



**BID**

Banco Interamericano  
de Desarrollo

# Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica

Martha Denisse Piérola  
Marisol Rodríguez Chatruc

Unidad de Migración

DOCUMENTO PARA  
DISCUSIÓN N°  
IDB-DP-00784

Junio 2020

# Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica

Martha Denisse Piérola  
Marisol Rodríguez Chatruc

Junio 2020

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



<https://www.iadb.org/es/inversion-social/migraciones>

# **Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica<sup>1</sup>**

Martha Denisse Piérola

Marisol Rodríguez Chatruc

11 de junio, 2020

## **Resumen**

La gran magnitud y la naturaleza repentina de los flujos migratorios recientes en América Latina y el Caribe (ALC) imponen desafíos a los sistemas de salud de los países receptores, que deben brindar atención a una población creciente. Estos desafíos se ven magnificados por el hecho de que las recientes oleadas de migrantes en ALC son particularmente vulnerables a los riesgos de salud y es posible que no tengan acceso completo a la atención médica. En este artículo, revisamos la literatura sobre las disparidades en el perfil de salud de los migrantes en comparación con los nativos e identificamos cuáles son las principales fuentes de disparidades en el acceso de los migrantes a la atención médica. Asimismo, presentamos evidencia de estas disparidades y sus fuentes en ALC. Finalmente, brindamos recomendaciones de políticas destinadas a aliviar las disparidades en salud de los migrantes en ALC.

---

<sup>1</sup> Información de contacto: [mpierola@iadb.org](mailto:mpierola@iadb.org), [marisolro@iadb.org](mailto:marisolro@iadb.org); Unidad de Migraciones del Sector Social, Banco Interamericano de Desarrollo. Las autoras están extremadamente agradecidas con Bill Savedoff y Joaquim Tres por sus útiles comentarios y con Camila Cortés, Fernando Morales y Gastón Nievas por su excelente asistencia en la investigación.

## **Introducción**

La población migrante de América Latina y el Caribe (ALC) ha venido creciendo durante los últimos años a un ritmo sin precedentes en la historia reciente. Desde 2015, más de 5 millones de venezolanos han abandonado su país y el 80 por ciento de ellos se ha establecido en otros países de ALC. Además, los haitianos también han estado migrando a través del continente con, por ejemplo, 275,000 visas otorgadas por Chile en los últimos 10 años; y el 12 por ciento de la población de Belice son inmigrantes centroamericanos. La gran magnitud y la naturaleza repentina de algunos de estos flujos de personas imponen numerosos desafíos a los países receptores, especialmente a sus sistemas de salud, que tienen que brindar atención a una población creciente.

Estas recientes oleadas de migrantes en ALC son particularmente vulnerables a riesgos de salud por varias razones. Es probable que vivan en condiciones precarias, tengan trabajos inestables y realicen largos viajes en los que están expuestos a la inseguridad alimentaria, la falta de refugio y el riesgo de trata de personas. Muchos de ellos abandonan sus países de origen con problemas de salud preexistentes y falta de vacunación, que junto con los peligros que enfrentan en el camino, contribuyen a un perfil de salud deteriorado tras su llegada a los países de destino. Además, su acceso a los servicios de salud es limitado, especialmente si son indocumentados. Estas vulnerabilidades se exacerban en el contexto actual de la pandemia de Covid-19, ya que los migrantes son menos capaces de aislarse, tienen más probabilidades de vivir en condiciones de hacinamiento y tienen menos acceso al agua y al saneamiento que la población nativa.

En este artículo, estudiamos las disparidades en el perfil de salud y en el acceso a la atención médica de los inmigrantes. Primero, revisamos la literatura sobre las disparidades en su estado de salud en relación con los nativos, distinguiendo entre migrantes económicos y forzados. Luego, presentamos evidencia de estas disparidades entre inmigrantes y nativos en ALC. En segundo lugar, identificamos cuáles son las principales fuentes de disparidades en el acceso de los migrantes a la atención médica de acuerdo con la literatura y presentamos, cuando está disponible, evidencia de estas disparidades en ALC. Tercero, con base en la evidencia que reunimos, proporcionamos recomendaciones de políticas para aliviar las disparidades de salud de los migrantes en ALC. Finalmente, concluimos identificando las áreas donde se necesita más investigación en la región y las formas en que las estadísticas sobre la salud de los migrantes podrían mejorarse.

### **1. Disparidades en salud entre migrantes y nativos**

#### **a) El perfil de salud de los migrantes económicos**

En el caso de los migrantes económicos, existe una "sesgo de selección en salud" positivo ya que las personas más saludables (en relación con la persona representativa en el país de origen) son las que probablemente migren más por motivos económicos (Jasso et al., 2004). Por lo tanto, tras su llegada, estos migrantes tienden a ser más saludables que los nativos

en los países receptores, incluso cuando estos últimos son naciones desarrolladas. Por ejemplo, esto se ha observado en los Estados Unidos, donde las disparidades entre los perfiles de salud de la población nativa y los migrantes económicos tras su llegada, parecen favorecer a estos últimos (Antecol y Bedard, 2006, Bennett et al., 2007).

A medida que los migrantes pasan más tiempo en sus países de acogida, la evidencia sobre la evolución de las disparidades es mixta. Por un lado, se ha encontrado que las tasas de mortalidad son más bajas entre los migrantes que entre la población nativa. Esto podría deberse a que los migrantes más pobres y menos saludables regresan a sus países de origen y no informan sobre su muerte a la comunidad de acogida (efecto de "sesgo del salmón") o debido al hecho de que el efecto de "sesgo de selección en salud" positivo se mantiene en el tiempo. Por otro lado, también hay evidencia de que los resultados de salud de los migrantes convergen a los niveles de los nativos con el tiempo y que sus problemas de salud terminan siendo similares (Giuntella et al., 2018, OMS, 2019). De hecho, la evidencia en la literatura de "aculturación negativa" documenta un deterioro de la salud de los migrantes a lo largo del tiempo, debido al hecho de que a medida que pasa el tiempo, los migrantes adquieren los hábitos menos saludables de la población de acogida (Riosmena et al., 2017; Bennett et al., 2007, Cabassa, 2003).

#### b) El perfil de salud de los migrantes forzados

El efecto de selección observado en los migrantes económicos funciona de manera opuesta para los migrantes forzados o refugiados (aquellos que huyen del colapso de la economía y las instituciones de su país, los conflictos armados o la persecución). Tras su llegada, la salud de los migrantes forzados normalmente está en peor estado en comparación con la población de acogida y también en comparación con los migrantes no forzados, ya que los migrantes forzados han pasado por más dificultades.

A diferencia de los migrantes económicos, para quienes existe evidencia de convergencia en las disparidades en relación con la población nativa, la desventaja de salud de los refugiados parece persistir en el tiempo (Giuntella et al., 2018). Aunque la desventaja para la salud de los refugiados es lo suficientemente fuerte como para esperar mejoras en la salud con el tiempo (Reed y Barbosa, 2017), también hay evidencia de "aculturación negativa" y resultados de salud más pobres, especialmente en términos de afecciones crónicas como la diabetes (Cuhane-Pera et al., 2007) y obesidad e hipertensión (Dookeran et al., 2010). Por ejemplo, la desventaja de salud de los refugiados en los Estados Unidos parece manifestarse más prominentemente en condiciones crónicas, limitaciones funcionales y estado general de salud (Reed y Barbosa, 2017). Se ha encontrado que el bienestar subjetivo de los migrantes es más bajo que el de los nativos (Chen et al., 2019), lo que indica que la salud mental puede estar jugando un papel importante para explicar la persistencia de las disparidades de salud.

#### c) La salud de los migrantes en América Latina y el Caribe

Además del efecto de selección en salud, la edad favorece los resultados de salud de los migrantes. La población migrante normalmente tiende a concentrarse en los grupos de edad

laboral más jóvenes, que tienen menos probabilidades de enfermarse o sufrir enfermedades crónicas. Los migrantes en los países latinoamericanos no son una excepción a este patrón. Por ejemplo, en Chile, en 2018, cerca del 60% de la población migrante se concentró en el grupo de edad de 20 a 39 años, mientras que, en Perú en 2018, cerca del 72% de la población venezolana estaba en el grupo de edad de 18 a 44 años. Entonces, no es sorprendente que, en Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, el porcentaje de personas que informan afecciones de salud como diabetes e hipertensión sea menor en la población migrante (4% y 16% respectivamente) que dentro de la población nativa (11% y 27% respectivamente). En Perú, según la Encuesta de migrantes venezolanos de 2018 (ENPOVE), solo 1 de cada 10 migrantes venezolanos entrevistados informó tener una afección crónica.

Sin embargo, a pesar de su juventud, la población migrante no es inmune a los problemas de salud una vez que se establecen en sus destinos. Por ejemplo, casi la mitad de los inmigrantes venezolanos encuestados en ENPOVE 2018 en Perú se enfermaron o tuvieron problemas médicos desde su llegada. El estrés y el trauma a los que están expuestos los migrantes afecta su salud mental, debido a la precariedad de sus condiciones de vida y de trabajo. En Chile, el 45% de los migrantes encuestados en la ENS 2016-2017 reportaron sufrir depresión y casi el 30% reportó ansiedad.

Si bien estas cifras son indicativas de las disparidades existentes en el perfil de salud de la población migrante en relación con la población nativa, un análisis más preciso de tales disparidades requeriría el uso de información basada en muestras representativas de la población migrante en cada país. Desafortunadamente, las principales fuentes de información disponibles para evaluar los perfiles de salud de los migrantes son las encuestas (de hogares o de salud) que se basan en muestras que no tienen esa representación y, por lo tanto, podrían generar cifras sesgadas; o se basan en registros de hospitalización donde la selección es un problema (solo observamos el perfil de salud de aquellos que solicitan atención médica). El diseño e implementación de encuestas dedicadas específicamente a la población migrante aliviarían estos problemas.

Finalmente, con más de 4 millones de migrantes venezolanos desplazados en ALC, la posible transmisión de enfermedades infecciosas se ha convertido en un tema preocupante. El colapso del sistema de salud en Venezuela ha llevado a la reaparición de enfermedades infecciosas previamente controladas o eliminadas: se han informado brotes de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión y la difteria, así como un aumento en la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el resurgimiento del VIH y la tuberculosis (Tuite et al., 2018). En Colombia, se ha encontrado que las entradas más masivas de migrantes venezolanos están asociadas con un aumento en la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación (varicela y tuberculosis), así como enfermedades de transmisión sexual (SIDA y sífilis), pero no con aumentos en enfermedades transmitidas por vectores (Ibáñez y Rozo, 2020).

## **2. Fuentes de disparidades en el acceso y uso de los servicios de salud por parte de los migrantes**

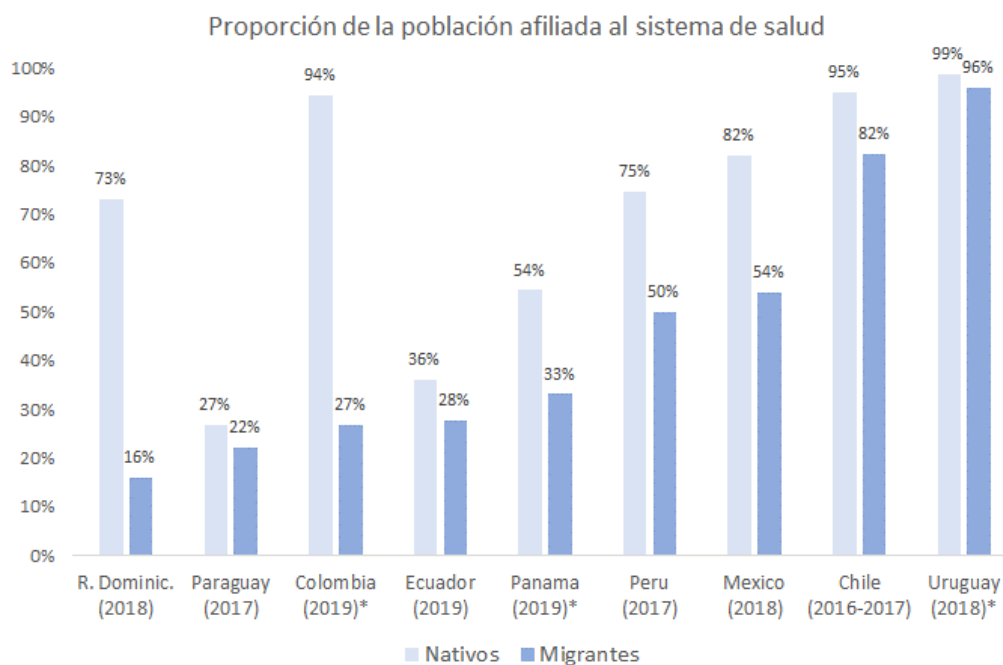
### **a) Falta de cobertura**

En la mayoría de los países, el estado legal de los inmigrantes determina el tipo de acceso a los servicios de salud que tienen. Cuando los inmigrantes no tienen estatus legal o tienen un estatus temporal bajo una visa de trabajo, generalmente tienen menos derechos de acceso a la atención médica que un nativo. Una gran cantidad de literatura basada en los Estados Unidos muestra que la falta de seguro de salud es una barrera importante en el acceso a la atención médica, particularmente para inmigrantes y minorías (ver Institute of Medicine, 2009 y Pérez-Escamilla, 2010 para evidencia sobre hispanos y latinos en los EE.UU.).

En el caso de ALC, donde una proporción no despreciable de la población migrante reciente podría ser indocumentada, las políticas varían de un país a otro. Los migrantes en Argentina, por ejemplo, tienen acceso, independientemente de su estado migratorio, al sistema de salud universal y público (Hadler, 2015). En Colombia, todos los migrantes venezolanos tienen acceso gratuito a servicios de salud preventivos y de emergencia, independientemente de su estatus migratorio, sin embargo, el acceso completo al sistema de salud está restringido a los migrantes con estatus legal (Ibáñez y Rozo, 2020). En términos de afiliación estricta (acceso total) a los sistemas de atención médica (ya sean públicos o privados), la brecha entre las tasas de afiliación de inmigrantes y de nativos varía entre los países de acogida en la región (Figura 1). Esta brecha es particularmente grande en Colombia (68 puntos porcentuales, pp) y en República Dominicana (57 pp), seguido de México (28 pp), Perú (25 pp) y Panamá (21 pp).



**Figura 1**



Fuente: Cálculos de las autoras basados en Encuestas Nacionales de Hogares, excepto en Chile (Encuesta Nacional de Salud) y México (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición).

Las cifras sobre el acceso de los migrantes deben considerarse indicativas. Las encuestas de hogares no están diseñadas para ser representativas de la población migrante.

\* Afiliación al sistema público de salud solamente. En todos los demás países, las cifras incluyen la afiliación a los sistemas de salud públicos y privados.

Sin embargo, incluso cuando los migrantes tienen acceso legal a los servicios de salud, no pueden usarlos con la misma intensidad que los nativos. Por ejemplo, los migrantes en los Estados Unidos, incluso cuando están asegurados, usan menos servicios y tienen gastos médicos más bajos que las personas nacidas en los Estados Unidos (Ku 2009). En Colombia, según la información del Censo de 2018, el 36% de los migrantes informan que tuvieron una necesidad médica y no buscaron ayuda médica, mientras que el porcentaje correspondiente a las personas nacidas en Colombia es del 16%. Esto implica que puede haber otras barreras además de la falta de cobertura que impiden el uso completo de estos servicios por parte de los migrantes (ver las subsecciones siguientes) tales como: discriminación, barreras lingüísticas y culturales, y falta de información o miedo a la deportación en el caso de los inmigrantes indocumentados.

Dada la falta de cobertura en los servicios de salud, los migrantes tienen que depender de fuentes alternativas de ayuda médica. Las farmacias son una de ellas. En América Latina, se ha observado que el 55% de los migrantes en Perú y el 11% en Ecuador buscan ayuda médica en estos establecimientos. Los centros de atención médica (que no sean hospitales y clínicas) también han sido visitados por migrantes, especialmente cuando hay niños enfermos involucrados (Abuelafia, 2020).

## b) Discriminación, prejuicio y estereotipos

La discriminación es un determinante potencialmente importante de las disparidades de salud entre nativos y migrantes. En principio, puede afectar la salud de los migrantes a través de dos canales (Johnston y Lordan, 2012). Primero, la experiencia de discriminación en sí misma puede inducir efectos fisiológicos y psicológicos, que pueden tener un impacto negativo en la salud. En segundo lugar, el trato diferenciado de los trabajadores de salud hacia los grupos de migrantes puede conducir a una peor calidad de atención. El tratamiento diferencial de un médico hacia un grupo minoritario, como los migrantes, puede tener múltiples fuentes (Balsa y McGuire, 2003): prejuicio de los médicos que se manifiesta como una menor disposición a tratar e interactuar con pacientes de grupos minoritarios (discriminación basada en el gusto), interpretación diferencial de los médicos de síntomas de pacientes de grupos minoritarios (incertidumbre clínica), o creencias distintas por parte de los médicos sobre el estado de salud y el comportamiento relacionado con la salud de ciertos grupos raciales o étnicos (discriminación estadística).

La evidencia para Sudáfrica muestra que a los migrantes zimbabuenses se les niega la atención a pesar de que tienen derecho a ella y también se enfrentan al abuso verbal y físico (Crush y Tawodzera, 2014). Los migrantes en los países de América Latina también pueden estar expuestos a comportamientos discriminatorios cuando buscan tratamiento médico. Los resultados preliminares de un estudio en curso del BID sobre la integración social de los migrantes venezolanos en Perú muestran que 1 de cada 4 migrantes venezolanos que participaron en la encuesta, sienten que la atención que se les brindó cuando buscaban servicios médicos no era la misma que a un Nacional peruano. Se necesita más investigación para contrastar la calidad real del servicio recibido por los migrantes con el recibido por los nativos de ALC.

## c) Barreras lingüísticas y culturales

Las diferencias lingüísticas y culturales también pueden actuar como barreras para el acceso de los inmigrantes a servicios de salud de alta calidad. Los estudios de inmigrantes latinoamericanos en los Estados Unidos (Escarce y Kapur, 2006; Flores, 2005) han demostrado que los inmigrantes que solo hablan español reportan menos satisfacción como pacientes que aquellos que hablan inglés y que los inmigrantes que necesitan y obtienen un intérprete médico reportan mejor calidad de atención y menos errores médicos que aquellos que no reciben uno. Por lo tanto, las competencias lingüísticas y las habilidades de comunicación culturalmente apropiadas son clave para aumentar la satisfacción del paciente y la calidad de la atención entre los inmigrantes (Anderson et al., 2003, Betancourt et al, 2004).

Aunque la mayoría de los inmigrantes intrarregionales en ALC hablan el idioma oficial del país anfitrión, existen importantes corredores de migración en los que este no es el caso, como: Haití-República Dominicana, Haití-Chile, Venezuela-Brasil, Venezuela-Guyana, Venezuela-Trinidad y Tobago y el Triángulo Norte-Belice. Este es también el caso de los inmigrantes que pertenecen a comunidades indígenas monolingües. Se necesita más

evidencia sobre las barreras específicas que enfrenta la población migrante en estos corredores y la que pertenece a comunidades indígenas.

d) Falta de información y miedo a la deportación

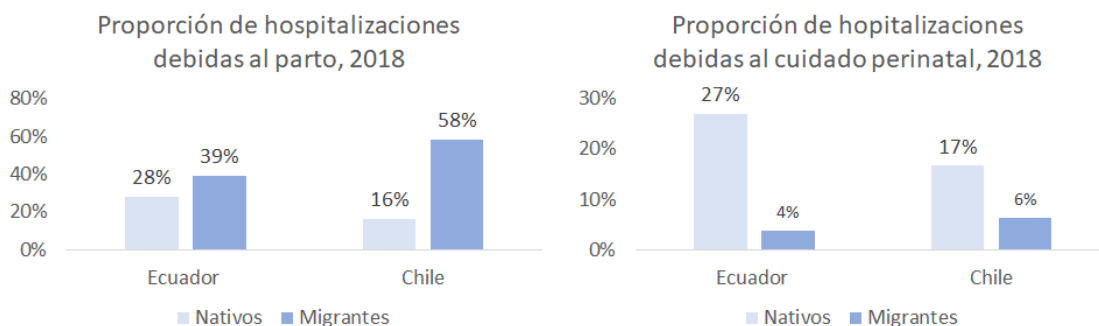
Incluso en los países donde tienen acceso a la salud pública, independientemente de su estado legal, los inmigrantes pueden no asistir a los centros de salud debido a la falta de información sobre sus derechos o por temor a ser deportados, si son indocumentados (ver Cuadro 1 para una discusión sobre cómo estos los factores pueden ser particularmente perjudiciales para mujeres y niños). En los Estados Unidos se ha encontrado una falta de conocimiento sobre la elegibilidad para Medicaid entre los refugiados africanos (Asgary y Segar, 2011), mientras que, en países en desarrollo como Sudáfrica, se ha reportado temor a la deportación (Crush y Tawodzera, 2014).

En el caso de ALC, la ENPOVE 2018 revela que el miedo debido al estatus migratorio es una de las razones por las cuales los migrantes venezolanos en Perú no buscan servicios médicos. También hay evidencia cualitativa indicativa (basada en grupos focales) de que este también puede ser el caso en Colombia (Ibáñez y Roza, 2020).

### Cuadro 1. Preocupaciones médicas especiales y barreras que enfrentan mujeres y niños.

La evidencia de Canadá (Sword et al. 2006) y Europa (Balaam et al., 2013) muestra que las mujeres migrantes enfrentan barreras particulares a la atención de alta calidad relacionadas con la comunicación fallida con profesionales de la salud, falta de información y conciencia, mala salud mental (trauma o depresión relacionada con la movilidad humana), y la falta de apoyo de la familia y los allegados. La falta de información en la población migrante femenina puede ser fatal. Según la OMS (2019), las mujeres migrantes que no están informadas sobre la disponibilidad de servicios de salud reproductiva (incluida la atención prenatal y la lactancia materna) pueden recibir diagnósticos tardíos y sus afecciones pueden poner en peligro la vida de las mujeres y sus bebés. Esto es particularmente preocupante dado que, en la región, existe una demanda considerable de estos servicios de salud entre los migrantes. Por ejemplo, en países como Chile y Ecuador en 2018, el porcentaje de hospitalizaciones debido al parto es considerablemente mayor entre la población migrante que entre los nativos, mientras que el porcentaje de hospitalizaciones debido a la atención perinatal es menor entre la población migrante (Figura 2). Esto sugiere que las mujeres migrantes tienen menos probabilidades que las mujeres nativas de buscar atención médica para la atención perinatal, por lo que la proporción de hospitalizaciones debido a situaciones en las que la hospitalización es más esencial (es decir, el parto) es mayor.

Figura 2



Fuente: Cálculos de las autoras basados en "Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios", INEC en Ecuador, y "Egresos Hospitalarios" del Departamento de Estadísticas e Información de Salud en Chile.

La falta de acceso de los migrantes a la atención médica es particularmente perjudicial para las mujeres y los niños, ya que son grupos vulnerables a los riesgos de salud. Por ejemplo, la gripe puede ser más grave para las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años. El riesgo de esta y otras infecciones respiratorias aumenta cuando la mujer o el niño es un migrante, dado el estrés físico y mental y la privación a la que están expuestos debido a la falta de vivienda, alimentos y agua potable (OMS, 2019). Su menor acceso a la atención médica hace que la amenaza para la salud de las infecciones respiratorias sea aún más grave. La fuerte demanda de servicios de salud por parte de mujeres y niños en la región se suma a la gravedad de este problema de salud. Por ejemplo, en Colombia, de acuerdo con los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (2017-2019), el 70% de los servicios prestados a migrantes fueron solicitados por mujeres, en su mayoría relacionadas con el embarazo, y 2 de cada 10 pacientes eran niños menores de 10 años (Observatorio Proyecto Migración Venezuela, 2020).

### 3. Recomendaciones de política

Con base en la evidencia de la región y otros países, las posibles pautas para los responsables de política en los países de ALC que reciben flujos migratorios grandes y repentinos incluyen:

- Campañas de vacunación. Dada la prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación entre la población venezolana, las campañas de vacunación en regiones con una alta densidad de migrantes podrían ser una forma costo-efectiva de prevenir la propagación de enfermedades como la varicela, la difteria y el sarampión.
- Acceso a la atención médica para migrantes. Es necesario ofrecer a los migrantes acceso completo a la atención médica tras su llegada, incluida la atención preventiva, para tratar las condiciones preexistentes y prevenir otras nuevas que pueden resultar de largos períodos en el camino en condiciones precarias, incluida la falta de acceso a agua y saneamiento. Cabe señalar que, si estas medidas no van acompañadas de una regularización de estatus migratorio, los migrantes ni siquiera pueden usar los servicios de salud por temor a la deportación.
- Campañas de información. Este tipo de campaña podría ser una forma de reducir la falta de información, no solo sobre hábitos saludables, sino también sobre los derechos de los migrantes a los servicios de salud. Involucrar a las organizaciones de inmigrantes puede ayudar a ajustar el tono del mensaje y a atraer a un público más amplio. El uso de los canales de redes sociales apropiados podría ayudar a llegar a las comunidades objetivo de inmigrantes y de acogida. Un ejemplo podrían ser campañas para comunicar a la población migrante que no serán deportadas si buscan atención. Además, las campañas sobre métodos anticonceptivos (junto con un mejor acceso a estos productos) podrían ser efectivas para reducir la prevalencia del VIH y otras ETS entre los migrantes.
- Programas de competencia cultural y servicios de interpretación. El seguro de salud no garantiza un acceso satisfactorio a la atención médica. La discriminación, las diferencias culturales y el idioma pueden convertirse en barreras importantes para el uso completo de los servicios de salud por parte de los migrantes. Es importante, por lo tanto, que el personal de atención médica esté adecuadamente capacitado en las competencias culturales necesarias para tratar a los migrantes y que los servicios de interpretación estén disponibles, de ser necesarios. Emplear inmigrantes en estos servicios puede ayudar a generar confianza y a adaptarse a las necesidades de los migrantes.
- Acceso a la atención médica para las mujeres migrantes. Se debe prestar especial atención al acceso de las mujeres migrantes al sistema de salud completo, o al menos, a algunos tipos de servicios de salud preventivos, como los controles prenatales.
- Opciones de atención médica alternativas para los migrantes. Dada la dependencia de los migrantes de fuentes alternativas de ayuda médica cuando no están cubiertos por ningún sistema de atención médica (por ejemplo, farmacias, centros de atención médica), los esfuerzos destinados a contener la propagación de enfermedades infecciosas, como la Covid-19, entre los migrantes podría incluir esfuerzos conjuntos con este tipo de establecimientos en ubicaciones estratégicas.

#### **4. Conclusiones**

En este artículo, revisamos la literatura sobre las disparidades de salud entre las poblaciones migrantes y nativas, teniendo en cuenta las diferencias entre los migrantes económicos y forzados; y sobre las barreras que pueden explicar tales disparidades. Cuando es posible, también presentamos evidencia indicativa de la prevalencia de diferencias tanto en los perfiles de salud como en el acceso a los servicios de salud en países latinoamericanos seleccionados. Finalmente, brindamos recomendaciones de políticas para países que reciben grandes flujos migratorios, como campañas masivas de vacunación y acceso a la atención médica para migrantes.

Los datos sugieren que los inmigrantes en algunos países de América Latina tienen menor probabilidad de sufrir condiciones crónicas en comparación con la población nativa, lo que podría explicarse en parte por su juventud; sin embargo, aún enfrentan varios riesgos de salud, tanto física como mental. Al revisar las barreras que pueden ser una fuente de disparidades, observamos que el acceso a los servicios de atención médica es sistemáticamente menor para los migrantes en los países de América Latina. La discriminación también puede tener efectos perniciosos en la salud de los migrantes y en la forma en que son tratados por profesionales de la salud en el país de acogida. Del mismo modo, las diferencias culturales y lingüísticas, y la falta de información y el miedo a la deportación son otras limitaciones que pueden influir negativamente en el resultado de salud de los inmigrantes.

Si bien la evidencia reunida en este documento es indicativa de importantes disparidades de salud en la región, se necesita un análisis más exhaustivo de las brechas existentes en los resultados de salud y en el acceso a servicios de salud entre la población migrante y la nativa. Un primer paso significativo en esa dirección debería considerar esfuerzos para generar información más completa basada en muestras representativas de la población migrante. Un segundo paso necesario sería estudiar la prevalencia de barreras en el acceso de los migrantes a la atención médica en ALC. Se necesita más investigación sobre la presencia de discriminación, barreras lingüísticas y fallas de información que enfrenta la población migrante en la región.

## Referencias

- Abraído-Lanza, A., B. Dohrenwend, D. Ng-Mak, and J. Turner, 1999. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), pp. 1543-8.
- Abuelafia, E., 2020. Impacto de COVID-19 en los migrantes. Inter-American Development Bank. Draft.
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., Normand, J. and Task Force on Community Preventive Services, 2003. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), pp.68-79.
- Antecol, H. and Bedard, K., 2006. Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels? *Demography*, 43(2), pp.337-360.
- Asgary, R. and Segar, N., 2011. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), pp.506-522.
- Balaam, M.C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A.M., Ensel, A., Gouni, O. and Severinsson, E., 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of advanced nursing*, 69(9), pp.1919-1930.
- Balsa, A.I. and McGuire, T.G., 2003. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *Journal of health economics*, 22(1), pp.89-116.
- Bennett, G.G., Wolin, K.Y., Askew, S., Fletcher, R. and Emmons, K.M., 2007. Immigration and obesity among lower income blacks. *Obesity*, 15(6), pp.1391-1394.
- Betancourt, J.R., Carrillo, J.E., Green, A.R. and Maina, A., 2004. Barriers to health promotion and disease prevention in the Latino population. *Clinical Cornerstone*, 6(3), pp.16-29.
- Cabassa, L.J., 2003. Measuring acculturation: Where we are and where we need to go. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25(2), pp.127-146.
- Chen, J., K. Kosec, K., and V. Mueller, 2019. Moving to despair? migration and well-being in Pakistan. *World Development*, 113 pp. 186–203.
- Crush, J; and G. Tawodzera, 2014. Medical xenophobia and Zimbabwean migrant access to public health services in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 40(4), pp. 655-670.
- Culhane-Pera, K.A., Her, C. and Her, B., 2007. "We are out of balance here": a Hmong cultural model of diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9(3), pp.179-190.

Dookeran, N.M., Battaglia, T., Cochran, J. and Geltman, P.L., 2010. Chronic Disease and Its Risk Factors Among Refugees and Asylees in Massachusetts, 2001-2005. *Preventing Chronic Disease*, 7(3).

Escarce, J. J., and K. Kapur, 2006. Access to a quality of health care. In M. Tienda & F. Mitchell (Eds.), National Research Council: Hispanics and the future of America, pp. 410-446. Washington, DC: National Academies Press.

Flores, G., 2005. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research & Review*, 62, 255-299.

Giuntella, O., Z. Kone, I. Ruiz, and C. Vargas-Silva, 2018. Reason for immigration and immigrants' health. *Public Health*, 158, pp. 102 – 109. Special issue on Migration: A global public health issue.

Hadler, M.W., 2015. Migration and patient mobility in Latin America. In *Handbook on medical tourism and patient mobility*. Edward Elgar Publishing.

Ibañez, A. M. and S. Rozo, 2020. Forced Migration and the Spread of Infectious Diseases. Draft.

INEI (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática), 2019. Perú: Condiciones de Vida de la Población Venezolana que reside en Perú. Resultados de la Encuesta dirigida a la población venezolana que reside en el país, ENPOVE, 2018. Junio, 2019. Available at: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1666/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/libro.pdf)

Institute of Medicine, 2009. America's Uninsured Crisis: Consequences for Health and Health Care. Washington, DC: The National Academies Press.

Jasso, G., D.S. Massey, M. Rosenzweig, and J.P. Smith, 2004. Immigrant Health – Selectivity and Acculturation. in NB Anderson, RA Bulatao & B Cohen (eds), *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. National Academy Press, Washington, DC, pp. 227-266.

Johnston, D.W. and Lordan, G., 2012. Discrimination makes me sick! An examination of the discrimination–health relationship. *Journal of Health Economics*, 31(1), pp.99-111.

Ku, L., 2009. Health insurance coverage and medical expenditures of immigrants and native-born citizens in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(7), pp.1322-1328.

Lu, Y. and L. Qin, 2013. Healthy migrant and salmon bias hypotheses: a study of health and internal migration in China. *Social Science & Medicine*, 102, pp. 41-48.

Malmusi, D.; C. Borrell and J. Benach, 2010. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71, pp. 1610-1619.



Observatorio Proyecto Migración Venezuela, 2020. Informe sobre necesidades en salud de la población migrante en Colombia. Available at:

<https://migravenezuela.com/web/articulo/atencion-en-salud-a-venezolanos-en-colombia/1800>

Perez-Escamilla, R., 2010. Health care access among Latinos: implications for social and health care reforms. *Journal of Hispanic Higher Education*, 9(1), pp.43-60.

Puschmann, P.; R. Donrovich and K. Matthijs, 2017. Salmon Bias or Red Herring?: Comparing Adult Mortality Risks (Ages 30–90) between Natives and Internal Migrants: Stayers, Returnees and Movers in Rotterdam, the Netherlands, 1850–1940. *Human Nature*, 28(4) pp. 481–499.

Reed, H.E. and Barbosa, G.Y., 2017. Investigating the refugee health disadvantage among the US immigrant population. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 15(1), pp.53-70.

Riosmena, F.; B. G. Everett; R. G. Rogers; and J. A. Dennis, 2018. Negative Acculturation and Nothing More? Cumulative Disadvantage and Mortality during the Immigrant Adaptation Process among Latinos in the United States. *International Migration Review*, 49(2), pp. 443–478.

Sword, W., S. Watt, and P. Krueger,, 2006. Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(6), pp.717-727.

Tuite, A.R., Thomas-Bachli, A., Acosta, H., Bhatia, D., Huber, C., Petrasek, K., Watts, A., Yong, J.H., Bogoch, I.I. and Khan, K., 2018. Infectious disease implications of large-scale migration of Venezuelan nationals. *Journal of travel medicine*, 25(1).

United Nations High Commissioner for Refugees, 2016. UNHCR viewpoint: ‘Refugee’ or ‘migrant’ – Which is right?. Available at:

<https://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>

World Health Organization, Regional Office for Europe, 2019. Migration and health: key issues. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migranthealth-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>