

Fórum

Hacia una política de salud pública internacional: Migración y enfermedades tropicales

Towards an International Public Health Policy: Migration and tropical Diseases

<https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.612.003>

Jorge Marcelo Quintana Llanes^{1,*}

<https://orcid.org/0000-0002-6773-9411>

Carlos G. López Barrionuevo¹

<https://orcid.org/0000-0003-1102-4350>

Adriana López Falcón¹

<https://orcid.org/0000-0002-1258-6227>

Francisco Xavier Poveda Paredes¹

<https://orcid.org/0000-0002-2009-3502>

Recibido: 02/01/2021

Aceptado: 27/03/2021

RESUMEN

En el año 2020 un total de 272 millones de personas fueron considerados migrantes internacionales, lo que significa que 1 de cada 30 personas en el mundo viven fuera de su país de origen o de residencia habitual. Actualmente, la región andina, compuesta por cinco países sudamericanos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, acoge a casi de 5 millones y medio de migrantes internacionales. Estas cinco naciones poseen características socioambientales similares, como sectores con pobreza económica, bajas condiciones higiénicas y deficiencias en los programas de salud que, en conjunto a la fauna, ecología y la presencia riesgos biológicos propios de la zona tropical, desencadenan en la reemergencia de enfermedades tropicales. En 2020, al riesgo combinado de todas ellas se sumó el alto nivel patogénico del COVID-19, afectando a millones de ciudadanos y migrantes, tanto andinos como intercontinentales, pero en especial aquellos en condición irregular. La adopción de políticas de salud pública internacional acertivas permitirán enfrentar las contingencias sanitarias que afectan a este grupo en la región andina.

Palabras clave: Migración, políticas sanitarias internacionales, enfermedades tropicales, COVID-19.

ABSTRACT

In 2020, 272 million people were considered international migrants, which means that 1 in 30 people in the world live outside their country of origin or habitual residence. Currently, the Andean region, made up of five South American countries: Bolivia, Colombia, and Ecuador, Peru and Venezuela, hosts almost 5 and a half million international migrants. These five nations have similar socio-environmental characteristics, such as sectors with economic poverty, low hygienic conditions and deficiencies in health programs that together with the fauna, ecology and the presence of biological risks typical of the tropical zone, trigger the reemergence of tropical diseases. In 2020, the combined risk of all of them was added the high pathogenic level of COVID-19, affecting millions of citizens and migrants, both Andean and intercontinental, but especially those in an irregular condition. The adoption of successful international public health policies will make it possible to face the health contingencies that affect this group in the Andean region.

Key words: Migration, international health policies, tropical diseases, COVID-19.

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador

*Autor de Correspondencia: ua.jorgequintana@uniandes.edu.ec

Introducción

La migración está relacionada con la humanidad desde sus inicios, lo cual ha permitido históricamente el asentamiento en nuevos lugares geográficos, como ocurrió a partir del siglo XVI en el continente americano. Al llegar al año 2020 un total de 272 millones de personas fueron considerados Migrantes Internacionales (MI), lo que significa que 1 de cada 30 personas en el mundo viven fuera de su país de origen o de residencia habitual (ACNUDH, 2018), una proporción que ha aumentado levemente en los últimos 25 años. De acuerdo a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), la cuarta parte de esa población está conformada por infantes y adultos mayores (Figura 1).

Las motivaciones para migrar son diversas, y pueden estar enmarcadas por conflictos, catástrofes naturales, degradación del medio ambiente, persecución política, pobreza, discriminación, falta de acceso a los servicios básicos, o bien en busca de nuevas oportunidades, en particular laborales o educativas (OIM, 2020). Al establecerse en la nación de destino, El MI se enfrenta a determinantes socioeconómicas distintas a las de su origen, que en algunos casos incluyen el idioma, las leyes, la cultura y la dinámica productiva; pero también se encuentra con condiciones naturales

propias del área como el clima, el ambiente, la disponibilidad de recursos básicos y los riesgos biológicos. En conjunto, varían de acuerdo a la región del mundo donde se establezca el MI.

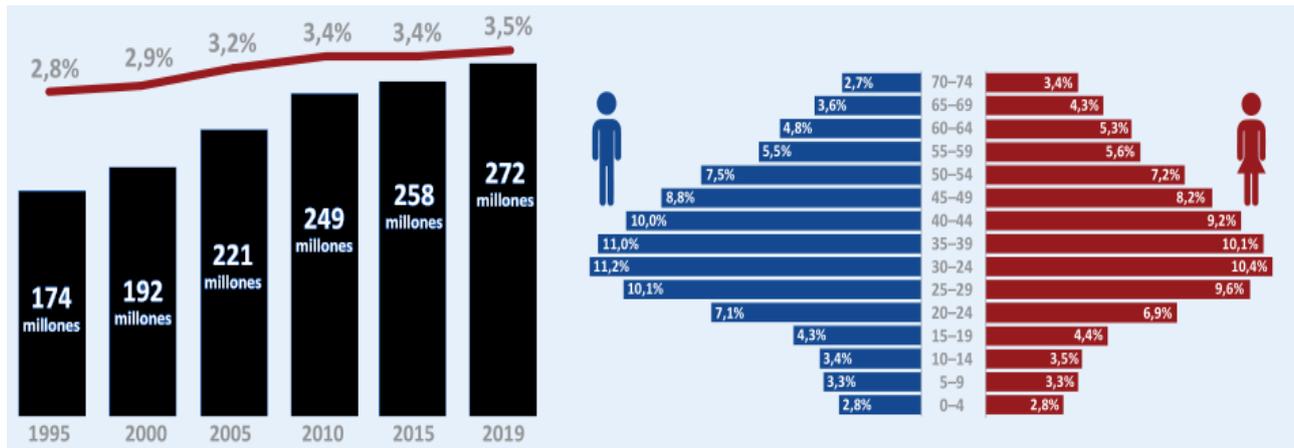


Figura 1. Número y proporción de migrantes internacionales

Fuente: OIM, (2020).

Región Andina de las Américas: Destino tropical

La Región Andina (RA) está compuesta por cinco países sudamericanos: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, con una población conjunta que supera los 141 millones de habitantes (Banco Mundial, 2021) incluyendo a casi de 5 millones y medio de migrantes internacionales (UNDESA, 2020), de los cuales la tercera parte se concentran en Colombia (1,9 millones). Actualmente, los MI representan el 1,4% de la población de Bolivia, el 3,7% de la de Colombia, el 4,5% de la de Ecuador, el 3,7% de la de Perú y el 4,7% de la de Venezuela. En esta última nación se presenta un fenómeno migratorio: a pesar de ser el país de la RA con la mayor proporción de inmigrantes dentro de su territorio respecto a su población, también ha sido el mayor aportante de emigrantes en el actual quinquenio. De Acuerdo a cifras gubernamentales, en Colombia residen 1,7 millones de venezolanos (Migración Colombia, 2021), mientras que en Perú esta cifra es de 1 millón (UNDESA, 2020) y en Ecuador es de 0,4 millones (OIM, 2019). Sin embargo, históricamente la Región Andina ha sido escenario de movimientos migratorios entre sus fronteras. Este es el caso de los migrantes colombianos, de los cuales 0,9 millones se han establecido en Venezuela y 0,2 millones en Ecuador a lo largo de los años. En adelante, nos referiremos al grupo de migrantes dentro de las fronteras de la RA como Migrantes Andinos (MA).

De acuerdo a Espinoza *et al.*, (2021), todos los países que conforman la RA comparten además un incremento del flujo migratorio intercontinental de personas, y un aumento en el uso de los medios de transporte entre las zonas tropicales y subtropicales. Ambos factores se evidencian en los 0,3 millones de europeos, 0,1 millones de asiáticos y los 0,1 millones de norteamericanos que residen como migrantes en la región (UNDESA, 2020). Estos autores, igual que Amador, (1969) & Espinal, (1987) también destacan que las cinco naciones poseen características socioambientales similares, como sectores con pobreza económica, bajas condiciones higiénicas y deficiencias en los programas de salud que en conjunto a la fauna, ecología y la presencia riesgos biológicos propios de la zona tropical, desencadenan en la prevalencia de patologías históricamente denominadas enfermedades tropicales ante las cuales los viajeros de otras zonas geográficas no tienen protección inmunológica. Según Torrades, (2001) el clima húmedo y caliente de la región favorece la proliferación de insectos, que actúan como vectores transmitiendo de un hombre infectado a un hombre sano los parásitos, bacterias o virus que son los causantes reales de las enfermedades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) enumera la malaria, el dengue, el chagas, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, el tracoma, la oncocercosis y la filariasis como ejemplos enfermedades tropicales. Ante ello, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2018) recomienda a sus ciudadanos que viajan a zonas tropicales como la RA el uso de repelente de insectos como prevención ante de las enfermedades transmitidas por los mosquitos, como la malaria, el dengue o el zika. Adicionalmente, algunos autores, como Torrades, incluyen en este grupo patologías como la tuberculosis, que se trasmite de persona a persona y también está presente en los centros urbanos de las regiones tropicales.

Enfermedades tropicales emergentes y reemergentes en la Región Andina de las Américas: riesgo para el migrante

Aunque en algunos países se había logrado avances en el control de enfermedades tropicales, en la RA han emergido patologías como el chikungunya y el zika que han afectado severamente a su población, aunado al fenómeno

de reemergencia de enfermedades infecciosas de gran interés para la salud pública como la malaria, el dengue, la leishmaniasis y la tuberculosis, entre otras (Kuri-Morales *et al.*, 2015; Peñafiel *et al.*, 2021).

Al respecto, Carod, (2016) identifica el zika como una enfermedad emergente en América, la cual proliferó debido a que la población jamás había padecido esta patología, unido a la presencia de los mosquitos transmisores en gran parte del territorio continental (Muñoz, 2016). En el quinquenio 2016-2020 se presentaron 179.867 casos de zika en la RA, exhibiendo Colombia, Perú y Venezuela una tendencia a la disminución de casos interanual (Figura 2). Sin embargo, Bolivia mostró aumento de la concentración (Romero *et al.*, 2021) que puede estar asociada a la adaptación de mosquito-vector a nuevas altitudes, siendo en Bolivia donde se ha alcanzado su mayor registro (2550 m s.n.m.), en consonancia a los hallazgos de Castillo-Quino *et al.*, (2018). Otra enfermedad emergente en la región es la Chikungunya, de la cual se reportaron 56.514 casos entre los años 2016 a 2020, siendo el primer año el de mayor ocurrencia, pero con una disminución importante de 85% de los casos para el 2017, siendo Bolivia (47%) y Colombia (36%) los países con mayores cantidades de casos confirmados (Figura 2). Según Romero *et al.*, (2021) en la RA están co-circulando ambas arbovirosis, catalogando el zika y la chikungunya como enfermedades endémicas en la región.

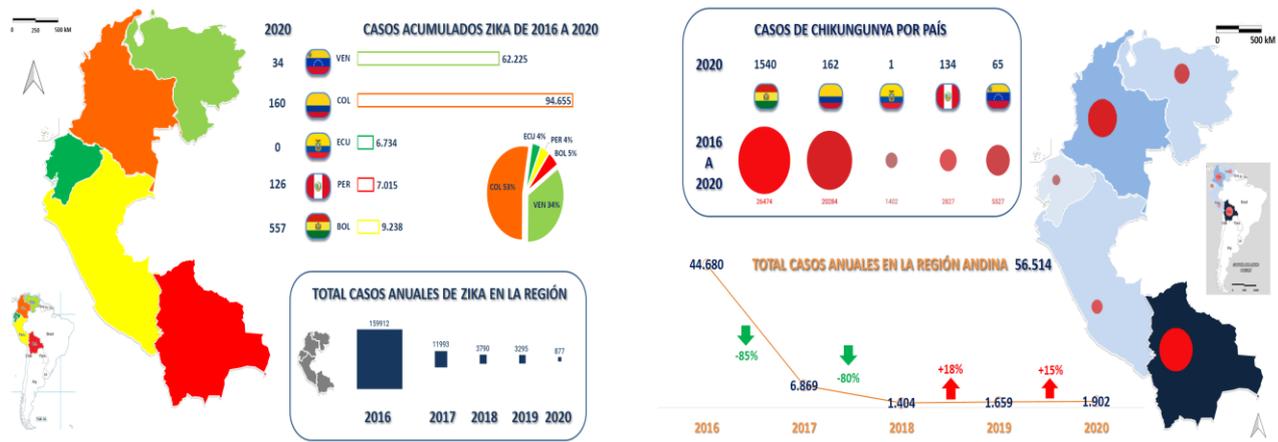


Figura 2. Casos anuales y quinquenales de zika y chikungunya en la Región Andina por país, 2016-2020

Fuente: Romero *et al.*, (2021).

Dentro de la categoría de enfermedades reemergentes se encuentra la malaria, la cual ha llegado a tener un comportamiento creciente especialmente en Venezuela, donde anualmente se alcanzan cifras cercanas a medio millón de casos. Le siguen en afectación las naciones de Colombia, con 80.415 casos en el 2019, y Perú, con 24.324 afectados por malaria en el mismo período. El mapa en la figura 3 permite evidenciar que la RA, junto a la nación colindante de Brasil, configuran actualmente el foco epidémico de la enfermedad.

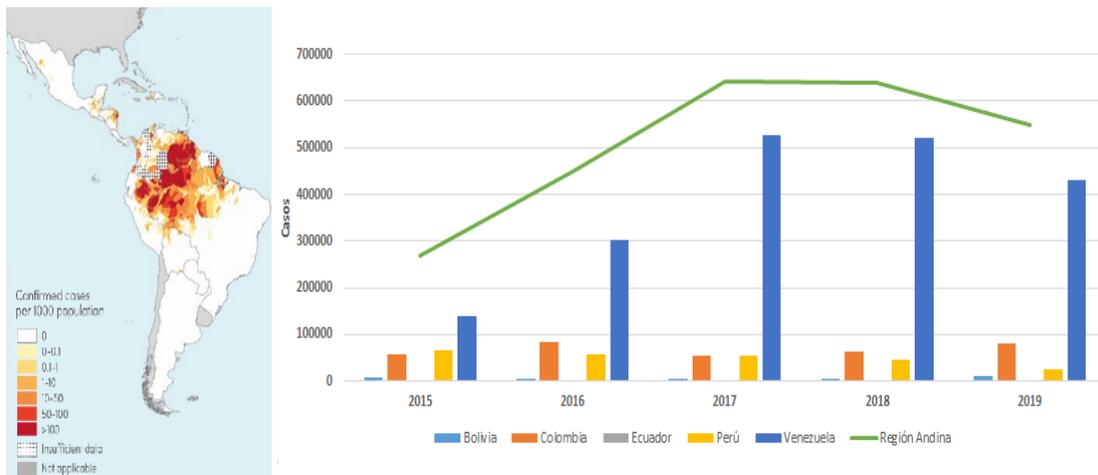


Figura 3. Incidencia de malaria en la Región Andina, casos anuales por país, 2015-2019

Mapa: OMS, (2019); Cifras obtenidas de: OPS, (2020).

Una importante enfermedad reemergente es el dengue, de acuerdo a Espinoza *et al.* (2021), quienes hallaron que este *flavivirus* afecta en especial a Bolivia, Colombia y Perú, sumando en conjunto más de 200.000 casos durante el 2020. Colombia aportó el 45% (n=373.924) del acumulado del quinquenio, Perú 21% (n=178.745), Bolivia 18% (n=150.245), Venezuela 10% (n=79.195) y 6% (n=51.314) Ecuador. En el último año Colombia tuvo una proporción del 1,12% de casos de dengue grave, la cual puede ocasionar la muerte, que duplica la media para la región andina (0,56%), y supera 4,6 veces el promedio de las américas (0,24%). De cada 10 casos de dengue grave en la RA, 7 ocurrieron entre Colombia y Bolivia (Figura 4). Adicionalmente, los autores destacan la circulación de los 4 serotipos del virus en cuatro países integrantes de la subregión, incluyendo sectores poblacionales donde históricamente no existía transmisión del mosquito vector dada sus condiciones geográficas; por lo tanto, la circulación simultánea de dos o más serotipos aumenta la ocurrencia de casos graves de la enfermedad.

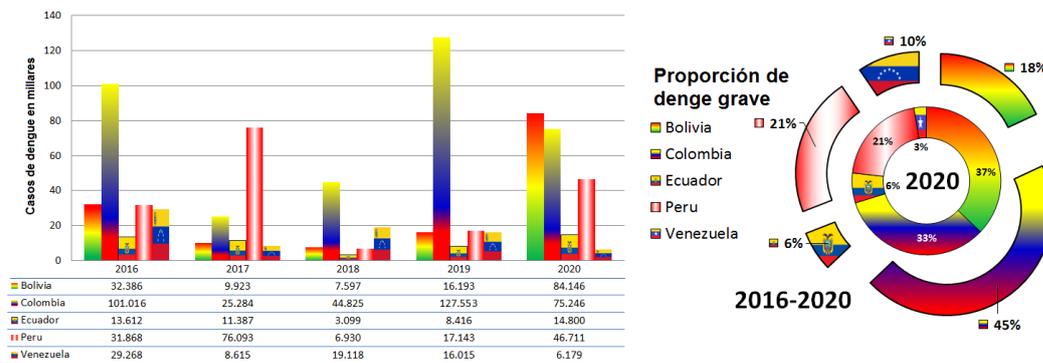


Figura 4. Casos de dengue anuales en la Región Andina por país, 2016-2020; y proporción de dengue grave
 Fuente: Espinoza *et al.*, (2021).

Según el último informe de la OPS (2021), en el 2019 los países con mayor número de casos notificados de leishmaniasis fueron Brasil (15.484), Colombia (5.907), Perú (5.349), Nicaragua (3.321) y Bolivia (2.052), tres de ellos pertenecientes a la RA. En esta región, el total de casos de ha disminuido interanualmente desde el 2016, con 23.713 casos, hasta el 2019, donde se reportaron 16.453 infecciones (Figura 5). Snow *et al.*, (2003) muestran una visión histórica de la prevalencia de la malaria principalmente en los sectores rurales, afectando en especial a personas dedicadas a la agricultura y la minería. Sin embargo, la OPS, (2021) destaca que en la actualidad cada vez más casos son notificados en zonas urbanas, debido a que los vectores se han propagado los peridomicilios, e ingresan a las viviendas transmitiendo la infección en el ambiente doméstico.



Figura 5. Mapa de incidencia de leishmaniasis cutánea (y mucosa) en América, 2019; e Histórico de casos de leishmaniasis cutánea y visceral en la Región Andina, 2012-2019
 Fuente: OPS, (2021).

La tuberculosis es también una enfermedad reemergente en la RA, en concordancia a lo reportado por Peñafiel *et al.*, (2021), con una sumatoria de 90.000 casos en el último año reportado y tasas de incidencia que superan 2.2 veces el promedio continental en la carga de la enfermedad en América. En 2019, el país con más notificaciones fue Perú con 32.970 casos, lo que representa una tasa de incidencia por 100.000 habitantes de 119 casos; en este indicador le sigue Bolivia con 106. En un análisis de los factores de riesgo comunes a la tuberculosis, Rodríguez-Morales & Castañeda-

Hernández, (2012) la presentan como una enfermedad con grandes inequidades según los aspectos sociales, que marcan diferencias importantes en cuanto a la morbilidad a nivel mundial.

Atención sanitaria al migrante

Peñañiel *et al.* (2021) indican que los países bajo los efectos de las enfermedades infecciosas enfrentan grandes obstáculos para lograr mejorar su calidad de vida, pero a su vez, dichas condiciones socioeconómicas condicionan en gran parte la ocurrencia de dichas enfermedades. Otro aspecto a considerar son las consecuencias de la prevalencia de las enfermedades reemergentes, especialmente para los países en vías de desarrollo con procesos activos de transición demográfica y epidemiológica, donde éstas se agregan a la carga de morbimortalidad de las patologías infecciosas tradicionales y de las crónicas no transmisibles, poniendo a prueba la capacidad de los sistemas de salud. En 2020, al riesgo combinado de todas ellas se sumó el alto nivel patogénico del COVID-19, afectando a millones de ciudadanos y migrantes, tanto andinos como intercontinentales. De acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo BID, la rápida conversión, de enfermedad emergente en Asia a pandemia mundial, de este nuevo coronavirus ha acarreado colapsos y dificultades en los sistemas y servicios de las naciones de la RA, en especial los relacionados con la atención sanitaria. La población más afectada por esta disminución ha sido precisamente la migrante, y en especial aquellos en condición irregular (Abuelafia, 2020), que sólo en Colombia, Ecuador y Perú contabilizan 1,4 millones (Tabla 1).

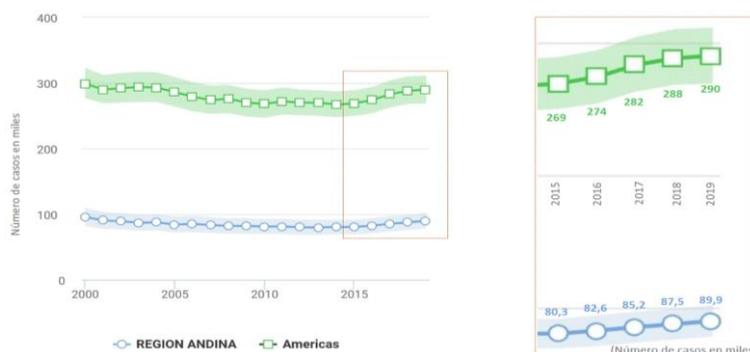


Figura 6. Casos de tuberculosis en miles, en América y la Región Andina, 2000-2019

Tabla 1. Situación de los migrantes en Colombia, Ecuador y Perú

País*	Migrantes con estatus irregular	Mi que trabajan por cuenta propia	Acceso a seguridad social	Condiciones socioeconómicas
Colombia	1.017.162	45%	90% no tiene cotización de seguridad social (DANE, 2019)	El 64% de los migrantes recientes cobran menos que el salario mínimo. Los hogares migrantes recientes tienen un ingreso que es un 40% menor que el de los hogares nacionales (DANE, 2019)
Ecuador	271.281	48%	92% no tiene contrato laboral ni acceso a seguridad social (INEI, 2019)	Al menos 86% de los migrantes reciben salarios menos al mínimo. El 60% cuenta con recursos para cubrir 2 días o menos de alimentos (INEI, 2019)
Perú	129.157	20%	94% se encuentra sin seguro laboral y el 88% sin contrato laboral.	El 18% de la población migrante es pobre, frente al 12% de la población local (Abuelafia, 2020)

*Bolivia y Venezuela no han aportado datos oficiales de migrantes en sus territorios (OEA, 2020)

Diversos aspectos confluyen en la vulnerabilidad sanitaria de los migrantes en la región. En primer lugar, Colombia, Ecuador y Perú, se convirtieron desde 2016 en países de destino de MA, la mayoría de ellos provenientes desde Venezuela estableciéndose en estos tres destinos, llegando a sumar 3 millones, con 1 millón adicional que transitaban por estos territorios para llegar a otros destinos como Chile y Argentina (Abuelafia, 2020). Paralelamente, decenas de miles de colombianos migraron hacia a Ecuador, alcanzando una población de 0,2 millones en esta nación (OIM, 2019). El alto flujo de migrantes durante un período relativamente corto de tiempo limitó la posibilidad de contar con redes de contención en los países de destino que facilitarían a los migrantes encontrar fuentes de ingreso, derivando en un detrimento del nivel socioeconómico de los migrantes (Tabla 1). Segundo, un alto porcentaje de estos viajeros no

contaron con la documentación o la permisología requerida por los países de destino, resultando en 1,4 millones de migrantes en condición irregular; lo cual conlleva a una invisibilidad ante los Estados, y la subsecuente falta de cobertura de la seguridad social, incluyendo la atención sanitaria. Finalmente, los migrantes se vieron enfrentados a modelos de desarrollo y programas de gobierno ya establecidos, a sistemas de salud con corte neoliberal, al aumento de las desigualdades e inequidades en salud, y al debilitamiento de las instituciones del Estado en sus acciones de salud pública en la región, descritos por Mejía-Ortega & Franco-Giraldo, (2007) y Fleury, (2010). En conjunto, los anteriores factores tienen implicancias sustantivas la calidad de vida de los migrantes, su poder adquisitivo, la búsqueda de atención médica y las posibilidades de ser alcanzados por medidas diseñadas para mitigar los impactos de la crisis, todas acrecentadas por la pandemia del COVID-19.

Políticas de salud pública internacional

De acuerdo a Chan *et al.*, (2013) Las comunidades que reciben a un gran número de migrantes se enfrentan a nuevas dificultades, como el aumento de la diversidad de la población, y el consiguiente cambio en su perfil cultural y en las perspectivas sanitarias de los pacientes, afectando de manera inherente el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud. Por esto motivos, los enfoques actuales para gestionar la salud de los migrantes deben responder a los crecientes desafíos derivados de la complejidad, el volumen, la velocidad, la diversidad y la disparidad de los flujos migratorios modernos, a fin de garantizar que todos los migrantes puedan ejercer su derecho fundamental a la salud. Si bien es evidente que tanto naciones como organismos no estaban preparados para atender las necesidades de todos los migrantes ante un masivo flujo de los mismos en la región, ni los desafíos adicionales devenidos por la llegada del COVID-19, la adopción de políticas de salud pública internacional acertivas permitirán enfrentar las contingencias sanitarias que afectan a este grupo en la RA.

Estas políticas resultan de los pactos y acuerdos entre los países, uno de los más reconocidos es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual desde su concepción en 1966, dispone que el derecho a la salud obliga a los gobiernos a asegurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean “accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos” (ACNUDH, 1976).

De manera más reciente, la ACNUDH presentó un modelo de políticas de salud pública internacional (Chan *et al.*, 2013) que se basa en el derecho a la salud de manera incluyente, considerando tanto los determinantes como la atención sanitaria en sí; entre los primeros se destacan aspectos como la nutrición, la educación, las condiciones sanitarias y el acceso a un techo y servicios básicos que faltan en mayor o menor medida a millones de migrantes en el mundo, en los segundos se enumeran el acceso a los servicios de salud y medicamentos esenciales. En este enfoque, ambos principios se dinamizan gracias a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Figura 7)

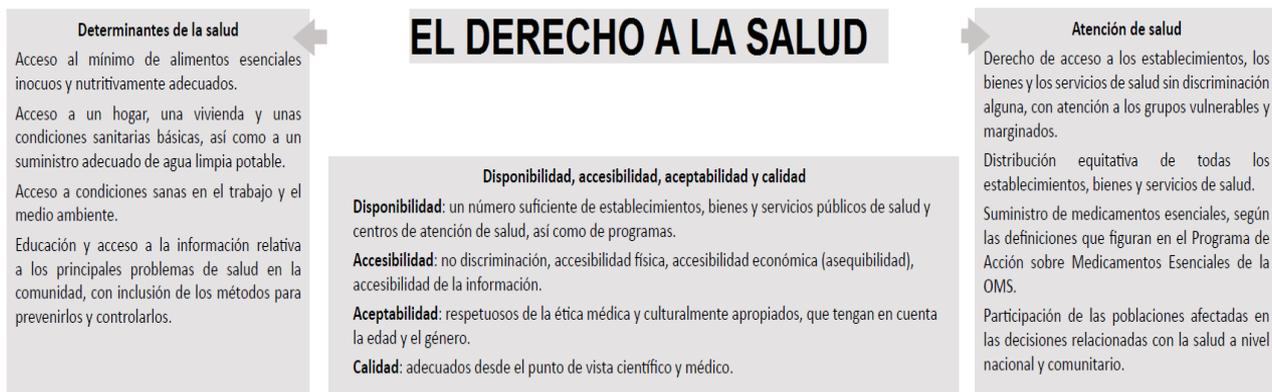


Figura 7. Principio del derecho a la salud para las políticas de salud pública internacional

Fuente: Chan *et al.*, (2013).

Este mismo espíritu fue acogido en la Agenda mundial 2015-2030, donde los migrantes están incluidos en su principio básico "no dejar a nadie atrás". De acuerdo a las Naciones Unidas, (2020) este programa plantea enfilar los esfuerzos globales en alcanzar 17 objetivos para un desarrollo sostenible e inclusivo, 11 de los cuales contienen metas e indicadores que se relacionan con la migración. La OIM, (2021) ejemplifica el vínculo entre los objetivos mundiales en materia de salud y la inclusión de los migrantes en los servicios de salud, en las metas 3.8, que busca la cobertura sanitaria universal, y en la 10.7, consistente en la migración ordenada y segura mediante políticas migratorias bien gestionadas.

En 2016, un año después de la creación esta agenda y sus 17 objetivos, la Asamblea General de las Naciones Unidas acogió la Cumbre de la ONU sobre los Refugiados y los Migrantes, durante la cual las naciones participantes adoptaron un conjunto de compromisos, conocido como la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. En seis de sus compromisos y dos de sus anexos se detallan políticas específicas en relación a la salud de los migrantes desde su llegada a destino (Tabla 2), tomando en cuenta sus necesidades y vulnerabilidades, además plantear la necesidad de combatir la discriminación a la que se ve enfrentada esta población (Naciones Unidas, 2016). De acuerdo a al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), este último aspecto no proviene únicamente del foco social, debido a que los conceptos sociológicos y jurídicos de nacionalidad y de soberanía comúnmente relacionados con la migración son usados por los estados como base para establecer una distinción entre las personas que pueden y no pueden disfrutar de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de atención sanitaria de acuerdo a su nacionalidad o condición migratoria, lo cual se considera también una forma de discriminación.

Tabla 2. Acuerdos sobre políticas internacionales sobre la salud del migrante adoptadas en la Declaración de Nueva York, 2016

No. Compromiso	Descripción
30	Atender las necesidades de salud específicas de las poblaciones migrantes, de los refugiados y de las poblaciones afectadas por crisis
31	Facilitar el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva
32 y 59	Proporcionar servicios básicos de salud, educación y desarrollo psicosocial y servicios de inscripción a los niños migrantes
39	Combatir la discriminación en la sociedad para mejorar la inclusión de los migrantes en la atención sanitaria
83	Satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas migrantes para darles acceso a servicios de salud esenciales
Anexo 1, 5c	Evaluar y atender las necesidades esenciales de los migrantes desde su llegada, facilitando su acceso a suficiente agua potable, servicios de saneamiento, alimentos, nutrición, viviendas, apoyo psicosocial y atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva
Anexo 1, 6b	Prestar asistencia a través de los proveedores correspondientes de servicios de salud nacionales y locales

Desde la Declaración de Nueva York, los Estados Miembros acordaron cooperar en la elaboración de un Pacto mundial para una migración segura, ordenada y regular, que se aprobó en la conferencia intergubernamental sobre migración internacional en diciembre de 2018 en Marruecos. Este pacto mundial estableció 9 políticas de salud pública internacional con lineamientos específicos para el bienestar integral de la población migrante (ACNUDH, 2019) las cuales se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. Políticas de salud pública internacional para la inclusión y el bienestar de los migrantes, adoptadas en la Declaración de Nueva York, 2016

1	Promover Políticas y programas de salud que aseguran que los migrantes disfruten equitativos, Acceso asequible y aceptable a la atención médica, incluyendo Servicios preventivos, curativos y de salud paliativos, drogas esenciales y Medicamentos, y vacunas infantiles
2	Promulgar normas no discriminatorias, apropiadas para las diversas necesidades, géneros, culturas e idiomas
3	Informar de manera oportuna y precisa sobre los derechos de salud, a disposición de los migrantes en todas las etapas de su viaje, a lo largo de sus rutas migratorias, en puntos de recepción y en comunidades donde Los migrantes viven y trabajan
4	Proporcionar acceso a una sexual integral basado en los derechos humanos, con información y servicios de salud reproductiva. Estos deben incluir, entre otras cosas: productos de higiene menstruales, métodos seguros y modernos de anticoncepción, anticoncepción de emergencia, atención médica materna, cuidado de aborto seguro, legal y accesible, prevención y tratamiento de Infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y atención especializada a los sobrevivientes de la violencia sexual y abuso
5	Facilitar pruebas de VIH a los migrantes que las pidan voluntariamente, con resultados confidenciales y sin consecuencias para negativas ellos, como la eliminación o retorno, o restricción de su libertad de movimiento
6	Cubrir las necesidades de salud a largo plazo o crónica de migrantes que lo necesiten, y desarrollar estrategias que brinden la continuidad de la atención. Además, transferir registros médicos en todas las etapas de la migración y a donde sea que los migrantes sean detenidos o reubicados
7	Bracceso a la atención de salud mental adecuada, incluso en la recepción, con soporte psicosocial para los migrantes que han perdido a los miembros de la familia. y para las mujeres migrantes que han sufrido abortos involuntarios durante su viaje
8	Asegurar que las autoridades de inmigración no realicen Operaciones de cumplimiento en o cerca de instalaciones médicas o locales.
9	Asegurar que los sistemas de salud y los planes de acción nacionales sobre la salud incluyan a los migrantes, independientemente de su estado, estableciendo para ello mecanismos legales y administrativos de manera explícita para garantizar que los migrantes se incluyan de hecho. Promover políticas y programas de salud que aseguran que los migrantes disfruten equitativos, acceso asequible y aceptable a la atención médica, incluyendo servicios preventivos, curativos y de salud paliativos, drogas esenciales y medicamentos, y vacunas infantiles.

Finalmente, Es necesario implementar en todos los países receptores los principios (Figura 7), los acuerdos (Tabla 2) y las políticas internacionales (Tabla 3) que protejan y promuevan la salud de 272 millones de migrantes (Figura 1), incluyendo los 5 millones y medio que se encuentran en la Región Andina, y en especial a aquellos en situación vulnerable (Tabla 1), que están expuestos en mayor medida al riesgo que representan las enfermedades tropicales (Figuras 2 a 6). Estas acciones permitirán afrontar el paradigma descrito por Peñafiel *et al.*, (2021), es decir una disminución de las enfermedades infecciosas que generan obstáculos para una mejor calidad de vida, y a su vez, se logrará mejorar las condiciones socioeconómicas que condicionan en gran parte la ocurrencia de dichas enfermedades.

Conflictos de intereses

Ninguno para declarar.

Agradecimiento

A todos los colaboradores, muchas gracias.

Referencias

- Abuelafia E. (2020). Migración en la región andina: Impacto de la crisis y expectativas en el mediano plazo. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/migracion-en-la-region-andina-impacto-de-la-crisis-y-expectativas-en-el-mediano-plazo>. (Acceso enero 2021)-
- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf. (Acceso enero 2021)-
- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos). (2019). Principles and Guidelines, supported by practical guidance on the human rights protection of migrants in vulnerable situations. Disponible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/PrinciplesAndGuidelines.pdf>. (Acceso febrero 2021).
- Banco Mundial. (2021). Población, total - Ecuador, Colombia, Bolivia, Peru, Venezuela, RB. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=EC-CO-BO-PE-VE&start=1960&view=chart>. (Acceso febrero 2021).
- Carod F. (2016). Epidemiología y complicaciones neurológicas de la infección por el virus del Zika: un nuevo virus neurotrópo emergente. Revista de neurología. 62(7):317-328. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/ibc-150997?lang=es>. (Acceso febrero 2021).
- Castillo-Quino R., Vallejo-Castro E., Camacho-Aliaga A., Quiñones-López A. & Canelas-Urey H. (2018). Adaptación del mosquito *Aedes aegypti* a 2550 m s.n.m. Cochabamba, Bolivia. Gaceta Médica. 41(1):24-30. Disponible en: <http://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/148>. (Acceso febrero 2021).
- CDC (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades). (2018). Spring Break Travel. Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/spring-break-travel>. (Acceso febrero 2021).
- Chan M., Pillay N. & Swing W. (2013). Migración internacional, salud y derechos humanos. Prólogo. pp 7. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf. (Acceso febrero 2021).
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). 2019. Publicación del módulo de migración: resultados y análisis del módulo. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Presentación. Bogotá: DANE. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ml-migracion/presentacion-geih-migracion-2012-2019.pdf>. (Acceso febrero 2021).
- Espinoza F., Romero-Urréa H., Sellan G. & Saldarriaga D. (2021). Carga global de dengue en la Subregión Andina de las Américas 2016 a 2020. Boletín de Malariaología y Salud Ambiental. 61(Ed.Esp.):22-31. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e.002>.
- Fleury S. (2010). ¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusión social en América Latina. Medicina Social. 5(1):41-60. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/406>. (Acceso marzo 2021).
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2019). Condiciones de vida de la población venezolana que reside en el Perú. Lima: INEI. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/. (Acceso marzo 2021).

- Kuri-Morales P., Guzmán-Morales E., De La Paz-Nicolau E. & Salas-Fernández A. (2015). Enfermedades emergentes y reemergentes. *Gaceta Médica de México*. 151:674-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm155q.pdf>. (Acceso febrero 2021).
- Mejía-Ortega L. & Franco-Giraldo Á. (2007). Protección social y modelos de desarrollo en América Latina. *Revista Salud Pública*. 9(3):471-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n3/v9n3a16.pdf>. (Acceso febrero 2021).
- Migración Colombia. (2021). Colombia termina el 2020 con un 2.35% menos de migrantes venezolanos en su territorio. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/colombia-termina-el-2020-con-un-2-35-menos-de-migrantes-venezolanos-en-su-territorio>. (Acceso marzo 2021).
- Muñoz M. (2016). Origen, síntomas, diagnóstico y prevención del zika. *EFE: SALUD*. Disponible en: <https://www.efesalud.com/origen-sintomas-diagnostico-y-prevencion-del-zika/>. (Acceso febrero 2021).
- Naciones Unidas. (2015). Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para cambiar nuestro mundo. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>. (Acceso febrero 2021).
- Naciones Unidas. (2016). Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/71/1>. (Acceso diciembre 2020).
- Naciones Unidas. (2020). Desafíos globales: migración. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/migration>. (Acceso marzo 2021).
- OEA (Organización de Estados Americanos). (2020). Informe, Situación de los migrantes y refugiados venezolanos en Bolivia. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe-situacion-migrantes-refugiados-venezolanos-en-Bolivia.pdf>. (Acceso enero 2021).
- OIM. (Organización Internacional para las Migraciones). (2019). Reporte anual 2019, misión Ecuador. Disponible en: <https://www.oim.org.ec/2016/iomtemplate2/sites/default/files/publicaciones/Reporte%20Ecuador%202019%20.pdf>. (Acceso febrero 2021).
- OIM. (Organización Internacional para las Migraciones). (2020). Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. ISSN 1020-9026. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf. (Acceso febrero 2021).
- OIM. (Organización Internacional para las Migraciones). (2021). La salud de los migrantes en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.iom.int/es/la-salud-de-los-migrantes-en-el-marco-de-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>. (Acceso marzo 2021).
- OMS. (2019). World malaria report 2019. ISBN 9789241565721. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565721>. (Acceso marzo 2021).
- OPS. (2019). Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidas-por-vectores>. (Acceso febrero 2021).
- OPS. (2020). Estadísticas interactivas sobre paludismo. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2632:2010-interactive-malaria-statistics&Itemid=2130&lang=es. (Acceso febrero 2021).
- OPS. (2021). Leishmaniasis. Informe Epidemiológico de las Américas. Número 9. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53089>. (Acceso marzo 2021).
- Peñañiel K., Martínez R. & Olivo R. (2021). Tuberculosis y tuberculosis resistencia a la rifampicina y la isoniacida en la subregión andina de las Américas 2020. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. 61(Ed.Esp.):129-139. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e.014>.
- Rodríguez-Morales A. & Castañeda-Hernández D. (2012). Relationships between morbidity and mortality from tuberculosis and the human development index (HDI) in Venezuela, 1998-2008. *Int J Infect Dis*. 16(9):e704-e705. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2012.04.011>.
- Romero L., Romero-Urréa H., Castro M. & Ruiz R. (2021). Distribución espacio temporal los virus chikungunya y zika en la Subregión Andina de las Américas durante el período 2016-2020. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. 61(Ed.Esp.):33-40. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e.004>.

- Snow R., Craig M., Newton C. & Steketee R. (2003). The public health burden of Plasmodium falciparum Malaria in Africa: deriving the numbers. Dis. Control Parasites Project Working Paper N° 111. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.526.643&rep=rep1&type=pdf>. (Acceso febrero 2021).
- Torrades, S. (2001). Prevención y tratamiento de las enfermedades tropicales. Offarm. 20(6):107-115. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13015490>. (Acceso febrero 2021).
- UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division). (2020). International Migrant Stock 2020: Destination and origin. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2020_ims_stock_by_sex_destination_and_origin.xlsx (Acceso marzo 2021).