

Conceptos sobre migración y salud: entre las cuarentenas... y los determinantes de la salud

Concepts about migration and health: between quarantines ... and the health determinants

René Leyva Flores ¹

RESUMEN

La movilidad y migración internacional corresponde a un asunto global que ha caracterizado a las sociedades. En la actualidad, 2018, su magnitud y distribución se estima en 244 millones de personas migrantes a nivel global, lo que corresponde al 3.3% de la población mundial. Se ha buscado generar evidencia, desde diferentes perspectivas de análisis, sobre las condiciones en que ocurre el proceso migratorio, así como sobre sus consecuencias sociales y en salud. Este ensayo, contiene tres apartados: el primero relacionado con la migración como factor de riesgo para la diseminación de infecciones y enfermedades a nivel global, la cual tiene su origen antes de Cristo y ha sido utilizada como referente para el diseño e implementación de políticas públicas basadas en el control poblacional: aislamiento, cuarentenas. Por otra parte, se presenta la hipótesis basada en la determinación social de la migración como condicionante de los resultados en salud, cuyos antecedentes se remontan a más de dos siglos, y solo recientemente se ha reconsiderado como parte de las explicaciones del bienestar social basado en derechos humanos. Finalmente se contrasta la situación actual, representada por diferentes contextos de política pública a nivel global y local, como un ejemplo de coexistencia y antagonismo de posiciones sobre la migración, entendida como causa y consecuencia de diversos asuntos sociales, los de salud, entre ellos.

Palabras clave: *Migración; Derechos Humanos; Estigma; Accesibilidad a los servicios de salud*

ABSTRACT

International mobility and migration correspond to a global issue that has characterized societies. Its magnitude and distribution are estimated at 244 million migrants globally, which corresponds to 3.3% of the world's population, 2018.

It has sought to generate evidence, from different perspectives of analysis, on the conditions under which the migration process occurs, as well as on its social and health consequences.

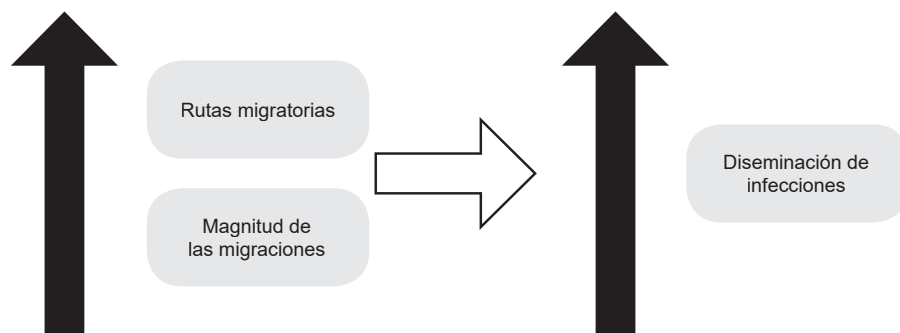
This essay contains three sections: the first one related to migration as a risk factor for the dissemination of infections and diseases at the global level, which has its origin before Christ and has been used as a reference for the design and implementation of public policies based on population control: isolation, quarantines. On the other hand, the hypothesis about the social determination of migration as a conditioner of health outcomes, whose antecedents go back more than two centuries, and only recently has been reconsidered as part of the social welfare explanations, based on human rights, is presented. Finally, the current situation, represented by different contexts of public policy at the global and local levels, is presented as an example of coexistence and antagonism of positions on migration, understood as the cause and consequence of various social issues, those of health, among they.

Key Word: *Emigration and Immigration; Human Rights; Social Stigma; Health Services Accessibility*

Recibido el 14 de octubre de 2018. Aceptado el 13 de diciembre de 2018.

¹ Médico Cirujano. Investigador Titular del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Correspondencia a: rene.leyva@insp.mx

Figura 1. Hipótesis sobre la relación entre migración, movilidad poblacional y diseminación de infecciones



Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública. 2004 Cuernavaca, México. 2004

CONCEPTOS SOBRE LA RELACIÓN MIGRACIÓN-SALUD

En la actualidad, la migración se ha abordado como un fenómeno social global con efectos en la salud, que afecta de manera diferenciada a la población de las distintas regiones del mundo. No obstante, en términos prácticos, desde la perspectiva epidemiológica y toma de decisiones más tradicional predomina la noción que considera la migración como un fenómeno que puede contribuir a la diseminación de infecciones y a incrementar riesgos globales en la salud (Figura 1). De acuerdo con esta perspectiva, se proponen dos elementos clave relacionados con la magnitud y la dinámica de movilidad poblacional que puede contribuir a entender este proceso: a) el incremento y diversidad de rutas migratorias y, b) la magnitud poblacional en movimiento a nivel global, regional o local.

Esta combinación de factores tiene un carácter sensorial (se puede ver y cuantificar) y, desde una perspectiva epidemiológica tradicional se le brinda un atributo de causalidad para explicar resultados en salud. Esta hipótesis ha sido aplicada y replicada desde antes de Cristo, y ha servido como elemento operativo para el diseño de programas de control de enfermedades de carácter infeccioso-parasitario, cuyo mecanismo de diseminación coloca a migrantes en un rol equivalente a vectores, sobre los cuales hay que ejercer mecanismos o procedimientos de control para reducir al máximo su movilidad, y en consecuencia el control

de la diseminación de los riesgos y problemas de salud. Sobre este tema, la historia de la medicina y de la salud pública, cuenta con numerosos ejemplos que nos ayudan a comprender su desarrollo e implementación de políticas de salud para el “control” –cuarentenas- de enfermedades que implican el aislamiento de las personas o poblaciones en riesgo ante diferentes problemas de salud (1,2,3).

Bajo esta perspectiva histórica, tuvo su origen el “El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o «Reglamento» fue adoptado por la Asamblea de la Salud en 1969, con el precedente del Reglamento Sanitario Internacional (International Sanitary Regulations) adoptado por la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en 1951. El Reglamento de 1969, que inicialmente abarcaba seis «enfermedades cuarentenables», fue modificado en 1973 y 1981, fundamentalmente para reducir de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela.” (4).

La estructura conceptual del Reglamento se basa en la identificación de potenciales portadores del agente infeccioso y sobre ellos estructura procedimientos focalizados, que se orientan a reducir o inhibir los contactos, que pueden concentrarse en vectores y/o humanos. La “erradicación” hasta “el control” de las enfermedades corresponde a un amplio abanico de perspectivas sobre el abordaje de los problemas de salud que afectan a grupos poblacionales, y que de manera reciente se han considerado daños globales en salud. Ante

ello, nuevamente el pensamiento estratégico de OMS, creó un mecanismo de reacción internacional a través la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN), la cual “garantiza que los recursos humanos y técnicos estén disponibles sobre el terreno en el momento y en los lugares donde son más necesarios”.

(5). La respuesta rápida, más allá de la propia comprensión del problema y de los alcances del mismo, frecuentemente conduce a sobredimensionar y a elevar la noción y percepción del riesgo social global, y a generar medidas que conducen frecuentemente a la violación de los derechos humanos de las personas y grupos de población afectados.

Evidencia de esto son las historias más recientes sobre las estrategias de prácticas sanitarias contemporáneas, que muestran con claridad la vigencia de estos conceptos aplicados desde antes de Cristo. Uno de ellos, fue la epidemia de gripe relacionada con el virus H1N1. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud señaló lo siguiente: “A raíz de los brotes epidémicos iniciales en América del Norte en abril de 2009, el nuevo virus gripal se propagó rápidamente por todo el mundo. Cuando la OMS declaró la pandemia en junio de 2009, un total de 74 países y territorios habían notificado infecciones confirmadas mediante pruebas de laboratorio” (6).

México, constituyó uno de los países donde se presentaron casos de la epidemia, que además sumó la condición de “origen porcino”. Emergieron ante ello, antiguos prejuicios que contribuyeron a explicar socialmente el proceso de diseminación de la enfermedad, generando respuestas de pánico social, local y a nivel global. Ante ello, diferentes países del mundo respondieron implementando mecanismos de aislamiento –cuarentena- a las poblaciones que habiendo estado en México, durante el periodo de la epidemia, viajaron a distintos países. Estas medidas, también incluyeron a los aviones procedentes de México, a los cuales se les confinó en pistas aisladas y fueron sometidos a diferentes fumigaciones con productos químicos que buscaban “desinfectar” al vector (avión), como mecanismo simbólico de seguridad para para los sanitarios modernos y gobiernos.

Esta experiencia contemporánea en el manejo de las epidemias, expresa con claridad el reto que tiene la aplicación de la evidencia científica ante la noción y prejuicio predominante de “seguridad nacional”, como base para el desarrollo de estrategias y acciones justificadas bajo el argumento del control sanitario y de enfermedades.

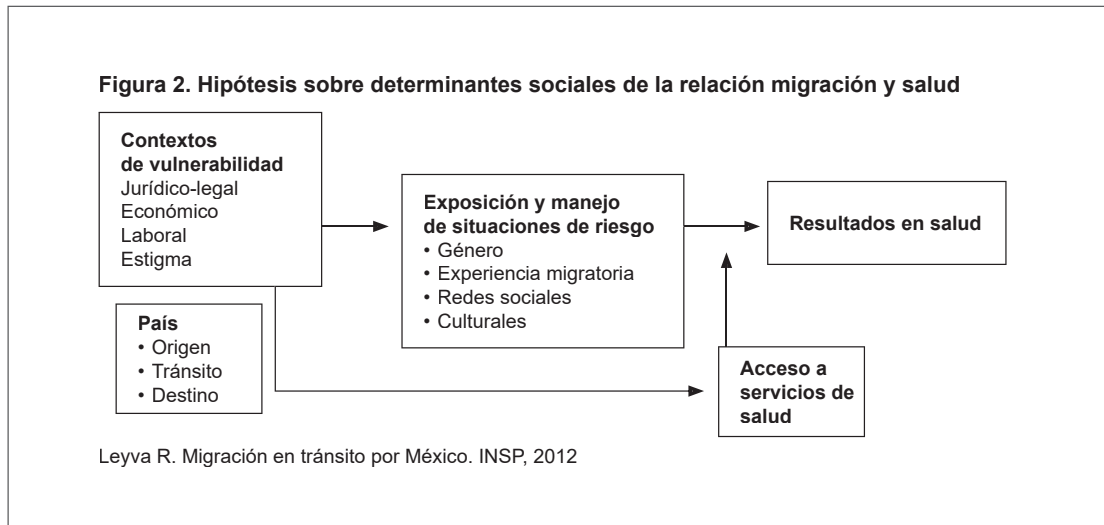
El control de movilidad poblacional internacional, se constituye en la causa de la diseminación de las enfermedades y al mismo tiempo justifica la forma de respuesta, sin que haya alguna evidencia científica sobre los efectos en el control del problema, pero sí de las poblaciones afectadas. Estas políticas contribuyen a la emergencia y reforzamiento el estigma preexistente contra los extranjeros (migrantes), que los coloca como sujetos de riesgo para la población local, los cuales se percibe que funcionan como portadores y transmisores de enfermedades, infecciones, además de otros problemas sociales.

De esta forma, históricamente en el campo de la salud se han formulado respuestas de política pública hacia la migración caracterizadas por el establecimiento de cuarentenas, cercos sanitarios y muros fronterizos que a nombre de la seguridad nacional se establecen como respuesta al miedo construido y focalizado en los extranjeros, los migrantes (7).

Otro ejemplo, correspondieron a las políticas restrictivas de los países que negaron la entrada o la estancia, total o parcialmente, a personas que viven con VIH (8). En la actualidad se reconoce que este tipo de respuestas frente al fenómeno de la migración y la salud propician la violación de los derechos humanos de los migrantes (9). Estas formas de respuesta social no contribuyen a la reducción de la desigualdad ni a mejorar las condiciones de movilidad e inserción social de las poblaciones móviles y migrantes en las comunidades receptoras (10).

MIGRACIÓN Y SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

Quizá no tan antigua y ni con la magnitud y pre-sencial social requerida, se encuentra la perspectiva de la distribución social diferencial de riesgo, la enfermedad, la muerte y el acceso a los servicios de salud según las condiciones socioeconómicas de los grupos sociales (2). Desde esta perspectiva la distribución, tipo y frecuencia de problemas de salud que conforman la carga de enfermedad de las poblaciones migrantes, corresponden a los prevalentes, agudos y crónicos, que padece la población o comunidades de origen. La hipótesis de estudio corresponde a que son las condiciones en que se migra, y no el proceso migratorio en sí mismo, lo que determina la exposición a nuevos riesgos y la capacidad de manejo y respuesta de



estos grupos de población (10). Estos elementos corresponden a procesos relacionados con determinantes sociales en salud que definen los perfiles de exposición y manejo de riesgos, consecuencias en salud y capacidad de respuesta individual y social para su manejo.

Desde nuestra perspectiva, las categorías que determinan o condicionan dichos perfiles que en su conjunto pueden expresar las condiciones de vulnerabilidad social en que los migrantes viven, transitan o se vinculan con nuevas sociedades (Figura 2).

En ella se considera que las comunidades o países de origen, tránsito destino configuran contextos de vulnerabilidad social, definidos como las condiciones jurídico-legales, económicas y sociales que determinan las formas y los procesos relacionados con las condiciones migratorias en que viven estas poblaciones en los diferentes espacios sociales. Categorías como la experiencia migratoria, género, redes sociales y situación sociocultural de los migrantes pueden funcionar como condicionantes de la dinámica de interacción social con otras poblaciones, incluidos otros migrantes, que a su vez condicionan las características de exposición y manejo de riesgos sociales que pueden estar relacionados con resultados en salud. Sin embargo, esta relación puede ser modificada por las condiciones jurídico-legales, económicas y sociales que regulan el acceso a los servicios de salud tanto en sus comunidades de origen, tránsito o destino.

Este último eslabón representado por las condiciones de acceso a servicios de salud constituye un elemento clave que puede cambiar de forma significativa los resultados observados en salud,

aun cuando se tenga escasa incidencia sobre el cambio en los perfiles de exposición y manejo de riesgos, y menos aún en las condiciones estructurales que determinan el acceso a los servicios de salud, en la mayoría de los países.

De esta manera, diferentes organizaciones internacionales han evidenciado que un porcentaje importante de migrantes no tiene acceso a servicios de salud en sus lugares de origen ni en las comunidades de tránsito y destino (11,12,13), lo que incrementa su situación de vulnerabilidad y reduce su capacidad para responder a sus necesidades de salud.

El retorno a sus comunidades de origen, sea forzado (deportaciones) o voluntario y su consecuencia en la salud constituye un elemento poco explorado en la nueva dinámica de movilidad y migración internacional.

En este marco, el migrante no equivale a un vector de enfermedades, sino que corresponde a una persona que vive en condiciones de desigualdad social que reducen su capacidad para su exigibilidad y ejercicio de sus derechos. La vulnerabilidad social se refiere a la relativa desprotección en la que se pueden encontrar grupos poblacionales o personas (migrantes, pobres, minorías sexuales, entre otros) frente a potenciales daños a su salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto a sus derechos humanos, debido a su menor capacidad para acceder a recursos económicos, sociales y legales que le permitan la exigibilidad y ejercicio de sus derechos (14).

El tema de derechos humanos representa el eje que podría contribuir a explicar las condiciones generadoras de los riesgos que conducen a daños en salud, pero también la capacidad de respuesta

individual y social. La capacidad para el ejercicio de derechos, el de salud entre ellos, no representa solo una condición individual, sino que requiere de una configuración social a favor de la expresión de los individuos como parte de la colectividad.

Uno de los prejuicios, expresados como preocupaciones en Estados Unidos (USA) a principios de los noventa del siglo pasado, fue que los migrantes provenientes de México y Centroamérica representarían el principal motor para la diseminación de la epidemia en USA. En esta región, se encuentra el corredor migratorio México-Estados Unidos, el más transitado en el mundo, el cual registró un flujo de hasta 13 millones de personas en 2013. Este número incluye a migrantes documentados e indocumentados, así como cruces diarios y turismo, entre otras formas de movilidad. En 2015, de acuerdo a datos de la Oficina del Censo de Estados Unidos, los inmigrantes centroamericanos que residían en Estados Unidos constituían cerca de 3 millones de personas, que comparadas con 1980, representó un crecimiento de casi diez veces (15).

De acuerdo con Rodríguez-Chávez, se estimó que, en 2014, cerca de 500 mil migrantes transitaban por territorio mexicano, 98% de los cuales eran originarios de Honduras, Guatemala y El Salvador. Esta cifra es la más alta desde la cifra histórica estimada desde 2005, donde calcularon 418 mil migrantes (16). De enero a agosto de 2017, cerca de 40 mil migrantes guatemaltecos fueron retornados a su país (52% por autoridades mexicanas y 47.6% por autoridades estadounidenses), 31,705 hondureños fueron retornados a su país (56.6% por autoridades mexicanas y 43.1% por autoridades estadounidenses) y 18,897 salvadoreños fueron retornados a El Salvador (40.6% por autoridades mexicanas y 58.6% por autoridades estadounidenses. Con relación a los refugiados, en 2016 México recibió 8,732 solicitudes de refugio, de las cuales 42.8% a nivel regional, 3.1% a nivel continental y 0.41% a nivel mundial (15).

En esta dinámica migratoria, entre 2013 y 2015 hubo dos cambios importantes en el flujo migratorio de centroamericanos: aumento en el número de niños, niñas y adolescentes (NNA) no acompañados, y aumento en el porcentaje de mujeres, llegando a representar, en el 2015, 37% del total de migrantes (Rodríguez Chávez, 2016). Muchas de las mujeres viajan con hijos y son contabilizadas como "unidad familiar". En 2016, se registraron 70,407 eventos de migración de unidades familiares, cifras mayores a las registradas en 2014. Esto sugiere que el número de mujeres que viajan con

hijos posiblemente se ha incrementado en los últimos años (16). Por otro lado, entre 2013 y 2017 se registraron 224,000 detenciones de NNA provenientes de los países del TNCA y de México en la frontera suroeste de Estados Unidos (17).

Las personas migrantes que ingresan de forma irregular por la frontera sur de México tienen que recorrer más de 3,640 kilómetros desde sus países de origen hasta la frontera norte de México. La frontera entre México y Guatemala, conformada por 956 kilómetros, cuenta con ocho puntos formales de cruce y cerca de 50 puntos informales. Hasta mediados de 2014, el tren de carga que salía desde Arriaga, Chiapas y llegaba a ciudades mexicanas ubicadas en la frontera norte, era uno de los medios de transporte más importantes para desplazarse por México (18).

En este contexto, ¿cuál es la posibilidad de garantizar la promoción y respeto de los derechos humanos de los migrantes? Niños, mujeres y hombres jóvenes provenientes de países y ciudades que representan los escenarios de mayor criminalidad a nivel global (19), frecuentemente desplazados de manera forzada para integrarse al flujo migratorio irregular por México hacia los Estados Unidos. ¿El control en la diseminación de enfermedades representa un elemento clave para justificar las políticas de control de la movilidad poblacional internacional? ¿El movimiento migratorio irregular, per se, es la causa que explica la prevalencia e incidencia de la malaria, tuberculosis, cólera, VIH y otras ITS, y otros problemas de salud en la región? ¿Hay la más leve respuesta gubernamental para incidir sobre el mejoramiento de las condiciones de vida de estas poblaciones en los países de origen, tránsito o destino? Esto último, cuando menos en señal de reciprocidad ante la importante aportación económica de los migrantes a sus países de origen y al desarrollo económico en los países de destino (20) ¿O se espera, que nuevos brotes epidémicos disparen nuevamente la señal del grupo de emergencias globales de la OMS, para re-iniciar con la aplicación medidas basadas en la seguridad nacional?

PERSPECTIVA SOBRE EL ABORDAJE DE MIGRACIÓN Y SALUD

En la región Latinoamericana son muy escasos los gobiernos que han entendido la movilidad y migración internacional como parte de la dinámica social contemporánea, que requiere de una respuesta integral, entre ellas las de salud. La evidencia a nivel global muestra frecuentes actitudes

gubernamentales y sociales adversas a la dinámica de movilidad y migración internacional (21,22). La salud representa apenas, uno de los elementos, quizá el menos significativos, para los propios migrantes, que requiere ser considerado como parte de los procesos que requieren abordados como parte de los derechos humanos. Costa Rica, México, El Salvador han elaborado diferentes iniciativas relacionadas con el tema de los derechos de los migrantes, sea desde la perspectiva de país de origen como *receptor de migrantes*. Sin embargo, en términos prácticos son escasos o muy restringidos los avances y aportaciones a favor de los derechos, especialmente en salud.

Más reciente, en noviembre del 2017, el gobierno de Chile desarrolló una Política de Salud de Migrantes Internacionales basada en “la experiencia del trabajo sectorial e intersectorial en la temática de salud de migrantes internacionales, desarrollado desde el 2014 y de carácter participativo e inclusivo”. Esta política marca, un hito en nuestras sociedades y expresa la posición del gobierno y de la sociedad chilena, no exento de conflictos, ante el movimiento migratorio hacia Chile. Sus objetivos específicos buscan establecer, los lineamientos para:

“1. Promover la participación de las personas migrantes internacionales en el desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas y programas sanitarios que los involucren. 2. Garantizar el acceso equitativo a la promoción, la prevención y la atención de salud a las personas migrantes internacionales. 3. Caracterizar la situación de salud y sus tendencias, incluyendo el acceso a la atención de salud de personas migrantes internacionales. 4. Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud de las personas migrantes internacionales desde el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, con la finalidad de buscar soluciones conjuntas que respondan a la complejidad de la migración. 5. Desarrollar acciones que busquen reducir desigualdades en salud que afectan a las personas migrantes internacionales. 6. Promover acciones específicas para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes internacionales. 7. Desarrollar estrategias de salud pertinentes que respondan a las necesidades de salud y particularidades culturales, lingüísticas, de género y ciclo de vida de las personas migrantes internacionales. 8. Promover estrategias de salud que permitan el diálogo intercultural entre comunidades diversas con la finalidad de favorecer la cohesión social.” (23)

Este enfoque, representa una perspectiva que

puede marcar el rumbo en el abordaje de la relación entre migración y salud, en los países de América Latina y a nivel global. Sus referentes conceptuales posicionan la perspectiva de los determinantes sociales de salud e incluyen el derecho de las personas como eje para articular la salud en todas las políticas. Sin duda alguna, los retos de implementación ante la diversidad y diferencia sociocultural y económica, constituye un asunto significativo a considerar. No obstante, en 2015, de acuerdo con análisis sobre aseguramiento en salud, 62% de los migrantes en Chile se encontraba cubierto por el sector público a través del Fondo Nacional de Salud –FONASA (24), de manera igualitaria que la población chilena cubierta por este seguro.

Son diferentes los mitos y prejuicios en torno a los migrantes como poblaciones de riesgo, enfermos, sobre-utilizadores de los servicios públicos, entre otros. Al respecto, es importante considerar la evidencia generada en Chile (24) y México (25) donde se demuestra lo contrario. Sobre estos asuntos, son escasos los estudios disponibles que podrían contribuir al fortalecimiento y consolidación de la política de salud para migrantes como la iniciada en Chile. Sin duda, dado que la migración internacional corresponde a un asunto cambiante y al mismo tiempo constante en nuestras sociedades, requiere de aportaciones que contribuyan a la mejor comprensión y respuesta al mismo. Quedan fuera de este análisis la grave situación que vive la sociedad venezolana, haitiana, colombiana, hondureña, guatemalteca, nicaragüense, entre otras de Latinoamérica, que deben ser incluidas para parte de una estrategia de análisis y respuesta social regional.

REFERENCIAS

1. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI Editores. México, 1986
2. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. Siglo XXI Editores. México, 1981
3. Cipolla CM. ¿Quién rompió las rejas de Monte Lupo? Muchnik Editores. Barcelona. 1984
4. OMS. Reglamento sanitario internacional (2005): 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 2008
5. OMS. Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN). http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/es/
6. OMS. ¿Qué es el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico? OMS, 2010. <http://www.who.int/csr/>

disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/es/

7. Gushulak BD, Macpherson DW. The Diminishing Impact of Classical Infectious Diseases and New Approaches for the 21st Century. *Clinical Infectious Diseases*, 2000. 31: 776–780.

8. Fairchild AL, Tynan EA. Policies of containment: Immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*, 1994. 84(12): 2011–2022. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.12.2011>

9. UNAIDS, IOM. UNAIDS/IOM statement on HIV/AIDS-related travel restrictions. Geneva, 2004. Recuperado de: https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/activities/health/UNAIDS_IOM_statement_travel_restrictions.pdf

10. Bronfman, M. N., Leyva, R., Negroni, M. J., & Rueda, C. M. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS* 2002, 16 (suppl 3):S42–S49

11. Jelin, E. Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. 2008. Recuperado de: https://www.academia.edu/19783283/Salud_y_migraci%C3%B3n_regional._Ciudadan%C3%ADa_discriminaci%C3%B3n_y_comunicaci%C3%B3n_intercultural

12. Médicos del Mundo. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Informe del Observatorio Europeo-Médicos del Mundo. 2009. Recuperado de: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-observatory-2009-es.pdf>

13. ONUSIDA, OIM. El derecho de los migrantes a la salud. Colección de prácticas óptimas del ONUSIDA. Ginebra. 2002. Recuperado de: http://data.unaids.org/Publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_es.pdf

14. Leyva R, Caballero M. Contextos de vulnerabilidad: migración e ITS y VIH/SIDA. Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes. Editores René Leyva, Marta Caballero. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. 2009

15. Lesser G, Batalova J. Inmigrantes Centroamericanos en los Estados Unidos. Migration Policy Institute. 21 abril 2017. <https://www.migrationpolicy.org/article/inmigrantes-centroamericanos-en-los-estados-unidos>

16. Rodríguez CE. Migración centroamericana

en tránsito irregular por México: nuevas cifras y tendencias. CANAMID Policy Brief Series, PB14, CIESAS: Guadalajara, México. 2016. Disponible en: www.canamid.org

17. Maldonado VC, Martínez PJ, Martínez R. Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas. Documentos de proyectos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, Chile. 2018.

18. Leyva R, Infante C, Quintino F. Migrantes en tránsito por México: situación de salud, riesgos y acceso a servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. 2016.

19. World Bank. Crimen y violencia en Centroamérica: un desafío para el desarrollo (Vol. 1) - Informe principal. World Bank. 2011. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2744> License: CC BY 3.0 IGO.

20. The World Bank. Migration and Remittances. Factbook 2016. The World Bank Group. Washington DC. 2016. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23743/9781464803192.pdf>

21. The New York Times. Políticas migratorias de Estados Unidos. 11 octubre 2018. <https://www.nytimes.com/es/tag/politicas-migratorias-de-estados-unidos/>

22. Human Rights Watch. Informe Mundial 2018: Unión Europea. Eventos 2017. <https://www.hrw.org/es/world-report/2018/country-chapters/313653>

23. Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

24. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social. Gobierno de Chile. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN, 2015). Inmigrantes. Principales resultados. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_INMIGRANTES_21122016_EXTENDIDA_publicada.pdf

25. Leyva-Flores R, Infante C, Serván-Mori E, Quintino F, Silverman-Retana O. “Access to health services for Central American migrants in transit through Mexico, CANAMID Policy Brief Series, PB05, CIESAS: Guadalajara, Mexico: www.canamid.org