

Migración forzada y derecho a la salud

Anna Roberts, Eric A. Friedman y Meghan Gallagher †

Hay más de 65 millones de personas desplazadas forzosamente a nivel mundial.¹ La migración forzada da lugar a numerosas cuestiones de salud y de derechos humanos para los desplazados, los países que los acogen y la comunidad internacional. Estas cuestiones incluyen el acceso limitado a los alimentos, a una vivienda adecuada, al agua potable, la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas, las brechas en el acceso a la atención médica, el trauma físico y emocional y cuestiones acerca de la seguridad personal y la violencia, que en su conjunto amenazan con infringir derechos humanos individuales, en particular el derecho a la salud. Todas estas cuestiones son, en gran parte, prevenibles con un compromiso adecuado de la comunidad internacional a través del uso de herramientas jurídicas existentes y del perfeccionamiento del vacío en

[†]Anna Roberts es una miembro asociada al O'Neill Institute for National and Global Health Law. Obtuvo los títulos de magister en Salud Pública Internacional y de abogada en la Universidad de Sydney, Australia y una Licenciatura en Psicología en la Furman University, Carolina del Sur. Las áreas de investigación en las que Anna trabaja incluyen los derechos humanos, las enfermedades infecciosas y la ejecución de las obligaciones internacionales.

Eric A. Friedman es un miembro asociado al O'Neill Institute for National and Global Health Law y es el líder del proyecto para la Plataforma para una Convención Marco sobre Salud Global (FCGH, por sus siglas en inglés), que aboga por un tratado global basado en el derecho humano a la salud y dirigido a combatir las desigualdades sanitarias. Es abogado por la Yale Law School y B.A. de Yale College.

Meghan Gallagher es asistente de investigación en el O'Neill Institute for National and Global Health Law. Obtuvo un título conjunto de maestría en Salud Global e Instituciones Internacionales en Georgetown University, Estados Unidos y el Graduate Institute of International and Development Studies, Suiza y es abogada por la Escuela de Derecho de Nueva York. Sus áreas de investigación incluyen derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos de las personas con discapacidad.

¹ Figures at a Glance UNHCR, <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>

los marcos normativos existentes para asegurar que todas las fases de la migración forzada estén adecuadamente protegidas.

Palabras clave: migración forzada, derecho a la salud

I. Introducción a la migración forzada y las protecciones legales

Los migrantes forzosos son aquellas personas que han huido de sus hogares para escapar de la persecución, la violencia o la guerra. A finales de 2015, aproximadamente 65,3 millones de personas, o una persona de cada 113 personas, fueron desplazadas por la fuerza.² Es la primera vez en la historia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el órgano responsable de controlar los migrantes forzosos a nivel internacional, que este número ha superado los 60 millones, en gran parte debido a la multitud de conflictos que aún perduran en todo el mundo.

Los migrantes forzosos se encuentran en una posición vulnerable al tener que salir de sus comunidades, sus redes de apoyo, y muchas veces al dejar sus pertenencias para recorrer grandes distancias en busca de protección. Pueden estar fuera de su país de origen o desplazados dentro de él –ambas situaciones implican desafíos y riesgos para los derechos humanos, en particular el derecho a la salud–. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los migrantes forzosos y, en un intento por balancear sus necesidades con el derecho de los Estados a gestionar sus propias fronteras, la comunidad internacional ha creado definiciones legales para las diferentes etapas de la migración forzada y ha desarrollado un sistema mixto con diferentes grados de obligaciones de los Estados de proporcionar protección jurídica y derechos a las personas en función de su estatus.

Refugiados

Los refugiados son una clase de migrantes forzosos. El término “refugiado” refiere a una persona que ha cruzado una frontera internacional para buscar protección ante un “temor fundado de

² Global Trends: Forced Displacement in 2015, UNHCR, 2 (2016), disponible en <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>

persecución” en su país de origen.³ Los criterios para calificar como refugiado y las responsabilidades que tienen los países para evaluar los reclamos de las personas en su territorio que buscan esta protección se describen en la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su protocolo de 1967 (en adelante, la Convención). Las personas que buscan protección contra la persecución basada en “su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opinión política” y que puedan demostrar que su propio gobierno no puede o no quiere protegerlos de esta persecución puede calificar como refugiado. Los principios para evaluar las solicitudes de asilo han sido descriptos por el ACNUR,⁴ pero cada Estado decide cómo ponerlos en práctica a través de sus sistemas nacionales, lo que ha dado lugar a sistemas de procesamiento que varían mucho de un país a otro.⁵

La Convención les otorga a los refugiados el mayor nivel de protección y los derechos de todos los migrantes forzosos. Una vez que un individuo ha calificado como refugiado, los Estados están obligados a proporcionarles protección frente a la persecución, así como oportunidades para la educación, el empleo y la seguridad social al mismo nivel que a sus ciudadanos. La Convención garantiza la protección de los refugiados a través del principio de no devolución, el cual prohíbe a los países devolver a un refugiado a un lugar donde podría ser objeto de persecución.

Solicitantes de asilo

Una segunda clase de migrantes forzosos son los “solicitantes de asilos” quienes son definidos como personas que han cruzado una frontera internacional en busca de protección como refugiado, pero cuyos reclamos no han sido evaluados aún conforme la Convención.⁶ De acuerdo a la Convención, los Estados están obligados a examinar las solicitudes de asilo y tienen prohibido discriminarlos durante el proceso de evaluación por los medios por los que han entrado al país, los cuales suelen estar por fuera de los canales “normales” de migración. Los

³ UN Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees art. 1(A)1), 22 de abril de 1951, U.N.T.S. vol. 189, p. 137 [en adelante Convención de Refugiados].

⁴ Ver UNHCR, Refugee Status Determination: Identifying who is a Refugee, Self-Study Module 2: Ginebra, Suiza, (septiembre 2005).

⁵ Convención de Refugiados, supra nota 3, art. 33(1).

⁶ Asylum-Seekers, UNHCR,

(http://www.unhcr.org/pages/49c3646c137.html?gclid=Cj0KEQjw8pC9BRCqrq37zZil4a0BEiQA ZO_zrBod5XdXawvRv20stYug9816cHD32Ei8ms8NHJ1W6G0aAo7r8P8HAQ)

solicitantes de asilo reciben niveles mucho más bajos de protección que los refugiados, y la Convención no les otorga derechos, salvo aquel según el cual su solicitud de asilo debe ser evaluada. En muchas circunstancias de migración masiva desde áreas de conflicto, los Estados les otorgan a las personas el beneficio de la duda y los consideran *prima facie* refugiados con el objetivo de asegurar el acceso a los beneficios de una forma más rápida. Sin embargo, esa decisión corresponde al Estado receptor y si el gobierno se niega a tomarla, las personas pueden permanecer sin estatus por un período indefinido de tiempo, sin acceso a protecciones oficiales y los derechos básicos.

No hay acuerdo a nivel internacional sobre un marco normativo que rija la situación de los solicitantes de asilo, por lo cual los países evalúan las solicitudes teniendo en cuenta sus propios plazos, procesos y definiciones acerca de qué constituye una conducta “discriminatoria”. Esto ha llevado a una gran variedad de sistemas de procesamiento: algunos países que ubican a los solicitantes de asilo en centros de detención, otros envían a los solicitantes de asilo que llegan en barco a campamentos de otros países a la espera de la tramitación de su solicitud⁷ y otros países establecen líneas policiales para prevenir que los solicitantes de asilo ingresen al país.⁸ Muchos defensores de derechos humanos argumentan, con razón, que estas acciones contradicen el principio de no discriminación y constituyen violaciones de derechos humanos.

Desplazados internos

Una tercera clase de migrantes forzosos son las personas desplazadas internamente (PDI), definidas como personas que han huido de su país de origen, pero no han cruzado una frontera internacional y, por lo tanto, son desplazados dentro de su propio país. El desplazamiento interno es la forma más común de migración forzada, alcanza un estimado de 40.8 millones de personas desplazadas internamente en todo el mundo para

⁷ Hay casos en Australia de migrantes solicitantes calificados a la espera hace 5 años por un estatus de residente permanente. Ver Bridget Brennan, *Skilled Migrants Waiting Several Years for Permanent Residency Applications to be Processed*, ABC News, Mayo 19, 2015, disponible en <http://www.abc.net.au/news/2015-05-19/skilled-migrants-waiting-years-for-permanent-residency/6481916>

⁸ Muchos gobiernos europeos han establecido barricadas de policías en las fronteras para evitar que los solicitantes de asilo y otros migrantes involuntarios entren libremente. Lawrence O. Gostin y Anna E. Roberts, *Forced Migration, The Human Face of a Health Crisis*, 314(20) JAMA 2125-26 (2015).

finés de 2015.⁹ Las PDI se encuentran dentro de las poblaciones más vulnerables mundialmente porque técnicamente se encuentran bajo la protección de su gobierno, incluso cuando la razón de su huida pueda ser la persecución por parte de su gobierno.¹⁰

En respuesta a esta evidente falta de protección internacional, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas elaboró los Principios Rectores de los desplazamientos internos en el año 1998 (Principios Rectores),¹¹ con el objeto de describir los derechos y las obligaciones del Estado en relación con los desplazados internos. Los Principios Rectores no son jurídicamente vinculantes, pero sirven como una fuente de estándares consistentes con los principios internacionales de derechos humanos.¹² Los Principios Rectores especifican que los Estados tienen un deber primordial de satisfacer los derechos a la vida, la dignidad, la protección, la asistencia humanitaria, la educación, y a un nivel adecuado de vida, incluidos el derecho a la alimentación, al agua, la vivienda, al vestido, saneamiento, y servicios médicos esenciales de las PDI.¹³ Inaceptablemente, los gobiernos han ignorado los Principios Rectores en reiteradas oportunidades y han negado a las PDI el acceso a suministros básicos de alimentos y de ayuda, dejando a la comunidad internacional en una posición en la que debe evaluar las responsabilidades que tiene frente a las personas vulnerables fuera de su propia jurisdicción.

II. Impactos en la salud de los migrantes forzosos

Todos los migrantes enfrentan problemas de salud, independientemente de las razones de su migración, debido a factores tales como las barreras idiomáticas, el desconocimiento de los servicios y derechos en su país receptor, y la falta de servicios y proveedores culturalmente adecuados.¹⁴ Los migrantes forzosos se enfrentan a estos y muchos otros factores que

⁹ Global Forced Displacement Hits Record High, UNHCR, (último acceso 11 de septiembre de 2016), <http://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/6/5763b65a4/global-forced-displacement-hits-record-high.html>

¹⁰ Internally Displaced People, UNHCR, <http://www.unhcr.org/internally-displaced-people.html>.

¹¹ UNHCR, Principios Rectores sobre desplazamiento interno, 22 de julio de 1998, ADM 1.2, PRL 12.1, PROO/98/109, <http://www.refworld.org/docid/3c3da07f7.html>

¹² Global Trends: Forced Displacement in 2015, supra nota 2.

¹³ Roberta Cohen, The Guiding Principles on Internal Displacement: An Innovation in International Standard Setting, *Global Governance* 10, 459-480 (2004).

¹⁴ International Migration Organization (IOM), World Health organization (WHO) y United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), *International Migration, Health and Human Rights*, IOM, 12 (2013) [en adelante OIM et al.].

impactan en la salud debido a la causa y naturaleza de su huida y la fragilidad de su condición jurídica.

Salud mental

El hecho de ser un migrante forzado es en sí mismo estresante y agotador para el estado mental del migrante. Las personas son más proclives a sufrir problemas de salud mental durante o después de una crisis. Estos problemas pueden darse en forma de agotamiento psicológico o el desarrollo de nuevos trastornos mentales. Generalmente, las personas que tenían trastornos mentales preexistentes a dichas crisis necesitan más atención de la que necesitaban antes.¹⁵ Los migrantes forzados usualmente enfrentan travesías largas y peligrosas y pueden haber sido sometidos a haber atestiguado torturas, traumas, violencia sexual y/o física. Comúnmente hay serias violaciones de derechos humanos en sus países de origen que los llevan a huir, tales como masacres, desapariciones, violaciones, y secuestros, así como trauma social extendido que altera el entramado social de la comunidad, infunde miedo y desbarata las relaciones interpersonales.¹⁶

La salud mental de los migrantes forzados se ve enormemente afectada por factores tales como la incertidumbre sobre su futuro, el estrés de acomodarse a una nueva sociedad, numerosas pérdidas, y su pasado traumático. Tienen tasas altas de estrés post traumático (EPT) y otras enfermedades relacionadas con la ansiedad, entre ellas los ataques de pánicos, trastornos disociativos y, en su intento por hacer frente a su trauma, el abuso de sustancias.¹⁷

Las personas se recuperan más fácilmente de los problemas de salud mental si tienen acceso a servicios de apoyo social, físico y emocional inmediatamente después de una crisis o una experiencia traumática.¹⁸ En tal sentido, la OMS recomienda “primeros auxilios psicológicos”, que incluyen la provisión de servicios de apoyo social y psicológicos en una forma que sea respetuosa hacia la cultura, dignidad y capacidades de las personas.¹⁹ No obstante, dichos servicios casi nunca se encuentran disponibles a tiempo para los migrantes forzados. De hecho, el proceso

¹⁵ Mental Health in Emergencies, WHO, (último acceso 25 de agosto de 2016), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs383/en/>

¹⁶ José Quiroga and S. Megan Berthold, *Torture Survivors: Unique Health & Mental Health Issues*, 25 *Refugee Reports* 2, 5 (2004).

¹⁷ *Id.* 5.

¹⁸ *Mental Health in Emergencies*, *supra* nota 15.

¹⁹ *Id.*

para lograr el reconocimiento legal en el Estado receptor ha demostrado ser un factor de estrés independiente y puede exacerbar el trauma subyacente y los problemas de salud mental cuando las personas no son tratadas rápida y adecuadamente.²⁰

Inmunización/vacunación

Ha quedado demostrado que la interrupción de los programas de vacunación es uno de los efectos más peligrosos de la migración forzada en la seguridad de la salud mundial. La inmunización impide aproximadamente 2-3 millones de muertes por año²¹ por enfermedades infecciosas mortales, y los programas de vacunación son algunos de las intervenciones en salud pública más rentable e importante a nivel global.²² La interrupción de los programas de inmunización infantil amenaza considerablemente la salud no solo de los niños que no están vacunados, sino de la comunidad internacional en su conjunto, ya que pueden ocurrir brotes de enfermedades que habían sido amplia o enteramente eliminadas en otros países a través de la vacunación.²³

Un ejemplo claro es el brote de polio que ocurrió en Siria durante el transcurso de la guerra civil actual. Se tornó imposible para los trabajadores de proximidad vacunar a los niños a lo largo de todo el país por las interrupciones en las cadenas de distribución y la violencia intensa. Como resultado, Siria tuvo un brote de polio que llevó a intervención concertada y a la atención internacional. Una serie de campañas de vacunación terminaron con la transmisión. El último caso fue informado en enero de 2014.²⁴ No obstante, este ejemplo demuestra la fragilidad de los programas de vacunación en zonas de conflicto y la amenaza a la salud internacional cuando los programas son interrumpidos.

²⁰ Ver, por ejemplo, Australian Human Rights Commission, *Asylum Seekers, Refugees and Human Rights: Snapshot Report* (2010), 10, disponible en https://www.humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/snapshot_report_2013.pdf (donde se describen los impactos en la salud mental de la detención en trastornos de estrés post traumáticos y la salud mental en su conjunto en los solicitantes de asilo en Australia).

²¹ Immunization Coverage, WHO, (julio de 2016), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>

²² Immunization, WHO, <http://www.who.int/topics/immunization/en/>

²³ Brian Gushulak and Douglas MacPherson, *The Basic Principles of Migration Health: Population Mobility and Gaps in Disease Prevalence*, 3 *Emerg Themes Epidemiol.*, 1745 (2006).

²⁴ *Keeping Syrian Children Free from Polio at Home and Across the Border*, WHO, <http://www.who.int/features/2015/polio-immunization-syria/en/> [hereinafter *Keeping Syrian Children Free from Polio*].

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas tales como el cólera, la tuberculosis, la tifoidea y las infecciones respiratorias son todas amenazas a la salud prevenibles entre los migrantes forzosos. Son preocupaciones particulares en campamentos temporarios o sobrepoblados donde las personas están muy cerca y no tienen acceso adecuado al agua y medidas de saneamiento. Estas condiciones son del todo y, a menudo, fácilmente prevenibles. Sin embargo, muchos migrantes forzosos no pueden siquiera tener acceso a los cuidados más básicos de salud, lo que los lleva al sufrimiento y muerte evitable por estas enfermedades.

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas son los principales tipos de enfermedades no transmisibles en la población general²⁵ y plantean problemas particulares para los migrantes forzosos. La naturaleza crónica de las ENT y la importancia de los factores de estilo de vida, nutrición y la continuación de la atención médica son cuestiones clave para la salud de los migrantes forzosos.²⁶ La atención médica puede ser interrumpida debido a la destrucción de la infraestructura de salud, la interrupción de las cadenas de distribución de suministros médicos, ausencia o muerte de los proveedores de atención médica y la imposibilidad de acceder a la atención durante la huida.

Para los migrantes forzosos con una condición crónica que son capaces de acceder a una atención médica y tratamiento, cuestiones tales como el estrés psicosocial causado por el desplazamiento físico, la pérdida y la separación de la familia, y la exposición a la violencia afectan substancialmente la observancia de regímenes de tratamiento,²⁷ y pueden conducir a estilos de vida poco saludables que complican el control de la enfermedad crónica. El menor acceso a alimentos, agua, una vivienda y salario adecuado también puede afectar la capacidad de las

²⁵ Noncommunicable Diseases, WHO, (último acceso 25 de agosto de 2016), http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

²⁶ WHO, Frequently Asked Questions on Migration and Health, (octubre 2015), (último acceso 12 de septiembre de 2016), <http://www.who.int/features/qa/88/en/> [hereinafter Frequently Asked Questions].

²⁷ Joseph Swan, Jordan: Iraqi Refugees Manage their Diabetes in Jordan, WHO, disponible en <http://www.emro.who.int/jor/jordan-infocus/iraqi-refugees-diabetes-jordan.html>

personas para acceder a la atención médica y puede tener un impacto directo en el desarrollo de enfermedades crónicas.

Para los migrantes forzosos que todavía no tienen una condición crónica, la falta de nutrición adecuada, la depresión y el estrés pueden contribuir a la mala alimentación, el tabaquismo, la inactividad física y otros factores de estilo de vida poco saludables que, con el tiempo, pueden llevar a desarrollar enfermedades crónicas.

Poblaciones vulnerables

Niños

Los niños representan más de la mitad de la población desplazada forzosamente en el mundo.²⁸ Los niños que son migrantes forzosos son especialmente propensos a las enfermedades infecciosas, como el sarampión, la desnutrición y la diarrea debido a su exposición a los factores que pueden causarlos, la falta de agua potable, alimentos nutritivos, atención de salud y la naturaleza concurrida de las zonas en las que los migrantes forzosos a menudo se reúnen.²⁹ La malaria, el sarampión, la diarrea, la desnutrición y las infecciones de las vías respiratorias son las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años que son desplazados forzosamente,³⁰ todas las cuales se pueden prevenir. Dada su especial vulnerabilidad, la ACNUR recomienda priorizar la provisión de servicios de salud a los niños, incluida la vacunación, los programas de alimentación para niños desnutridos, la atención curativa básica, la terapia de rehidratación oral, la profilaxis de vitamina A y servicios de salud familiar.³¹

Mujeres

Las mujeres migrantes forzosas enfrentan problemas de salud especiales, entre los que se encuentran la violencia sexual y de género, y la falta de opciones de salud reproductiva, materna y neonatal.³² Dado que las mujeres a menudo se desempeñan como las cuidadoras principales para

²⁸ UNHCR, Children, (último acceso 11 de septiembre de 2016), <http://www.unhcr.org/en-us/children-49c3646c1e8.html>.

²⁹ UNHCR, Refugee Health, (Sept. 11, 1995), (último acceso 12 de septiembre 2016), <http://www.unhcr.org/excom/scaf/3ae68bf424/refugee-health.html>.

³⁰ UNHCR, Health, (último acceso 12 de septiembre de 2016), <http://www.unhcr.org/health.html>.
[30] Frequently Asked Questions, supra nota 26.

³¹ UNHCR, Refugee Health, supra nota 29.

³² UNHCR, Refugee Health, supra nota 29.

su familias, las mujeres migrantes forzosas tienden a sufrir de manera desproporcionada algunas dificultades que incluyen el cansancio, dificultad de cuidar a la familia en un entorno nuevo y difícil, los sistemas culturalmente inapropiados para acceder a la ayuda de la familia, la pena de perder a sus seres queridos y el aumento de la carga de trabajo.³³

Personas con discapacidad

Según la OMS, varios millones de personas desplazadas viven con una discapacidad,³⁴ y son particularmente vulnerables a la violencia, la discriminación y la explotación. Dado que las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo, pero tienen necesidades y capacidades diferentes, es crucial involucrar directamente a las personas con discapacidades para identificar formas de reducir estos abusos, así como para eliminar los obstáculos que enfrentan para acceder a la atención médica.³⁵

Sistemas de salud de los países receptores

Los migrantes forzosos, por lo general, no tienen recursos suficientes para contribuir en su escape, y muchos terminan cruzando a países vecinos que normalmente no están sistemáticamente o económicamente preparados para atender a un gran número de no nacionales. Casi la mitad de los migrantes forzosos del mundo se encuentran en Estados cuyo producto interno bruto per cápita es menos de U\$5000.³⁶ Muchos sistemas de salud son incapaces de proporcionar servicios de salud adecuados para sus propios ciudadanos y, mucho menos, para una afluencia de migrantes forzosos. Mientras tanto, la asistencia internacional para la salud de los países de mayores ingresos es usualmente insuficiente para que los países receptores, de menores ingresos, puedan gestionar las demandas adicionales sobre sus sistemas de salud o para financiar adecuadamente las agencias de ayuda humanitaria que podrían contribuir con la entrega de servicios a los migrantes forzosos en sistemas más frágiles. Como tal, no cumplen con

³³ UNHCR, Refugee Health, supra nota 29.

³⁴ People with Disabilities, UNHCR, (último acceso 25 de agosto de 2016), <http://www.unhcr.org/people-with-disabilities.html?query=people%20with%20disabilities>

³⁵ People with Disabilities, UNHCR, (último acceso 25 de agosto de 2016), <http://www.unhcr.org/people-with-disabilities.html?query=people%20with%20disabilities>

³⁶ Gostin and Roberts, supra nota 8, 2125-26.

todas las necesidades de salud de los migrantes forzosos.³⁷ Los países de altos ingresos en Europa, así como también Estados Unidos, ridículamente albergan un pequeño número de personas desplazadas.

III. Derecho a la salud

El derecho a la salud, establecido a nivel mundial en la Constitución de la OMS y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es una obligación jurídica que es vinculante para todos los Estados y se encuentra garantizado en numerosos instrumentos internacionales tales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos del niño y varios instrumentos regionales de derechos humanos.³⁸ Todos los Estados han ratificado al menos uno de estos instrumentos vinculantes. Todos los derechos humanos son inalienables y universales; todos tienen derecho a ellos.

En virtud de la Carta de la ONU³⁹ y los Principios Rectores, los países tienen la obligación de promover el respeto universal de los derechos humanos para todas las personas. Esto significa que, dentro de sus posibilidades, los Estados tienen la obligación de ayudar a proteger los derechos humanos fuera de sus propios territorios. Sin embargo, muchos países se han mostrado renuentes a hacerlo, incluso en el caso de la migración forzada, por el miedo a sobrecargar sus propios sistemas, el capital tanto político como económico que esto puede requerir, y el no querer sentar precedentes que los pueda conducir a lo que otros países ven como una violación a su propia soberanía. La reticencia de los Estados a intervenir en favor de los desplazados internos y el carácter no vinculante de los Principios Rectores significa que los desplazados internos se encuentran entre los más vulnerables y desprotegidos dentro de los migrantes forzosos, dependiendo frecuentemente de la capacidad de las organizaciones de ayuda humanitaria para negociar con gobiernos hostiles para que les proporcionen, al menos, una atención de salud básica.

³⁷ UNHCR, UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern: Public Health and HIV Section, Division for Programme Support and Management (Dec. 2009), 5, available from <http://www.unhcr.org/4b4c4fca9> [en adelante Principios ACNUR].

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14: el derecho al más alto nivel posible de salud. UN Doc. E/C.12/2000/4; 2000: párr. 2.

³⁹ Carta de Naciones Unidas, preámbulo, 24 de octubre 1945, 1 UNTS XVI.

El derecho a la salud comprende “libertades” y “derechos”. Las libertades incluyen, por ejemplo, el derecho a no ser objeto de ciertos procedimientos o intrusiones, tales como el tratamiento médico no consensuado y desinformado, los experimentos médicos o pruebas. Por el contrario, los derechos surgen de la obligación del Estado de proporcionar los servicios de salud adecuados necesarios para la realización del más alto nivel posible de salud. Esto incluye el derecho a un sistema para prevenir, tratar y controlar las enfermedades en igualdades de condiciones para todos, los medicamentos esenciales, los servicios de salud sexual y reproductiva, y el acceso a la información y educación sobre la salud.⁴⁰ El grado en que los Estados respetan sus obligaciones relativas al derecho a la salud tiene vastas consecuencias para la salud de su población.

Según la forma en que se organizan, las políticas y los programas de salud de un Estado tienen el potencial de promover o violar los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud,⁴¹ ya sea por discriminar a ciertas poblaciones o por promover su inclusión. Por ejemplo, la denegación de los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres es una violación de los derechos que a menudo se encuentra profundamente arraigada en las creencias y los valores culturales y sociales respecto de la sexualidad femenina. Esto puede significar la negación de atención o, por el contrario, procedimientos obligatorios tales como abortos forzados, la esterilización o exámenes de virginidad.⁴²

El enfoque de la salud basado en derechos humanos dispone que todas las políticas de salud, estrategias y programas deben tener en cuenta el impacto en los derechos humanos como una integración fundamental⁴³. Un estándar central del derecho a la salud es la no discriminación y la igualdad de trato, que pretende aplicar el derecho a la salud a todas las personas. Un principio relacionado con la equidad insiste en que los Estados hagan especial hincapié en cubrir las necesidades de las poblaciones marginadas y vulnerables. El PIDESC prohíbe explícitamente la discriminación basada en la “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica,

⁴⁰ OIM et al., *supra* nota 14, at 17-18.

⁴¹ Health and Human Rights, WHO, (25 de agosto de 2016), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

⁴² *Id.*

⁴³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 999 U.N.T.S. 171 and 1057 U.N.T.S. 407 / [1980] ATS 23 / 6 ILM 368 (1967) [en adelante PIDESC].

nacimiento o cualquier otra condición social”,⁴⁴ mientras que otros tratados protegen de manera específica contra la discriminación en el derecho a la salud sobre la base de su raza,⁴⁵ género,⁴⁶ discapacidad,⁴⁷ condición de minoría⁴⁸ o estatus de refugiado.⁴⁹ Una interpretación autorizada de la discriminación con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud, realizada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) del PIDESC define que “los derechos se aplican a todos, incluyendo a los no nacionales, tales como refugiados, solicitantes de asilo, los apátridas, los trabajadores migrantes y las víctimas de la trata internacional, independientemente de su situación legal y documentación”.⁵⁰

La OMS afirma que: “Cada uno de los refugiados y los migrantes deben tener acceso completo y sin interrupciones a un entorno hospitalario y, cuando sea necesario, a la atención médica de alta calidad, sin discriminación por motivos de género, edad, religión, nacionalidad o raza”.⁵¹ Sin embargo, no existen instrumentos jurídicos a nivel internacional que protejan específicamente el derecho a la salud de las personas desplazadas o solicitantes de asilo no procesados, lo cual es problemático teniendo en cuenta la impactante cantidad de migrantes forzosos no refugiados.⁵²

La Observación General 14 del CDESC define las obligaciones del derecho a la salud, incluyendo su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, bienes e instalaciones; la rendición de cuentas y la participación. La disponibilidad se refiere a tener un suministro adecuado de funcionamiento de los bienes, servicios e instalaciones de salud pública. La accesibilidad consiste en que cada uno debe ser capaz de acceder a los servicios de salud, bienes e instalaciones. Hay cuatro dimensiones superpuestas de la accesibilidad –

⁴⁴ Id. art. 2(2).

⁴⁵ Ver International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination, 660 U.N.T.S. 195 / [1975] ATS 40 / 5 ILM 32 (1966).

⁴⁶ Ver Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer, Diciembre 18, 1979, 1249 U.N.T.S. 13.

⁴⁷ Ver Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, G.A. Res. 61/106, U.N. Doc. A/Res/61/106 (13 de diciembre de 2006).

⁴⁸ Ver Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, G.A. Res. 47/135, (18 de diciembre de 1992).

⁴⁹ Ver Convención de Refugiados, supra nota 3.

⁵⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 20, No discriminación en derechos económicos, sociales y culturales (art. 2, párr. 2, del PIDESC), párr. 30, E/C.12/GC/20, julio 2009.

⁵¹ Migration and Health: Key Issues, supra nota 32.

⁵² OIM et al., supra nota 14, at 12.

no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información—. La aceptabilidad se refiere al principio de la sensibilidad cultural y de género en el sentido de que los bienes, servicios e instalaciones de salud deben respetar la ética médica y ser adecuados en lo que respecta a la cultura, el género y el ciclo de vida. La calidad comprende la idoneidad científica y médica de los servicios de salud, bienes e instalaciones que también deben ser de buena calidad. La rendición de cuentas otorga la responsabilidad a los Estados y otros responsables de respetar los derechos humanos y les exige responder por sus acciones si no lo hacen. La participación exige que las personas sean capaces de participar en todas las decisiones relacionadas con la salud.⁵³

El CDESC también hace hincapié en que el derecho a la salud no solo obliga a los Estados partes a proporcionar atención de salud oportuna y apropiada, sino también a hacer frente a los factores determinantes de la salud.⁵⁴ Estos incluyen el acceso al agua limpia y potable y a un saneamiento adecuado; un suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda; condiciones saludables de trabajo y ambientales; y el acceso a la educación y a la información relacionada con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.⁵⁵

El Comité destaca que el derecho a la salud está estrechamente relacionado con, y depende de la realización de otros derechos humanos contenidos tanto en el PIDESC como en otros instrumentos de derechos humanos. Entre ellos los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, la privacidad, el acceso a la información, así como la prohibición de la tortura y las libertades de asociación, reunión y circulación.⁵⁶

IV. Las preocupaciones en torno al derecho a la salud y los migrantes forzosos

La falta de protección jurídica

A pesar de los estándares internacionales sobre el derecho a la salud, el estatus legal de la persona a menudo afecta y puede servir para limitar severamente su acceso a los servicios de salud en virtud de la legislación

⁵³ Observación General N° 14, supra nota 38, párr. 12.

⁵⁴ Id. párr. 11.

⁵⁵ Id.

⁵⁶ Id. párr. 3.

nacional. Esto es problemático para muchos migrantes forzados –y para la población en su conjunto–. Es en interés de las poblaciones migrantes y de los países receptores por igual el asegurar que los residentes no sean innecesariamente expuestos a enfermedades infecciosas importadas. Un acceso rápido a servicios de salud puede curar a los pacientes y ayudar a evitar la propagación de la enfermedad. Para enfermedades que no son infecciosas, tales como enfermedades no transmisibles como hipertensión y diabetes, el diagnóstico y el tratamiento ayudan a prevenir el empeoramiento de tales condiciones y que se conviertan en condiciones potencialmente mortales.⁵⁷

Aunque históricamente los desplazados internos han tenido poca protección en virtud del derecho de los refugiados, más recientemente, hemos visto el desarrollo de principios jurídicos no vinculantes sobre desplazamientos internos a través de la elaboración de los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos, que se basan en el derecho de refugiados, en el derecho humanitario y en el derecho de los derechos humanos.⁵⁸ Sin embargo, aunque los Principios Rectores enumeren los servicios esenciales a los cuales los desplazados internos tienen derecho, entre ellos el acceso a alimentos, agua potable, saneamiento, refugio y servicios de salud, a menudo no son proporcionados a migrantes involuntarios y a desplazados internos. Muchos gobiernos pueden no estar dispuestos a dar prioridad a la prestación de servicios o pueden no tener la capacidad para coordinar y supervisar la prestación de tales servicios⁵⁹ o, como hemos indicado, son ellos mismos los responsables de la persecución de los migrantes.

La falta de acceso a la atención y servicios de salud

Más allá de las restricciones legales, las personas nacidas en el exterior enfrentan muchas barreras en el acceso a los servicios de cuidado a la salud, incluyendo las dificultades de comunicación intercultural, diferentes creencias respecto de las prácticas médicas y una limitada conciencia cultural por parte de aquellos que cuidan la salud⁶⁰. Los

⁵⁷ Migration and Health: Key Issues, *supra* nota 32.

[57] Marcus Skinner, *The Impact of Displacement on Disabled, Injured and Older Syrian Refugees*, 47 *Forced Migration Review: The Syria Crisis, Displacement and Protection*, 40 (2014).

⁵⁸ Principios Rectores sobre desplazamiento interno, UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 1–14 (1999).

⁵⁹ Bayard Roberts, *FMO Thematic Guide: Forced Migration and Public Health*, 4, disponible en <http://www.forcedmigration.org/research-resources/expert-guides/forced-migration-and-public-health/fmo030.pdf>

⁶⁰ Ariel Burgess, *Health Challenges for Refugees and Immigrants*, 25 *Refugee Reports* 2, 1 (2004).

errores medicinales son comunes cuando no hay forma de comunicar el historial médico, las necesidades del momento, y las creencias y prácticas medicinales personales. Esto puede resultar en un diagnóstico errado, el no cumplimiento de las instrucciones médicas (debido a la falta de comprensión) y en un inapropiado uso de los servicios médicos por parte del paciente. Como resultado, el paciente puede terminar sintiéndose confundido y sin confianza en el sistema de salud. La falta de confianza en los sistemas de salud, generalmente junto con el sentimiento de desconfianza y alienación, pueden impedir que las personas busquen atención médica en el futuro.⁶¹

La falta de fondos también restringe la accesibilidad. Incluso cuando hay derechos similares con respecto al acceso de los servicios médicos, tanto para nacionales como para migrantes, los migrantes forzosos usualmente no poseen los medios para pagar los gastos adicionales, tales como pagos compartidos para los servicios y los medicamentos, o para pagar los medios de transporte hacia y desde los centros de atención médica.⁶²

Las enfermedades no transmisibles y crónicas tratables no son comúnmente tratadas en las respuestas tradicionales a la salud en crisis humanitarias. Severas complicaciones, incluyendo la muerte, pueden resultar de la interrupción de tratamientos y del limitado acceso al cuidado de la salud. El no tratamiento de enfermedades crónicas tiene una fuerte correlación con discapacidades mientras una gran proporción de personas con ENT desarrollan mayores impedimentos a medida que la enfermedad avanza.⁶³

Al comienzo de una emergencia, la prioridad de ACNUR y otras organizaciones humanitarias incluye la inmunización contra el sarampión, el apoyo nutritivo, el control de las enfermedades contagiosas y de epidemias, asegurar los servicios de salud reproductiva y el control de la salud pública –no de enfermedades no transmisibles–. Estas organizaciones buscan expandir los servicios de salud a medida que la situación se estabiliza. Los servicios para las enfermedades crónicas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares son más accesibles en áreas más desarrolladas y en zonas urbanas.⁶⁴

⁶¹ Id. 1.

⁶² Principios ACNUR, supra nota 37.

⁶³ Skinner, supra nota 57, at 40.

⁶⁴ UNHCR, Health, (último acceso Sept. 13, 2016), <http://www.unhcr.org/health.html>

Navegar el sistema de salud y el proceso de asilo puede ser, en sí mismo, traumático. Muchos migrantes forzosos deben solicitar asilo para poder permanecer en un país. Este proceso ha mostrado ser muy intensivo y traumatizante, lo cual puede generar normalmente que los sobrevivientes de tortura o violencia revivan experiencias pasadas. Así, el propio acto de llenar los formularios para pedir asilo puede generar efectos dramáticos y prolongados en los sobrevivientes de torturas. A menudo, los eventos que estos tienen que recordar son abusos sexuales, abusos que los sobrevivientes pueden ver como vergonzosos para revelar e incluso para recordar.⁶⁵

ACNUR reportó que más del 58% de los adultos sirios que sufren de enfermedades crónicas no pueden acceder ni a servicios de atención médica ni a los medicamentos que necesitan dada su condición. Para aquellos que dejaron los campos de refugiados no oficialmente o que reentraron en Jordania después de haber regresado de Siria, el acceso a los servicios públicos no se encuentra disponible al no ser elegibles para recibir los documentos que se requieren, lo cual los deja supeditados a donantes privados o a la ayuda humanitaria.⁶⁶

Un problema en muchos de los países destruidos por las guerras o en países devastados por los conflictos es el acceso a los medicamentos por parte de las personas internamente desplazadas.⁶⁷ Por ejemplo, las autoridades sirias fracasaron en proveer muchas de las solicitudes de ayuda médica. Además, se ha reportado que en Siria se eliminaron suministros médicos. Por otro lado, la OMS reportó 9 incidentes de eliminación de suministros médicos en las provincias de Homs, Alepo y en Damasco rural en 2015, eliminaciones que resultaron en que más de 140.000 personas no reciban medicamentos vitales.⁶⁸ Incluso peor, poblaciones enteras –personas internamente desplazadas y residentes– son dejadas sin servicios médicos cuando las fuerzas armadas destruyen las instalaciones de salud, como en Siria donde los ataques, principalmente del gobierno, han sido dirigidos a cientos de instalaciones médicas y más de 750 médicos fueron asesinados a mediados de 2016.⁶⁹

⁶⁵ Quiroga and Berthold, *supra* nota 16, at 6.

⁶⁶ Jordan: Syrian Refugees Blocked from Accessing Critical Health Services, Amnesty International, (Marzo 23, 2016), <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/03/jordan-syrian-refugees-blocked-from-accessing-critical-health-services/> [hereinafter Amnesty Jordan Report].

⁶⁷ Syrian Arab Republic: Better Access to Besieged Areas in Syria Needed to Deliver Life-Saving Medicines, WHO, (último acceso Agosto 25, 2016) <http://www.emro.who.int/syr/syria-news/improved-access-needed-to-deliver-life-saving-medicines.html>

⁶⁸ *Id.*

⁶⁹ Physicians for Human Rights, *Anatomy of a Crisis: A Map of Attacks on Health Care in Syria*,

Amnistía Internacional en su informe: “Vivir en los márgenes: Las personas refugiadas sirias en Jordania y su lucha para acceder a los servicios de salud” documentó las dificultades que enfrentan los migrantes involuntarios sirios, constatando que “la combinación del inadecuado apoyo de la comunidad internacional y las barreras impuestas por el gobierno de Jordania están dejando a los migrantes forzosos sirios sin acceso a los servicios de salud y sin acceso a otros servicios vitales”.⁷⁰ El informe, además, explica cuántos migrantes forzosos que viven fuera de los campos para migrantes forzosos no pueden pagar la ayuda médica como consecuencia de los nuevos impuestos establecidos por las autoridades de Jordania en 2014, o que no pueden acceder a los servicios médicos dado que no pueden presentar la documentación necesaria para poder ser elegibles para que dicho servicios les sean brindados.⁷¹

Los impactos de la tortura/trauma

Las violaciones, torturas y traumas son, muchas veces, consecuencias del ser un migrante involuntario. Accidentes cardiovasculares, edemas cerebrales y demencia son algunas de las enfermedades que pueden ocurrir por traumas en la cabeza. Los sobrevivientes de torturas, quienes también fueron violados, además, corren el riesgo de haber contraído enfermedades de transmisión sexual y VIH.⁷² Las enfermedades más comunes que los sobrevivientes de torturas suelen sufrir son los dolores crónicos, mientras que la ansiedad y las palpitaciones también son otras complicaciones comunes para los sobrevivientes.⁷³

Estos eventos pueden tener un gran impacto en la salud tanto física como mental. Cuando fue mencionado antes, el abuso o la tortura, pueden dejar cicatrices de largo plazo y heridas que pueden afectar a la persona. Del mismo modo, el abuso y la tortura pueden lastimar severamente la salud mental de la persona al causar miedos, ansiedades y trastornos de estrés post traumáticos (TEPT).

V. Determinantes económicos y sociales de la salud

(último acceso Sept. 11, 2016), https://s3.amazonaws.com/PHR_syria_map/web/index.html

⁷⁰ Amnesty Jordan Report, supra nota 66.

⁷¹ Id.

⁷² Quiroga and Berthold, supra nota 16, at 5.

⁷³ Id.

“El derecho al más alto nivel posible de salud’ requiere de un conjunto de criterios sociales que sean favorables a la salud de todas las personas, incluyendo el acceso a los servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, hogares adecuados, y comida nutritiva”.⁷⁴ El derecho a la salud está directamente vinculado con otros derechos humanos, como el derecho a la vivienda, a la alimentación, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la participación en los asuntos públicos y al acceso a la información.⁷⁵ Estos son comúnmente definidos como determinantes de la salud, e incluyen, también, el ambiente económico y social, el ambiente físico y las características y comportamientos de las personas⁷⁶. Todos estos tienen un impacto importante en la salud de los migrantes forzosos.⁷⁷

El derecho a la vida

La falta de atención de salud, la falta de agua limpia, de saneamiento y de alimentación adecuada pueden violar directamente el derecho de vida de las personas. El “derecho inherente a la vida” incluye la prohibición de una privación arbitraria a la vida.⁷⁸ De acuerdo con el Comité de Derechos Humanos, el organismo responsable en monitorear el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el derecho a la vida “no debería ser interpretado de forma estrecha”, y “requiere que el Estado adopte medidas positivas”, entre ellas en el área de atención a la salud.⁷⁹

Hay riesgos asociados con cualquier población desplazada, sin embargo, el peligro inmediato a la pérdida de la vida, siempre es creado por el gran flujo de migrantes forzosos. Las grandes migraciones de emergencia han mostrado causar tasas de mortalidad catastróficas. Los primeros días y semanas de los flujos migratorios son el período en el que las vidas de los migrantes forzosos están en mayor riesgo. Por lo que, una

⁷⁴ Health and Human Rights, *supra* nota 41.

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ Health Impact Assessment: The Determinants of Health, WHO, (último acceso Agosto 25, 2016), <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

⁷⁷ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, WHO Regional Office for Europe (2008); WHO Resolution 62.14 on Reducing Health Inequities Through Action on the Social Determinants of Health, WHA62.14, 22 May 2009, Agenda item 12.5; Social Determinants of Health, WHO, (último acceso 25 de agosto de 2016), www.who.int/social_determinants/en.

⁷⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de diciembre de 1966, art. 6, 999 UNTS 171 and 1057 UNTS 407 / [1980] ATS 23 / 6 ILM 368 (1967).

⁷⁹ Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Observación General N° 6: Artículo 6 (Derecho a la Vida), párrs. 1,5, 30 de abril de 1982.

preparación apropiada es la única forma de ayudar a prevenir la alta mortalidad entre las poblaciones de migrantes forzosos.⁸⁰

Desde el 2012, Jordania, ha hecho sumamente difícil, para los migrantes forzosos sirios, entrar al país tanto por cruzar la frontera por una vía formal como informal al poner estrictas restricciones de entrada, solo con la excepción de aquellos que son migrantes forzosos por heridas relacionadas a la guerra. No obstante, Amnistía Internacional ha recolectado evidencia, a partir de familias pertenecientes a migrantes forzosos sirios y de trabajadores humanitarios, de que se les ha negado el acceso a Jordania a migrantes involuntarios con heridas severas que tenían el fin de acceder a servicios médicos. Esto indica que las excepciones para dejar entrar, por cuestiones de ayuda médica y servicios médicos de emergencia, no se aplican consistentemente.⁸¹ Muchos migrantes forzosos, con heridas críticas, se vieron obligados a volver a los hospitales de campo sirios, los cuales están, regularmente, bajo ataque. Amnistía Internacional ha reportado que en el último año, al menos a catorce personas, incluyendo cinco niños, con heridas severas y con complejas heridas de metralla, les fue negada la entrada a Jordania, lo cual resultó en que cuatro de ellos, incluyendo una niña de tres años, perdieron su vida mientras esperaban en la frontera. Otro caso informado es el de un chico de catorce años cuya condición era crítica a quien también se le negó la entrada, pero a causa de no poder proveer los documentos de identificación en la frontera. Consecuentemente, el chico murió en un hospital en el campo en Siria como resultado de no haber recibido, a tiempo y de forma adecuada, la atención médica que necesitaba. También se informó la denegación de entrada a una niña de dos años y medio, que sufría de heridas en la cabeza por causa de una bomba.⁸²

El número de migrantes involuntarios está en aumento, especialmente el de aquellos que cruzan el Mar Mediterráneo. En 2014, 219.000 migrantes llegaron a Europa desde el Mar Mediterráneo, mientras que en 2015, este número subió a más de 350.000.⁸³ Sin embargo, mientras en 2015 se vio a muchas personas cruzando el Mar Mediterráneo buscando refugio desde su país natal; en abril fue el mes en

⁸⁰ UNHCR, Refugee Health, *supra* nota 29.

⁸¹ Amnesty Jordan Report, *supra* nota 66.

⁸² *Id.*

⁸³ The Migration to Europe: Death at Sea, *The Economist*, 3 de septiembre de 2015, disponible en <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2015/09/migration-europe-0>

el que murió la mayor cantidad de estas personas cuando un barco, que cargaba aproximadamente 800 personas, volcó en el mar cerca de Libia. Se cree que la sobrecarga de personas contribuyó al incidente.⁸⁴ Para fines de agosto de 2016, 3.177 personas murieron o desaparecieron en el mar.⁸⁵

El derecho a la alimentación sana y adecuada

La calidad y cantidad de alimentos son esenciales para la salud y el bienestar de las personas. El CDESC ha establecido que el derecho a la alimentación adecuada incluye la “disponibilidad de comida suficiente en cantidad y en calidad para satisfacer la dieta nutricional que una persona necesita, libre de sustancias adversas y aceptables dada la cultura de la persona”.⁸⁶ Sin embargo, es necesario notar que la falta de comida no es el único problema relacionado con la nutrición y la salud.⁸⁷ Hay otros motivos, como las malas dietas, la pobreza y la falta de acceso a una alimentación saludable (por ejemplo, dado el alto precio que estas poseen). Muchos problemas de salud, entre los grupos migrantes – incluyendo enfermedades relacionadas con la obesidad como enfermedades cardiovasculares y diabetes– están asociados a dietas no sanas⁸⁸.

La interrupción del suministro de comida y agua es de ser esperable cuando las personas están en movimiento o están siendo desplazadas. Es común que en los campos de migrantes involuntarios y otros hogares improvisados/refugios, la electricidad y el transporte, entre otros servicios públicos, sean inadecuados o inexistentes. Esto puede causar que la comida se contamine o se pudra. Sin embargo, cuando esa es la única fuente de comida, las personas muchas veces se ven forzadas a consumirlas de todas formas. Esto puede ocasionar enfermedades

⁸⁴ Migrant crisis: Migration to Europe Explained in Seven Charts, BBC News, 4 de marzo de 2016, disponible en <http://www.bbc.com/news/world-europe-34131911>

⁸⁵ Refugees/Migrants Emergency Response-Mediterranean, UNHCR, (último acceso 25 de agosto de 2016), <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>

⁸⁶ CDESC, Observación General N° 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada (Art. 11), párr 8, E/C.12/1999/5, 1, 12 de mayo de 1999.

⁸⁷ Tamara Dubowitz et al, Life Course, Immigrant Status and Acculturation in Food Purchasing and Preparation Among Low Income Mothers, 10(4) Public Health Nutrition, 396-404 (2007).

⁸⁸ N. R. Kleinfeld, Living at an Epicenter of Diabetes, Defiance and Despair, N.Y. Times, Enero 10, 2006, disponible en

www.nytimes.com/2006/01/10/nyregion/nyregionspecial5/10diabetes.html?_r=1&emc=eta1; ver también Rachel Mathews and Rachel Zachariah, Coronary Heart Disease in South Asian Immigrants: Synthesis of Research and Implications for Health Promotion and Prevention in Nursing Practice, 19(3) Journal Transcultural Nursing, 292-99 (2008).

resultantes de estas comidas. Además, es común, para los migrantes forzosos, enfermarse durante los viajes. Los asentamientos sobrepoblados son también un criadero de enfermedades. Enfermedades tales como salmonelosis, sigelosis, hepatitis e infecciones virales son causadas por las condiciones de vida no sanitarias relacionadas con la recolección, el almacenamiento y la preparación de la comida. A lo que se suma el hacinamiento, el cual incide a favor de enfermedades que se transmiten a partir de la comida y del agua.⁸⁹ Las personas con sistemas inmunológicos comprometidos –como aquellos con VIH/SIDA– y los infantes y niños pequeños, gente anciana y las mujeres embarazadas son los más susceptibles a estas enfermedades.

Todos estos ambientes nuevos y no familiares pueden causar desorden en la recolección y almacenamiento de la comida. Por ejemplo, las personas que no están familiarizadas con las especies vegetales de este nuevo medioambiente, pueden, sin saberlo, consumir comida envenenada.⁹⁰

Problemas de saneamiento y de acceso limitado al agua potable

El derecho al agua y a la sanidad fue reconocido por la Asamblea General de ONU en el año 2010 como un derecho humano fundamental.⁹¹

Durante los viajes, los refugiados y otros migrantes, muchas veces no tienen agua y carecen de condiciones de saneamiento e higiene básicas. Los puntos de llegada y las fronteras, muchas veces, no tienen las instalaciones adecuadas:

Falta de instalaciones sanitarias y de lugares para bañarse; el agua potable muchas veces no está disponible en las cantidades necesarias, o su origen no es conocido por lo que no se sabe si el agua ha sido tratada; muchas veces el poder lavarse las manos con jabón, el higiene personal y el poder lavar la ropa, pueden verse afectados. Los tachos de basura y la recolección de residuos en los centros de recepción son insuficientes por lo que agregan una amenaza a la salud de los migrantes al haber moscas, mosquitos y roedores.⁹²

“Cuando las personas dejan sus hogares, muchas veces tienen que luchar por el acceso a agua segura y de fácil acceso y a instalaciones de

⁸⁹ Migration and Health: Key Issues, supra nota 32.

⁹⁰ Id.

⁹¹ Asamblea General de Naciones Unidas Resolución A/RES/64/292, El derecho humano al agua y el saneamiento, (2010).

⁹² Migration and Health: Key Issues, supra nota 32.

sanidad e higiene, esto pone en peligro su salud y su supervivencia.⁹³ La falta de un acceso fácil al agua potable tiene múltiples efectos en la salud de las personas. Las niñas y las mujeres están en riesgo de violencia sexual cuando se ven forzadas a caminar largas distancias en búsqueda de agua. Además, tener que cargar grandes cantidades de agua durante largas distancias usualmente causa grandes pérdidas de las 2.100 calorías necesarias por día (por lo que muchos de los migrantes forzosos deben sobrevivir con muchas menos), lo cual impacta en su nutrición. La educación también se ve afectada dado que los niños deben ausentarse, al menos por un tiempo, del colegio para ir a recolectar agua. Del mismo modo, las mujeres, quienes pasan la mayor parte del tiempo recolectando agua, se pierden de la oportunidad de participar en actividades, que en otra situación serían más productivas, dejan de lado la seguridad de la comida y las oportunidades de ganarse la vida.⁹⁴

El acceso al agua es un derecho humano básico. Sin embargo, hay numerosos ejemplos documentados que demuestran servicios de agua y de sanidad inadecuados en los campos de migrantes en países como Kenia, la República Democrática del Congo, Uganda y Chad, entre otros.⁹⁵

La prevención de enfermedades que transmitidas por la alimentación y el agua, es particularmente importante entre las poblaciones de migrantes involuntarios. Esto es especialmente cierto en los campos, donde las condiciones no sanitarias y la sobrepoblación permiten que tales enfermedades alcancen porcentajes de epidemias. La OMS recomienda la distribución de información sobre las formas y prácticas seguras de preparar la comida entre las poblaciones de los migrantes forzosos y aquellos que proveen la comida. Debería haber acceso a instalaciones sanitarias, incluyendo el poder lavarse las manos. Además, debería haber una cantidad adecuada de agua potable ya que esta es necesaria para prevenir ambos tipos de enfermedades: las provenientes de la comida y las provenientes del agua. La OMS, también exhorta a la mejora en las condiciones sanitarias, de higiene y de agua en los puntos de recepción y en los centros de recepción. Los suministros de agua de emergencia –entre ellos plantas de tratamiento de agua, ya sean móviles

⁹³ Water, Sanitation and Hygiene, UNHCR, (último acceso 25 de agosto de 2016), <http://www.unhcr.org/water-sanitation-and-hygiene.html>

⁹⁴ Id.

⁹⁵ Aidan A. Cronin et al., A review of Water and Sanitation Provision in Refugee Camps in Association with Selected Health and Nutrition Indicators – the Need for Integrated Service Provision, *Journal of Water and Health*, 2 (2008), citing Dinesh Shrestha and Aidan A. Cronin, *The Right to Water & Protecting Refugees*, 24(3) *Waterlines*, 12–14 (2006).

o no; agua empaquetada, y unidades de desinsectación y abastecimiento–deberían ser provistos cuando sean necesarios. Es importante que las autoridades locales monitoreen la calidad microbiológica del agua potable cercana. Finalmente, los baños deberían estar siempre acompañados de instalaciones para lavarse las manos y con suficiente jabón.⁹⁶

En emergencias, un baño para veinte personas es recomendado como estándar; sin embargo, este estándar no es suficiente en la mayoría de los casos. Es importante prestar atención a la recolección segura y a la eliminación de residuos para prevenir el contacto entre las personas y las heces. Por último, es imperativo que las personas con enfermedades provenientes de la comida o del agua reciban acceso a atención médica.⁹⁷

El derecho a una vivienda adecuada

El derecho a una vivienda adecuada es esencial para la realización de varios derechos humanos y libertades, particularmente, para el derecho a la salud. La calidad de vida y la salud física y mental de la persona se ven substancialmente alcanzadas por las condiciones de vivienda de la persona.⁹⁸ Muchos problemas de salud –como la mala nutrición, los problemas de salud mental y el abuso de sustancias– están correlacionados con la falta de una vivienda adecuada.⁹⁹ Otras enfermedades, causadas por la falta de instalaciones sanitarias y por la falta de agua potable, también están vinculadas con la falta de una vivienda adecuada. Resultados adversos en la salud, relacionados con accidentes, heridas y la exposición a contaminantes, toxinas y frío intenso (por ejemplo, hipotermia), han sido relacionados con un alojamiento pobre. Además, los niveles bajos de sanidad y hacinamiento están asociados con el incremento en el riesgo de contraer enfermedades respiratorias, gastrointestinales y dermatológicas.¹⁰⁰

Los campos de migrantes involuntarios, muchas veces, están sobrepoblados y, por lo tanto, son lugares poco seguros, particularmente, para mujeres y niñas y personas con discapacidades u otras poblaciones vulnerables. Muchas de las guías para la seguridad, como un cableado de

⁹⁶ Migration and Health: Key Issues, supra nota 32.

⁹⁷ Id.

⁹⁸ OIM et al., supra nota 14, at 23.

⁹⁹ Human Rights and Equal Opportunity Commission, Homelessness is a Human Rights Issue, Australia Human Rights and Equal Opportunity Commission, párr. 6.2 (2008).

¹⁰⁰ Lance Saker et al., Globalization and Infectious Diseases: Review of the Linkages, Social, Economic, and Behavioural Research, 41 (2004).

luz apropiado, especialmente para cuando anochece, o que haya baños separados para mujeres y hombres, no se cumplen.¹⁰¹ Así, las violaciones sexuales y otros tipos de violencia de género, las cuales constituyen también violaciones al derecho a la salud, y el daño a la salud mental de los sobrevivientes son comunes en estos campos.

VI. Recomendaciones para la migración forzada y el derecho a la salud

Hay claras lagunas en la garantía de protección internacional de los diferentes tipos de migrantes forzosos, particularmente, los desplazados internos. Es esencial que se desarrollen instrumentos jurídicos vinculantes que delinee las obligaciones de la comunidad internacional hacia las personas más vulnerables en regímenes que se rehúsan a reconocer los derechos humanos.

La OMS recomienda una cobertura universal de la salud para los migrantes forzosos, independientemente de su estatus jurídico. Esto incluye el diagnóstico y el tratamiento efectivo de las enfermedades infecciosas, tales como tuberculosis. Esto es importante no solo para el control y para eliminar la enfermedad, sino para asegurar el respeto a los derechos humanos.¹⁰² Los Estados deben desarrollar y mantener sistemas de salud fuertes y resistentes que sean capaces de tratar a todos dentro de su jurisdicción, incluyendo a los refugiados, a aquellos que buscan asilo, a los desplazados internos y a otras personas forzosamente desplazadas. Asimismo, es obligatorio que los sistemas de salud sean accesibles a esas poblaciones.¹⁰³ Además, los Estados deben apoyarse unos a otros para extender así sus capacidades, al hacer saber sus obligaciones en relación con los derechos humanos y la frágil e interdependiente naturaleza del sistema global de salud.

La recolección de datos de las poblaciones de migrantes forzosos, particularmente, con respecto a su acceso a la atención médica, es necesaria para poder desarrollar políticas de salud más efectivas, basadas en evidencias, que apoyen a los migrantes involuntarios. A esto hace referencia la resolución sobre la salud de los migrantes del 2008 de

¹⁰¹ Facts and Figures, Women's Refugee Commission, <https://www.womensrefugeecommission.org/empower/resources/practitioners-forum/facts-and-figures>

¹⁰² Migration and Health: Key Issues, supra nota 32.

¹⁰³ WHO, Promoting Health Through the Life-Course: The Right to Health for Everyone, no Matter where People Live or Travel, <http://www.who.int/life-course/news/commentaries/world-refugee-day/en/>

la OMS (WHA61.17), la cual llama a sus Estados miembro a “establecer sistemas de información de la salud, para poder evaluar y analizar tendencias en la salud de los migrantes, desagregando la información en categorías relevantes”.¹⁰⁴

La Directora General de la OMS, Margaret Chan, enfatizó recientemente, la importancia de la recolección de datos: “Necesitamos de una mejor base de datos en salud como base para establecer prioridades realistas. La mayoría de los países receptores, no poseen las capacidades, ni el financiamiento, necesario para poder hacer frente a las necesidades médicas ni de sus propios habitantes, mucho menos van a poder cubrir las necesidades médicas de los migrantes. La información, con respecto a la salud, puede proveer de una plataforma para alinear los esfuerzos de otros sectores y fuentes de asistencia internacional”.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Resolution WHA 61.17: Health of Migrants. Geneva: World Health Organization (2008).

¹⁰⁵ WHO Director-General Addresses Panel on Migration and Health, Opening Remarks at the 106th International Organization for Migration Council, Geneva, Switzerland, 26 November 2015, WHO), disponible en <http://www.who.int/dg/speeches/2015/migration-and-health/en/>