reintegración, que observa en qué medida las personas retornadas han alcanzado la estabilidad social en su comunidad. Sin embargo, poco se sabe sobre las necesidades de salud concretas de las personas retornadas, o sobre si dichas necesidades están siendo o no cubiertas por los sistemas de salud. En consecuencia, **este estudio ha pretendido contribuir a un marco que garantice la continuidad del derecho fundamental de las personas migrantes a la salud al retornar a su país de origen, así como favorecer la reintegración y mejorar la eficiencia y los aspectos organizativos de la asistencia a la reintegración que está a disposición de las personas retornadas.**

1.2.2 ¿Qué enfermedades se han identificado en la literatura en relación con la migración?

Según nuestra búsqueda en la literatura, las investigaciones disponibles sobre migración y salud se pueden clasificar en cinco áreas de atención principales:

- 35 Siriwardhana C et al., *Thematic Discussion Paper: Vulnerability and Resilience, 2nd Consultation on Migrant Health: Resetting the agenda* (2017).
- 36 Vearey J., M. Modisenyane y J. Hunter-Adams, *Towards a migration-aware health system in South Africa: a strategic opportunity to address health inequity*, *South African Health Review* 1(1): 89-98 (2017).
- 37 Gröne and García-Barbero, *Integrated care: a position paper of the WHO European Office*, p. 7.
- 38 Kodner D. L. y C. Spreeuwenberg, *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper*, *International Journal of Integrated Care*: 2(12): 1-6 (2002).

enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, derechos de salud sexuales y reproductivos, salud psicosocial y mental, y, más recientemente, la pandemia de COVID-19.

Tabla 3: Resumen de la literatura en el campo de la migración y la salud

ÁREA DE ATENCIÓN	RESUMEN DE HALLAZGOS EN LA LITERATURA
Enfermedades transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> – La relación que existe entre la movilidad humana y la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH es compleja. – A menudo, a las personas migrantes se las considera una población de alto riesgo frente a enfermedades transmisibles, incluidas VIH, tuberculosis y COVID-19, debido a las condiciones asociadas a la migración. – Las políticas de respuesta destinadas a tratar enfermedades transmisibles como el VIH no llegan a considerar el carácter heterogéneo de los distintos movimientos poblacionales u otros factores contextuales y estructurales más amplios.
Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> – La literatura disponible sobre ENT es limitada, y cada vez es más habitual que estas enfermedades se consideren mortales, en especial para las mujeres y en países con un nivel de ingresos medio o bajo, en los que las muertes por ENT ascienden al 75 por ciento. – Solo 17 de los 408 artículos abordaron las ENT en una revisión sistemática realizada en 2021 de artículos publicados sobre movilidad transfronteriza y salud en el continente africano.
Derechos de salud sexuales y reproductivos	<ul style="list-style-type: none"> – Si bien se están realizando amplios progresos para mejorar el acceso a los DSSR para mujeres, niñas y el colectivo LGBTQI+ en todo el mundo, con frecuencia se olvida a las personas migrantes. – Las barreras para hacer efectivos estos derechos incluyen tanto la prestación deficiente de servicios de SSR para todo el mundo, incluida la estigmatización y moralización del aborto, así como las dificultades específicas para las personas migrantes, como, por ejemplo, la falta de documentación y las barreras lingüísticas.
Salud psicosocial y mental	<ul style="list-style-type: none"> – A pesar de disponer de un corpus considerable de literatura sobre migración y salud mental, la distribución es desigual, pues entre los migrantes forzosos (principalmente personas refugiadas y en busca de asilo) tienden a predominar las experiencias traumáticas vividas durante la etapa premigratoria. – Las etapas anteriores y actual de la migración a menudo influyen en los resultados de salud mental de quienes migran de manera forzada.
Pandemia de COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> – La pandemia ha acentuado muchos de los desafíos estructurales a los que ahora se enfrentan las personas migrantes, muchos de los cuales inciden en el acceso a la atención sanitaria y en los resultados de salud. – La “covidización” de los servicios de salud —entendida como el desvío de la atención para responder a la pandemia— ha dificultado en mayor medida el acceso a los servicios rutinarios, como es el caso de los servicios de SSR. – Surgen nuevos desafíos derivados de excluir de las respuestas nacionales a la pandemia a las personas sin ciudadanía. – Los efectos secundarios de la pandemia, como son la restricción de la movilidad y la disminución de las oportunidades económicas, podrían influir en la capacidad de las personas migrantes de acceder a los servicios de atención sanitaria.

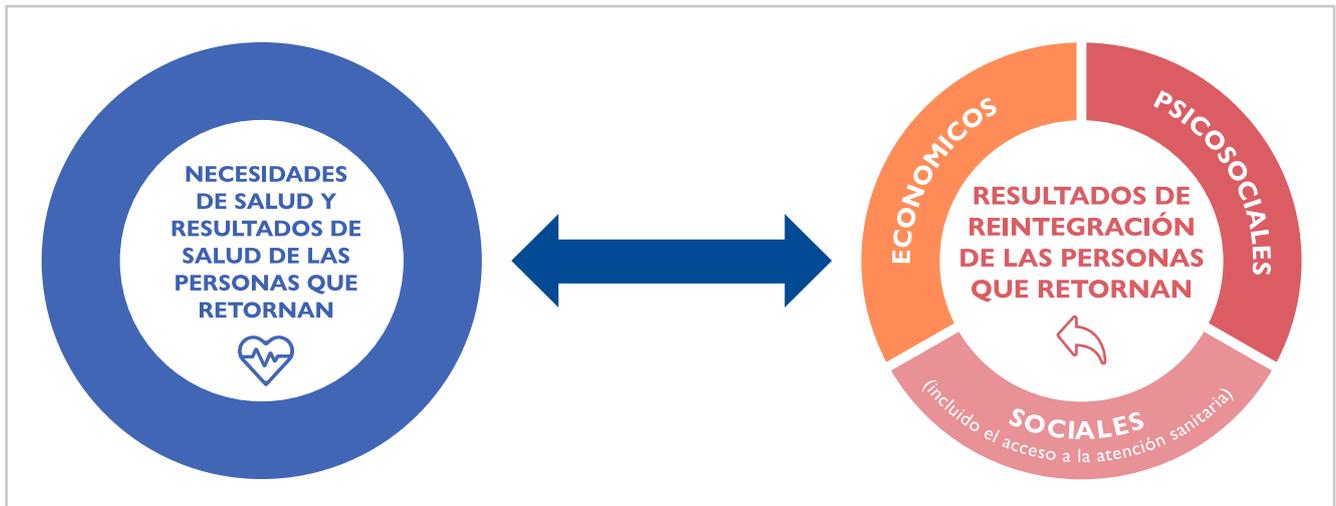
Tras sintetizar la base de evidencia disponible, pasamos a presentar los datos que se derivan de esta investigación.

1.3 PERFILES DE PERSONAS QUE RETORNARON

Para entender la relación entre las necesidades de salud de las personas que retornaron, los sistemas de salud y los resultados de reintegración individuales, en esta primera sección se revisarán los perfiles de personas

que retornaron, así como los contextos a los que estas retornan, a modo de antecedente de los capítulos siguientes, en los que se analiza la realización entre salud y reintegración en las tres dimensiones (Figura 3).

Figura 3: Entender la relación entre las necesidades de salud de las personas que retornaron, los sistemas y los resultados de reintegración



El equipo de investigación encuestó a 296 personas que retornaron de seis países y realizó otras 110 entrevistas semiestructuradas.

1.3.1 Perfiles sociodemográficos

La mayoría de las personas que retornaron eran hombres – (un 79 por ciento en la encuesta y un 60 por ciento en las entrevistas), lo cual se asimila a la distribución global por sexos de las personas que retornaron.³⁹ Las excepciones fueron Georgia, con un 54 por ciento de hombres en la encuesta y un 65 por ciento en las entrevistas, y Brasil, con un 58 por ciento de mujeres en las entrevistas (Figura 4). Las mujeres que retornaron incluidas en la muestra de estudio tenían más probabilidades de ser divorciadas o viudas, mientras que los hombres tenían más probabilidades de ser solteros. La proporción de personas que retornaron casadas fue similar entre hombres y mujeres. Según la muestra de estudio, los hombres presentaron una mayor probabilidad de retornar en solitario (88 %) que las mujeres (64 %).

La distribución de edad global de las personas que retornaron y que fueron encuestadas fue relativamente joven. La mayoría tenía edades comprendidas entre 18 y 35 años, incluido el 63 por ciento en la encuesta y el 60 por ciento en las entrevistas (Figura 5). En el caso concreto de Etiopía, todas las personas que retornaron que participaron en la encuesta tenían menos de 35 años, y todas las que fueron entrevistadas menos de 45. La excepción fue Georgia, donde la edad de las personas que retornaron en general fue mayor, y solo un 26 por ciento de participantes en la encuesta y un 6 por ciento de participantes en las entrevistas tenía menos de 35 años. Tras adoptar una perspectiva transversal de edad y sexo, la distribución de edad entre los hombres que retornaron fue más baja que en las mujeres.

39 OIM, *Return and reintegration key highlights 2021* (2022).

Figura 4. Sexo de las personas que retornaron participantes en la encuesta, por país (las cifras corresponden al número)

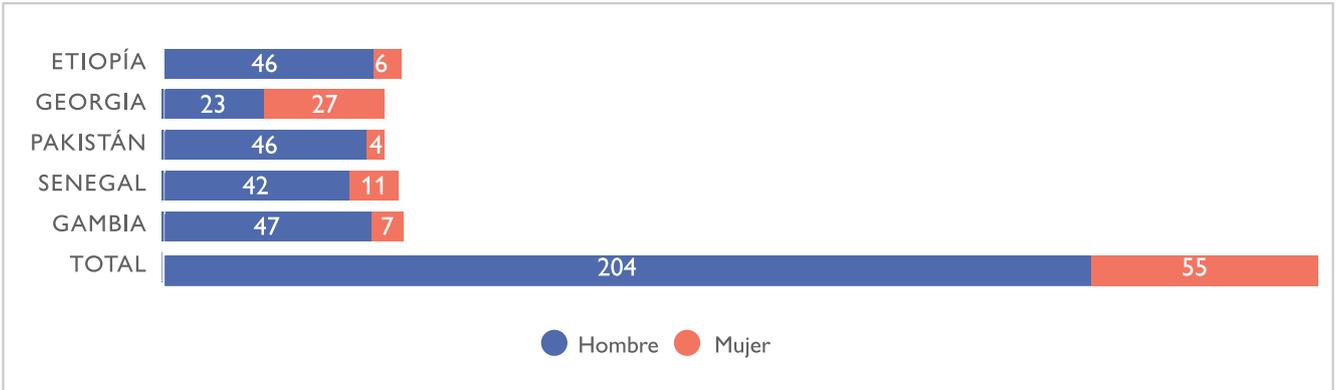
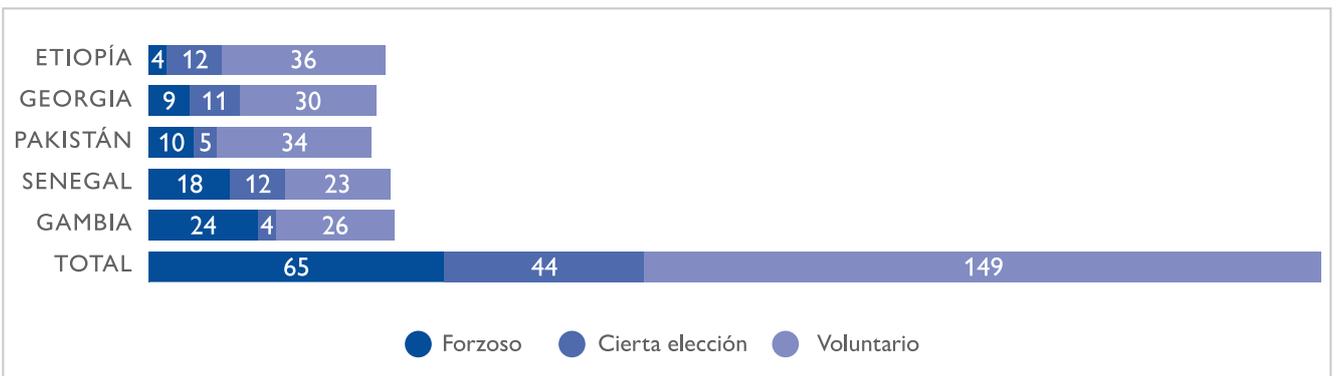


Figura 5. Distribución de edad de las personas que retornaron participantes en la encuesta, por sexo (las cifras corresponden al número)



En todo el espectro comprendido entre los retornos forzados y los retornos voluntarios, la mayoría de las personas que retornaron se identificó como voluntaria —dos tercios tanto en la muestra cuantitativa como en la cualitativa (Figure 6)— a pesar de que **diversas experiencias afectaran a su decisión de retornar**. La proporción de personas que retornaron que identificaron su retorno como forzado fue mayor en Gambia (44 % en la encuesta y 53 % en las entrevistas) y en el Senegal (34 % en la encuesta y 41 % en las entrevistas), así como entre aquellas de Etiopía incluidas en la muestra cualitativa (88 % en las entrevistas).⁴⁰

Figura 6. Autoevaluación de la naturaleza del retorno de las personas que retornaron participantes en las encuestas, por país (las cifras corresponden al número)



40 La OIM proporciona apoyo a la reintegración tanto a las personas migrantes que se han visto obligadas a retornar como a aquellas que lo han hecho voluntariamente. La OIM reconoce que, frente a la disponibilidad limitada de opciones en sus países de acogida, las personas migrantes podrían optar por el retorno voluntario asistido. Los participantes en el estudio fueron principalmente remitidos por las oficinas de país de la OIM, y se les pidió que autoidentificaran la naturaleza de su retorno, independientemente de si habían recibido asistencia para retornar de forma voluntaria o estado sujetas a un retorno forzado.

Al considerar el tiempo pasado fuera y el tiempo transcurrido desde el retorno, aproximadamente la mitad (54 %) de las personas encuestadas apuntó haber estado fuera más de dos años, y la mayoría (65 %) haber retornado a su país de origen hacía al menos un año (Figuras 7 y 8). Tanto para el tiempo pasado fuera como para el tiempo transcurrido desde el retorno, la recopilación de datos cualitativos se realizó de un modo menos preciso que en la encuesta y, por lo tanto, no se presentarán aquí cifras exactas. No obstante, las personas que retornaron entrevistadas a menudo indicaron el año aproximado o intervalo de tiempo general en el que retornaron y, en conjunto, el tiempo pasado fuera que notificaron las personas que retornaron en las entrevistas pareció ser mayor que el referido en las encuestas. La distribución por géneros del tiempo pasado fuera pareció ser similar entre hombres y mujeres, mientras que el tiempo transcurrido desde el retorno, en general, pareció ser menor en el caso de las mujeres que de los hombres que retornaron.

Figura 7. Tiempo pasado fuera por las personas encuestadas, por sexos (las cifras corresponden al número)

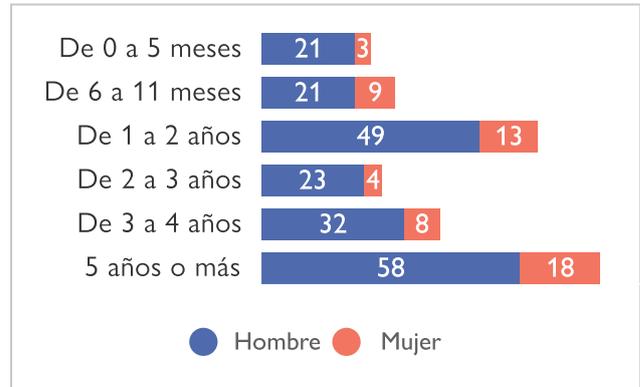
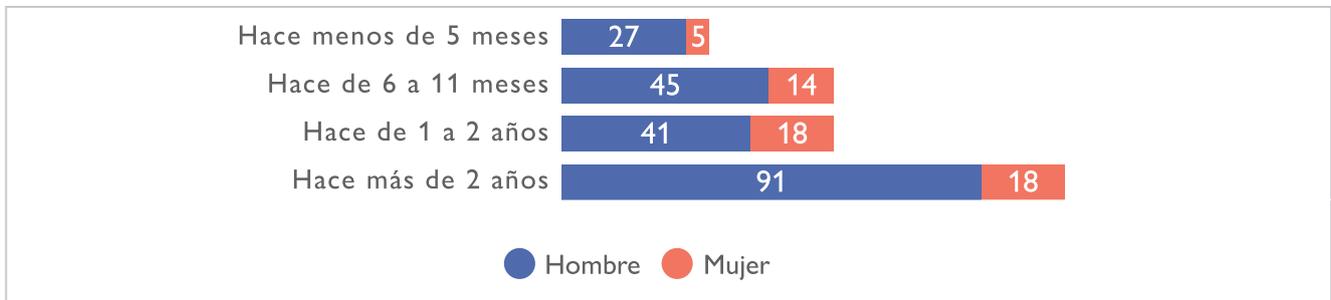


Figura 8. Tiempo transcurrido desde el retorno de las personas que retornaron, por sexo (las cifras corresponden al número)



1.3.2 Dinámicas contextuales

En lo que respecta a la ubicación geográfica de las personas migrantes, aquellas que habían retornado por última vez lo habían hecho desde un grupo de varios países. Una minoría de personas que retornaron notificó haber migrado más de una vez. En cuanto a los países desde los que retornaron las personas encuestadas por última vez, las originarias de Georgia y Pakistán lo habían hecho desde países europeos; las originarias de Etiopía, desde países del Este de África y de Oriente Medio; mientras que las originarias de Gambia y el Senegal habían retornado principalmente de países del Norte de África (Tabla 4). Tras su retorno, las personas encuestadas vivían, por tercios aproximados, en zonas

urbanas, periurbanas y rurales. Mientras que la mayoría de las personas que retornaron había vivido en el mismo lugar desde su retorno, una parte considerable (38 %) de las que participaron en la encuesta informó haber vivido en más de un lugar tras su retorno.

Tabla 4. Cinco países principales desde los que retornaron por última vez las personas que participaron en la encuesta

ETIOPIÁ		GEORGIA		PAKISTÁN		SENEGAL		GAMBIA	
República Unida de Tanzania	22 (42%)	Alemania	16 (32%)	Alemania	21 (42%)	Libia	27 (51%)	Libia	24 (44%)
Yibuti	8 (15%)	Francia	10 (20%)	Grecia	12 (24%)	Marruecos	10 (19%)	Argelia	10 (19%)
Yemen	7 (14%)	Suiza	9 (18%)	Bosnia y Herzegovina	8 (16%)	Argelia	9 (17%)	Mauritania	9 (17%)
Sudán	4 (8%)	Grecia	8 (16%)	Arabia Saudita	3 (6%)	Níger	4 (8%)	Marruecos	7 (13%)
Arabia Saudita	2 (4%)	Bélgica	3 (6%)	Bélgica	1 (2%)	Mauritania	3 (6%)	Níger	2 (4%)

Las personas que retornaron que participaron en el estudio constituían un grupo heterogéneo. Debido al tamaño relativamente reducido de la muestra de la encuesta NRS, de forma general, los hallazgos se han analizado conjuntamente y se han interpretado de forma agregada, previa consolidación de los datos de todos los países. Por este motivo, el análisis de los subgrupos —por ejemplo, por sexo y tipo de retorno—, debería interpretarse con cautela y considerarse complementario a los hallazgos y conclusiones extraídos de los datos cualitativos.

Si bien las personas encuestadas notificaron experiencias diversas, los datos mostraron, como punto de relativa coherencia, las alusiones al buen estado de salud antes de la migración, que en la mayoría de los casos se deterioró durante los viajes migratorios, y a menudo empeoró aún más tras el retorno. Este patrón es constante en la diversidad de experiencias referidas por las personas que retornaron y es indicativo de las barreras estructurales (tanto en términos de infraestructuras como de actitudes sociales) que experimentan las personas migrantes a la hora de acceder a la atención sanitaria. Este hallazgo también está en sintonía con la literatura relativa al “efecto del migrante sano”, donde se ha observado que la ventaja de salud que presentan las personas migrantes se pierde rápidamente después de la migración.

Cada contexto incidió en la calidad de la salud de las personas que retornaron y en cómo estas afrontaban

las necesidades de salud. Esto quedó patente en los hallazgos de la encuesta (Figura 9) y también estuvo respaldado por las entrevistas semiestructuradas. Por ejemplo, las personas que retornaron originarias de Georgia que participaron en este estudio notificaron autoevaluaciones del estado de salud menos favorables que las del resto de países debido a que, en su mayoría, eran de mayor edad y presentaban problemas de salud preexistentes antes de la migración, siendo por ello el acceso a la atención sanitaria uno de los principales impulsores de su decisión de migrar (Figura 10).

Figura 9: Autoevaluación del estado de salud de las personas que retornaron tras el retorno, por país (las cifras corresponden al número)

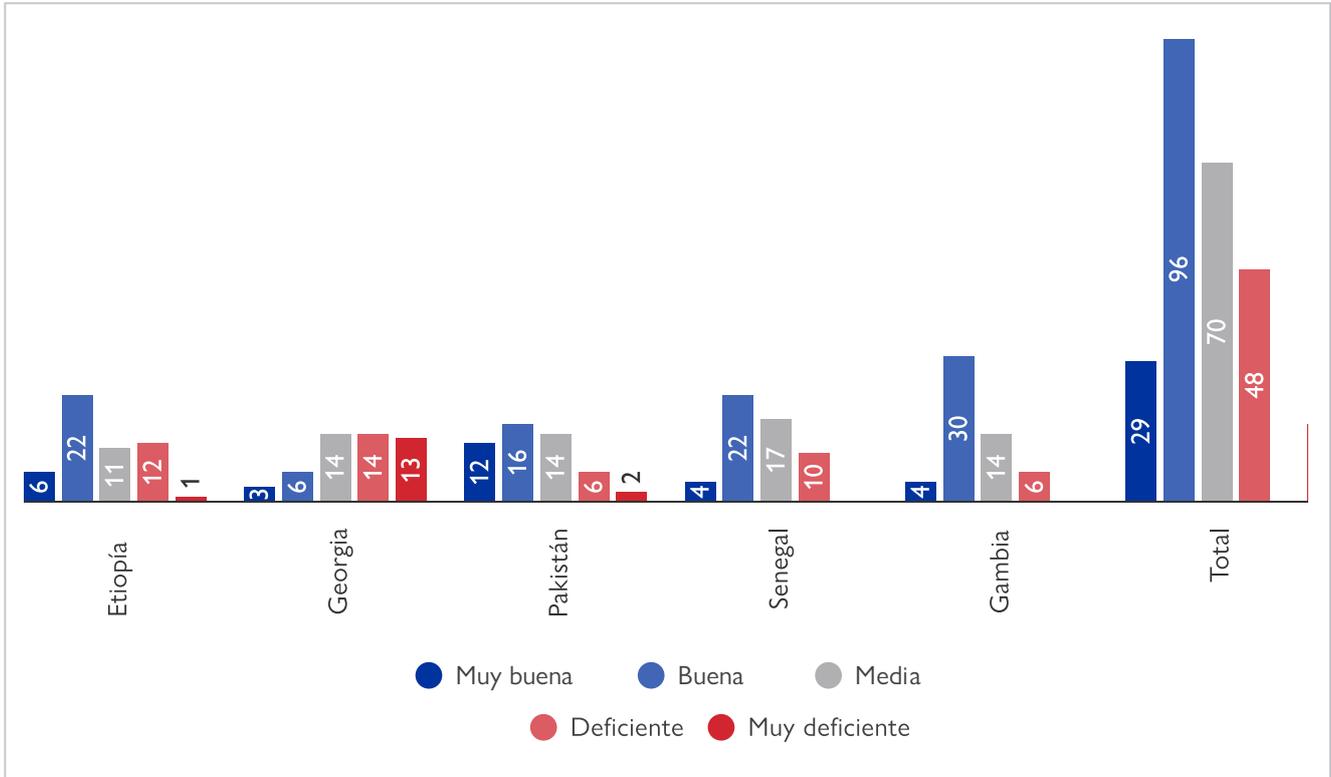
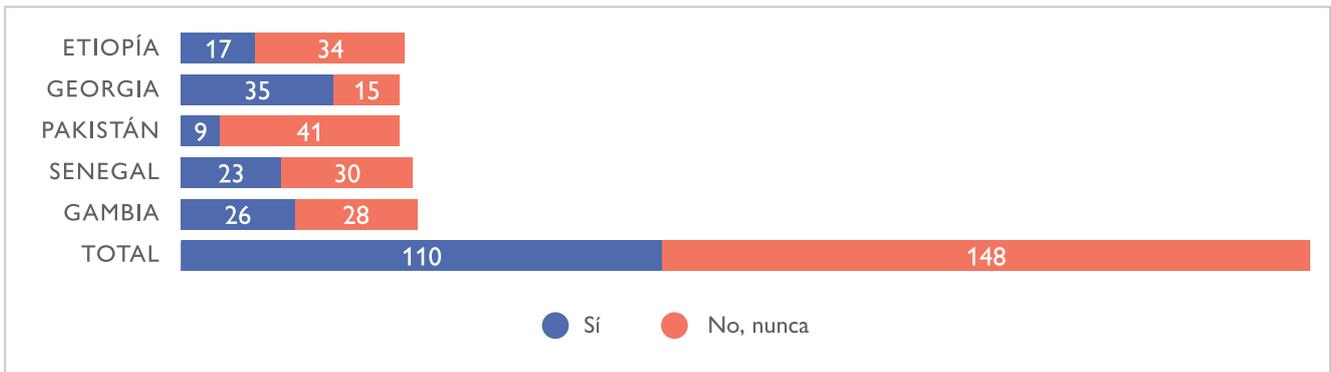


Figura 10. Autoevaluación de problemas de salud crónicos de las personas que retornaron tras el retorno, por país (las cifras corresponden al número)

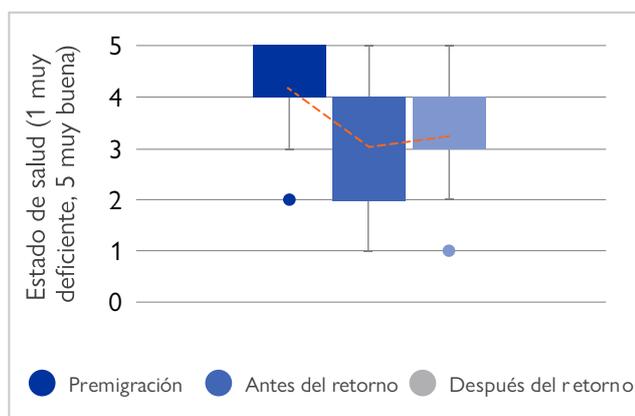


“ No he experimentado [de mi migración] ningún efecto positivo. Se ha deteriorado. Antes de migrar, era pobre y mis preocupaciones se basaban en cómo conseguir dinero. Ahora incluso he perdido la salud. No hay nada peor que perder la salud. Mi vida terminó siendo una absoluta tragedia.
 – Persona retornada entrevistada, Etiopía

1.4 EL ESTADO DE SALUD DURANTE EL CICLO MIGRATORIO

La gran mayoría de las personas que retornaron notificó un buen estado de salud anterior a la migración, que se fue deteriorando durante el proceso migratorio para mantenerse así tras el retorno. Este patrón de salud fue notificado por las personas que retornaron y confirmado por informantes clave, y está respaldado por los datos de la encuesta (Figura 11).

Figura 11. Cambios en el estado de salud auto-evaluado de las personas que retornaron a lo largo de las distintas etapas migratorias (las cifras corresponden al número)



La encuesta realizada a las personas que retornaron reveló que solo un 1 por ciento de los participantes notificó tener una salud deficiente antes de la migración; esta cifra aumentó al 37 por ciento antes del retorno, y disminuyó nuevamente hasta un 25 por ciento tras el retorno, si bien esta última cifra sigue siendo muy superior a la cifra basal anterior a la migración. Esto coincide con la literatura que sugiere que el “efecto del migrante sano” no suele persistir durante mucho tiempo tras la llegada al destino.

El deterioro del estado de salud (física y mental) de las personas que retornaron a lo largo del proceso migratorio. Durante las entrevistas, un cierto número de personas que retornaron reconoció el carácter acumulativo de las consecuencias negativas para la salud derivadas de sus experiencias migratorias y en el retorno. Las personas que retornaron a menudo percibieron el empeoramiento de la salud como una “pérdida” y, en algunos casos, este podría ser irreversible. Una persona retornada que participó en una entrevista

semiestructurada tuvo que someterse a la amputación de una pierna como resultado de una lesión ocupacional sufrida durante su estancia en un país de acogida, y otra sufrió una lesión medular permanente, con daños en el aparato excretor, debido a una herida de bala que le alcanzó durante un fuego cruzado al transitar por Yemen en un contexto de guerra civil.

También se reveló que los cambios en el estado de salud de las personas que retornaron a lo largo del ciclo migratorio dependían de diversos factores estructurales y ambientales. Algunas personas que retornaron señalaron haber empezado a notar problemas de salud físicos tras retornar a sus países de origen; por ejemplo, dolor crónico por haber sido víctimas de violencia física y enfermedades respiratorias derivadas de una calidad de salud inferior tras el retorno. Algunas personas migrantes retornaron a sus países de origen en una situación de salud más precaria que la que tenían antes de migrar. Algunas personas que retornaron mencionaron también haber experimentado problemas de salud mental derivados de la experiencia migratoria, y que estudiaremos en mayor profundidad en las próximas secciones. Si bien algunas personas que retornaron aludieron a que su salud había mejorado tras el retorno —por ejemplo, tenían menos alergias debido a una mejora de las condiciones meteorológicas— esto no deja de ser una excepción a la norma.

1.4.1 Premigración: impulsores de la migración relacionados con la salud

La migración es un proceso no lineal y son muchos los factores que pueden intervenir en la decisión de un individuo de migrar, retornar y volver a migrar.

Los datos recopilados durante el estudio revelaron que los motivos del retorno presentaban una mayor probabilidad de estar relacionados con la salud que los motivos para migrar al extranjero. Este estudio identificó una serie de motivos relacionados con la salud que pueden determinar o pesar en la decisión de las personas migrantes de retornar a sus países de origen. Estos motivos incluyen, entre otros:

- Lesiones ocupacionales sufridas mientras trabajan en los países de acogida;
- Experiencias de explotación y abuso durante la detención;

- Empeoramiento de problemas de salud preexistentes en los países de acogida;
- Necesidad de buscar atención sanitaria en el país de origen.

CASO DE ESTUDIO 1: RETORNADO EN BRASIL

A. es un retornado de Brasil que había migrado a Bélgica para trabajar en la construcción. Comunicó haber sido víctima de explotación laboral y haber sufrido un accidente laboral en el país de acogida (donde trabajaba de forma irregular) que le había ocasionado una fractura de muñeca. No recibió ningún tipo de indemnización por la lesión y su empleador retuvo su salario. No se le admitió en un hospital público por falta de documentación, y no podía permitirse una atención sanitaria privada. Tras el accidente, y sin haber recibido la asistencia necesaria, ya no podía trabajar y decidió regresar a Brasil.

Casi la mitad de las personas que retornaron de Georgia entrevistadas afirmó que su principal motivación para migrar era acceder a servicios de atención sanitaria en los países de acogida, lo cual supone un porcentaje considerablemente mayor que en el resto de países. Dos personas que retornaron de Georgia mencionaron que los médicos de dicho país les habían sugerido que migraran a otro país para acceder a un tratamiento que no estaba disponible localmente o que era de baja calidad en el país de origen. Esto indica que, en el caso de Georgia, las decisiones migratorias vienen determinadas, en cierta medida, por factores estructurales, como la calidad del sistema de salud en su país de origen.

En otros contextos, la salud era solo uno de los impulsores de la migración y del retorno, y varias personas encuestadas afirmaron haberse trasladado con la intención de buscar mejores oportunidades económicas.

A pesar de que las personas migrantes que participaron en el estudio notificaron tener un mejor estado de salud antes de la migración que en las etapas posteriores de sus recorridos, algunas de ellas mencionaron padecer problemas de salud en la etapa premigratoria. En algunos casos, cuando las necesidades de salud de las personas migrantes no se veían satisfechas en el país de origen o se carecía de las infraestructuras necesarias para prestar la atención adecuada, la salud pasaría a ser un impulsor de migración, contribuyendo, al menos parcialmente, a la decisión del individuo de migrar.

Por ejemplo, una retornada senegalesa explicó que había decidido migrar para buscar atención médica de mejor calidad tras sufrir complicaciones derivadas de haberse sometido a un procedimiento de mutilación genital femenina. Este caso ilustra asimismo cómo el género puede haber desempeñado un papel en las decisiones migratorias relacionadas con la salud durante la etapa premigratoria.

“ Efectivamente, a la edad de 11 [se me practicó la ablación]. La operación no fue bien; hubo complicaciones que dejaron secuelas en mis genitales. Tras un largo tratamiento de más de diez años, los resultados satisfactorios no llegaron. Me sometí a tratamientos tanto tradicionales como médicos, pero sin resultados. Seguí sufriendo ataques ocasionales; cuando esto sucede, sufro dolor en la vagina y la presencia de una especie de absceso, y no puedo caminar. Pueden pasar días sin que pueda caminar. En este momento, después de obtenerla [la licenciatu] en 2015, mi tío me aconsejó que continuara los estudios en Marruecos, para así poder beneficiarme también de su plataforma sanitaria y recibir tratamiento. Una vez en Marruecos, la situación no mejoró, hasta el punto en que no pude continuar con mis estudios.

– Persona retornada entrevistada, Senegal

1.4.2 Durante la migración (en tránsito y en los países de acogida): efectos perjudiciales de los factores estructurales en la salud

El estudio identificó una serie de afecciones que las personas que retornaron han notificado a lo largo del proceso migratorio, y entre las que se incluyen: enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, trastornos de salud mental, salud sexual y reproductiva, salud preventiva, salud infantil, atención geriátrica, atención a la discapacidad y salud bucodental.

Según las entrevistas semiestructuradas celebradas con las personas que retornaron, resultó **alarmante observar la incidencia de los problemas de salud asociados a lesiones sufridas en tránsito o en los países de acogida**. En la mayoría de los casos, estas fueron el resultado de haber sufrido violencia física y abuso mientras eran víctimas de trata o tráfico ilegal. Las palizas y la tortura fueron experiencias comunes entre las personas que retornaron que habían sido migrantes irregulares. Otras causas frecuentes de lesiones de las personas que retornaron durante el tiempo que habían pasado fuera fueron la explotación laboral y las malas condiciones de trabajo, que a menudo se traducían en lesiones ocupacionales de larga duración. **Estos problemas de larga duración se pueden convertir en enfermedades crónicas, tales como discapacidades físicas y enfermedades mentales.**

“ Mi mayor preocupación de salud es mi estado de salud mental y el funcionamiento de mi cerebro. Mi cerebro deja de funcionar a intervalos aleatorios; no sé ni siquiera qué sucede en ese momento, si alguien me está llamando o pegando. Me caí al suelo. (...) Sí, estas preocupaciones tienen que ver con lo sucedido durante la migración. (...) Dejé Pakistán por una disputa familiar relacionada con unas tierras. Algunos de mis primos también estaban en Grecia. En Grecia, me atacaron con navajas en dos ocasiones. Todavía tengo las cicatrices en la cabeza. Las heridas fueron tan profundas que afectaron a mi estado de salud mental y al funcionamiento de mi cerebro”.

– Persona retornada entrevistada, Pakistán

“ En términos de salud (física), ya he sido testigo de varios casos de personas que han

retornado con algún problema de salud debido a las condiciones de trabajo precarias a las que estaban sometidas en los países en los que vivían, y que en la mayoría de los casos se habían desarrollado como resultado de un esfuerzo laboral excesivo. Creo que algunos de los casos de salud también reflejan una somatización del sufrimiento psíquico, el desarrollo de una enfermedad física que es un reflejo de su sufrimiento psicológico.

– Informante clave, Brasil

Durante la migración, las personas que retornaron estuvieron expuestas a diversos entornos o factores estructurales que tuvieron efectos perjudiciales en su salud inmediata y a largo plazo. Estos factores varían de un contexto a otro, pero con más frecuencia se relacionan con la pobreza, la discriminación en el mercado laboral, la falta de protección y de documentación oficial, los desplazamientos y las condiciones de vida en el país de acogida. Las personas encuestadas también notificaron ser víctimas de violencia y ataques durante sus viajes o en los países de acogida, los cuales desembocarían en complicaciones de salud tanto a corto como a largo plazo.

“ Fui consciente de todos estos problemas de salud cuando regresé desde Libia. A las personas migrantes se nos sometía a palizas de forma aleatoria, en cualquier parte del cuerpo. Las condiciones para dormir eran muy malas, pues dormíamos en el suelo incluso cuando estaba mojado. La comida no era adecuada y no se proporcionaba atención médica, ni siquiera a las personas enfermas. Las fuerzas de seguridad eran crueles y racistas.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

Las consecuencias de estas experiencias, en términos de salud mental y física, se van acumulando con el tiempo si las necesidades de salud no se atienden puntualmente, lo cual se traduce en consecuencias negativas para la salud a largo plazo. Los ejemplos notificados incluyen:

- **Explotación laboral** – fracturas óseas, pérdida y amputación de miembros, lesiones oculares, quemaduras en la piel;

- **Esclavitud y prácticas abusivas** – lesiones físicas por palizas;
- Condiciones de vida en **campos de refugiados** – infección de oídos, desencadenamiento de crisis de epilepsia;
- Condiciones de vida en **cárceles y centros de detención** – tuberculosis, violencia física, abuso, inanición, infección uterina;
- **Violencia física** (intencionada y no intencionada) – lesiones por armas de fuego, discapacidades.

Tabla 5. Ejemplos de problemas de salud referidos por las personas que retornaron en las entrevistas semiestructuradas

	PREMIGRACIÓN	EN EL PAÍS DE ACOGIDA/ DURANTE EL TRÁNSITO	DESPUÉS DEL RETORNO
Enfermedades crónicas	Trastorno de déficit de atención/hiperactividad, anemia, asma, bronquitis, diabetes (tipo 1 y tipo 2), epilepsia, hipertensión, distrofia muscular, obesidad, osteoartritis, rinitis, rosácea	Cataratas (personas mayores), eccema, epilepsia, problemas hormonales, ictus	Cáncer, diarrea crónica, dolor crónico de lesiones físicas, diabetes gestacional, problemas hormonales, cálculo renal
Enfermedades transmisibles	Hepatitis C, VIH	COVID-19, infección de oído, infección por Helicobacter pylori, hepatitis C, VIH, tuberculosis	COVID-19 (síntomas de larga duración), malaria, infección del tracto urinario
Otras	Angioma, válvula cardiaca artificial, reflujo gastroesofágico, hernia de disco	Estreñimiento, problemas dentales, enfermedades oculares, hemorroides, problemas renales, migraña, acné severo, problemas cutáneos, inanición, aumento de peso, úlceras	Migraña
Enfermedades mentales	Depresión	Ansiedad, depresión, insomnio	Depresión, TEPT, intentos de suicidio
Salud sexual y reproductiva	Embarazo	Herpes genital, embarazo (y complicaciones asociadas), infección uterina	Aborto espontáneo, depresión posparto, complicaciones del embarazo

	PREMIGRACIÓN	EN EL PAÍS DE ACOGIDA/ DURANTE EL TRÁNSITO	DESPUÉS DEL RETORNO
Lesiones	–	Fractura ósea, muerte, heridas por arma de fuego, parálisis/discapacidad (derivadas de lesiones), violencia y abuso físicos (palizas de contrabandistas/funcionarios de centros de detención), quemaduras cutáneas, lesiones ocupacionales (y otras lesiones)	Parálisis/discapacidad (debidas a lesiones durante el proceso migratorio)

1.4.3 Después del retorno: la “doble carga” de las necesidades de salud

Tras retornar a sus países de origen, las personas migrantes se refirieron a la “doble carga” que suponen sus problemas de salud física y mental debido al tipo de trauma o trabajo experimentados durante las fases anteriores de su proceso migratorio. Las personas que retornaron que experimentaron explotación u otros acontecimientos traumáticos con frecuencia notificaron síntomas psicósomáticos (es decir, enfermedades físicas ocasionadas o agravadas por un factor mental, como conflicto interno o estrés), como dolores de cabeza y TEPT. Otro factor que también incidió negativamente en la salud mental y el bienestar de las personas que retornaron tras el retorno fue la presión social —y el consiguiente estrés— a la que estuvieron sometidas las personas migrantes que no cumplieron las expectativas de sus familias o comunidades de origen. Las relaciones dinámicas existentes entre la experiencia migratoria, la salud física y la salud mental pueden entenderse recurriendo a la teoría sindémica, que sugiere que distintas afecciones de salud podrían coexistir e interactuar entre sí, impulsadas por condiciones sociales perjudiciales.⁴¹

De forma general, las personas que retornaron, que tienden a padecer estrés psicológico asociado a la

experiencia de retorno, identificaron la salud mental como una necesidad clave. Entre las personas que retornaron entrevistadas predominaron las necesidades de salud mental no satisfechas, bien porque no fueron conscientes de ellas a pesar de presentar signos de salud mental alterada, o bien porque no estaban dispuestas a buscar ayuda debido al estigma asociado a la salud mental en los países de estudio. En muchos casos, al celebrar las entrevistas durante de trabajo de campo del estudio, los integrantes del equipo de investigación observaron que un cierto número de personas que retornaron presentaban signos de salud mental alterada que requerían atención médica, si bien las personas que retornaron no aludieron en absoluto a las necesidades de salud mental durante sus entrevistas.⁴² Informantes clave señalaron que las personas que retornaron a menudo se encuentran en un estado de negación, a pesar de ser evidente que existen problemas de salud mental, lo cual plantea un desafío a la hora de intervenir. Esto apunta a la necesidad de habilitar un proceso de análisis objetivo y formal que permita revelar las necesidades de salud ocultas de las personas que retornaron.

“ Antes de salir del Senegal, no tenía problemas de salud. Estaba bien. Pero mientras estuve en Suecia, me afectó tanto la situación, que no podía parar de llorar. Perdí peso. El servicio de inmigración me sometió a pruebas para

41 Mendenhall E., T. Newfield y A. C. Tsai, *Syndemic theory, methods, and data*, Social Science & Medicine: 295(1): 1-6 (2022).

42 El equipo de investigación de campo había recibido formación sobre cómo informar a las personas participantes de los servicios MHPSS disponibles cuando fuera necesario.

averiguar si tenía alguna enfermedad. Los resultados fueron negativos. Pero yo sufría de trauma psicológico debido a la decepción y las promesas rotas. Todavía vivo esta situación; padezco de desequilibrio mental.
– Persona retornada entrevistada, Senegal

La atención sanitaria preventiva es también otra necesidad con frecuencia olvidada o ignorada entre las personas que retornaron. Si bien se suelen realizar exámenes de salud o revisiones médicas antes de la migración y al llegar a los países de acogida, existen pocos o ningún medio previstos para las personas que retornan una vez que lo hacen. Como resultado, las nuevas necesidades de salud que van surgiendo en ocasiones pasan desapercibidas cuando estas personas retornan a sus países de origen. En el caso de las enfermedades transmisibles que quedan sin diagnosticar o tratar, esto podría suponer un riesgo de salud no solo para las personas que retornaron, sino también para sus familias y comunidades. Si bien en los países incluidos en este estudio no se ha informado de la existencia de evaluaciones de salud formales para las personas retornadas, se ha observado que en algunos otros países existen directrices previas a la partida y se están desarrollando iniciativas para garantizar la evaluación de la salud después del retorno a pesar de las dificultades, que incluyen la cobertura limitada solo para migrantes regulares y los costes asociados.

Al analizar las múltiples etapas del proceso migratorio en las distintas ubicaciones, el estudio reveló que las necesidades de salud no satisfechas por falta de continuidad de la atención constituían un área importante de preocupación. Si bien fue habitual que a las personas que retornaron se les identificasen necesidades de salud en los países de acogida, el tratamiento o seguimiento recibidos tras retornar a su país de origen fueron inadecuados. Por ejemplo, algunas personas que retornaron se habían sometido a cirugía en el país de acogida, pero no pudieron recibir cuidados posquirúrgicos tras el retorno, mientras que otras habían comenzado tratamiento (por ejemplo, para la hepatitis C) en el país de acogida, pero no pudieron acceder a la medicación una vez que retornaron.

Perspectiva transversal para entender las necesidades después del retorno. Siendo conscientes de la transversalidad de las identidades, se ha decidido aplicar la perspectiva transversal⁴³ a la hora de analizar cómo dichos factores influyen en la vulnerabilidad y los resultados de salud de las personas que retornaron. A partir de los perfiles de personas que retornaron, descritos anteriormente, se identificó que determinados grupos de ellas presentaban resultados de salud más deficientes a lo largo de las diferentes etapas de la migración. Estos grupos incluyen los siguientes:

- **Mujeres que retornaron:** El deterioro de la salud de las mujeres que retornaron fue más pronunciado que en los hombres que retornaron a lo largo de todo el proceso migratorio (Figura 12). La diferencia más significativa se observó en la fase posterior al retorno. La transversalidad del género con los resultados de salud y de reintegración se analiza en la sección 2.5.
- **Personas mayores que retornaron:** En la fase posterior al retorno, las personas mayores que retornaron presentaron una salud cada vez más deficiente. Algunas de ellas notificaron trastornos relacionados con la edad, como cataratas. Puesto que la migración no es un proceso lineal, algunas personas que retornaron volverían a emigrar tras el retorno, en algunos casos incluso repetidamente. A medida que las personas migrantes van aumentando de edad durante el proceso migratorio, sus necesidades de salud y vulnerabilidades también aumentan de forma paralela. En el caso de algunas personas que retornaron y que fueron entrevistadas, se reveló que la mayor edad constituía un factor de protección de la salud mental, ya que algunas personas que retornaron van desarrollando una mayor resiliencia emocional con el tiempo. En otros casos, sin embargo, se demostró que la mayor edad aumentaba la vulnerabilidad de las personas que retornaron, en especial cuando otros factores intervenían con el elemento de edad, como la diversidad en términos de OSIEGCS. Durante las entrevistas, se identificó que las personas migrantes y que retornaron LGBTQI+ de mayor edad eran un grupo especialmente vulnerable.

43 La transversalidad constituye un marco de análisis que permite entender cómo aspectos de las identidades social y política de una persona interactúan entre sí para generar distintas formas de discriminación y privilegio.

“ Esta población [LGBTQI+] dedicada al mercado del sexo trabaja menos tiempo a lo largo de sus vidas. Mientras sean jóvenes, tendrán un volumen mucho más alto de clientes que a una edad más avanzada. A menudo es posible encontrar personas que han viajado más de una vez y que ya no tienen clientes debido a su edad más avanzada... y solía tratarse de personas que nunca se habían ocupado de su salud física y social... de modo que esta persona queda al margen de la sociedad... especialmente cuando confluyen diversos factores en el mismo contexto: edad avanzada, pertenencia al grupo LGBTQI+, diversas experiencias en el extranjero, etc.

– Informante clave, Brasil

- **Personas con retorno forzoso:** La naturaleza del retorno resultó ser un determinante clave de la salud entre las personas que retornaron. La encuesta reveló que la media de salud de las personas que autoidentificaban su retorno como forzoso continuó deteriorándose a lo largo de todo el proceso migratorio (Figura 13). Este fue el único grupo cuya salud empeoró desde antes hasta después del retorno, en comparación con las personas que retornaron que afirmaron haber retornado de forma voluntaria o parcialmente voluntaria. La encuesta también reveló que el 51 por ciento de las personas

que autoidentificaban su retorno como forzoso presentaba problemas de salud, en comparación con el 41 por ciento y el 39 por ciento de aquellas que lo identificaban como voluntario o parcialmente voluntario, respectivamente. Los datos cualitativos indican que las personas que autoidentificaban su retorno como forzoso presentaban una mayor probabilidad de haber sido víctimas de trata, explotación laboral, explotación sexual o esclavitud. Esto exponía a las personas que retornaron a varios riesgos de salud, incluidos violencia física, violencia sexual, consumo abusivo de sustancias, trauma psicológico y lesiones ocupacionales. La estancia en centros de detención incrementó el riesgo de las personas que retornaron de padecer enfermedades transmisibles y de estar expuestas a violencia física. También se ha aludido a la muerte como resultado de las necesidades de salud no abordadas y de las condiciones adversas experimentadas en periodos de detención o secuestro durante las migraciones irregulares. Las personas que retornaron a menudo no se atrevían a solicitar asistencia médica durante su detención por temor a posibles represalias y otro trato abusivo. Las personas que retornaron de manera forzosa a menudo notificaron consecuencias para la salud a largo plazo, tanto físicas (como discapacidades o dolor crónico) como mentales (como TEPT).

CASO DE ESTUDIO 2: RETORNADO EN ETIOPÍA

J. migró de forma irregular a Yemen, donde fue arrestado por las fuerzas de seguridad, y posteriormente detenido y encarcelado. Durante su estancia en la cárcel, recibió un disparo como consecuencia del fuego cruzado entre las fuerzas del gobierno y las fuerzas revolucionarias en un contexto de guerra civil. La lesión afectó a su médula espinal, ocasionándole parálisis permanente y daños en el aparato excretor. Fue deportado de vuelta a Etiopía y recibió tratamiento médico para su herida de bala en un hospital de Adís Abeba gracias a la asistencia de la Cruz Roja. Sin embargo, no hay ningún centro especializado para el tratamiento de seguimiento en la zona en la que vive J. y el coste de recibir atención adicional es demasiado alto. Actualmente está desempleado a causa de su discapacidad.

- **Personas que retornaron con estancias más prolongadas en el extranjero:** Quienes habían dejado sus países de origen durante periodos de

tiempo prolongados tuvieron más dificultades para reintegrarse tras el retorno, siendo esto una causa importante de estrés psicológico. Los hallazgos de



la encuesta también confirmaron que la media de salud después del retorno era mayor en el caso de las personas que retornaron que habían pasado menos de seis meses fuera, mientras que aquellas que habían pasado seis meses o más presentaban una salud mucho más deficiente. Los largos periodos de tiempo transcurridos fuera afectaron a las redes de apoyo de las personas que retornaron, por ejemplo, a la disponibilidad de familiares y amistades y a la facilidad de adaptarse a un nuevo entorno al que ya no estaban acostumbradas.

“ Me encontré con una situación distinta de la que esperaba. Cuando te marchas durante tantos años, piensas que la situación aquí es la misma. – Persona retornada entrevistada, Georgia

términos de tiempo transcurrido desde el retorno, las personas que retornaron que habían pasado unos meses en el país de origen a menudo referían más problemas de salud y reintegración que aquellas que acababan de regresar. Esto puede deberse al tiempo necesario para asumir la realidad y para reconocer la escasa ayuda social y las dificultades para la reintegración económica. Esto destaca la importancia del elemento tiempo a la hora de entender la salud y la reintegración de las personas que retornaron, de ahí el gran valor informativo de adoptar un enfoque de ciclo de vida que abarque todo el proceso migratorio (incluso tras el retorno). Los datos de la encuesta revelaron que quienes habían retornado entre uno y dos años antes presentaban autoevaluaciones de salud menos favorables que quienes habían retornado hacía menos de un año.

- **Personas que retornaron que regresaron más de un año antes de participar en el estudio:** En

Figura 12. Cambios en el estado autoevaluado a lo largo de las distintas etapas migratorias, por género

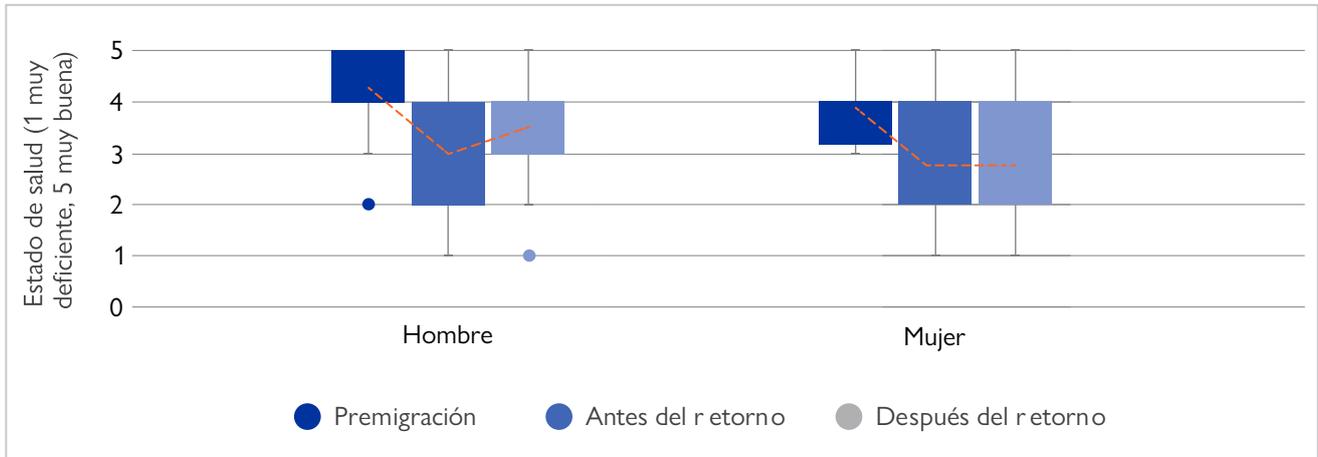
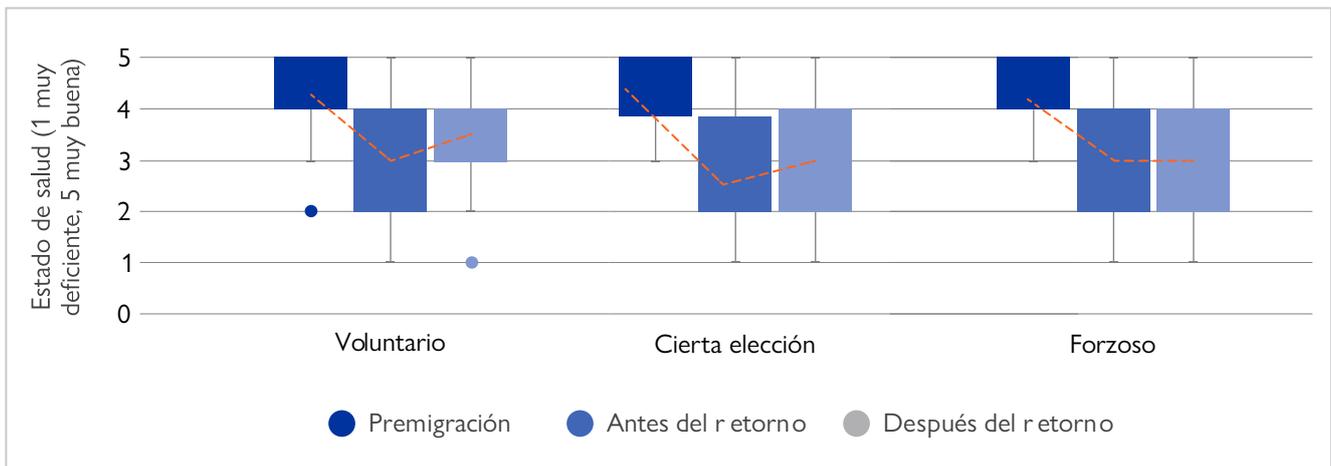


Figure 13. Changes in self-reported status across the stages of migration, by nature of return



2. EFECTO BIDIRECCIONAL: SALUD Y RESULTADOS DE REINTEGRACIÓN

MENSAJES CLAVE

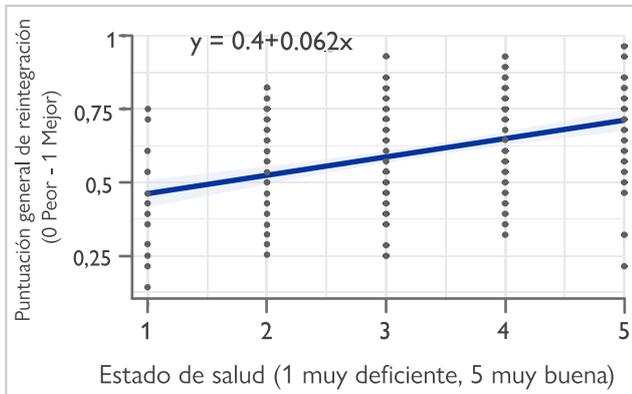
1. Los datos indican una **relación lineal entre una salud deficiente y los malos resultados de reintegración** después del retorno. En la relación bidireccional entre la salud y la reintegración intervienen diversos factores de estrés a diferentes niveles que pueden desembocar en círculos viciosos.
2. **La autoevaluación desfavorable del estado de salud estuvo asociada a unas redes de apoyo social deficientes.** Los problemas de salud física y mental dificultaron la participación de las personas retornadas en actividades sociales, mientras que el hecho de retornar a un entorno sin apoyo contribuyó de manera importante a la salud deficiente de las personas retornadas, sobre todo en el caso de los episodios de “migración fallida”.
3. **La disposición y capacidad de las personas retornadas de acceder a servicios de atención sanitaria estuvieron determinadas por diversos factores individuales y estructurales,** incluidos el estigma y las barreras experimentadas específicamente por las personas retornadas a la hora de acceder a los servicios.
4. **Las personas retornadas concedieron prioridad a la reintegración económica sobre las necesidades de salud, lo que tuvo implicaciones a largo plazo en su salud y reintegración,** como el retraso a la hora de recibir tratamiento, lo cual redujo su capacidad de trabajar y llevar una vida digna. La imposibilidad de reintegrarse en el plano económico afectó negativamente a la salud física y mental de las personas retornadas, mientras que la mala salud también les impidió buscar empleo y oportunidades profesionales.
5. Los datos confirman que **los hombres y mujeres migrantes experimentan la migración de modo distinto, ya que se exponen a diferentes riesgos durante el proceso.**

2.1 TENDENCIAS LINEALES ENTRE LOS RESULTADOS DE SALUD Y REINTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS QUE RETORNARON

Existe una **relación lineal entre la salud y la reintegración en la muestra de estudio. Cuanto peor es la salud de las personas que retornan después de hacerlo, peores son también sus resultados de reintegración globales.** Esta tendencia lineal también resultó ser estadísticamente significativa al aplicar un modelo de regresión ($p < 0,001$) (Figura 14). Este se basó en una puntuación de integración global combinada, calculada a partir de los datos del estudio, incluidos indicadores de cada una de las tres dimensiones de reintegración (económica, social y psicosocial). Los resultados revelaron que, cuanto peor es el estado

de salud notificado por las personas que retornaron después del retorno, peor es también la puntuación de reintegración combinada. Si bien el carácter transversal de los datos cuantitativos hacía imposible establecer una relación de causalidad entre la salud y la reintegración, sí se identificó entre ambas una relación bidireccional, que estudiaremos en mayor profundidad en las secciones siguientes.

Figura 14. Línea de tendencia (con un intervalo de confianza del 95 %) entre la autoevaluación del estado de salud después del retorno y el resultado de reintegración global por modelo de regresión



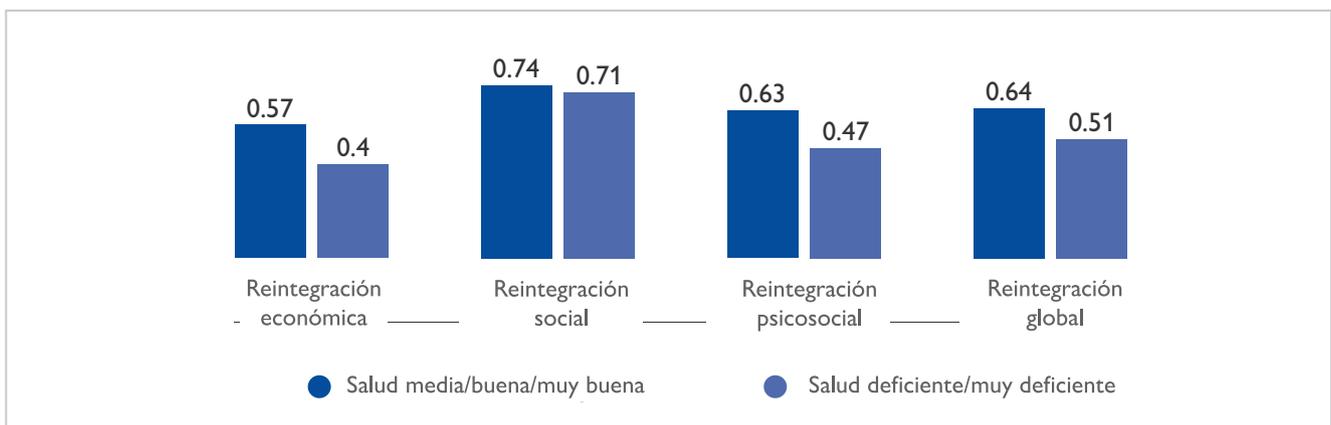
“ Como país, deberíamos considerar alarmante el hecho de que la tasa de retorno sea tan extremadamente alta, y, cuando un número significativo de mujeres retorna con enfermedades mentales sin un tratamiento eficaz, esto tiene consecuencias en las generaciones posteriores. Incluso cuando se recibe un tratamiento eficaz, existe la probabilidad de que un progenitor no se recupere o acabe con una enfermedad permanente. Así, cuando las personas retornadas afectadas de enfermedad mental indebidamente tratada se incorporan a la sociedad, afectan al bienestar mental transgeneracional del conjunto de la sociedad. – Informante clave, Etiopía

Los mismos grupos que notificaron un peor estado de salud, a menudo, también notificaron peores

resultados de reintegración. Estos grupos incluían mujeres que retornaron, las de mayor edad, las que habían retornado desde hace más tiempo y aquellas que habían pasado fuera un periodo de tiempo prolongado. Las personas que retornaron que han estado fuera de sus respectivos países durante mucho tiempo a menudo retornan para descubrir que el lugar que dejaron ha cambiado drásticamente y que no es lo que esperaban, tal como reflejan las entrevistas con personas que retornaron e informantes clave. La encuesta también reveló que las personas que retornaron que estuvieron fuera durante al menos un año presentaban peores resultados de reintegración globales que aquellas que lo hicieron durante periodos más cortos.

Cuanto peor es la salud de las personas que retornaron, peor es el resultado de reintegración para la dimensión correspondiente (Figura 15). Los hallazgos cualitativos de las entrevistas revelan una relación bidireccional entre la salud y la reintegración, que se observó en las tres dimensiones de la reintegración. Así, si bien el foco de atención principal del estudio es cómo afectan las necesidades relacionadas con la salud de las personas que retornaron a los resultados de reintegración, los datos expusieron de forma clara que la relación en sentido inverso —a saber, cómo afecta la reintegración a la salud de las personas que retornaron— era igualmente importante. En este estudio se ha analizado en profundidad dicha relación bidireccional entre la salud y la reintegración, y se han identificado multitud de interconexiones entre la salud, el acceso a la sanidad, la reintegración económica, la reintegración social y la reintegración psicosocial; todas ellas se estudiarán en mayor detalle en las secciones siguientes.

Figura 15. Estado de salud después del retorno y resultados de reintegración, por cada dimensión de la reintegración



La salud y los resultados de reintegración de las personas que retornaron estuvieron determinados y enmarcados por impulsores de migración estructurales más amplios, como las políticas en materia de migración irregular, las prácticas de detención y el funcionamiento de los sistemas de salud. Estos impulsores estructurales a escala “macro” son la base de las interconexiones existentes entre la salud y la reintegración de las personas que retornaron, que puede desembocar en resultados positivos o negativos. Las circunstancias individuales a escala “micro”, como el género, la duración de la estancia y las ubicaciones sociales, influyen en la resiliencia y la vulnerabilidad de las personas que retornaron a los resultados de salud y reintegración, donde intervienen otros factores intermedios como el estigma social y el apoyo social.

A partir de los hallazgos relativos a las interconexiones existentes entre la salud y la reintegración, **el estudio concluyó que, a menudo, las personas que retornaron se han visto atrapadas en un círculo vicioso de mala salud y reintegración deficiente.** La buena salud abarca la salud física, social y mental. Sin buena salud, resulta difícil lograr una reintegración sostenible. Problemas de salud como el dolor crónico o la depresión clínica afectan a la capacidad de las personas que retornaron de ejercer una participación plena en la vida económica y social de un país. En especial, cuando el tratamiento se demora, las afecciones agudas se pueden cronificar. Y, sin una reintegración satisfactoria, resulta casi imposible

gozar de una buena salud. Las dificultades económicas y la falta de apoyo social inciden negativamente en la salud de las personas que retornaron, sobre todo en los planos mental y psicosocial. Los datos indican que los efectos negativos de la salud y la reintegración se pueden acumular con el tiempo e intensificar los efectos perjudiciales que ejercen la una en la otra, lo cual se traduce en que a las personas que retornaron les resulte cada vez más difícil salir del círculo vicioso a medida que pasa el tiempo.

El efecto intergeneracional fue una de las principales áreas de preocupación expresada por los informantes clave. Los efectos de salud entre las **personas que retornaron que se enfrenta a problemas de salud y reintegración pueden afectar negativamente a la salud, el bienestar y el desarrollo de su siguiente generación.** Debido a la presencia creciente de factores de estrés a lo largo de las etapas de la migración, las personas que retornan experimentan un peor estado de salud, lo que a su vez afecta negativamente al éxito de su reintegración. Esto produce efectos colaterales negativos en las tres dimensiones de reintegración (tal como se estudiará en las secciones siguientes), lo cual afecta al sustento económico de los integrantes de la unidad familiar y al desarrollo social de la infancia. Desde una perspectiva social, esto debería ser motivo de preocupación, lo cual subraya la importancia de atender las necesidades de salud y la reintegración sostenible de las personas que retornaron en los países de origen.

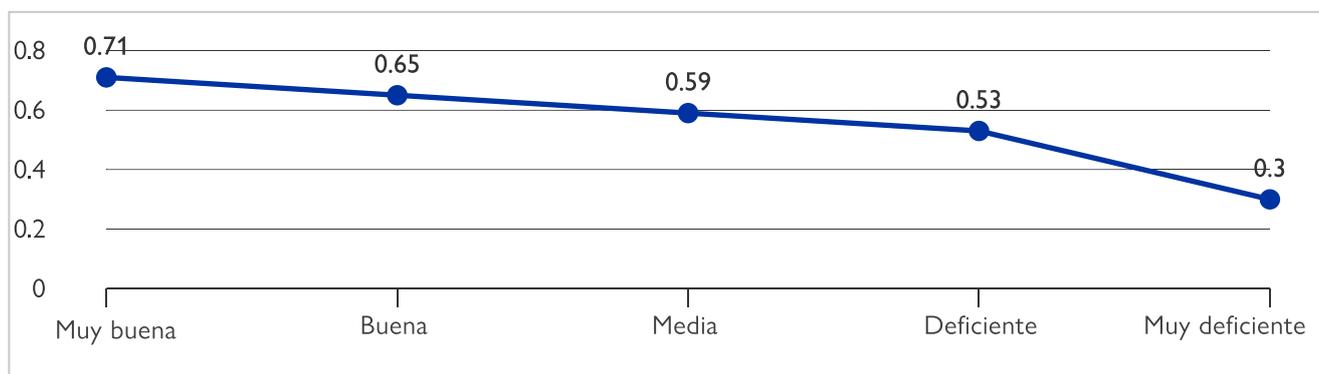
2.2 SALUD Y REINTEGRACIÓN PSICOSOCIAL

Los seis indicadores utilizados en la investigación para evaluar la reintegración psicosocial fueron los siguientes:

1. Participación en actividades sociales
2. Red de apoyo
3. Sentimiento de pertenencia a la comunidad
4. Tensiones o conflictos familiares desde el retorno
5. Discriminación desde el retorno
6. Signos de salud mental alterada

La reintegración psicosocial es una dimensión amplia de la reintegración sostenible en la que intervienen elementos emocionales, mentales y psicológicos. La dimensión psicosocial de la reintegración está, por definición, vinculada a la salud y el bienestar de las personas que retornaron, y en especial a su salud mental. **Las necesidades no satisfechas de las personas que retornaron y su falta de acceso a una atención sanitaria especializada afectan negativamente a la reintegración psicosocial** después del retorno: las personas que retornaron que notificaron peores autoevaluaciones del estado de salud también tuvieron peores resultados de reintegración en comparación con aquellas que notificaron un mejor estado de salud ($p < 0,001$) (Figura 16).

Figura 16: Puntuación de reintegración psicosocial, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



2.2.1 Efectos de la salud en la reintegración psicosocial

Se reveló que las necesidades de salud no satisfechas de las personas que retornaron afectaban negativamente a la reintegración psicosocial de diversas formas:

- **Participación restringida en actividades sociales:** A las personas que retornaron que padecían dolor crónico o lesiones de carácter ocupacional, o como resultado de experiencias traumáticas vividas durante su estancia en el extranjero, les costó más participar en actividades sociales. Una mujer que había desarrollado obesidad tras haber retornado afirmó no ser capaz de acceder a ayuda médica adecuada, lo cual le generó

baja autoestima y, por ende, afectó a su disposición para mantener interacciones sociales debido a su apariencia física negativa. Los hallazgos de la encuesta revelaron que, de las personas que retornaron que habían autoevaluado su salud como deficiente, un 56 por ciento raramente o nunca participaba en actividades sociales de sus comunidades, frente a solo un 27 por ciento de las que notificaron un buen estado de salud.

- **Aislamiento social por la familia:** En determinadas culturas en las que las enfermedades mentales o las discapacidades físicas se consideran tabús sociales, se notificó que las personas que retornaron con estos problemas de salud eran “ocultadas” a la comunidad por sus familias por temor al estigma y

sentimientos de vergüenza. Esto tiene importantes implicaciones en la reintegración de las personas que retornaron, ya que afecta a la participación de estas en actividades sociales y económicas.

- **Consecuencias de una salud mental alterada:** Por otro lado, las personas que retornaron con una salud mental alterada afirmaron que esta condición les hacía más difícil socializar y relacionarse con sus familias y comunidades. Las personas que retornaron refirieron notarse más fácilmente irritables y nerviosas en las interacciones diarias con otras personas, lo cual notaban solo después del retorno y les generaba dificultades a la hora de relacionarse.

Los hallazgos de la encuesta confirmaron que las personas que retornaron con peores autoevaluaciones de salud también notificaban una menor participación en las actividades sociales de sus comunidades, redes de apoyo menos sólidas y un menor sentimiento de pertenencia a la comunidad (Figura 17). Las diferencias entre las personas que retornaron que habían referido un mejor o peor estado de salud en términos de experimentar conflictos familiares, discriminación y salud mental alterada fueron menos perceptibles.

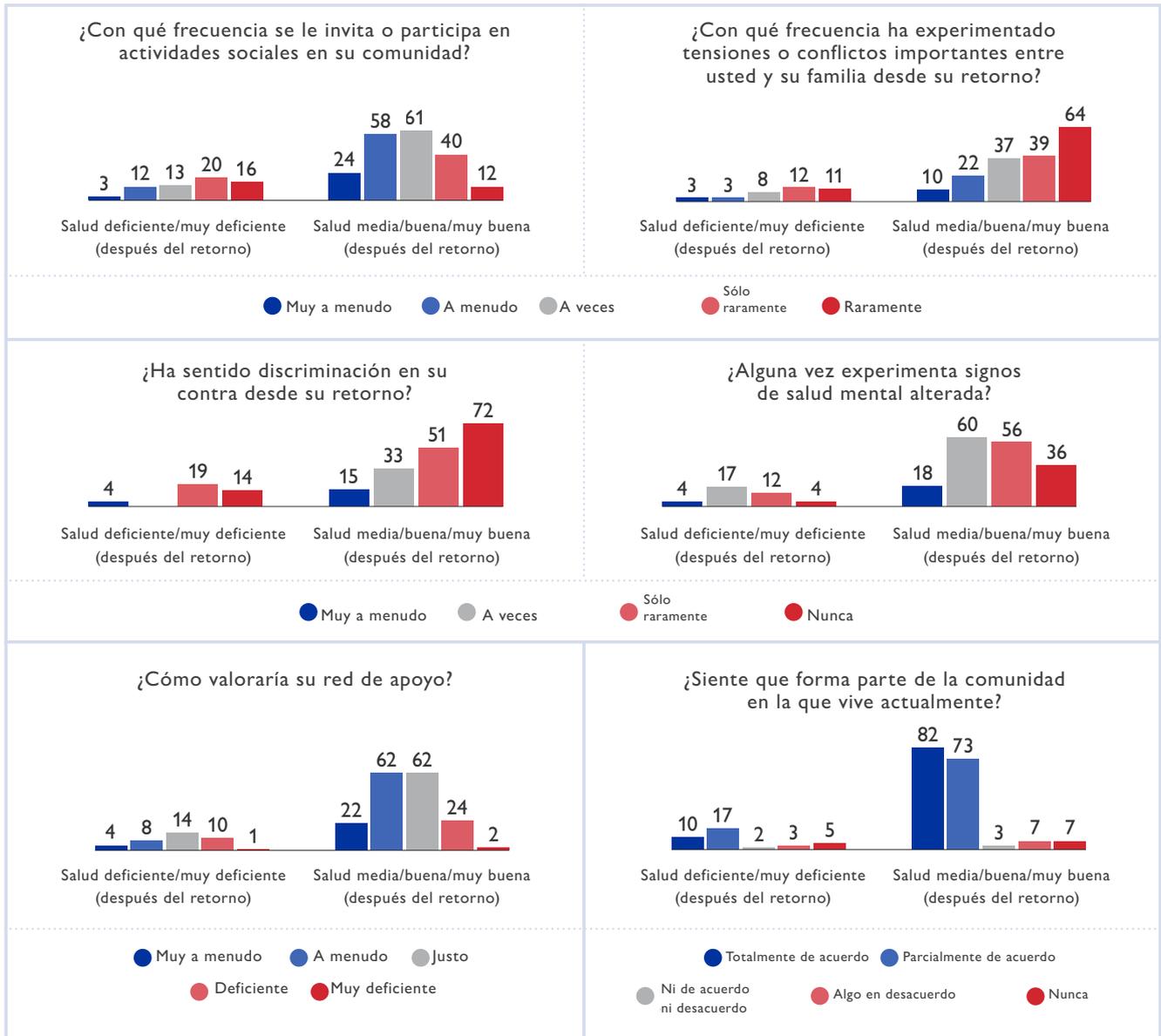
“ En lo que respecta a salud mental y apoyo psicosocial, el problema es que hay una serie de casos en los que las personas ni siquiera aceptan la enfermedad, y son incapaces de asumir que se trata de algo importante. Hay una gran estigmatización asociada a esta situación. Estarían dispuestas a hablar de sus enfermedades físicas sin problema; pero, cuando sale el tema de la salud mental y los antecedentes de estrés, pronto se percibe que no se sienten cómodas hablando de ello. Sin duda hay demasiada estigmatización. Las personas retornadas también tienen demasiado miedo a ser etiquetadas.

– Informante clave, Pakistán

“ Están estas familias [que] tras recoger a una hija, hijo o familiar con problemas mentales y físicos, ocultan [la enfermedad] a la comunidad y buscan atención médica, o los llevan a lugares religiosos, y solo revelan [la enfermedad] cuando estos se sienten mucho mejor.

– Persona retornada entrevistada, Etiopía

Figura 17. Indicadores clave de reintegración psicosocial, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



2.2.2 Efectos de la reintegración psicosocial en los resultados de salud

La mayoría de las personas encuestadas y los datos cualitativos aludieron a los efectos en la salud del estigma por el hecho de que las personas que retornaron no lograsen sus “objetivos migratorios”. Tal como describió un informante clave, el hecho de no lograr el objetivo migratorio y de no alcanzar las propias expectativas o las de familiares y amistades a menudo se traduce en

sentimientos de culpa, vergüenza y frustración, lo cual tiene importantes consecuencias negativas para la salud mental de las personas que retornaron. Todo ello se ha abordado previamente en la literatura sobre el estigma del retorno.⁴⁴

“ Cuando regresan, les afecta el hecho de no haber podido cumplir sus sueños. Por eso necesitan ayuda psicológica. – Informante clave, Pakistán

44 Schuster y Majidi, *Deportation Stigma and Re-Migration*.

Este estudio contribuye a la evidencia al arrojar luz desde una perspectiva de salud, tanto a partir de datos cualitativos como cuantitativos. La encuesta reveló que, de las personas que retornaron que se sentían parte de la comunidad, un 85 por ciento había notificado una buena salud, frente a un porcentaje algo menor (64 %) que no se sentía parte de la comunidad. Las personas que retornaron y fueron entrevistadas con frecuencia enfrentaron expectativas no realistas de sus familiares o amistades en cuanto al éxito económico de la migración. Cuando estas personas retornan a sus países de origen sin haber cumplido estas expectativas, a menudo deben hacer frente a los prejuicios de la comunidad, ya que se esperaba que hubieran progresado económicamente. Si bien existen expectativas sociales sobre el mito del “éxito del migrante”, en realidad, los informantes clave han expresado que tales historias de éxito son poco frecuentes (“si tenemos en cuenta los porcentajes, solo alrededor de un 1 por ciento de migrantes que trabajan retornan a casa en una posición de éxito”, afirmó un informante clave). Las personas que retornaron experimentaron descontento y desaprobación por parte de sus familiares o amistades al no ser capaces de devolverles el dinero con el que habían financiado el coste de su migración. Las personas que retornaron a menudo desarrollaron problemas de salud mental debido al estrés derivado de no cumplir tales expectativas y del estigma social. Esto resultó especialmente difícil para las personas que retornaron que “fracasaron” antes incluso de llegar a su destino, en muchos casos por haber seguido una ruta irregular y haber sido arrestadas antes de llegar al país de acogida. En casos muy poco frecuentes, tal como indican los informantes clave, se producía la situación inversa, en la que las familias de las personas que retornaron habían hecho un mal uso del dinero que estas enviaban y, cuando estas retornaban, no encontraban un dinero que podría haberse utilizado para pagar los servicios médicos.

Aparte del estigma recibido de fuentes externas, algunas personas que retornaron, y que fueron entrevistadas, aludieron a **presiones y expectativas autoimpuestas** por no cumplir los propios objetivos migratorios. Estas incluyen un sentido de responsabilidad de cuidar de la familia tras el retorno, la incapacidad de poder ayudar económicamente a su familia, la comparación de su propio “fracaso” con el de sus personas conocidas, y

los sentimientos de culpa por no haber alcanzado las expectativas migratorias. Dicha percepción subjetiva del **estigma y la discriminación a menudo se traduce en una baja autoestima, lo cual desemboca en alteraciones de la salud mental** y en un apartamiento de las interacciones y actividades sociales, reforzando así el círculo vicioso.⁴⁵

Los hallazgos de la investigación apuntaron claramente a que **regresar a un entorno carente de apoyo constituía un importante desencadenante de alteración de la salud mental de las personas que retornaron, incluido a nivel familiar, social y comunitario**. Esto viene respaldado por los datos de la encuesta, que señalaron que, cuanto peor es la percepción que las personas que retornaron tienen de su red de apoyo, peor es la autoevaluación de su estado de salud. Algunas personas que retornaron expresaron que esperaban recibir un mayor apoyo social tras regresar a su país de origen, lo que, sin embargo, no siempre era el caso y, en ocasiones, desembocaba en problemas de salud mental o en una intensificación de los problemas de salud física, como obesidad por falta de motivación y actividad física. En algunos casos, las personas que retornaron eran categóricamente rechazadas por sus familias. Una de las mujeres que retornó y fue entrevistada fue desahuciada de su hogar por su padre por volver “con las manos vacías”, a raíz de lo cual desarrolló altos niveles de estrés e insomnio. **Las personas que retornaron también experimentaron choque cultural inverso y dificultades para volver a adaptarse a sus comunidades**. El reajuste y la readaptación necesarios tras el retorno en ocasiones cogió por sorpresa a algunas personas que retornaron, ya que la realidad a la que regresaban había cambiado considerablemente desde su migración y su país ya no era el lugar que habían dejado atrás, lo cual era para ellas motivo de angustia.

“ Siempre les digo a mis pacientes... vuelven al espacio, a la ciudad en la que solían vivir y todo lo demás... pero no vuelven al tiempo.

– Informante clave, Etiopía

Se reveló que la duración de la migración y el tiempo transcurrido desde el retorno eran factores moderadores para la reintegración psicosocial.

45 Habtamu K., A. Minaye, A. y W. A. Zeleke, *Prevalence and associated factors of common mental disorders among Ethiopian migrant returnees from the Middle East and South Africa*, BMC Psychiatry 17(144): 1-11 (2017).

Los hallazgos cualitativos muestran que las personas que retornaron que han estado fuera periodos más prolongados experimentaron una pérdida de apoyo social tras el retorno, mientras que aquellas que habían estado fuera menos tiempo tenían experiencias de retorno más positivas, ya que aún podían contar con una red de apoyo social. Un retornado entrevistado explicó que ambos de sus padres habían fallecido mientras estaba fuera y que, al regresar a su país de origen, descubrió que sus hermanos y hermanas se habían apropiado de todas las pertenencias restantes.

La edad fue otro factor moderador identificado en los datos. Las necesidades de salud mental fueron mayores en las personas que retornaron más jóvenes, ya que sus padres a menudo se mostraron insatisfechos con el resultado de su migración y con la falta de estabilidad económica después del retorno, mientras que las de mayor edad a menudo contaron con un mejor apoyo social de sus familias; generalmente, de sus hijos e hijas.

“ A nivel de la comunidad, a veces siento el estigma impuesto por mis iguales y por algunas personas mayores que me consideran un fracaso.

A veces me resulta muy difícil manejarme en la comunidad debido a las miradas de las que soy objeto desde que regresé de mi viaje.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

“ El otro problema es que, desde que regresé de mi viaje, empecé a padecer mucho estrés. Me enfadaba con gran facilidad y me disponía a pelearme con cualquier que se cruzara en mi camino. No era así antes del viaje, pero ahora sufro de mucho estrés. Incluso mi familia está muy preocupada por mi situación.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

Por otro lado, se observó que una reintegración psicosocial positiva contribuía a la salud de las personas que retornaron. Estas afirmaron que poder contribuir a sus comunidades de origen les aportaba una sensación de conexión, y la participación en la comunidad (por ejemplo, unirse al coro e intercambiar servicios comunitarios) tuvo una influencia positiva en la salud de las personas que retornaron.

2.3 SALUD Y REINTEGRACIÓN SOCIAL

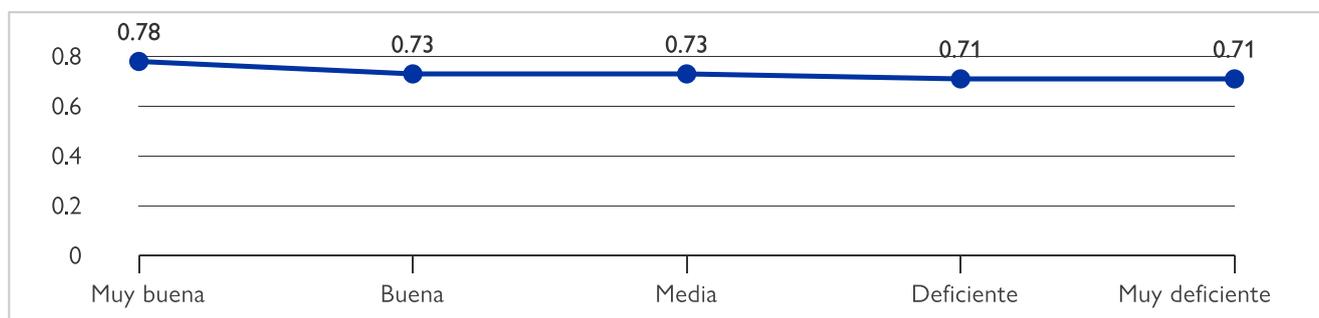
Los cinco indicadores utilizados en la investigación para evaluar la reintegración social fueron los siguientes:

1. Acceso a los servicios de salud
2. Acceso a la vivienda
3. Acceso a agua y alimentos seguros
4. Acceso a la justicia y los cuerpos de seguridad
5. Posesión de documentación de identidad

La relación entre salud y reintegración social se dio principalmente en el sentido de los efectos de la reintegración social en la salud de las personas que retornaron.

Las personas que retornaron que notificaron una salud deficiente también presentaron peores resultados de reintegración social que aquellas que notificaron una salud mejor, aunque la diferencia fue relativamente pequeña en comparación con las dimensiones económica y psicosocial (Figura 18). Los datos recopilados también muestran que las personas que retornaron que estuvieron fuera durante al menos un año presentaban peores resultados de reintegración social que aquellas que lo hicieron durante periodos más cortos. Por su parte, las personas que retornaron que habían regresado hacía al menos seis meses presentaban peores resultados de reintegración social que aquellas que lo habían hecho hacía menos de seis meses.

Figura 18: Puntuación de reintegración social, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



2.3.1 Acceso de las personas que retornaron a los servicios de salud a lo largo del ciclo migratorio

“ Si acudo a un centro sanitario después de migrar, la gente podría juzgarme como si fuera VIH positivo o algo así... El juicio impuesto por la comunidad en cierta medida ha provocado que no acuda al centro de atención sanitaria.
 – Persona retornada entrevistada, Etiopía

Algunos problemas relacionados con el acceso a la atención sanitaria son específicos de las personas que retornaron y se intensifican por el hecho de ser una persona retornada, en comparación con los problemas de acceso generales comunes a las personas que retornaron y a la población general en los países de origen.

Tabla 6. Barreras para acceder a la atención sanitaria específicas de las personas que retornaron y comunes a la población de no retornados

OBSTÁCULOS ESPECÍFICOS DE PERSONAS QUE RETORNARON	OBSTÁCULOS QUE EXPERIMENTAN LAS PERSONAS QUE RETORNARON Y COMUNES AL RESTO DE LA POBLACIÓN DE NO RETORNADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Denegación de la asistencia a causa de que el problema de salud (por ejemplo, un accidente) tuviera lugar en el extranjero • Discriminación contra personas que retornan víctimas de la trata • Percepciones erróneas de las personas que retornan en relación con enfermedades de transmisión sexual • Dificultades económicas para permitirse el servicio de atención sanitaria cuando las personas que retornan no están reintegradas desde el punto de vista económico • Falta de información sobre cómo y dónde acceder a la atención, en especial si las personas que retornan han estado fuera durante un periodo prolongado • Falta de documentación o papeles de identidad, en especial si las personas que retornan han estado fuera durante un periodo prolongado • Barreras de idioma, en especial si las personas que retornan han estado fuera durante un periodo prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras culturales como resultado de la estigmatización de determinados problemas de salud (por ejemplo, salud mental) • Falta de seguro médico • Coste elevado de los servicios de salud, incluida la medicación • Tiempo de espera prolongado • Ausencia de especialista local • Escasez o no disponibilidad de medicación • Costes de transporte asociados al acceso a la atención sanitaria

En esta sección, se pretende conocer *dónde* acceden las personas que retornan a la atención sanitaria. Las personas que retornaron buscaron atención con más frecuencia en hospitales durante su ciclo migratorio y tras el retorno, y de ellos accedieron con más frecuencia a hospitales públicos que privados. Los centros de atención sanitaria a los que se accedió con mayor frecuencia fueron las clínicas, de las cuales se acudió con más frecuencia a las privadas que a las públicas o de ONG. Algunas personas que retornaron buscaron atención a través de la medicina tradicional o de curanderos y otros proveedores de servicios (por ejemplo, organizaciones internacionales). **La principal consideración de las personas que retornan a la hora de buscar atención fue la asequibilidad. En la mayoría de los casos, los hospitales públicos a menudo fueron el primer punto de contacto para las personas que retornan.** Sin embargo, a las personas que retornan a menudo se les denegó la atención por múltiples razones después del retorno, como la falta de documentación oficial.

Esta denegación después del retorno no hacía más que imitar las denegaciones anteriores experimentadas durante el proceso migratorio: la barrera más frecuente identificada era no poder obtener tratamiento/medicación. En los países de tránsito y de acogida, las personas migrantes generalmente experimentaron dificultades como barreras de idioma o abandono de la mano de las autoridades locales, que a menudo resultaron en una demora o denegación del tratamiento (Figura 19).

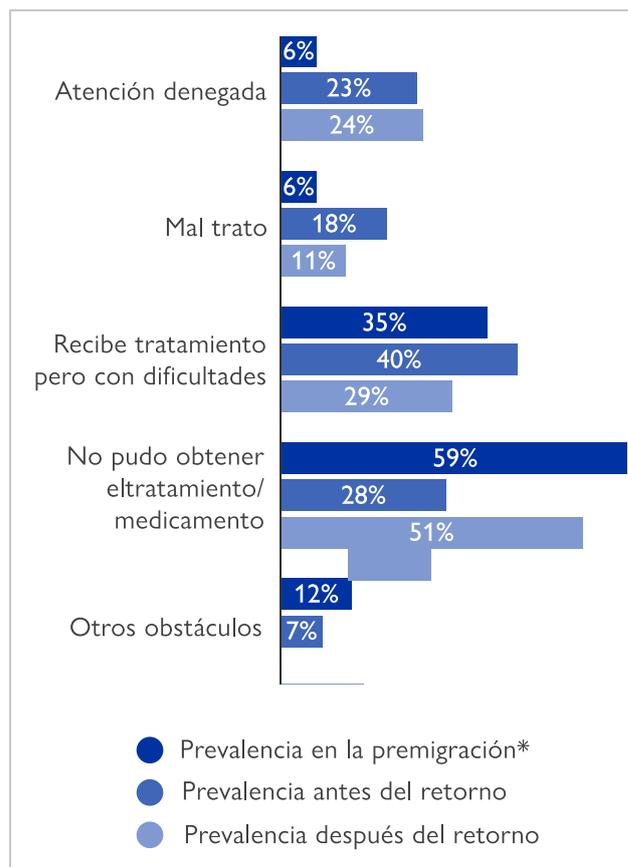
“ Acabábamos de llegar a Brasil... si pudiéramos encontrar asistencia sanitaria para mi marido e hijas, sería maravilloso. Otra cuestión es que todavía no había podido regularizar los carnés [documentos de identidad] de mis dos hijas, nacidas [en Bélgica], porque no cumplo las condiciones para ir a Brasilia a hacerlo; tampoco podía traducir sus expedientes escolares.

– Persona retornada entrevistada, Brasil

En comparación con el 6 por ciento registrado en la etapa premigratoria, un 23 y un 24 por ciento de las personas que retornaron notificó que se les había denegado la atención en los países de tránsito y de acogida y después del retorno, respectivamente. Las personas que retornaron también notificaron haber recibido más a menudo un mal trato antes y después

del retorno, en comparación con la etapa premigratoria. Estas barreras experimentadas por las personas que retornaron se sumaron a las barreras no específicas comunes también a la población de personas no retornadas, y entre las que se incluían el alto coste de la medicación y la falta de especialistas.

Figura 19. Barreras más comunes de acceso a la atención sanitaria notificadas por las personas que retornaron después de que lo hicieran



* Sólo se preguntó si los encuestados abandonaron su país de origen hace menos de 12 meses.

“ Durante mis tres años de estancia [en Zambia], no tuve acceso a atención sanitaria porque a nadie le importan los reclusos migrantes. Como he dicho, he estado en el desierto [en tránsito] y en prisión. Aunque lo necesitaba, no tuve acceso a atención sanitaria. No hablar inglés es un factor que dificulta el acceso a la atención sanitaria, además del desconocimiento [de nuestros derechos a la atención sanitaria]. En nuestra estancia en el desierto, solicitar acceso a atención sanitaria es un lujo.
– Interviewed returnee, Ethiopia

Las barreras para acceder a la atención sanitaria suelen clasificarse en cinco dimensiones: asequibilidad, accesibilidad, disponibilidad y alojamiento, aceptabilidad y adecuación.⁴⁶ Dependiendo de cada una de estas dimensiones, las personas que retornan pueden o no ser capaces de hacer uso de los servicios de salud. Por ejemplo, los servicios de salud públicos podrían ser gratuitos para las personas que retornan en sus países de origen tras el retorno y, sin embargo, seguir siendo inaccesibles para las personas que retornan que experimentan dificultades de reintegración económica debido a la larga distancia y a los altos costes del transporte. La encuesta reveló que a las personas que retornaron les resultaba más difícil acceder a la atención sanitaria en la etapa anterior al retorno en los países de acogida y en la etapa posterior al retorno en los países de origen, en comparación con la etapa premigratoria. Esto implica que, a la hora de acceder a la atención sanitaria, las personas que retornaron enfrentaron barreras adicionales que no tuvo que enfrentar la población general. Estas barreras quedaron patentes en las entrevistas con personas que retornaron:

- **Asequibilidad:** La asequibilidad de la atención sanitaria estuvo relacionada con la condición jurídica de las personas que retornan y los países de acogida. Por ejemplo, a las personas que retornaron que buscaron asilo en Suiza y Francia se les proporcionó atención sanitaria gratuita. En términos de condiciones laborales, solo aquellas con un empleo formal pueden estar protegidas por un seguro de salud; sin embargo, esto a menudo no basta para

cubrir los gastos médicos, de ahí que las personas que retornaron siguieran sin poder acceder a la atención necesaria. Después del retorno, algunas personas retornadas iniciaron tratamiento en el país de acogida, pero no pudieron acceder a la medicación debido a su alto coste o falta de disponibilidad en su país de origen. Las personas que retornan a menudo enfrentan dificultades económicas a la hora de acceder a los servicios de salud, en especial cuando no se han reintegrado bien económicamente o si no reciben el apoyo adecuado de sus familias al regresar. En algunos países de origen, el hecho de ser o no una persona retornada influye relativamente poco en el acceso a la atención sanitaria. Por ejemplo, en Pakistán, los datos revelaron que ser o no una persona retornada a menudo no es importante a la hora de determinar el acceso a la atención sanitaria, pero el estado socioeconómico sí lo es. Las personas que retornan con un apoyo económico adecuado no experimentan grandes dificultades para acceder a la atención, mientras que aquellas con una posición económica debilitada experimentan barreras similares a las que experimentan las personas no retornadas con una posición económica menos favorable. Ciertas personas que retornan pueden no hacer alusión a su condición de retornadas para recibir un mejor trato por parte del personal sanitario.

- **Accesibilidad:** Mientras, en los países de acogida, las personas que retornan experimentaron diversas barreras estructurales de acceso a la atención sanitaria: unas derivadas de sus circunstancias individuales, y otras derivadas sobre todo del contexto de sus países de acogida. Con frecuencia, las personas que retornaron afirmaron haber experimentado xenofobia o discriminación por parte del personal sanitario en los países de acogida, así como barreras de idioma y culturales. Por ejemplo, una persona retornada mencionó que la salud mental era un tabú en Japón (país de acogida), por lo que le resultó difícil acceder a servicios de salud mental. A algunas personas que retornaron también les faltó información sobre dónde y cómo acceder a los servicios de salud en los países de acogida. Después del retorno, algunas personas

46 Levesque J., M. F. Harris y G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*, *International Journal for Equity in Health* 12(18): 1-9 (2013).



Los migrantes de retorno recién llegados de Níger, Túnez y Malí reciben exámenes de salud durante su sesión de orientación.
© OIM 2022 / Robert Kovacs

que retornaron mencionaron que las barreras incluían falta de información sobre cómo acceder a los servicios, falta de documentación o papeles de identidad y barreras de idioma, en especial si las personas que retornaron habían pasado muchos años en el extranjero. En términos de tiempo de desplazamiento, la encuesta reveló que solo un 10 por ciento de las personas que retornaron debía desplazarse más de una hora para llegar a las instalaciones sanitarias en la etapa premigratoria, y que este porcentaje aumentaba a un 20 por ciento después del retorno, de lo que se deduce que los costes de transporte directos e indirectos eran más elevados cuando las personas que retornaron accedían a la atención sanitaria.

- **Disponibilidad y alojamiento:** Antes del retorno, algunas personas que retornaron afirmaron que la falta de bajas por enfermedad pagadas entre semana les impedía acceder a los servicios de salud públicos, dado que estos solo estaban operativos entre semana. El acceso a la atención sanitaria a menudo es limitado en las cárceles y centros de detención y, de estar disponible, la calidad de la asistencia se valoró como baja. En cuanto a la etapa de tránsito, un cierto número de personas que retornaron afirmó no tener prácticamente ningún acceso a atención sanitaria. Por lo tanto, el derecho a la salud es prácticamente inexistente para las personas migrantes irregulares en tránsito. Era frecuente que migrantes irregulares no hubieran accedido a ningún servicio de salud en absoluto a lo largo de su proceso migratorio a pesar de tener necesidades de salud, y que solo accedieran a estos al regresar a su país de origen.
- **Aceptabilidad:** Antes del retorno, las personas migrantes irregulares a menudo notificaron que tenían buscar atención y que, cuando lo hacían, a menudo se les exigía el pago de elevadas tarifas que no se podían permitir. Después del retorno, algunas de las barreras específicas de las personas que retornaron, estuvieron relacionadas con la cultura y los hábitos sociales. A las personas que retornaron les resultaba difícil abordar ciertas cuestiones de salud delicadas —como la salud sexual o la salud mental— al regresar, por ser tabús sociales. A menudo existe discriminación y estigma contra las personas que retornan que han sido víctimas

de la trata o han trabajado en el mercado sexual. El hecho de que las personas que retornan sean conocidas en sus comunidades locales al regresar podría suponer una barrera de acceso a la atención sanitaria, en especial en aquellas cuestiones de salud tales como las infecciones de transmisión sexual, que podrían generar rumores en la comunidad local. Por el contrario, el anonimato derivado de estar en un país extranjero fue un factor que facilitó el acceso de las personas que retornan a la atención sanitaria en su país de acogida.

- **Adecuación:** Algunas de las barreras que experimentaron las personas que retornaron después de hacerlo estuvieron relacionadas con la continuidad de la atención. Por ejemplo, un retornado no pudo continuar con su rehabilitación posquirúrgica al regresar porque se le indicó que el accidente y la cirugía habían tenido lugar fuera del país de origen. Otras barreras estuvieron relacionadas con la adecuación del tratamiento. Un retornado indicó que se le proporcionó medicación para el cáncer caducada, que tuvo que aceptar de mala gana al no tener otras alternativas. Otro retornado indicó que no se le proporcionó la medicación adecuada después del retorno en comparación con la medicación que había estado tomando antes del retorno.

Cuando las personas que retornaron no pudieron acceder a los servicios de salud públicos por diferentes problemas económicos, estructurales o logísticos, afirmaron recurrir a distintas estrategias de afrontamiento. En algunos casos, las personas que retornaron tuvieron que pagar de su bolsillo para acceder a la atención sanitaria pública o privada y, de no contar con el apoyo económico de sus familias y amistades, a menudo buscaron soluciones alternativas.

En más de un país, las personas que retornaron mencionaron haber utilizado las subvenciones para empresas de la OIM para pagar sus tratamientos. Algunas personas que retornaron compraron ellas mismas la medicación en farmacias o a través de otros canales extraoficiales, más asequibles que los hospitales o clínicas. Otras personas que retornaron intentaron agilizar su acceso a la atención sanitaria a través de contactos personales o sociales.

Un cierto número de personas que retornaron de Brasil, Etiopía, Gambia, Pakistán y el Senegal notificó haber buscado atención sanitaria en la medicina tradicional por diversos motivos:

- La medicina tradicional suele ser más asequible y accesible que la medicina moderna. En algunos casos, las personas que retornaron recurrieron a esta opción incluso con reservas en cuanto a la eficacia de la medicina tradicional, y solo por motivos económicos. Por ejemplo, un retornado notificó haberse autotratado para el cáncer con medicina tradicional, a pesar de ser consciente del riesgo de su falta de efectividad, simplemente por no ser capaz de permitirse la quimioterapia.
- En algunos países, es habitual buscar ayuda mental en curanderos o sanadores tradicionales. En estos casos, el uso de la medicina tradicional se considera una práctica cultural arraigada en los usos sociales, y que puede desembocar en complicaciones de salud cuando se utiliza en sustitución de la medicina moderna y no como complemento de esta. También es importante señalar que, en algunos casos, las personas que retornaron prefirieron la medicina tradicional sobre la medicina moderna, en especial cuando creían que sus problemas de salud no se podían tratar con la medicina moderna, o cuando los médicos no podían diagnosticar sus problemas de salud.
- El uso de la medicina tradicional para abordar las necesidades de atención sanitaria de las personas que retornaron fue más frecuente en las zonas rurales, donde a estas les resulta mucho más fácil acceder a curanderos tradicionales que al personal médico de hospitales u otros centros de atención sanitaria.

Por otro lado, algunas personas que retornaron notificaron que su experiencia con la medicina tradicional había sido negativa y que, como resultado de ello, ya no la utilizaban. Por ejemplo, un retornado recurrió a la medicina tradicional para tratar el dolor crónico que le provocaron las palizas recibidas durante su detención, pero decidió dejar de utilizarla a raíz de una serie de complicaciones que surgieron. En general, ofrecer más educación en materia de salud a las personas que retornan les permitiría entender mejor sus necesidades

de salud y saber cómo abordarlas mejor en función de sus circunstancias.

2.3.2 Efectos de las necesidades relacionadas con la salud en los resultados de reintegración social

Los efectos de la salud en la reintegración social—definida como el acceso a los servicios sociales—vinieron principalmente determinados por el acceso de las personas que retornaron a los servicios de salud. En algunos países, las personas que retornan se enfrentan a la discriminación y estigma social, en especial aquellas que han sido víctimas de la trata, lo cual afecta a su comportamiento a la hora de buscar ayuda. Un ejemplo es Etiopía, donde con frecuencia se cree que las personas que retornan tienen el VIH y, por lo tanto, estas se muestran reticentes a buscar atención por temor a la discriminación. Otro ejemplo es Brasil, donde algunas personas que retornan que habían sido víctimas de la trata no sentían que “merecían” que se las tratara de forma gratuita como el resto del público al regresar. Esto indica que las personas que retornan en ocasiones solían internalizar la discriminación y el estigma social y rechazar el acceso a la atención sanitaria, lo cual tenía consecuencias negativas indirectas en su salud global.

Al separar las barreras externas de acceso a la atención sanitaria (analizadas en la sección anterior) de las barreras internas, el estudio observó que **los problemas de salud de las personas que retornaron influían en la disposición de estas a la hora de buscar servicios de salud, debido a diferentes tipos de temores internos relacionados con la salud.** Algunas personas que retornaron sentían que no podían expresarse abiertamente en cuanto a sus necesidades de salud por miedo a la discriminación. Algunas personas que retornaron de Gambia expresaron que revelar sus problemas de salud equivalía a revelar su “fracaso” de llegar a su destino de migración deseado y, por tanto, se mostraban reticentes a compartir esta información con otras personas por temor a los rumores y a la marginación social. Del mismo modo, algunas personas que retornaron no estaban dispuestas a buscar atención médica para sus necesidades de salud debido a que la causa de sus problemas médicos podría revelar que habían sido migrantes irregulares, como en el caso de un retornado senegalés con una herida fruto de un

disparo recibido al cruzar la frontera. Algunas personas que retornaron, entre ellas de Etiopía y Pakistán, se mostraron reticentes a hablar de sus problemas de salud, incluidos los de salud mental, por sentir que los demás no podrían entender su situación. Por otro lado, algunas personas que retornaron, en especial de Georgia, se mostraron reticentes a compartir sus problemas de salud porque no querían “molestar al resto” y porque creían que sus problemas de salud eran tan comunes como los de otras personas no retornadas (por ejemplo, la hipertensión). Otras personas que retornaron, sin embargo, consideraban que tener problemas de salud era una etiqueta social negativa asociada a un menor prestigio social y, por tanto, se mostraban reticentes a revelarlos o a buscar atención.

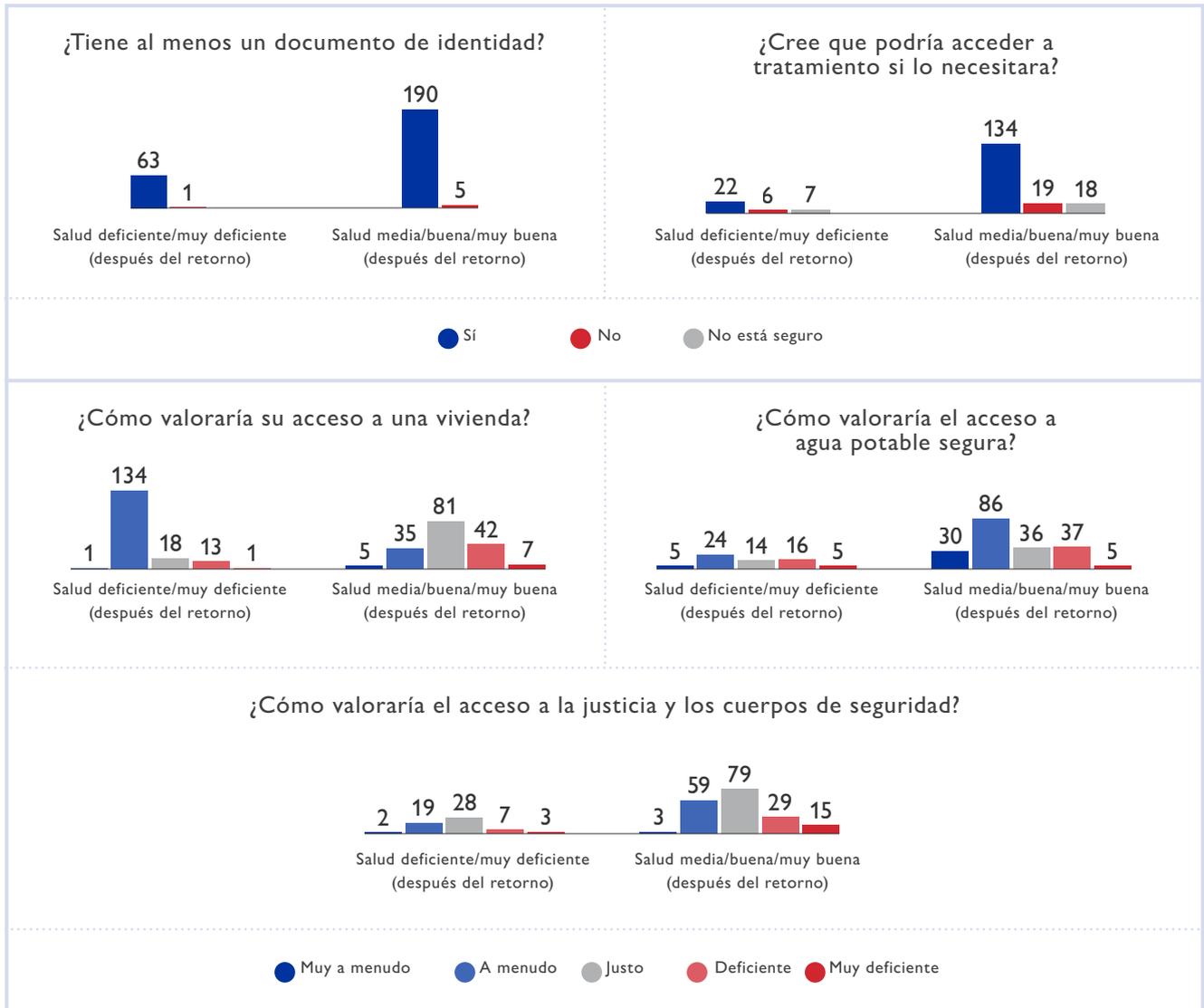
“ He viajado en condiciones extremas; he pasado noches caminando y durmiendo en el desierto. Una vez nos hicieron una emboscada, dispararon a nuestro coche y resulté herido en la rodilla. Nunca llegué a recibir tratamiento para esta lesión en la rodilla y todavía me duele gravemente. Una vez en Libia, las condiciones de vida eran malas y duras. Trabajé como albañil. El cruce por mar hasta Italia no fue fácil. Ahora padezco todas estas secuelas. Por ejemplo, no puedo estar de pie durante mucho tiempo debido a la lesión en la rodilla, y he padecido este dolor desde que nuestro coche cayó en la emboscada. No busqué ayuda. Creo que cada vez es más cansado, porque no encuentro a nadie a quien dirigir mis preocupaciones. No pedí ayuda a nadie por miedo a que se conociera mi condición... Me he estado automedicando con analgésicos como el paracetamol desde 2019.

– Persona retornada entrevistada, Etiopía

Las personas que retornaron que no eran capaces de buscar atención sanitaria después del retorno presentaron una salud peor que aquellas que sí lo eran. Un 24 por ciento de las personas encuestadas que no fueron capaces de buscar atención sanitaria también notificó una salud deficiente, frente a solo un 14 por ciento de aquellas que sí fueron capaces de buscar atención sanitaria (Figura 20).

Aparte de los efectos negativos de las barreras de acceso a la atención sanitaria en la salud de las personas que retornaron, analizados en secciones anteriores, este estudio identificó también otros aspectos de la reintegración social deficiente que tienen consecuencias de salud negativas (es decir, escaso acceso a los determinantes sociales de la salud). Con frecuencia se aludió a que las malas condiciones habitacionales tenían consecuencias negativas para la salud de las personas que retornaron a lo largo del proceso migratorio. Las personas que retornaron que habían sido detenidas durante el tránsito o en sus países de acogida a menudo afirmaron haber sido retenidas en instalaciones masificadas y antihigiénicas, con malas condiciones de saneamiento del agua y riesgo de contaminación cruzada. Esto ha provocado que algunas personas que retornan contraigan enfermedades transmisibles, incluidas tuberculosis e infecciones de oído. Después del retorno, la encuesta reveló que un 23 por ciento de las personas que retornaron con una buena salud (autoevaluación) aludía a un buen acceso a la vivienda en sus comunidades, frente a solo un 13 por ciento que autoevaluaban su salud como deficiente. De modo similar, en términos de calidad de la vivienda, un 28 por ciento de las personas que retornaron con una buena salud autoevaluada valoró su alojamiento estándar como bueno, frente a solo un 22 por ciento de aquellas que autoevaluaban su salud como deficiente.

Figura 20. Indicadores clave de reintegración social, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



CASO DE ESTUDIO 3: RETORNADO EN BRASIL

S. fue atracado y robado cerca del complejo habitacional para personas con bajo nivel de ingresos en el que vivía tras retornar a Brasil desde Portugal. Afirmó que la causa del asalto fueron los prejuicios, por haber migrado al extranjero.

“ La mayoría de la gente piensa que, si te vas de Brasil, tienes la obligación de regresar siendo millonario. Por eso, a una persona que ha regresado y que no tiene mucho dinero se la considera una fracasada. La gente tiene prejuicios porque migré y regresé. No era feliz en Brasil y me fui para probar suerte en la vida. No pude trabajar y regresé. Y la violencia que sufrí —todavía hoy tengo cicatrices— fue por este motivo. Prejuicios por haber migrado.

S. presentó una denuncia ante la policía tras el incidente y se sometió a un examen forense. Pero hasta ahí ha llegado el seguimiento de la justicia. Ha descrito un aumento de su ansiedad y depresión tras su regreso a Brasil, y espera poder volver a Portugal en el futuro, una vez que concluyan sus tres años de restricción para volver a migrar.

La malnutrición también fue un problema común que enfrentaron las personas que retornaron durante las diferentes etapas de su proceso migratorio, en especial en cárceles y centros de detención. En algunos casos, la malnutrición crónica ha desembocado en pérdida muscular y en la debilitación del sistema inmunitario, con consecuencias a largo plazo en la salud y en los resultados de reintegración de las personas que retornaron. Un retornado de Gambia afirmó haber regresado demacrado debido a las restricciones de comida y agua en su experiencia migratoria anterior, lo cual afecta negativamente a su capacidad para reintegrarse. Una persona retornada también afirmó que el acceso deficiente a los sistemas legales y a la justicia tenía importantes consecuencias negativas para la salud física y mental, tal como se detalla en el siguiente caso de estudio.

2.4 SALUD Y RESULTADOS DE REINTEGRACIÓN ECONÓMICA

Los cuatro indicadores utilizados en la investigación para evaluar la reintegración económica fueron los siguientes:

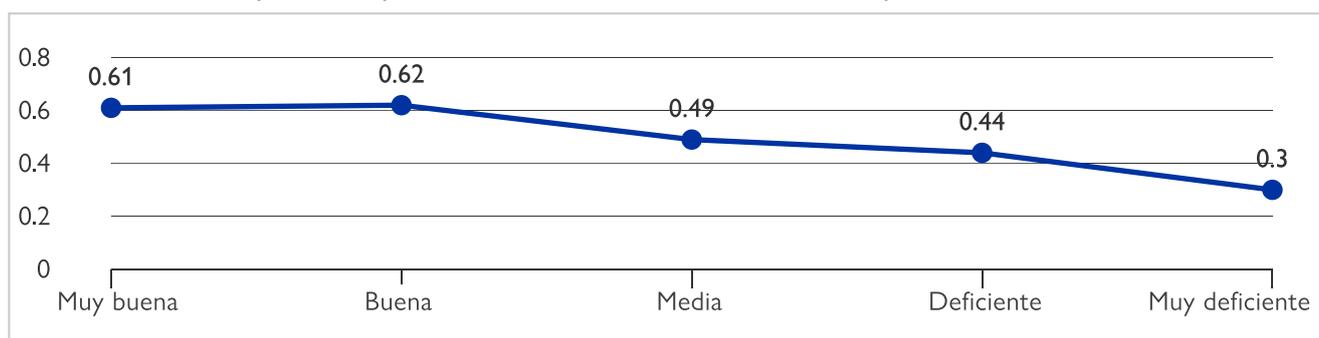
1. Satisfacción con la situación económica actual
2. Acceso a oportunidades laborales
3. Ingresos actuales
4. Desempleo

Se observó que la reintegración económica era peor entre las personas que retornaron con un peor estado de salud después del retorno (Figura 21). Los efectos de la salud de las personas que retornaron en la reintegración económica también se pueden diferenciar entre directos e indirectos. En cuanto a los efectos directos, las personas que retornaron con necesidades de salud no satisfechas a menudo notificaron dificultades para encontrar empleo o para mantener sus negocios. Un retornado que había recibido una subvención para empresas de la OIM explicó que no era capaz de llevar su negocio de venta ambulante

de forma constante debido a sus problemas de salud recurrentes. Esto se da especialmente en el caso de los trastornos de salud mental o del dolor crónico ocasionados por acontecimientos traumáticos vividos durante la experiencia migratoria. Esto se traduce, a su vez, en menos ingresos y, por lo tanto, en una menor capacidad para costear los servicios de salud, lo que vuelve a desembocar en un círculo vicioso. Los hallazgos

de la investigación también identificaron varios casos de desempleo por discapacidad, en mayoría de los casos derivada de lesiones ocupacionales o violencia física sufridas durante la estancia en el extranjero. Esto desembocaba en un círculo vicioso, ya que las restricciones económicas derivadas de la falta de empleo planteaban a las personas que retornaron otras dificultades a la hora de buscar atención sanitaria.

Figura 21. Puntuación de reintegración económica, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



“ Si no tienes ni idea de cuándo vas a recibir un tratamiento que necesitas, si no sabes cuánto vas a pagar por él, si lo haces por privado... ¿Cómo vas a construir tus planes de futuro si hay una urgencia de salud que te impide avanzar? Esto les afecta enormemente.

– Key informant, Brazil

En lo que respecta a los efectos indirectos de la salud en la reintegración económica, **las personas que retornaron afirmaron destinar una parte significativa de sus ingresos a gastos de salud (por ejemplo, medicación), lo cual limitaba la cantidad de recursos que podían invertir en sus negocios.** Como se ha mencionado anteriormente, algunas personas que retornaron reconocieron haber desviado sus subvenciones para empresas de la OIM para fines médicos como último recurso. Además, cuando las personas que retornaron y que fueron entrevistadas tenían incertidumbre sobre la futura mejora y el pronóstico de su salud, incluidos los gastos relacionados, esto afectaba a su planificación en términos de reintegración económica, pues les resultaba difícil predecir cuáles serían sus gastos de salud y su capacidad para trabajar y obtener ingresos en un futuro.

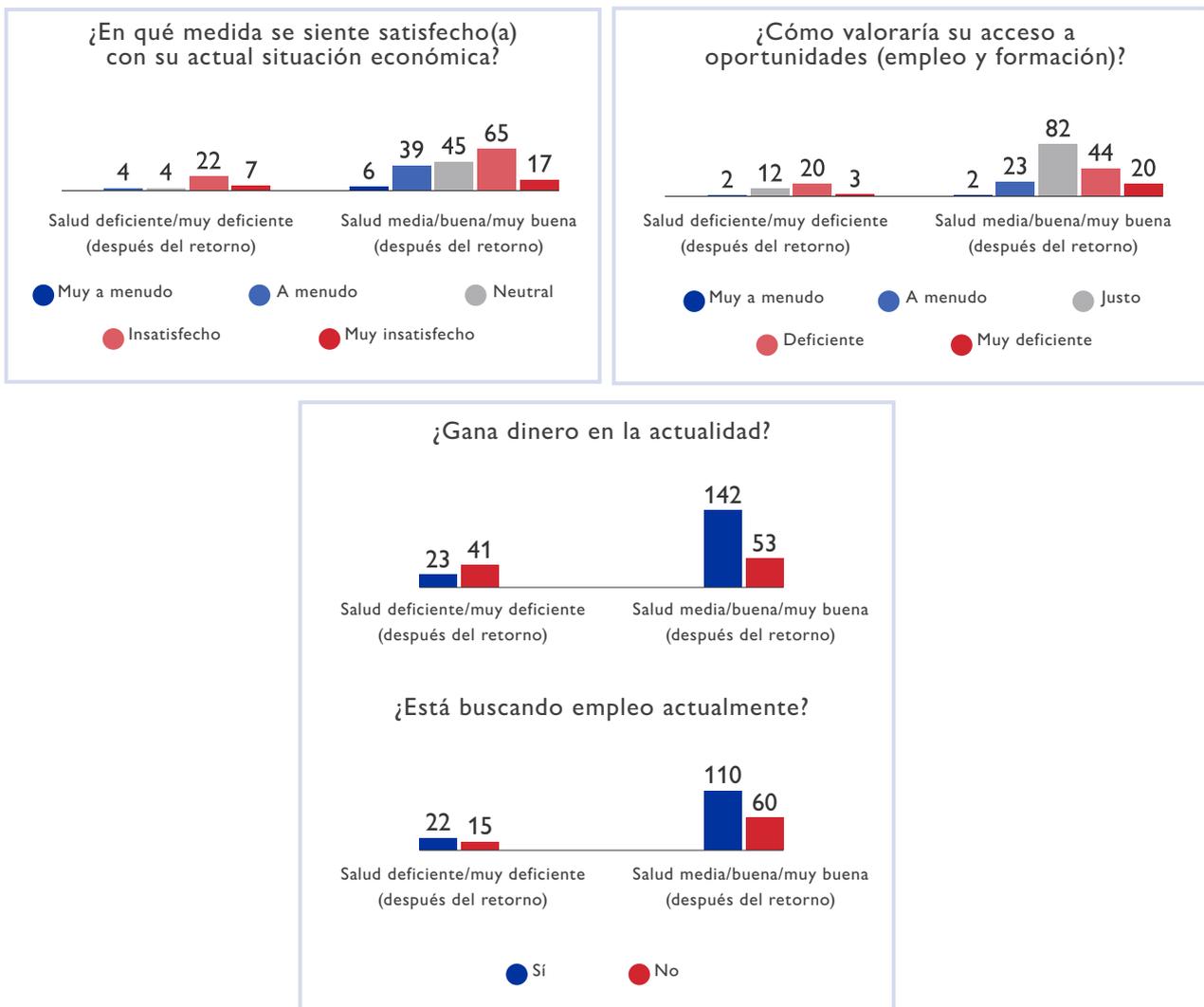
Por otro lado, algunas personas que retornaron aludieron a cómo el hecho de abordar sus necesidades de salud obraba en beneficio de su reintegración económica (Figura 22). **Cuando las necesidades de salud de las personas que retornaron se abordaban de forma adecuada, estas podían encontrar empleo y asegurarse una fuente de ingresos al regresar.** Pagar los servicios de atención sanitaria también fue un factor de motivación para que algunas personas que retornaron buscaran oportunidades de empleo tras retornar a sus países de origen. En retrospectiva, algunas personas que retornaron eran conscientes de que, una vez que perdieran su salud, la situación sería irreversible y de que no valía la pena perder la propia salud a cambio de una ganancia económica incierta.

CASO DE ESTUDIO 4: RETORNADO EN PAKISTÁN

A. regresó a Pakistán con ayuda de la OIM tras pasar varios años trabajando como migrante irregular en Turquía y Grecia. Durante su estancia en Grecia, sufrió dos ataques de arma blanca por una disputa familiar con algunos de sus primos que también trabajaban allí. Ha notificado diversos problemas de salud de larga duración como resultado del ataque, incluidos problemas de salud mental, disminución de la función cerebral y malas digestiones. La OIM proporcionó a A. una cantidad de 400.000 rupias pakistaníes (unos 1.800 dólares estadounidenses) como parte de su ayuda a la reintegración, y este destinó el dinero a la compra de dos búfalos. Sin embargo, tuvo que vender uno de ellos para costear su tratamiento médico y ahora le preocupa tener que vender el segundo por el mismo motivo. A. está actualmente desempleado a causa de su mala salud.

“ He estado sin trabajo desde que regresé. He recibido algo de dinero (unas 400.000 rupias) de la OIM. Con el dinero compré dos búfalos. Sin embargo, vendí uno para mi tratamiento y me temo que tendré que vender el otro también para mi tratamiento. Mi salud no me ha permitido realizar ningún tipo de trabajo desde mi regreso.

Figura 22. Indicadores clave de reintegración económica, por autoevaluación de las personas que retornaron de su estado de salud después del retorno



2.4.1 Efectos de la reintegración económica en los resultados de salud

En casi todos los países, el estudio identificó un patrón de reintegración económica que determinaba las necesidades de salud de las personas que retornaron. El deseo de reintegración económica de las personas que retornan a menudo es para ellas una prioridad, por encima de sus necesidades sociales y de salud, lo cual tiene implicaciones en la puntualidad con la que se busca atención y ayuda y, por tanto, con la que se reciben. Los hallazgos del estudio muestran que las personas que retornaron que notificaron una peor salud también presentaron peores resultados de reintegración económica en comparación con aquellas que notificaron una salud mejor, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Una reintegración económica deficiente afecta negativamente a la salud de las personas que retornan, tanto directa como indirectamente.

Los efectos directos de la reintegración económica en la salud de las personas que retornaron están principalmente relacionados con la salud mental.

Muchas de las personas que retornaron expresaron que la incapacidad para reintegrarse económicamente al regresar les causaba un gran estrés y desembocaba en trastornos de salud mental graves. Por ejemplo, las personas que retornaron que tenían trabajos estables antes de migrar no podían encontrar el mismo tipo de empleo tras su retorno y se veían obligadas a aceptar empleos distintos de su profesión inicial, lo cual les generaba cierta sensación de pérdida de identidad. Esto constituía una fuente de estrés para las personas que retornaron, que mostraban síntomas físicos como insomnio y trastornos del sueño. A pesar de que algunas personas que retornaron recibían ayuda y subvenciones para empresas de la OIM, esta ayuda no se consideró suficiente para asegurar su sustento y mantener sus negocios.

Las personas que retornaron que no lograban el éxito económico a menudo retornaban a sus países de origen con escasos recursos económicos. La incapacidad de devolver el dinero a los familiares y amistades que habían financiado su migración y la acumulación de

otras deudas constituía una enorme fuente de estrés y presión para las personas que retornaron. Una persona retornada entrevistada de Etiopía expresó pensamientos suicidas por este motivo, lo cual es indicativo de la gravedad del problema.⁴⁷

Las personas que retornaron con descendencia afirmaron experimentar un estrés adicional tras el retorno, por temor a que sus hijos fueran considerados “más pobres” que el resto. Esto supuso para las personas que retornaron la carga económica añadida de tener que proveer para sus hijos y evitar el juicio social, lo cual complicaba en mayor medida sus problemas de salud mental.

Por otro lado, se ha observado que una reintegración económica positiva supone un beneficio directo para la salud de las personas que retornaron, gracias a un mayor bienestar mental y a la sensación de realización personal. Esto también contribuye a una mejor reintegración social, e influye de manera positiva en la capacidad de afrontamiento y el bienestar mental de las personas que retornaron al regresar.

“ La OIM me ayudó a conseguir un empleo, generar ingresos y ser una persona real. También me he reconciliado con mis hermanas. Me he encontrado bien psicológicamente desde que empecé a trabajar. No tengo problemas para reunirme con amistades, miembros de la comunidad, de la iglesia, etc. – Persona retornada entrevistada, Etiopía

Los efectos indirectos de la reintegración económica en la salud de las personas que retornaron están principalmente determinados por el acceso a la atención sanitaria, lo que incluye su asequibilidad y accesibilidad. Al margen de los pocos países de origen con cobertura médica universal gratuita (como Brasil), en la mayoría de los países, las personas que retornan deben pagar los servicios de salud de su propio bolsillo. E, incluso en países con cobertura de salud universal, a menudo se aplican cargos a determinados servicios, como es el caso de la medicación. Las personas que han retornado recientemente, y en especial aquellas que han sido migrantes irregulares, a menudo tienen

47 El equipo de investigación de campo había recibido formación sobre cómo informar a las personas participantes de los servicios MHPSS disponibles cuando fuera necesario.

recursos económicos muy limitados y les lleva un tiempo reintegrarse económicamente. Por lo tanto, sufren la “doble desventaja” de un estado de salud deficiente (por la acumulación de riesgos de salud durante el proceso migratorio) y de las barreras económicas para acceder a la atención sanitaria. La combinación de ambas se traduce en retrasos a la hora de recibir tratamiento, lo cual agudiza en mayor medida los problemas de salud.

Otro efecto indirecto de una reintegración económica deficiente para el acceso a la atención sanitaria de las personas que retornan viene principalmente determinado por las barreras de accesibilidad. Incluso cuando los servicios de salud son gratuitos para las personas que retornan, muchas de ellas han afirmado no ser capaces de acceder a estos servicios debido a la distancia y a los costes del transporte. El desempleo o las dificultades económicas son barreras adicionales para el acceso a la atención sanitaria, ya que muchas personas que retornaron no podían asumir el coste del transporte hasta y desde los centros de atención sanitaria, en especial en el caso de dolencias crónicas que requieren un seguimiento regular. Una retornada expresó no poder acceder a la medicación gratuita para el VIH que proporcionaba el sistema público por no poder permitirse el coste del transporte.

La incapacidad continuada de lograr la reintegración económica podría causar retrasos en el diagnóstico y el tratamiento médico, lo cual desembocaría en un círculo vicioso de mala salud y baja empleabilidad. Algunas personas que retornaron indicaron que se plantearían volver a migrar en el caso de seguir desempleadas, incluso si tuvieran problemas médicos como cáncer, y algunas incluso se mostraron dispuestas a asumir los riesgos de salud asociados a la migración irregular y la detención tras haberlo experimentado previamente en otros procesos migratorios.

Por otro lado, **una reintegración económica positiva ejerce un efecto positivo indirecto en la salud de las personas que retornan, ya que les permite costear su atención sanitaria.** Esto les permite ser autosuficientes a la hora de buscar la atención sanitaria que necesitan de una forma más sostenible.

2.5 GÉNERO Y SALUD

El género es un determinante clave de la salud, y la literatura existente demuestra que la reintegración es un proceso determinado en gran medida por el género.⁴⁸ En este estudio, se han recopilado datos desagregados por género con el fin de entender y analizar la interrelación entre las necesidades de salud y los resultados de reintegración de las personas que retornan desde una perspectiva de género.⁴⁹

2.5.1 Necesidades y resultados específicos por género

Los datos confirman que **hombres y mujeres migrantes experimentan la migración de forma distinta, ya que se exponen a diferentes riesgos a lo largo de su recorrido y tienen diferentes formas de afrontamiento y repuesta.**

Violencia sexual y de género que afecta a la reintegración

Durante la migración, entre la cohorte entrevistada para este estudio, las mujeres migrantes eran generalmente más vulnerables al abuso sexual y la explotación, mientras que los hombres a menudo estuvieron expuestos a asaltos por parte de las fuerzas de seguridad y de delincuentes, y que tienen un impacto directo en su salud física y mental. Los casos de VSG, notificados por las personas que retornaron en las entrevistas, se produjeron casi en su totalidad durante la fase de migración, en lugar de antes de la migración o después del retorno. En algunos casos, durante las entrevistas, los hombres que retornaron describieron sus observaciones del trauma experimentado, a causa de la VSG durante el proceso migratorio, por las mujeres que retornaron.

“ En Mauritania, la gente enfermaba y padecía estrés por las dificultades del viaje. En los campamentos, se separaba a hombres y mujeres, y estas últimas eran objeto de abusos sexuales por parte de las [fuerzas de seguridad mauritanas]. Te pedían que les ofrecieras sexo y, si te negabas,

48 Centro de Gestión del Conocimiento de la UE-OIM (KMH, por sus siglas en inglés), Análisis comparativo de los resultados de la reintegración en casos de retorno forzoso y retorno voluntario y desde una perspectiva de género (2021).

49 En todos los países combinados, un 79 por ciento de las personas encuestadas se identificó como hombre, y un 21 por ciento como mujer.

sufrías otras represalias como denegación de la comida o de la atención médica, o imposición de condiciones de detención aún más estrictas.

– Persona retornada entrevistada, Gambia

Necesidades de salud sexual y reproductiva que afectan a la reintegración

Las mujeres que retornan se exponen a más riesgos de salud en el retorno y durante la reintegración, que se extienden al ámbito de la SSR. Varias mujeres que retornaron notificaron casos de aborto, tanto en los países de acogida como después del retorno (en el contexto de diferentes países), que a menudo desembocaron en una salud mental alterada. En algunos contextos, las mujeres que retornaron no querían revelar el aborto a sus familias a causa del estigma asociado. Una mujer retornada mencionó que había

buscado atención médica para acceder a inyecciones anticonceptivas.

Problemas de salud crónicos y estrés psicosocial por género

Se observó una mayor probabilidad de notificar problemas de salud crónicos en las mujeres que en los hombres que retornaron. Se observó una mayor probabilidad de notificar problemas de salud crónicos en las mujeres que en los hombres que retornaron en todas las etapas de la migración, y las mujeres que retornaron que participaron en las entrevistas afirmaron sufrir los siguientes problemas: herpes genital, infección de útero, aborto, depresión posparto y otras complicaciones del embarazo. **También refirieron estrés psicológico las mujeres que retornaron**, quienes mencionaron que se les había pasado el tiempo de casarse o de ser madres debido a la migración.

Tabla 7. Género y problemas de salud crónicos

GÉNERO	PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS EN LA ETAPA PREMIGRATORIA				PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS ANTES DEL RETORNO				PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS DESPUÉS DEL RETORNO			
	No		Sí		No		Sí		No		Sí	
Mujer	5	63%	3	37%	22	40%	33	60%	17	31%	38	69%
Hombre	59	92%	5	8%	123	61%	79	39%	131	65%	72	35%
Total	64	89%	8	11%	145	56%	112	44%	148	57%	110	43%

2.5.2 Factores que contribuyen a los resultados de reintegración basados en el género

Normas sociales y percepciones de la migración femenina

En todos los contextos, las **normas sociales** y el estigma asociados a la migración desempeñaron un papel significativo en el deterioro de la salud tanto de las mujeres como de los hombres migrantes que retornaron, que afirmaron tener reticencias para acceder a los servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, en Gambia, debido a la concepción tradicional de las dinámicas de género, se disuadía a las mujeres de recibir atención sanitaria, lo que incluía recibir ayuda psicosocial de profesionales sanitarios del sexo opuesto.

En cuanto al problema de la estigmatización, en algunas sociedades, **el hecho de asumir riesgos es más común entre los hombres que entre las mujeres**; de ahí que las mujeres que retornan que deciden migrar se enfrenten a un mayor estigma y presión social que los hombres al retornar. Los datos cualitativos demuestran que el estigma contra las mujeres que retornan es especialmente prominente en las zonas rurales, donde la migración de la mujer a menudo va asociada al trabajo sexual, lo cual les impedía acceder a servicios de atención sanitaria. Sin embargo, los datos cualitativos indican que, en Brasil, los hombres también evitan buscar atención sanitaria cuando se trata de salud sexual, debido a la estigmatización y al temor a ser juzgados, especialmente

cuando se trata de enfermedades contraídas al ejercer un trabajo sexual.

En términos de estructuras de poder, se observó que las mujeres que retornaron a menudo se encontraban **en una posición de subordinación respecto de sus maridos** y familiares políticos antes de la migración, o que dependían de ellos económicamente, y que esta situación no cambiaba durante la migración, de tal forma que las mujeres por lo general se encontraban más vulnerables a los efectos negativos de una mala salud y de una reintegración deficiente que los hombres tras el retorno. Se observó también que las mujeres que retornaron presentaban peores resultados de reintegración psicosocial y económica que los hombres que retornaron, y esto a un nivel estadísticamente significativo. En los hogares dirigidos por mujeres, las mujeres que retornaron que debían cuidar de sus hijos solas a menudo recibían apoyo de su familia, bien en la forma de ayuda económica o bien atendiendo a los hijos mientras ellas trabajaban.

Acceso a la atención sanitaria

En general, las mujeres que retornaron notificaron más dificultades a la hora de acceder a la atención sanitaria que los hombres que retornaron en sus países de origen (antes de la migración y después del retorno), mientras que los hombres que retornaron mencionaron haberse enfrentado a más barreras en los países de acogida (antes del retorno). En las sociedades patriarcales, a los hombres les resulta más fácil acceder a los servicios de salud públicos que a las mujeres, que en ocasiones tienen que acudir con su marido o su padre y que, de acudir solas, tienen más probabilidades de encontrar dificultades que los hombres en la misma situación. En sociedades de corte más liberal, como es el caso del Senegal, el género no es tan determinante para las personas que retornan en lo que respecta al acceso a la atención sanitaria.

En Brasil, las personas encuestadas destacaron los riesgos de salud adicionales a los que se enfrentan las personas que retornan y que forman parte de las comunidades LGBTQI+, cuya migración a menudo tenía que ver con el trabajo sexual, lo cual se traducía en un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual u otras enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 8. Género y acceso a la atención sanitaria

GÉNERO	BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA ETAPA PREMIGRATORIA		BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA ANTES DEL RETORNO		BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA DESPUÉS DEL RETORNO							
	No	Sí	No	Sí	No	Sí						
Mujer	6	50%	6	50%	14	64%	8	36%	27	54%	23	46%
Hombre	22	67%	11	33%	61	56%	49	44%	94	61%	61	39%
Total	28	62%	17	38%	75	57%	57	43%	121	59%	84	41%

2.5.3 Mecanismos de afrontamiento desde una perspectiva de género

Se identificaron varios rasgos comunes entre las mujeres que retornan en cuanto a sus estrategias a la hora de afrontar sus necesidades de salud, y que en gran medida estuvieron relacionadas con el apoyo familiar.

- El acceso a la atención sanitaria de las mujeres que retornaron a menudo estuvo determinado por la situación económica de su pareja; por ejemplo, al

seguro médico proporcionado por el empleador del marido. En algunos casos, cuando el marido no podía trabajar por enfermedad, las mujeres que retornaron aceptaban trabajos esporádicos para pagar el tratamiento del marido y atender a la niñez y adolescencia. Cuando las mujeres que retornaron no podían permitirse la atención sanitaria por sí mismas o a través de sus parejas, sus padres (con



Personal médico realiza un reconocimiento médico a un migrante etíope en un hospital de Bossaso antes de su regreso a Etiopía con la asistencia de la OIM. © OIM 2020 / Muse MOHAMMED

más frecuencia el padre, salvo excepciones) solían costear sus servicios médicos.

- Esta ayuda varió en función del contexto del país. Por ejemplo, las mujeres que retornaron de Georgia recibían más apoyo social de su familia y de la comunidad en general que las del Senegal.
- Las mujeres que retornaron con hijos adultos a menudo dependían de la ayuda de estos, mientras que aquellas con niñas, niños o adolescentes en ocasiones recibían ayuda de sus familiares políticos, que las ayudaban a costear la atención médica.
- En las entrevistas, hubo casos en los que las mujeres que retornaron sin ningún tipo de ayuda recurrían a la mendicidad o a la beneficencia.
- Las mujeres que retornaron notificaron con más frecuencia haber buscado atención en la medicina tradicional para trastornos de salud mental, como ansiedad y depresión.

3. INFLUENCIAS ESTRUCTURALES Y PUNTOS DE INTERVENCIÓN PARA LA REINTEGRACIÓN SOSTENIBLE Y LA SALUD

MENSAJES CLAVE

1. Los sistemas de salud y la cobertura médica universal influyeron en los resultados de salud y reintegración de las personas retornadas. A lo largo de su proceso migratorio, las personas retornadas a menudo experimentaron **discontinuidad en la atención y un descenso en la calidad de la atención después del retorno**.
2. Las carencias del sistema de salud oficial las compensaron **la OIM, ONG y OSC como principales proveedores de asistencia sanitaria para las personas retornadas**.
3. Entre las partes interesadas clave, existe una escasa concienciación de que la salud y los resultados de reintegración de las personas retornadas están estrechamente vinculados, y, como resultado de ello, **muchos programas y políticas en materia de migración y salud están aislados**. Para realizar intervenciones sostenibles, será necesario contar con sistemas preparados para la migración y reconocer la relación de interdependencia entre salud y reintegración.

3.1 VARIACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD Y (DIS)CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

A lo largo de su proceso migratorio, las personas migrantes viven en diferentes países, cada uno de los cuales tiene su propio sistema de salud. Las personas que retornaron a menudo compararon los sistemas de salud entre los países de acogida y los países de origen, y sus experiencias a la hora de acceder o intentar acceder a ellos.

La existencia o no de cobertura médica universal en los países de origen, de tránsito y de acogida resultó ser un determinante estructural de la salud de las personas que retornan.

La cobertura médica universal en un enfoque integral de los sistemas de salud que incluye tres dimensiones: población con cobertura, servicios con cobertura y proporción de costes con cobertura (Figura 23). Esto proporciona un marco útil para analizar las experiencias positivas y negativas de las personas que retornan a la

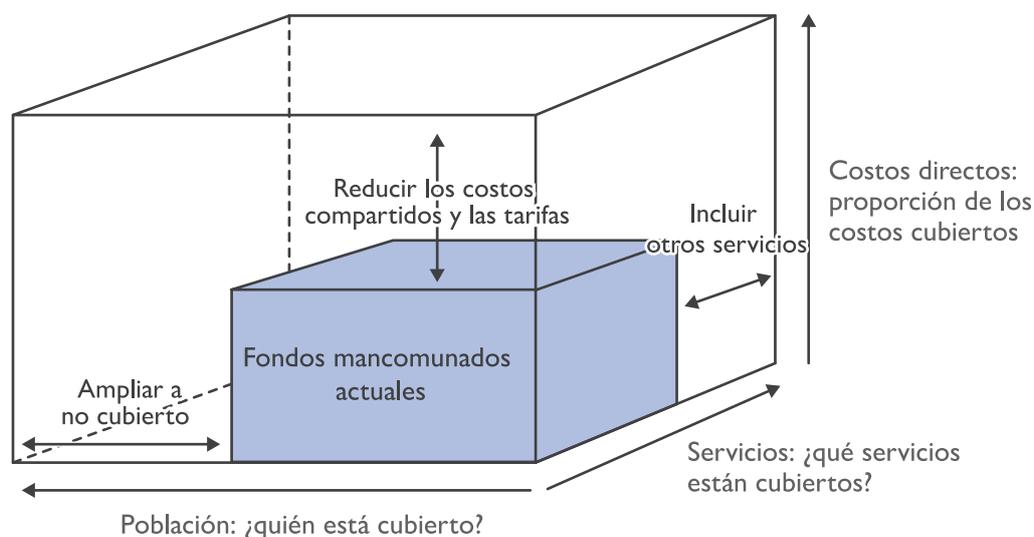
hora de efectuar la transición de un sistema de salud a otro durante las diferentes etapas de la migración. En el Anexo 1 se incluye un resumen del sistema de salud de cada país de estudio y un perfil de migración.

“ La mayoría de estas personas regresan de países que no disponen de un sistema de salud universal, como el [Sistema Único de Saúde], a excepción de las personas que vivieron en el Reino Unido y Canadá. Por lo general, el resto de los sistemas de salud son muy restringidos o privados. Así que estas personas llegan aquí con problemas de salud que aquí no tendrían, debido a la falta de tratamiento allí. Las personas que estaban en situación irregular en esos países y no podían acceder al sistema de salud regresan a Brasil con problemas de salud, o incluso a causa de dichos problemas de salud, porque saben que sí [obtendrán] tratamiento [aquí]. Problemas específicos como VIH, cáncer... a veces allí no obtienen el tratamiento adecuado. A veces también tienen problemas con la documentación, si esta deja de ser válida, o cualquier otro problema.

– Informante clave, Brasil

La cobertura de salud universal (o cobertura médica universal) significa que todas las personas y las comunidades reciben los servicios de salud que necesitan sin sufrir penurias económicas. Incluye todo el espectro de servicios de salud esenciales y de calidad, desde la promoción de la salud y la prevención al tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, a lo largo del ciclo de vida.

Figura 23. Tres dimensiones de la cobertura de salud universal (fuente: OMS)



En cada país de estudio, la estructura del sistema de salud influyó en el acceso de las personas que retornan a la atención sanitaria y en sus resultados de salud, con efectos colaterales en sus resultados de reintegración (véase Anexo 1):

- En Brasil, el SUS facilitó el acceso a los servicios de salud pública de muchas personas que retornaron y, a pesar de ciertas carencias, la asequibilidad y calidad de la atención recibida por las personas que retornaron, en general, mejoró mucho después del retorno en comparación con antes del retorno.
- En Etiopía, el sistema de salud público es limitado en términos de infraestructura y equipos para realizar pruebas médicas avanzadas, de ahí que las personas que retornaron a menudo fuesen derivadas a servicios del sector privado que estaba fuera de su alcance económico.
- En Georgia, existe un programa de cobertura de salud universal específico para personas que retornan, de ahí que las personas que retornaron y
- cumplían los requisitos pudieran acceder a servicios de salud subvencionados al retornar. Sin embargo, algunas personas que retornaron expresaron dificultades para pagar los servicios de salud con los fondos limitados de su pensión.
- En Pakistán, a menudo se aludió a la tarjeta Sehat como un avance positivo de la cobertura de salud universal del país, ya que permitió a las personas que retornaron acceder a una atención sanitaria más asequible después del retorno.
- En el Senegal, las personas que retornaron a menudo describieron la calidad de los servicios de salud como deficiente, siendo los largos tiempo de espera y el coste elevado de la atención las principales barreras de acceso.
- En Gambia, las personas que retornaron a menudo describieron la calidad de los servicios de salud como baja y precaria, habiendo también una disponibilidad limitada de instalaciones y especialistas de salud mental en el país.

“ Especialmente en los países que no disponen de atención sanitaria gratuita... la gente perdía sus trabajos y no podía acceder a la atención sanitaria. Por lo tanto, la salud se ha convertido en un elemento prioritario en la decisión del retorno, debido a la existencia del SUS. La gente sabía que, en caso de contraer la COVID[-19], si tenían problemas, no tendrían un servicio de salud al que acudir. Hemos observado esto desde los primeros vuelos de personas retornadas que desembarcaron en Brasil.

– Informante clave, Brasil

En países sin cobertura sanitaria universal, las personas que retornaron a menudo experimentaron retraso en la atención o ausencia de atención, con consecuencias a largo plazo. **La variación de los sistemas de salud en el tiempo y, por tanto, la atención recibida por las personas que retornaron creó problemas relacionados con la calidad y la continuidad de la atención.** Por ejemplo, varias personas que retornaron han mencionado haber empezado a tomar medicación regular para sus problemas crónicos (por ejemplo, para la hepatitis B) en sus países de acogida, pero que no pudieron continuar con la medicación después del retorno por diversos motivos (por ejemplo, el alto coste o la no disponibilidad de la medicación en el país de origen). Debido a sus experiencias migratorias, las personas que retornaron a menudo cambiaban su percepción de los sistemas de salud de sus países de origen. A menudo comparaban los sistemas y servicios de salud de sus países de acogida y de sus países de origen. Algunos cambios eran positivos, como una mayor apreciación del sistema de cobertura de salud universal de su país de origen, como en el caso de Brasil. Algunos cambios eran negativos, en particular cuando las personas que retornaron recibían una atención de mayor calidad en sus países de acogida. Y otros cambios eran mixtos, dependiendo de su experiencia particular antes y después del retorno. Los cambios en las experiencias de los sistemas de salud de las personas que retornaron se podrían clasificar de forma amplia en dos grupos principales:

3.1.1 Retornar desde un sistema de salud maduro a un sistema de salud menos maduro

Las personas que retornaron experimentaron un descenso en la calidad de la atención sanitaria recibida al retornar desde su país de acogida a su país de origen. Los motivos más frecuentes incluyeron:

- Falta de especialistas en sus zonas locales;
- Ausencia de cobertura de servicios en el sistema de salud público (por ejemplo, cuidado dental);
- Mayores tiempos de espera para los servicios de salud;
- Retraso en el tratamiento debido al alto coste de la salud, menor calidad de la atención, y escasez o no disponibilidad de medicación.

Estas carencias a menudo desembocaron en incidentes críticos. Una persona retornada de Brasil sufrió un ataque al corazón mientras esperaba seguimiento del servicio de cardiología después del retorno. Un retornado de Georgia mencionó que su médico le había administrado una inyección de quimioterapia caducada a sabiendas por ser las únicas existencias disponibles. Otra persona retornada de Georgia mencionó que había recibido servicios de salud mental en Suiza de forma gratuita, pero que no había podido continuar el tratamiento después del retorno debido a su alto coste.

En varios incidentes, las personas que retornaron describieron cómo la mala calidad del servicio de salud recibido en sus países de origen había desembocado en efectos perjudiciales para la salud:

- Una retornada pakistaní se mostraba reticente a buscar atención sanitaria tras haber perdido a su hija a causa de una negligencia médica en Pakistán.
- Un retornado de Georgia afirmó que la atención dispensada por el médico en su país de acogida después del retorno era precaria, e incluso perjudicial. Lo descubrió consultando con otros médicos del extranjero por Internet.
- Otra retornada de Georgia expresó que se estaba planteando volver a emigrar a Alemania para acceder allí, de forma gratuita, a una medicación que no estaba disponible en Georgia.

“ La calidad de la atención sanitaria en Italia, incluido el trato que recibes de los médicos, es mejor [allí] que en el Senegal, donde la recepción y el tratamiento son siempre precarios. Por otro lado, en Libia tampoco nos atrevíamos a ir al hospital, porque te arriesgabas a que te detuvieran y te metieran en prisión. De modo que, en Libia, el acceso a la atención es limitado para nosotros [migrantes] y la calidad de la atención en Libia, compara con Italia, es también precaria.

– Persona retornada entrevistada, Etiopía

3.1.2 Retornar desde un sistema de salud menos maduro a un sistema de salud más maduro

Aunque con menos frecuencia, **algunas personas que retornaron —principalmente de Brasil— encontraron que la asequibilidad y la calidad de la atención recibida había mejorado al retornar a su país de origen desde su país de acogida.** Los motivos más comunes incluyeron el carácter gratuito de los servicios de salud, los tiempos de espera más cortos y la percepción de una mejora en la calidad de la atención debido a una menor discriminación. Una persona retornada de Brasil pudo acceder a tratamiento para el VIH después del retorno. Otra persona retornada, también de Brasil, afirmó haber experimentado xenofobia en las instalaciones de salud del país de acogida, lo cual ya no era un problema tras el retorno, y de ahí que la calidad de la atención recibida fuera mejor. Una retornada de Georgia mencionó que su afección tiroidea se había diagnosticado mal durante su estancia en Grecia, y que solo al consultar a un endocrino en Georgia había recibido un diagnóstico correcto. Otra retornada de Georgia indicó que en Grecia no había cobertura de salud universal para migrantes y que las facturas médicas eran elevadas, mientras que al retornar a Georgia había podido acceder a servicios de salud subvencionados. En otros casos, principalmente en Georgia, las personas que retornaron notificaron que la calidad de los servicios de salud recibidos tanto en su país de acogida como en su país de origen era buena, de ahí que no experimentaran problemas con la continuidad de la atención.

3.1.3 Factores de los sistemas de salud que influyen en la salud y la reintegración de las personas que retornaron

El coste de la medicación fue un aspecto importante relacionado con la asequibilidad de la atención en contextos de cobertura de salud universal. Las personas que retornaron afirmaron que habían recibido medicación de forma gratuita en sus países de acogida (por ejemplo, en Alemania), mientras que esta no era asequible, o en ocasiones directamente no existía, en sus países de origen (por ejemplo, Georgia).

Informantes clave de varios países han destacado las diferencias regionales en los servicios de salud a los que acceden las personas que retornaron. En Brasil no existe una política oficial a nivel estatal, de modo que los servicios de salud a los que acceden las personas que retornaron se gestionan a nivel municipal, y entidades no estatales colaboran con los organismos estatales para proporcionar servicios y formación destinados a abordar las necesidades de salud mental de las personas que retornaron. Una provincia destacó en cuanto a su preparación para la migración en términos de políticas públicas (la región de Rio Doce, en el estado Minas Gerais de Brasil).

El grado de información y conocimiento del sistema de salud público de las personas que retornaron también desempeñó una función de mediación entre el sistema de salud y su acceso a la atención. Algunas personas que retornaron no eran conscientes de que su punto de acceso al sistema de salud público debía ser a través del nivel de atención primaria, y no de los especialistas del nivel de atención secundaria, lo que se tradujo en barreras y malentendidos a la hora de acceder a la atención sanitaria, por ejemplo, en Brasil.

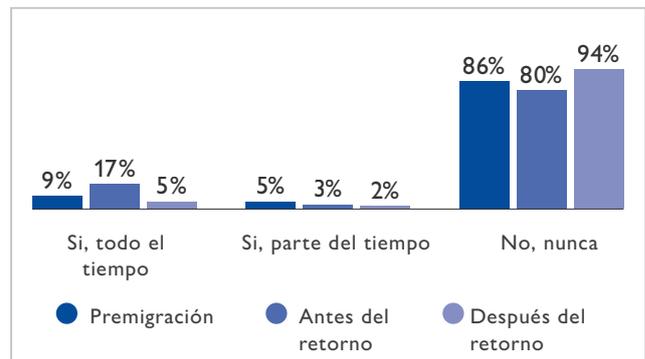
La probabilidad de que la reintegración económica y social sea satisfactoria viene determinada en muchas formas por la disponibilidad de una cobertura sanitaria universal y por la calidad del sistema de salud en los países de origen. En Brasil, las personas que retornan disfrutaban de un mejor acceso a medicación y servicios sanitarios gratuitos, por lo que no tienen que pagar los gastos médicos de su bolsillo. Los tiempos de espera más cortos también permiten a las personas que retornan atender sus necesidades de salud de forma más puntual, lo cual favorece su productividad

económica y su reintegración social. Por otro lado, en Gambia, la medicación no la proporciona el sistema de salud público y debe comprarse por separado, lo que supone un gasto considerable para las personas que retornan que padecen problemas de salud crónicos y limita su capacidad para hacer crecer sus negocios.

La cobertura del seguro de salud fue un determinante estructural importante de la salud de las personas que retornaron, tanto en cuanto a resultados de salud como a resultados de reintegración (acceso al servicio de salud y reintegración económica). Por ejemplo, las personas que retornaron afirmaron haber recibido cobertura de salud durante su estancia en Francia antes del retorno; mientras que, en Georgia, después del retorno, el coste de los servicios de salud era elevado. Con frecuencia, las personas que retornaron afirmaron no tener seguro de salud durante su estancia en los países de acogida. Para algunas personas que retornaron que tenían seguro de salud proporcionado por su empleador, la cobertura era insuficiente y, por lo tanto, seguían sin poder acceder al tratamiento necesario. Los hallazgos de nuestra encuesta revelaron que una mayor proporción

de personas que retornaron que autoidentificaban su retorno como forzoso no tenía cobertura de seguro de salud, en comparación con aquellas que identificaban su retorno como voluntario o parcialmente voluntario. En particular, en todos los países combinados, un 86 por ciento de las personas que retornaron que identificaban su retorno como forzoso no tenía seguro médico antes de la migración, y esta proporción se redujo ligeramente, hasta un 80 por ciento, durante la fase de preretorno, pero aumentó considerablemente, a un 94 por ciento, después del retorno (Figura 24). A partir de nuestros datos, el seguro médico o de salud ilustró claramente la interrelación entre reintegración y salud, ya que una reintegración económica satisfactoria —como un empleo seguro— implicaba que las personas que retornaron estuvieran protegidas por el seguro de salud de sus empleadores y pudieran permitirse la atención sanitaria.

Figura 24. Cobertura de seguro médico en las distintas etapas de la migración entre las personas con retorno forzoso



CASO DE ESTUDIO 5: RETORNADO EN BRASIL

L. migró desde Brasil a Portugal con su esposa en busca de mejores oportunidades económicas. Sin embargo, sufrió explotación laboral de un empleador que se aprovechó de su condición de indocumentado. Se vio obligado a trabajar largas jornadas, sin días de descanso. Su situación empeoró con la pandemia de COVID-19, que retrasó la tramitación de sus papeles y limitó su capacidad para cambiar de empleo o de alojamiento. Pudieron retornar a Brasil con ayuda del programa de retorno voluntario y reintegración de la OIM. La OIM pagó sus billetes de vuelta y los ayudó a reabrir la barbería que gestionaban antes de migrar. Además, la OIM ayudó a L. a acceder a sesiones de ayuda psicosocial para superar los traumas vividos durante su proceso migratorio.

“ Me gustaría colocar un cartel en la fechada de mi barbería que diga: “Esta barbería ahora funciona gracias a la ayuda recibida de la asistencia de la OIM para personas retornadas”. Me siento muy orgulloso de decirlo; que un proyecto de reintegración haya ayudado a reabrir este comercio. Regresé con una mentalidad totalmente distinta.

CASO DE ESTUDIO 6: RETORNADO EN ETIOPÍA

N. retornó de Yemen a Etiopía con ayuda de la OIM. Se puso gravemente enfermo debido a complicaciones de su diabetes durante su estancia en prisión en Yemen, y la policía yemení le derivó a la OIM. Desde su retorno a Etiopía, ha recibido atención médica por derivación de la OIM en la Universidad de Jimma. Además, la OIM le ayudó a poner en marcha un pequeño comercio.

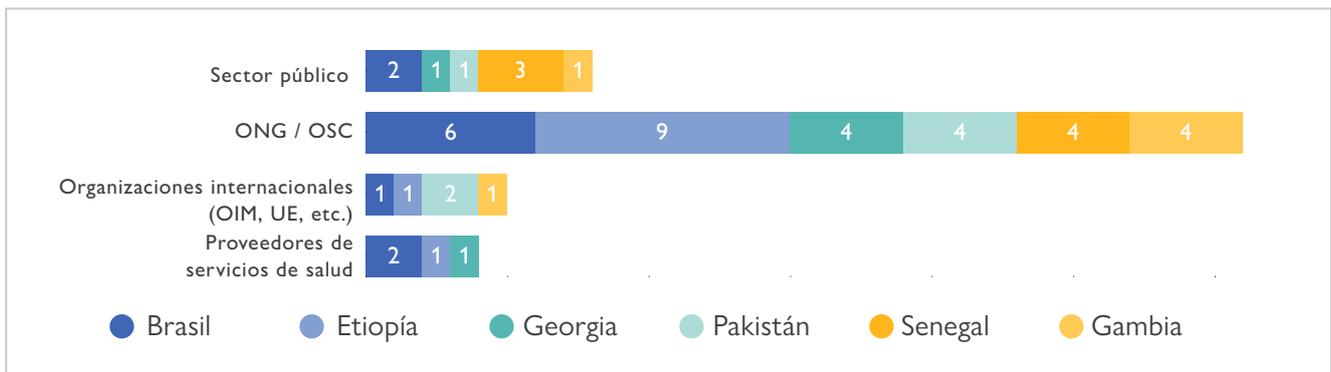
3.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS EXISTENTES DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LAS PERSONAS QUE RETORNAN

3.2.1 Cartografía del apoyo proporcionado por las distintas partes implicadas

En cada uno de los seis países estudiados se realizó una cartografía de los servicios y programas existentes en materia de salud. La cartografía se basó principalmente en las entrevistas semiestructuradas y en las entrevistas a

informantes clave, y se complementó con una búsqueda por Internet de los servicios pertinentes de cada país. La búsqueda se limitó a los programas y servicios con un enfoque específico de salud. Se ha identificado un total de 47 programas/servicios en los seis países de estudio (Figura 25).

Figura 25. Cartografía de políticas/programas en materia de salud, por país y sector



Entre los principales proveedores de servicios sanitarios figuraban la OIM, ONG y OSC, proveedores de servicios sanitarios privados, y el sector de la salud pública. Cuando había carencias en el sistema de salud oficial, la OIM y las ONG y OSC fueron los principales proveedores de atención sanitaria para las personas que retornaron.

Se identificó un abanico diverso de servicios relacionados con la salud, incluidos servicios de ayuda psicosocial (presenciales o virtuales), ayuda económica para las necesidades de salud (por ejemplo, medicación o cirugía), asistencia médica en especie (por ejemplo, medicación o suministros médicos), educación e información en salud, formación y adquisición de competencias para el personal sanitario, servicios de derivación, recordatorios de consultas

médicas y otros tipos de ayuda indirecta (como asistencia para la reintegración, refugio o seguridad alimentaria).

3.2.2 Buenas prácticas identificadas

A partir de la cartografía de programas y servicios y de las entrevistas con personas que retornaron e informantes clave, se han identificado las buenas prácticas que se resumen a continuación para abordar las carencias existentes en las cinco dimensiones del acceso a la atención sanitaria:

- **Asequibilidad:** Los entes no estatales, incluidas la OIM, las ONG y las OSC, desempeñaron un importante papel a la hora de compensar las carencias de la sanidad pública, proporcionando ayuda económica a

las personas que retornaron para que estas pudieran acceder a la atención sanitaria. En algunos países, la OIM proporcionó el reembolso los gastos médicos (hasta 1.500 euros para las personas que retornaron de Georgia) para compensar las carencias en la transición mientras que las personas que retornaron esperaban a ser reincorporadas al sistema de salud público local. Los servicios médicos cubiertos incluían consultas, medicación y pruebas diagnósticas. Un ejemplo más reciente de ayuda de una ONG fue el caso de una persona retornada pakistani que recibió ayuda económica de dicha ONG para costear su tratamiento para la COVID-19. Algunos países de acogida, como Francia y Suiza, ofrecen ayuda económica a las personas que retornan para sus necesidades de salud después del retorno durante un tiempo limitado con el fin de garantizar la continuidad de la atención.

- **Accesibilidad:** Las oficinas de país de la OIM facilitaron el acceso a la atención sanitaria de las personas que retornaron respondiendo a las consultas de estas sobre sus necesidades de salud y el acceso a la atención sanitaria antes del retorno, y proporcionándoles información pertinente para facilitar su retorno. En algunos países, como Pakistán, el gobierno ha firmado memorandos de entendimiento con ONG y OSC para la ayuda a las personas que retornan, incluidas sus necesidades médicas, y las ONG y OSC disponen de estructuras de apoyo y vías de derivación bien consolidadas para evaluar las necesidades de salud de las personas que retornaron y prestarles asistencia en consecuencia. Los proveedores de atención sanitaria proporcionaron servicios de ayuda psicosocial presenciales y virtuales.
- **Disponibilidad y alojamiento:** Las personas que retornaron recurrieron ampliamente a los servicios de ayuda y asesoramiento de la OIM. Las oficinas de país de la OIM también ayudaron a las personas que retornaron a adquirir la medicación necesaria, coordinando la importación de los medicamentos desde el país de acogida (Alemania), ya que no estaba disponible en Georgia.
- **Aceptabilidad:** Las personas que retornaron valoraron la asistencia de la OIM, pues afirmaron que recibir ayuda les había aportado dignidad. Algunas ONG prestan ayuda a las personas que retornaron independientemente de si el retorno es voluntario o forzoso.

- **Adecuación:** La OIM envió a profesionales médicos para que acompañasen a las personas que retornaron con problemas de salud durante el vuelo de vuelta a Georgia. La OIM también financió el transporte aéreo de material médico, como sillas de ruedas, para las personas que retornaron con discapacidad. Algunos proveedores de salud no estatales proporcionan atención especializada específicamente para mujeres que retornaron, y que incluyen servicios de obstetricia y ginecología.

La ayuda económica prestada por la OIM u otros entes no estatales, aunque en pequeñas cantidades, a veces tiene un gran efecto en los resultados de salud de las personas que retornan, ya que permite acceder a la atención sanitaria a tiempo. Sin embargo, en algunos casos, las personas que retornaron no fueron capaces de diferenciar entre las distintas organizaciones que les habían ayudado con sus necesidades de salud, por ejemplo, confundiendo la OIM con agencias de migración estatales. Si bien nuestro estudio ha identificado una serie de buenas prácticas en la ayuda prestada a las personas que retornaron en materia de salud y reintegración, sigue habiendo carencias, tal como se detalla en la siguiente sección. Con respecto a la asistencia prestada por la OIM, las personas que retornaron han notificado variaciones y discontinuidad en la ayuda recibida (por ejemplo, cobertura de la medicación en algunos casos, pero no en otros). La OIM tampoco cubrió los gastos de transporte para acudir a las citas médicas. Algunas personas que retornaron han notificado retrasos en el reembolso de los gastos de salud. Esto es especialmente un problema para las personas que retornan con recursos económicos limitados, ya que primero deben pagar los servicios de salud de su bolsillo para poder solicitar su reembolso a la OIM; y, en ocasiones, esto supone una barrera económica para acceder a la atención sanitaria. A pesar de la existencia de ayuda de la OIM y de otra asistencia a la reintegración, muchas personas que retornaron siguieron teniendo dificultades para costear la atención médica, y algunas de ellas tuvieron que recurrir a las subvenciones para empresas de la OIM como último recurso.

CASO DE ESTUDIO 7: RETORNADA EN GEORGIA

N. era migrante irregular en Grecia cuando notó que su salud se estaba deteriorando (pérdida de cabello, dificultad para dormir, piel seca). Buscó atención sanitaria en Grecia, pero los médicos le diagnosticaron una neurosis por error. Tras una consulta virtual con un especialista en endocrinología de Georgia, se le diagnosticó correctamente un problema de tiroides, tras lo cual retornó a Georgia para someterse a cirugía. N. había planeado anteriormente retornar a Georgia con ayuda del programa de retorno y reintegración de la OIM. Sin embargo, para costar la intervención, necesitaba usar parte de los fondos que se le habían concedido en el marco del programa de subvenciones para empresas de la OIM. En la actualidad, N. está desempleada y depende económicamente de sus dos hijos. Su plan de negocio para dedicarse a la cosmetología no dio sus frutos, pues se le desaconsejó trabajar con la máquina de depilación láser por las preocupaciones que suponía la exposición a la radiación láser después de la cirugía.

CASO DE ESTUDIO 8: RETORNADO EN EL SENEGAL

M. migró del Senegal a Alemania y desarrolló problemas psicológicos mientras vivía en un campo de solicitantes de asilo allí. Las autoridades del campo lo llevaron a un centro médico para que recibiera sesiones periódicas de terapia psicológica y se le recetó medicación. Pero él no pudo permitirse seguir tomando la medicación tras su retorno al Senegal. Aunque la OIM le concedió una ayuda de 30.000 CFA francos (unos 45 dólares estadounidenses) para comprar sus recetas, el coste total de la medicación ascendió a 18.000 francos CFA (unos 27 dólares estadounidenses) mensuales. El coste era excesivo y no ha tomado la medicación desde hace más de un año. Ha seguido acudiendo a las sesiones de terapia psicológica en un hospital local, pero afirma que la atención allí es de baja calidad.

“ Cuando volví al Senegal, los medicamentos eran caros porque tenía que gastar 18.000 francos CFA al mes; era difícil y mis ingresos no me lo permitían. He recibido una sola ayuda de la OIM de unos 30.000 francos CFA. Incluso tuve que vender mi teléfono para comprar las medicinas. Hace ya más de un año que no tomo la medicación.

En Georgia, un plan piloto de retorno médico y reintegración para el retorno médico voluntario asistido desde Francia a Georgia, financiado por la Oficina Francesa para la Inmigración y la Integración

reveló las siguientes lecciones clave aprendidas, que se pueden aplicar de forma generalizada a la reintegración y la asistencia médica:

- Establecer y fortalecer colaboraciones con proveedores de servicios médicos para facilitar las derivaciones.
- Programar citas en clínicas multidisciplinarias y formalizar acuerdos con las clínicas proveedoras para agilizar ciertas intervenciones.
- Ampliar la reserva de acompañantes para satisfacer las necesidades de las personas beneficiarias.
- Coordinar la importación y el suministro de medicación por medio de redes de farmacias para mitigar los efectos de posibles carencias de medicamentos.
- Redactar contratos para el personal paramédico de asistencia domiciliaria.
- Cooperar y establecer contactos con las clínicas pertinentes para garantizar la inclusión inmediata de tratamiento de sustitución.
- Establecer contacto con miembros de la familia para determinar e identificar las necesidades inmediatas a la llegada.

CONCLUSIÓN: CARENCIAS Y OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN

En base al análisis que ha realizado este estudio de las necesidades de salud de las personas que retornaron y en cómo los resultados individuales de salud y de reintegración se ven influidos por factores sociales y estructurales, se destacan tres carencias y oportunidades de intervención:

Evaluación de las necesidades de salud y continuidad del seguimiento

Múltiples informantes clave subrayaron la necesidad de prestar una mayor atención a las necesidades de salud de las personas que retornan a la hora de emprender procedimientos de retorno y reintegración. Una carencia clara identificada en la revisión de la literatura, y respaldada por las entrevistas y los datos de la encuesta, es la actual **falta de herramientas o procedimientos de cribado después del retorno para evaluar la salud de las personas que retornan** (tanto de salud física como de salud mental). A lo largo del estudio, en las entrevistas se registraron pocas alusiones a las evaluaciones de salud realizadas antes del retorno, a las que hubo informantes clave que se refirieron como un método formal destinado a identificar las necesidades de salud de las personas que retornan y a facilitar la continuidad de la atención. Aunque las personas migrantes que reciben ayuda para retornar a menudo se someten al examen básico de aptitud para viajar que ofrece la OIM para un transporte seguro, la naturaleza de este examen es diferente, y mucho menos exhaustiva, que una evaluación formal de las necesidades de salud, destinada a identificar las necesidades no satisfechas con el fin de garantizar la continuidad de la atención.

Las personas que retornaron que recibieron ayuda de la OIM en general afirmaron agradecer la ayuda recibida en materia de salud y reintegración económica. Sin embargo, en algunos casos, las personas

que retornaron aludieron a la ausencia —o al carácter muy limitado— de procesos de seguimiento. Esto se reflejó en los hallazgos relacionados con la reintegración económica de las personas que retornaron. Informantes clave observaron que, si bien la OIM prestó ayuda económica a las personas que retornaron, estas podrían haberse beneficiado de ella en mayor medida si existiera un sistema de seguimiento más estrecho para garantizar una reintegración sostenible, ya que, en muchos casos, las personas que retornaron no lograban la reintegración económica a causa de problemas relacionados con la gestión de sus negocios, con efectos colaterales en la asequibilidad de la atención sanitaria. Así, **hubo informantes clave que recomendaron reforzar el seguimiento y el control en las iniciativas de asistencia a la salud y la reintegración de la OIM.** En consonancia con la práctica surgida recientemente de la pandemia de COVID-19 sobre el uso de servicios de telesalud por las distintas partes implicadas, incluida la OIM,⁵⁰ el desarrollo de nuevas tecnologías podría presentar una oportunidad para reforzar los procesos de seguimiento de la asistencia sanitaria, en especial en el caso de las personas que retornan que se encuentran geográficamente alejadas de las instalaciones de salud. Algunos avances recientes en iniciativas de salud digital, como el sistema de registro de salud personal electrónico de la OIM,⁵¹ podría facilitar la transferencia de los registros médicos durante las distintas etapas de la migración y favorecer la atención en el lugar de retorno.

Asistencia holística de salud y reintegración para las personas que retornan

Tal como apuntan los hallazgos de la investigación sobre las estrechas interconexiones existentes entre la salud y la reintegración, es importante considerar tanto las necesidades de salud como de reintegración de una forma holística a la hora de plantear intervenciones destinadas

50 OIM, Migration Health Annual Report 2021 (2022).

51 Véase el sitio web de la OIM sobre el registro de salud personal electrónico [aquí](#).

a las personas que retornan. **Hubo informantes clave que expresaron que existía falta de coordinación entre las distintas partes implicadas que trabajan para atender las necesidades de salud y reintegración de las personas que retornan.** Por ejemplo, en Etiopía, diferentes organismos se centran en las actividades de ayuda psicosocial, salud y reintegración económica, sin que exista demasiada coordinación o colaboración entre ellos, lo cual se traduce en un proceso de reintegración inconexo para las personas que retornan. La falta de coordinación entre los actores clave que gestionan el retorno y respaldan la reintegración de las personas que retornan y los proveedores de atención sanitaria pueden dar lugar a la duplicación de los servicios y a una prestación deficiente. Por este motivo, garantizar la eficacia de los mecanismos de derivación y de los canales de comunicación entre las distintas partes implicadas en la migración y el sector sanitario es fundamental para satisfacer las necesidades de salud de las personas que retornan y facilitar una reintegración sostenible.

Varias personas encuestadas aludieron a una falta de entendimiento por parte de las autoridades de la relación existente entre las necesidades de salud y de reintegración de las personas que retornan. Informantes clave destacaron la importancia de ofrecer una ayuda holística, en lugar de centrarse únicamente en la salud o en la reintegración económica. Como indican las entrevistas con representantes gubernamentales, las respectivas partes implicadas y autoridades tienden a trabajar de forma aislada, ya sea centrándose en la salud o en el aspecto económico de la reintegración, que son responsabilidad de distintos entes. En todos los contextos, las personas informantes clave subrayaron la necesidad de dar a conocer la confluencia de la salud y la reintegración, y de favorecer una mayor colaboración entre agencias.

Los hallazgos del estudio ponen de manifiesto la necesidad de reconocer las estrechas interdependencias que existen entre salud y reintegración para entender plenamente las necesidades de salud y reintegración de las personas que retornan y diseñar puntos de intervención. **Para garantizar la reintegración sostenible de las personas que retornan, se precisa un enfoque holístico que tenga en cuenta las distintas dimensiones de salud y reintegración, y las interconexiones entre estas.** En general, se precisa un reconocimiento más amplio de la salud en los programas

de retorno y reintegración. Las necesidades de salud de las personas que retornan no deben considerarse ni abordarse de forma aislada, sino como parte —y en relación con— una dinámica y una reintegración social, económica y psicosocial más amplias, determinadas por factores culturales y estructurales. Esto pasa por una respuesta basada en el conjunto de la sociedad. Tales programas deben considerarse en el contexto de políticas y marcos globales en materia de migración y salud, incluido el *Marco de Gestión de Salud, Fronteras y Movilidad de la OIM y su Política sobre el Espectro Completo del Retorno, la Readmisión y la Reintegración*, para tender un puente entre ambas y asegurar sinergias a la hora de diseñar e implementar las intervenciones.

Necesidad de sistemas de salud concienciados con la migración

Si bien la ayuda en especie o la ayuda económica prestada por la OIM o por organismos no estatales a menudo fue crucial para las necesidades de salud graves de las personas que retornan, dicho enfoque resultó no ser sostenible a la larga, especialmente a la hora de subvencionar el acceso a los servicios de salud pública para las personas que retornan. Asimismo, la disponibilidad de la asistencia de salud proporcionada por la OIM u otros entes no estatales a menudo dependía de la financiación de donantes, con las consiguientes implicaciones en la continuidad del servicio. Además, desde una perspectiva de responsabilidad, resulta más difícil supervisar la calidad de la atención prestada por entes no estatales.

Informantes clave destacaron la **necesidad de fortalecer los sistemas para garantizar la salud y la reintegración de las personas que retornan.** Puesto que los gastos médicos a menudo van asociados a un alto coste, las personas informantes clave estuvieron de acuerdo en que es más sostenible integrar a las personas que retornan en el sistema de salud público. La OIM y los entes no estatales podrían facilitar dicha integración mediante la prestación de asistencia complementaria, por ejemplo, subvencionando el transporte de las personas que retornan desempleadas, de forma que estas puedan acceder a la atención sanitaria pública. Esto es especialmente importante en el caso de las personas que retornan con problemas de salud de larga duración, que precisarían un seguimiento regular y una atención continuada, por contraposición a aquellas

con necesidades de salud graves o puntuales. Vistas las diferencias en los sistemas de salud y en la cobertura de salud universal de cada país, un enfoque que tenga en cuenta el contexto local —en lugar de un enfoque genérico— por parte de la OIM sería más apropiado a la hora de abordar las necesidades de salud de las personas que retornan. Por ejemplo, en Sudán, la OIM y la Unión Europea pusieron en marcha una iniciativa piloto para permitir a las personas que retornan acceder a la atención sanitaria en el marco del plan nacional de seguro de salud del país.

Cuando se reconoce la “preparación para la migración de los sistemas de salud”, esto a menudo se centra en la inclusión de las personas migrantes en los países de destino, como en el Índice de Políticas de Integración de Migrantes,⁵² en lugar de considerar las necesidades de las personas migrantes a lo largo del proceso migratorio, lo que incluye después del retorno a los países de origen.

52 Solano G. y T. Huddleston, Migrant Integration Policy Index 2020 (2020), disponible en www.mipex.eu.

RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos del estudio y las carencias y oportunidades identificadas, se proponen las siguientes recomendaciones para favorecer el acceso de las personas que retornan a la atención sanitaria y mejorar sus resultados de salud y reintegración. Si bien algunas de las acciones recomendadas ya están en marcha en algunos países, se precisa una adopción más sistemática y generalizada.

Implementadores

- OIM** OIM
- OIT** OIT
- OMS** OMS
- CIV** Sociedad civil
- EST** Organismos estatales
- DON** Donantes

Construir una red continua de atención a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de migración



OIM **EST** Evaluar las necesidades de salud antes y después del retorno para identificar las necesidades de salud existentes de las personas que retornaron.

OIM **OMS** Desarrollar un módulo de formación para el personal sanitario destinado a crear sistemas de salud preparados para la migración, con reconocimiento de las necesidades de salud a lo largo del proceso migratorio, incluido después del retorno.

OIM **OMS** **OIT** Estudiar la viabilidad y desarrollar proyectos piloto sobre formas innovadoras de seguros de salud para migrantes a lo largo del proceso migratorio, como seguros de salud transfronterizos y seguros de salud colectivos.

OIM **OMS** **EST** **CIV** Facilitar el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes y que retornan (incluido el acceso a servicios de salud públicos) en las distintas etapas de la migración.

Reforzar el intercambio y la protección de información a escala transnacional

OIM **OMS** **EST** Facilitar la transferencia segura y confidencial de las historias clínicas o de información desde antes hasta después del retorno, teniendo en cuenta las diferencias de idioma y de nombres de productos farmacéuticos y procedimientos.

OIM Ampliar el proyecto piloto de la OIM sobre el sistema de registro de salud personal electrónico (e-PHR, por sus siglas en inglés) para garantizar que los registros de salud de las personas que retornen estén disponibles en los países de tránsito y de destino, así como en los países de origen tras el retorno.

OIM Desarrollar un folleto o paquete informativo que contenga información sobre cómo pueden las personas que retornan acceder a los servicios de salud públicos y a otra ayuda sanitaria para personas que retornan después del retorno.

OIM Desarrollar un plan de atención individual para migrantes con necesidades relacionadas con la salud antes del retorno que esté vinculado a sus necesidades de reintegración.



Reforzar las pruebas y las derivaciones tras el retorno

OIM **EST** Realizar pruebas de salud mental para personas que retornan en el momento basal y a intervalos regulares para evaluar los cambios en el estado de salud mental.

OIM Desarrollar un programa de bienestar psicosocial a largo plazo para las personas que retornan que experimenten una salud mental alterada por no ser capaces de satisfacer las expectativas propias o de sus familias.

OIM Habilitar servicios de telemedicina (por ejemplo, consultas telefónicas con especialistas) para aquellas personas que retornan que puedan estar enfrentando barreras de acceso a la atención.

OIM Facilitar ayuda económica para la salud de forma puntual después del retorno para compensar los vacíos en la atención durante la transición e implantar un plan de salida para abordar el fin de la financiación.

OIM Proporcionar ayuda para el transporte de las personas que retornan con necesidades de salud que experimenten dificultades económicas.



Coordinar los programas de reintegración y salud

OIM Reforzar el apoyo de seguimiento a las personas que retornan con necesidades de salud a largo plazo, como derivar o dirigir a aquellas que no puedan acceder a atención sanitaria o medicación a proveedores de servicios sanitarios.

OIM Reforzar el apoyo de seguimiento a las personas que retornan que han recibido ayuda económica para la reintegración de la OIM, en particular a las personas que retornan que experimentan dificultades para mantener sus negocios después del COVID-19.

OIM Reforzar la formación en habilidades financieras y de gestión para aquellas personas que retornan que han recibido ayuda económica para la reintegración de la OIM, en particular aquellas que no pueden acceder a atención sanitaria por no poder permitírsela.

OIM Identificar oportunidades económicas para las personas que retornan con lesiones o discapacidades ocupacionales que puedan limitar su capacidad para buscar empleo.

OIM **OMS** Elaborar un conjunto de indicadores de salud para su inclusión en las encuestas de control de la OIM a lo largo de las etapas migratorias.

OIM Crear redes de apoyo entre iguales para personas que retornan con problemas de salud con vistas a una motivación mutua y al intercambio de información.

OIM Sensibilizar sobre las necesidades de las personas que retornan y reducir la estigmatización entre los funcionarios públicos y las comunidades locales a las que estas retornan.

OIM Favorecer el reconocimiento de programas de retorno y reintegración con consideraciones sobre la salud por las principales partes interesadas que trabajan en el retorno de personas migrantes.

OIM Promover la sensibilización de las principales partes interesadas conforme a un enfoque más holístico en materia de salud y reintegración.



Reforzar la gobernanza y las sinergias en las políticas de migración y salud

OIM **EST** Recopilar y compartir datos anonimizados y desagregados por género y edad sobre las necesidades y los resultados de salud de las personas que retornan con el fin de supervisar las tendencias de migración y salud.

OIM **OMS** **EST** Generalizar la concienciación sobre la migración en las políticas de los sistemas de salud a escala nacional, regional e internacional.

OIM **EST** Reforzar la colaboración entre agencias y los mecanismos de derivación mediante el establecimiento de directrices nacionales estándar.

EST **CIV** Formalizar acuerdos de colaboración formal entre entes nacionales y la sociedad civil con el fin de abordar las necesidades de salud y reintegración de las personas que retornan.

DON Combinar la reintegración con la financiación para el desarrollo del sistema de salud público; los entes de reintegración y desarrollo pueden colaborar con un punto de entrada en el sector salud.

Financiar iniciativas específicas de género en materia de reintegración y salud



OIM **OMS** Desarrollar un módulo de formación para el personal sanitario específicamente sobre las necesidades de salud por género a lo largo del proceso migratorio.

OIM **EST** Garantizar la realización de evaluaciones de las necesidades de salud (incluidas pruebas de salud mental) por parte de personal cualificado del mismo género que la persona retornada.



Indicaciones para investigaciones futuras

A tenor de las limitaciones del presente estudio, se proponen las siguientes indicaciones para investigaciones futuras:

Un hallazgo clave del estudio ha sido el carácter acumulativo de cómo la salud y la reintegración influyen mutuamente entre sí con el paso del tiempo. Por lo tanto, un estudio de seguimiento, o **un estudio longitudinal**, arrojaría una perspectiva importante de cómo la salud y los resultados de reintegración de las personas que retornan continúan interactuando para generar efectos de deterioro o de mejora con el paso del tiempo.

Como resultado del carácter "autoevaluado" del presente estudio, resultaría esclarecedor, en futuros estudios, evaluar el estado y los resultados de salud de las personas que retornan utilizando medidas objetivas para confirmar los hallazgos del presente estudio. Esto podría incluir tanto mediciones de la salud física (como el índice de masa corporal y la presión arterial) como mediciones de la salud mental (como la prueba de cuestionario de salud del paciente).

Si bien este estudio solo incluyó un pequeño tamaño de muestra de mujeres que retornaron, los primeros hallazgos apuntan a que la salud y la reintegración de las personas que retornan era una experiencia determinada por el género, con diferentes necesidades y efectos. Una investigación de seguimiento de las **intervenciones transformadoras de género o sensibles de género en la salud y la reintegración** favorecería las intervenciones que abordan las desigualdades de género en la reintegración.

ANEXO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES DEL ESTUDIO

BRASIL

Brasil dispone de cobertura de salud universal a través del *Sistema Único de Saúde*, el sistema de salud único de Brasil, que proporciona acceso a la atención sanitaria a las personas que residen de forma regular en el país, incluidas las migrantes. Este se ha identificado como el sistema de salud más robusto de entre aquellos que son objeto de este estudio. De hecho, como parte de este sistema, Brasil cuenta con un sistema de atención sanitaria bien organizado. A pesar de que el SUS ha mejorado continuamente desde su establecimiento en 1988, movilizar financiación suficiente ha supuesto una dificultad recurrente y minado repetidamente los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU).⁵³ Además, la salud familiar —piedra angular del sistema— solo proporciona cobertura a un 65 por ciento de la población, poniendo de manifiesto las disparidades y desigualdades de acceso a la atención en el país.⁵⁴

La declaración de la pandemia de COVID-19 en Brasil ha alterado el sistema sanitario y generado dificultades para la prestación de servicios rutinarios básicos.⁵⁵ La respuesta a la pandemia se ha visto obstaculizada por la escasez de personal sanitario y de recursos, incluida la disponibilidad limitada de equipos y las dificultades para obtener medicamentos.⁵⁶

La literatura existente sugiere que la condición de migrante no es el factor más importante para predecir los resultados de salud en Brasil, y los hallazgos del

estudio lo confirman. Las personas migrantes del país tienden a experimentar las mismas barreras que el resto de la ciudadanía, en especial tras el cambio de paradigma derivado de la pandemia de COVID-19.

ETIOPÍA

Los conflictos prolongados en el país han alterado el sistema de salud preexistente. Las respuestas gubernamentales a la pandemia de COVID-19 también han pasado a un segundo plano respecto de la intensificación de la guerra en Tigray.⁵⁷ Sin embargo, el gobierno ha adoptado varias iniciativas, como el Programa de Extensión de Salud Comunitaria y el Plan Estratégico de Seguros de Salud, para reforzar el sistema de salud y lograr la cobertura sanitaria universal para 2030.⁵⁸ Una de las iniciativas estatales consiste en ampliar los planes de seguro de salud social y seguro de salud comunitaria, que proporcionan servicios de atención sanitaria de acceso gratuito a las personas beneficiarias.⁵⁹ A pesar de ello, el considerable gasto de bolsillo registrado en Etiopía sugiere que sigue habiendo muchas personas sin asegurar.⁶⁰ Se hace constar que la OIM en Etiopía realizará una prueba piloto del plan de seguro de salud comunitaria gestionado por el gobierno entre un grupo seleccionado de personas que retornan, lo cual podría facilitar el acceso a un mayor número de etíopes migrantes que retornan.

La prestación de servicios de atención sanitaria a personas refugiadas en el país recibe el apoyo de

53 Spektor M., Brasil: Polarizing Presidential Leadership and the Pandemic, Carnegie Endowment for International Peace (2020).

54 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Primary Health Care in Brazil, OECD Reviews of the Health Systems (2021).

55 Bahamondes L. et al., Assessment of the availability of sexual and reproductive healthcare for Venezuelan migrant women during the SARS-CoV-2 pandemic at the north-western border of Brazil-Venezuela, *Journal of Migration and Health* 5(1): 1-5 (2022).

56 Bahamondes, *Assessment of the availability of sexual and reproductive healthcare*.

57 Tesfay F. y H. Gesesew, How conflict has made COVID-19 a neglected epidemic in Ethiopia', *Ethiopia Insight* (22 de septiembre de 2021).

58 OIT, Mapping of the National Social Protection System in Ethiopia, including Social Health Protection – Final Report (2021); UNHCR, Ethiopia Refugee Program Strategic Plan Public Health Sector (2014 – 2018).

59 Lavers T., Towards Universal Health Coverage in Ethiopia's 'developmental state'? The political drivers of health insurance, *Social Science & Medicine* 228(1): 60-67 (2019).

60 Borde M. T. et al., The burden of household out-of-pocket healthcare expenditures in Ethiopia: a Systematic review and meta-analysis, *International Journal for Equity in Health* 21(14): 1-20 (2022); Mirutse M. et al., The burden of household out-of-pocket health expenditures in Ethiopia: estimates from a nationally representative survey (2015–16), *Health Policy and Planning* 35(8): 1003-1010 (2020).

ACNUR y de otras organizaciones humanitarias. Las personas migrantes de Etiopía son altamente vulnerables a los riesgos de salud durante su proceso migratorio, y también mientras se encuentran en sus países de acogida. El sistema *kafala*, por el cual se rigen los trabajadores migrantes en los países del Consejo de Cooperación del Golfo, Jordania y el Líbano, también los excluía de las leyes de trabajo nacionales, lo que, a su vez, incrementaba su riesgo de ser explotados por parte de sus empleadores.⁶¹ Se notificaron casos de explotación, trata, abuso y violencia de género, en particular en el caso de migrantes en los países del Golfo.⁶² Esto se exacerbó durante la pandemia de COVID-19, pues se despidió repentinamente a miles de migrantes de sus empleos, que quedaron abandonados en los países de acogida con un acceso limitado a la atención sanitaria.⁶³

GEORGIA

En Georgia, personas nacionales y extranjeras tienen el mismo derecho a la atención sanitaria.⁶⁴ La introducción de un programa de atención sanitaria en 2013 supuso un hito importante para el sistema de salud del país. El programa de atención sanitaria universal (UHCP, por sus siglas en inglés) pretende mejorar el acceso a la salud pública para todas las personas que residen legalmente en Georgia, incluidas todas las personas extranjeras y desplazadas oficialmente registradas en el país.⁶⁵ Sin embargo, es importante señalar que la

asistencia sanitaria pública no es del todo gratuita en el marco del programa⁶⁶, y que cubre solo determinados servicios de salud subvencionados por el gobierno.⁶⁷ Además, el énfasis en la situación de legalidad puede dar lugar a una mayor marginalización de las personas migrantes irregulares o indocumentadas, que a menudo son las más vulnerables de la sociedad. De forma similar, esta práctica discriminatoria se observó en las primeras etapas de la pandemia de COVID-19, denegándose el acceso a la vacuna a algunas personas extranjeras. Esta política se revocaría más tarde, en agosto de 2021.⁶⁸

Si bien el UHCP ha ampliado la cobertura de la asistencia sanitaria pública a la mayoría de la población, aún faltan por abordar las carencias a causa de la baja inversión pública y la baja calidad de la sanidad primaria. Todavía se depende en gran medida del pago de bolsillo de los servicios de atención sanitaria a pesar de una cierta reducción tras la implantación del UHCP, lo cual deja a los hogares con bajo nivel de ingresos en situación de vulnerabilidad frente al atroz gasto sanitario.⁶⁹ El alto coste de la atención sanitaria también puede afectar a la reintegración de las personas que retornan. De hecho, el gasto en atención sanitaria fue el cuarto mayor componente de gasto al que se destinaban los giros de dinero recibidos por los hogares en Georgia.⁷⁰

PAKISTÁN

El sistema de salud de Pakistán, que se caracteriza por una grave falta, en número y calidad, de personal sanitario,

61 Aoun R., COVID-19 Impact on Female Migrant Domestic Workers in the Middle East, Inter Agency Standing Committee (2020).

62 Anbesse B. et al., Migration and mental health: a study of low-income Ethiopian women working in Middle Eastern countries, *International Journal of Social Psychiatry* 55(6): 557-568 (2009); Jamie F. O. M y A. H. Tsega, Ethiopian female labor migration to the Gulf States: the case of Kuwait, *African and Black Diaspora: An International Journal* 9(2): 214-227 (2015); Demissie F., Ethiopian female domestic workers in the Middle East and Gulf States: an introduction, *African and Black Diaspora: An International Journal* 11(1): 1-5 (2017).

63 Getachew S., "Ethiopian Workers Are Being Expelled from Saudi Arabia and UAE on Coronavirus Suspicions", Quartz (14 de abril de 2020).

64 Parlamento de Georgia, Sobre la condición jurídica de los extranjeros y apátridas, emitido el 5 de marzo de 2014.

65 ACNUR, Programa estatal de atención médica universal en Georgia (2020).

66 El UHCP ofrece diferentes paquetes de asistencia sanitaria en función de los ingresos de cada persona, y solo los grupos vulnerables de la sociedad pueden acceder al paquete completo. Entre los servicios con cobertura figura la atención de urgencia, cuyo coste está cubierto entre un 70 y un 100 por cien. El tratamiento para VIH, hepatitis C y tuberculosis, así como la insulina para pacientes diabéticos, son gratuitos. La diálisis también está disponible en las grandes ciudades y es gratuita. También hay disponible sin cargo un programa de sustitución con metadona financiado por el Estado. En la fase inicial, solo es necesario pagar una cuota de inscripción o incorporación de 70 laris georgianos (unos 25 dólares estadounidenses). Los gastos médicos de cuidado infantil (hasta los 5 años de edad) están parcialmente cubiertos, dependiendo del tipo de enfermedad.

67 Gobierno de Georgia, Agencia de Servicios Sociales, sitio web "Universal Health Care", disponible [aquí](#); ACNUR, Programa Estatal de Asistencia Sanitaria Universal en Georgia; Organización Mundial de la Salud. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Richardson E. y N. Berdzuli, Georgia: Health System Review, World Health Organization Regional Office for Europe (2017).

68 Tolerance and Diversity Institute, "Statement on the Vaccination of Foreign Nationals and the Limitations for Indian Students", disponible [aquí](#); "Foreigners Living in Georgia Able to Receive Coronavirus Vaccines in Three Clinics", Agenda.ge (3 de agosto de 2021).

69 Goginashvili K., Nadareishvili M. y T. Habicht, Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia, World Health Organization Regional Office for Europe (2021); Richardson y Berdzuli, Georgia: Health System Review.

70 State Commission on Migration Issues, Brief Migration Profile Remittances (2016).

una asignación inadecuada de los recursos y un acceso deficiente a atención sanitaria de calidad para todos los segmentos de la población no está debidamente equipado para ofrecer servicios de atención sanitaria de calidad a las personas migrantes y migrantes que retornan.⁷¹ Como resultado de la constante falta de financiación del sector público, una gran mayoría de la población pakistání paga de su propio bolsillo la atención privada.⁷² Incluso en los casos en los que se proporciona medicación o asistencia de forma gratuita en el sector público, la frecuente falta de existencias y la inaccesibilidad a personal sanitario a menudo hacen que el sector privado sea la única opción para los pacientes.

En Pakistán, las personas migrantes no tienen derecho a los servicios de salud públicos y el gobierno tampoco proporciona los servicios de salud críticos, como ayuda psicosocial y pruebas preventivas para migrantes.⁷³ Estas carencias de servicios de salud preparados para la migración en Pakistán han sido abordadas por diversas organizaciones internacionales, como la OMS, ACNUR y la OIM, junto a una serie de ONG nacionales que han realizado evaluaciones de salud para personas migrantes y migrantes que retornan.⁷⁴ Estas dificultades del sistema de atención sanitaria de Pakistán y las políticas reguladoras tienen implicaciones para mejorar la salud y el bienestar social de las personas migrantes en Pakistán.

EL SENEGAL

El sistema de atención sanitaria en el Senegal está sometido a un proceso de transformación a la cobertura sanitaria universal desde 2012. El gobierno

ha demostrado una firme voluntad política de mejorar el sistema de salud como parte de las promesas de campaña formuladas por el Presidente del Senegal en 2012 y 2019.⁷⁵ Dos puntos prioritarios del plan de cobertura sanitaria universal del Senegal fueron mejorar la cobertura de servicios de salud, especialmente en zonas históricamente desatendidas, y ampliar la Política de Seguro de Salud Universal, que pretende mejorar el acceso económico a los servicios de salud. En el país existen tres tipos de planes de seguros de salud: (1) planes asociados a empleo formal, (2) programas que proporcionan asistencia sanitaria gratuita, y (3) seguro de salud comunitario. Sin embargo, la adopción ha sido lenta y limitada, y continúa habiendo disparidades en términos de acceso a la sanidad, en particular en zonas rurales y en la financiación de la sanidad.⁷⁶ En parte de la literatura también se subrayó la necesidad de reforzar la prestación de los servicios en términos de salud productiva y salud mental en el Senegal.⁷⁷

Uno de los principales problemas identificados en el Senegal son los problemas de salud mental asociados a la migración transfronteriza. Las altas expectativas de una mejor vida tras la migración a menudo son causa de una enorme presión para las personas migrantes. Como resultado, las personas que retornan que no logran cumplir tales expectativas pueden enfrentar problemas psicológicos al regresar.⁷⁸ Esta situación se agrava con la estigmatización de la enfermedad mental y con el carácter limitado de los servicios de salud mental en el Senegal. Aunque la pandemia de COVID-19 afectó notablemente al sistema de salud del Senegal, la ayuda procedente de organismos externos, incluidos el Banco

- 71 Kurji Z., Z. S. Premani y Y. Mithani, Analysis Of The Health Care System of Pakistan: Lessons Learnt And Way Forward, *Journal of Ayub Medical College Abbottabad* 28(3): 601-604 (2016); Hassan A., K. Mahmood y H. A. Bukhsh, Healthcare System Of Pakistan, *International Journal of Advanced Research and Publications* 2(3): 211-216 (2016); World Health Organization y Alliance for Health Policy and Systems Research, Primary health care systems (prismasys): comprehensive case study from Pakistan, World Health Organization (2017).
- 72 Legido-Quigley H. et al., Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study, *Plos One* 14(1): 1-23 (2019).
- 73 OIM, Health Vulnerabilities of Migrants from Pakistan: Baseline Assessment (2015).
- 74 Gushulak B. D. y D. W. MacPherson, The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence, *Emerging Themes in Epidemiology* 3(3): 1-11 (2006).
- 75 Paul E. et al., An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage, *Health Policy Open* 1(1): 1-8 (2020).
- 76 Daff B. M. et al., Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal, *Bulletin of the World Health Organization* 98(2): 100-108 (2020).
- 77 Foley E. E., Overlaps and disconnects in reproductive health care: global policies, national programs, and the micropolitics of reproduction in northern Senegal, *Medical Anthropology* 26(4): 323-354 (2007); Monteiro N. M. et al., Policy perspectives and attitudes towards mental health treatment in rural Senegal, *International Journal of Mental Health Systems* 8(9): 1-9 (2014); Parmar D. y A. Banerjee, How do supply - and demand-side interventions influence equity in healthcare utilisation? Evidence from maternal healthcare in Senegal, *Social Science & Medicine* 241(1) (2019).
- 78 Petit V., Forced Returns of International Migrants in Senegal: Family Dilemmas Facing Mental Illness, *Revue Européenne des Migrations Internationales* 34(2-3): 131-158 (2018); OIM, "When Returning Home Is a Deadly Journey, "Shame Is the Returnee's Worst Enemy"" (1 de marzo de 2019).

Mundial, la OMS y UNICEF, contribuyó a reforzar la respuesta del gobierno frente a la pandemia.⁷⁹

GAMBIA

Garantizar el acceso a los servicios de salud a todos los niveles (primario, secundario y terciario) en función de la necesidad, para todas las personas, independientemente de su nacionalidad y situación migratoria, es uno de los principios directrices de la Política Nacional de Migración (2020-2030) y de la Política Nacional de Salud (2012-2020) de Gambia. Gambia también ha priorizado la salud en su Plan Nacional de Desarrollo (2018-2021), y la atención sanitaria primaria es gratuita en el punto de servicio. Sin embargo, la reducción del gasto fiscal en las últimas décadas ha culminado en una menor financiación para el sector de la salud pública, lo cual ha tenido consecuencias de largo alcance. Dos décadas después de la *Declaración de Abuja* en 2001, Gambia sigue siendo incapaz de materializar su problema de incrementar el gasto en salud hasta el 15 por ciento de su presupuesto anual.⁸⁰ Las donaciones externas han desempeñado un papel esencial a la hora de compensar la falta de financiación de la salud pública y, en 2017, casi la mitad de la financiación total de la sanidad (45 %) procedió de donantes externos.⁸¹ Esta situación se agravó durante la pandemia de COVID-19. A la limitación de los recursos y el conflicto de prioridades, se sumó la necesidad de estirar aún más los recursos para poder hacer frente a la crisis sanitaria mundial y a la posterior desaceleración económica.⁸² Las dificultades existentes en la financiación de la asistencia sanitaria y en los sistemas de prestación afectan a la mejora de la salud de las personas migrantes y de la población en general, que se enfrenta a una tendencia creciente de enfermedades no transmisibles.⁸³

Para complementar los esfuerzos de Gambia, la OIM contribuyó con el desarrollo de capacidades y ayuda

en los ámbitos de saneamiento del agua e higiene, control de prevención de infecciones, servicios de laboratorio de salud pública y MHPSS. Además, se ha proporcionado otro tipo de ayuda para el desarrollo de procedimientos operativos estándar con el fin de brindar soporte a los funcionarios de primera línea de atención de salud y fronteras. Así, el gobierno de Gambia procedió a desarrollar el primer marco nacional sobre las necesidades de MHPSS de las personas migrantes y migrantes que retornan, así como un currículo de MHPSS para los centros de aprendizaje, con el fin de respaldar la reintegración sostenible y holística de las personas que retornan en el país.

79 Banco Mundial, "World Bank Financing Helps to Support Senegal in the Fight against COVID-19" (13 de septiembre de 2021); Andriamasinoro L. F., "Mitigating the Impact of COVID-19 on Children and Families in Senegal" (23 de marzo de 2022); Kayouli E., "Japan and UNICEF Partner to Support Senegal in Its COVID-19 Response" (24 de octubre de 2021).

80 Unión Africana, Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Disease (2001); Gobierno de Gambia, Ministerio de Salud, The National Health Laboratory Services Strategic Plan 2021-2025.

81 Ibid.

82 Omotosho T. O. A. et al., COVID-19 challenges: The Gambia situation and probable solutions, *World Journal of Advanced Research and Reviews* 7(3): 70-76 (2020); Sers C. F. y M. Mughal, Covid-19 outbreak and the need for rice self-sufficiency in West Africa, *World Development* 135(1): 1-2 (2020).

83 Omoleke S. A., Chronic non-communicable disease as a new epidemic in Africa: focus on The Gambia, *The Pan African Medical Journal* 14(87): 1-9 (2013).

BIBLIOGRAFÍA

Aldridge, R., Nellums, L., Bartlett, S., Barr, A., Patel, P., Burns, R., Hargreaves, S., Miranda, J., Tollman, S., Friedland, J., & Abubakar, I.

2018 Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 392(10164).

Castañeda, H., Holmes, S., Madrigal, D., Young, M., Beyeler, N., & Quesada, J.

2015 Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1).

Dekeyser

2021 Fostering and Strengthening Interlinkages between Sustainable Development and Reintegration Programmes

Davies, A., Borland, R., Blake, C., & West, H.

2011 The Dynamics of Health and Return Migration. *PLOS Medicine*, 8(6).

Diker, E., Röder, S., Khalaf, M., Merkle, O., Andersson, L., & Fransen, S.

2021 Comparative Reintegration Outcomes between Forced and Voluntary Return and Through a Gender Perspective.

García-Sierra, Rosa, María Isabel Fernández-Cano, Josep María Manresa-Domínguez, María Feijoo-Cid, Eduard Moreno Gabriel, Antonia Arreciado Marañón, Francesc Ramos-Roure, Jordi Segura-Bernal, and Pere Torán-Monserrat

2020 Psychological Distress and Somatization in Immigrants in Primary Health Care Practices." *Healthcare* 8, no. 4: 557. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040557>.

Gröne, Garcia-Barbero, and WHO European Office for Integrated Health Care Services

2001 Integrated Care: A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services

Habtamu, K., Minaye, A., Zeleke, W.

2017 Prevalence and associated factors of common mental disorders among Ethiopian migrant returnees from the Middle East and South Africa. *BMC Psychiatry* 17(1).

IOM

2017 Towards an Integrated Approach to Reintegration in the Context of Return.

IOM

2019 Reintegration Handbook - Practical Guidance on the Design, Implementation and Monitoring of Reintegration Assistance.

Kodner, D., & Spreeuwenberg, C.

2002 Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. *Int J Integr Care*, 2.

Levesque, J., Harris, M., & Russell, G.

2013 Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 12(18).

- Mendenhall, E., Newfield, T., & Tsai, A.
2022 Syndemic theory, methods, and data. *Soc Sci Med*, 295.
- Mona, H., Andersson, L., Hjern, A., & Ascher, H.
2021 Barriers to Accessing Health Care among Undocumented Migrants in Sweden - a Principal Component Analysis. *BMC Health Services Research*.
- Mukumbang, Ferdinand C.
2021 Migrant-Health Inequity as a Consequence of Poor Siracusa Principles Implementation in the COVID-19 ERA. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 9, no. 4: 155–60.
<https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2021.26>.
- Schuster, L., & Majidi, N.
2014 Deportation stigma and re-migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41(4).
- Siriwardhana, C., Roberts, B., & McKee, M.
2017 *Thematic Paper: Vulnerability and Resilience in Migration Health. Report Commissioned by IOM for the 2nd Global Consultation on Migration and Health*.
- Solano, Giacomo, and Thomas Huddleston
2020 Health: Migrant Integration Policy Index (MIPEX). www.mipex.eu.
- Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K.
2019 Chapter 7 - Migration and Health: Current Issues, Governance and Knowledge Gaps. In *World Migration Report 2020*. IOM.
- Vearey, J., Modisenyane, M., & Hunter-Adamsiv, J.
2017 Towards a migration-aware health system in South Africa: a strategic opportunity to address health inequity.
- WHO
2022 Global Evidence Review on Health and Migration: Continuum of Care for Noncommunicable Disease Management during the Migration Cycle,.
- Wickramage, K., Vearey, J., Robinson, C., & Knipper, M.
2018 Migration and Health: A Global Public Health Research Priority. *BMC Public Health*, 18(1).
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M.
2011 Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8(5).



Los equipos de salud de la OIM ayudan una mujer quien no puede salir de su carro a causa de la hipertensión arterial © OIM 2022 / Léo TORRÉTON

Samuel Hall

Samuel Hall es una empresa social que lleva a cabo investigaciones, evalúa programas y diseña políticas en contextos de migración y desplazamiento. Nuestro enfoque se fundamenta en valores éticos, es riguroso desde el punto de vista académico y está basado en la experiencia propia en entornos complejos y frágiles. Las investigaciones que realizamos conectan las voces de las comunidades con los agentes del cambio con el fin de lograr sociedades más inclusivas. Nuestras oficinas se ubican en el Afganistán, Alemania, Kenya y Túnez, y nos encontramos presentes en Etiopía, los Emiratos Árabes Unidos y Somalia, por lo que estamos situados en las regiones que estudiamos. Sírvase consultar el siguiente enlace para obtener más información www.samuelhall.org.

Centro de Gestión del Conocimiento de la UE-OIM

La elaboración y la presentación de este estudio de investigación han contado con el respaldo del Centro de Gestión del Conocimiento de la UE-OIM, establecido en septiembre de 2017 en el marco de la Iniciativa Piloto sobre el Retorno Voluntario y la Reintegración Sostenible y Comunitaria, y con el apoyo financiero de la UE. Este Centro de Gestión del Conocimiento tiene por objeto mejorar los conocimientos de los programas de retorno y reintegración, así como promover la armonización de los diferentes enfoques, procesos y herramientas en el marco de las Iniciativas Conjuntas de la UE y la OIM destinadas a la protección y la reintegración sostenible de las personas migrantes en África y Asia y en otras regiones.