

LOS DESAFÍOS DE LA
MIGRACIÓN A LA SALUD
PÚBLICA EN
**IBEROAMÉRICA EN
TIEMPOS DE LA
COVID-19**

ANDRÉS CUBILLOS NOVELLA, JOAQUÍN EGUREN
Y CATALINA OCHOA MARÍN (EDITORES ACADÉMICOS)

**Los desafíos de la migración
a la salud pública en Iberoamérica
en tiempos de la COVID-19**

Los desafíos de la migración a la salud pública en Iberoamérica en tiempos de la COVID-19

ANDRÉS CUBILLOS NOVELLA

JOAQUÍN EGUREN

SANDRA CATALINA OCHOA

EDITORES ACADÉMICOS

Reservados todos los derechos
© Pontificia Universidad Javeriana
© Universidad Pontificia Comillas
© Andrés Cubillos Novella, Joaquín Eguren
y Sandra Catalina Ochoa, editores académicos

Primera edición:
Bogotá, D. C., abril de 2023
ISBN (impreso): 978-958-781-831-4
ISBN (digital): 978-958-781-797-3
DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.9789587817973>
Número de ejemplares: 200
Impreso y hecho en Colombia
Printed and made in Colombia

Editorial Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7.ª n.º 37-25, oficina 1301
Edificio Lutaima
Teléfono: 320 8320 ext. 4752
www.javeriana.edu.co/editorial
editorialpuj@javeriana.edu.co
Bogotá, D. C.

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Edificio Jorge Hoyos Vásquez, S. J., Cra. 7.a n.º 40-62
Tel: (601) 320 8320 Ext. 2210

Instituto de Salud Pública
Edificio Pablo VI, piso 2, Cra. 7.a n.º 40-62
Tel: (601) 320 8320 Exts. 3156 - 5124 - 5140 - 5093

Corrección de estilo:
Fernando Urueta

Diagramación:
Kilka Diseño Gráfico

Impresión:
DGP Editores



Pontificia Universidad Javeriana |
Vigilada Mineducación. Reconocimiento
como Universidad: Decreto 1297 del 30
de mayo de 1964. Reconocimiento de
personería jurídica: Resolución 73 del 12
de diciembre de 1933 del Ministerio de
Gobierno.

Pontificia Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S. J.
Catalogación en la publicación

Cubillos Novella, Andrés Felipe, autor, editor

Los desafíos de la migración a la salud pública en Iberoamérica en tiempos de la COVID-19 / editores académicos Andrés Cubillos Novella, Joaquín Eguren, Catalina Ochoa Marín ; autores, Andrés Cubillos Novella [y otros veintiséis]. -- Primera edición. -- Bogotá : Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2022.

338 páginas ; 24 cm

ISBN: 978-958-781-831-4 (impreso)
ISBN: 978-958-781-797-3 (electrónico)

1. Migración - Iberoamérica 2. Salud pública - Iberoamérica 3. COVID-19 (Enfermedad) - Iberoamérica 4. Emigración e inmigración - Iberoamérica 5. Pandemias - Iberoamérica 6. Inmigrantes - Aspectos sociales - Iberoamérica I. Eguren, Joaquín, autor, editor II. Ochoa Marín, Catalina, autora, editora III.

Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá

CDD 304.82 edición 21

inp

08/11/2022

Prohibida la reproducción total o parcial de este material, sin autorización por escrito de la Pontificia Universidad Javeriana. Las ideas expresadas en este libro son responsabilidad de sus autores y sus autoras y no reflejan necesariamente la opinión de la Pontificia Universidad Javeriana.

Contenido

1. Salud inmigrante y su repercusión en el sistema sanitario español	9
<i>María Alejandra Martínez Gandolfi y Joaquín Eguren</i>	
2. La salud y el bienestar de los inmigrantes en la Florida, Estados Unidos	27
<i>Tracy Wharton y Bernardo Ramírez</i>	
3. Desafíos de los inmigrantes en el acceso a la salud pública en tiempos del COVID-19: el caso de venezolanos y haitianos en República Dominicana	45
<i>Pedro A. Valdez-Castro y Reyna Bartolomé de la Rosa</i>	
4. Migración y salud en México durante la pandemia de COVID-19	73
<i>Ietza Bojorquez Chapela y Adriana Ortiz Peredo</i>	
5. El Salvador, Guatemala y Honduras: su dinámica migratoria y las implicaciones sanitarias en tiempos de COVID-19	91
<i>Moisés Gómez, Enrique Maldonado, Sindy Hernández Bonilla y Maira Hayde Ruano Estrada</i>	
6. La dinámica migratoria en Costa Rica: implicaciones y desafíos en tiempos de COVID-19	143
<i>Karen Carpio y Karol Rojas Araya</i>	
7. Contexto y políticas de atención en salud a la población migrante venezolana en Colombia	161
<i>Sandra Catalina Ochoa y Andrés Cubillos Novella</i>	
8. Salud pública y migración venezolana (2014-2021)	183
<i>Emilio Osorio Álvarez y Mauricio Phélan</i>	

9. Migración y salud en Ecuador	207
<i>Irene Torres y Daniel Fernando López-Cevallos</i>	
10. Salud y migración en Perú	223
<i>José Koechlin Costa y Ximena del Rosario Solórzano Salleres</i>	
11. Movilidad de pacientes en las fronteras del Mercosur	237
<i>Nahuel Oddone, Marcos Aurélio Matos Lemões y María Alejandra Fantin</i>	
12. Salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile durante la pandemia SARS-CoV-2: necesidades y desafíos para una atención efectiva en contextos de crisis sanitarias	261
<i>Báltica Cabieses y Alexandra Obach</i>	
13. Análisis comparativo y transversal de los aspectos más importantes de la migración y la salud en Iberoamérica y Estados Unidos	303
<i>Joaquín Eguren, Andrés Cubillos Novella y Sandra Catalina Ochoa</i>	
Conclusiones de la obra	319
<i>Andrés Cubillos Novella, Sandra Catalina Ochoa y Joaquín Eguren</i>	
Autores	327

1. Salud inmigrante y su repercusión en el sistema sanitario español

María Alejandra Martínez Gandolfi y Joaquín Eguren

Este capítulo aborda la manera en que el Sistema Nacional de Salud (SNS) afronta la atención a los inmigrantes en España. Establecemos un perfil sociodemográfico de los inmigrantes y su estado de salud en relación con los autóctonos. Luego detallamos la organización del SNS y el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. Analizamos las barreras de acceso a este último y la situación de la inmigración irregular. Describimos las enfermedades infectocontagiosas y mentales, y la práctica de la mutilación genital femenina en la población inmigrante. Detallamos el plan de vacunación contra la COVID-19. Además, identificamos fortalezas y debilidades del SNS y, para finalizar, realizamos recomendaciones destinadas a la salud del inmigrante vinculadas a la salud pública.

Información sociodemográfica de la población inmigrante en España

La población total en España a 1 de enero de 2020 era de 47 450 795, de los cuales son españoles 42 016 642 y extranjeros 5 434 153, de modo que estos últimos representan el 11,45%. Sin embargo, la cifra de extranjeros es mayor debido a que los procesos de nacionalización se incrementaron en los últimos 25 años. Entre 1997 y 2017 se concedió a más de 1,3 millones de inmigrantes (la mayoría de Centroamérica y Latinoamérica) la nacionalidad española por residencia. Los inmigrantes de la Unión Europea (UE), con Reino Unido, representaban el 34,5% del total y los inmigrantes no-comunitarios, las dos terceras partes (65,5%). Los inmigrantes de la UE tienen mejores situaciones legales, socioeconómicas, de salud y culturales que los extracomunitarios. En la

distribución por sexo, los hombres representan el 51 % y las mujeres 49,9%. La distribución de los inmigrantes por cohortes de edad se muestra en la tabla 1.1.

Tabla 1.1. Distribución por cohortes de edad de los inmigrantes

Edades	Porcentaje
0-19	19%
20-44	51%
45-64	23%

Fuente: elaboración propia con base en Instituto Nacional de Estadística (s. f.).

Las principales nacionalidades representadas en España son Marruecos, Rumanía, Colombia, Reino Unido, Italia, China, Venezuela, Ecuador, Bulgaria y Honduras.

Los extranjeros tienen en promedio un nivel educativo medio inferior al de la población española. No obstante, el 32 % de ellos tiene estudios secundarios, porcentaje del cual un 25 % es del tipo bachillerato y un 7 % de tipo profesional, incluyendo grado medio y superior. Evidentemente hay diferencias notorias entre los distintos orígenes regionales y nacionales (Consejo Económico y Social, 2019).

Estado general de la salud de autóctonos e inmigrantes comparativamente

En salud pública y en planificación sanitaria se utilizan indicadores de salud de la población para relacionar los problemas y los objetivos cumplidos. En el año 2017, el 70,5 % de la población española mayor de 16 años percibió que su salud era buena o muy buena. La esperanza de vida es un indicador para valorar el estado general de la salud y refleja el nivel social, económico y sanitario. En España, la esperanza de vida al nacer en 2017 era de 80,4 años en hombres y 86,0 años en mujeres. Actualmente la población española se encuentra envejecida debido al incremento de la esperanza de vida. La mortalidad de la población es otro indicador que evalúa el resultado de las políticas de salud. En el año 2017, el 29 % de la población española falleció por enfermedades cardiovasculares, 246 personas por cada 100 000 habitantes. La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y se observó que, en la población mayor de 44 años, un 19 % era obeso. Los tumores malignos causan la muerte de 234 personas por cada 100 000 habitantes. El 10,5 % de la mortalidad restante se debe a enfermedades crónicas como

enfermedad pulmonar, alzheimer, diabetes mellitus y enfermedades hepáticas (Ministerio de Sanidad, 2020e).

En cuanto a la población inmigrante, suele presentar un buen estado de salud y las necesidades de salud se comparan con las de la población autóctona. Con el tiempo de estancia, el estado de salud se asemeja al del grupo socioeconómico equivalente de la población autóctona. El estado de salud se ve condicionado por el nivel socioeconómico, las barreras económicas, lingüísticas y culturales, y las restricciones legales al acceso al sistema de salud. Más adelante, detallaremos las principales enfermedades que sufren los inmigrantes.

Organización del Sistema Nacional de Salud español

El SNS es el conjunto de servicios de salud de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, 2012). La Constitución española de 1978 establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos; además, estableció el reparto de competencias del SNS entre el Estado y las comunidades autónomas, con eje central en la atención primaria de todos los servicios sanitarios. Desde 1981 hasta 2001, el sistema sanitario (Insalud) traspasó los servicios sanitarios a las 17 comunidades autónomas, excepto ciudades autónomas de Melilla y Ceuta, que permanecen regidas por el Ministerio de Sanidad. Por lo tanto, cada comunidad autónoma, según los impuestos recaudados, decide los presupuestos destinados a sanidad. El gasto sanitario público del Estado es regido por los 17 parlamentos autonómicos (Bohígas, 2003).

La atención primaria de salud es el eje central del SNS, pero los presupuestos destinados son un 15% inferiores al gasto sanitario total. La política de austeridad en dicha atención provocó una crisis sanitaria que afectó la calidad de los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad, 2019). En la actualidad, España cuenta con un total de 13 122 centros de atención primaria, de los cuales 3055 son centros de salud y 10 067, consultorios locales rurales. La tasa de centros de salud y consultorios es de 28 por cada 100 000 personas. Ofrecen servicios de atención primaria, enfermería, matrona, pediatría, y algunos pueden disponer de equipos de radiología y ecografías (“¿Cuántos centros de salud hay en España?”, 2020; Ministerio de Sanidad, 2020a). El SNS cuenta con alrededor de 149 342 profesionales médicos, lo que representa 3,2 sanitarios por cada 1000 habitantes (Ministerio de Sanidad, 2020b). El Banco Mundial estima que el número de médicos por cada 1000 personas en los diferentes países de América Latina y el Caribe ronda entre 0,2 (Haití) y 8,4 (Cuba). Cuba, Uruguay y Argentina son los países que cuentan con mayor número de médicos (Banco Mundial, 2021). Por su parte, España estaría en el

cuarto lugar. Cada residente en España cuenta con una cartilla sanitaria que le permite hacer uso del SNS en todo el territorio con descuentos en medicamentos financiados por la Seguridad Social mediante un código de identificación personal “único y vitalicio” en todo el sistema sanitario.

En diciembre de 2018, 45,2 millones de personas contaban con tarjetas sanitarias individuales activas, lo que representaba el 93,2% de la población (Ministerio de Sanidad, 2018-2020). En ese mismo año, 77 404 millones de euros fueron el gasto sanitario, el cual representa el 6,4% del PIB, y el gasto per cápita ascendió a 1656 euros por habitante (Ministerio de Sanidad, 2021b).

Acceso a la sanidad pública

El Real Decreto-ley 7/2018 declara el acceso universal y gratuito al SNS para toda persona residente en España, lo cual amplía los servicios sanitarios a los inmigrantes “sin papeles” que revertía el Real Decreto 16/2012 (Real Decreto-ley, 2018). Sin embargo, la letra pequeña de la ley especifica que los inmigrantes irregulares no tendrían tarjeta sanitaria y que necesitarían demostrar, entre otras cosas, que no tienen la posibilidad de exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia. Ante ello, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con una resolución del 20 de junio de 2020, ha enviado unas pautas a todas las comunidades autónomas que establecen que el inmigrante no precisa de tarjeta sanitaria, solo deberá acudir a su centro de salud con un documento que lo identifique (bien sea el DNI de su país de origen o uno emitido por las autoridades españolas) y demostrar el empadronamiento y mediante un informe de servicios sociales (Nova, 2019).

El empadronamiento es el documento expedido por el ayuntamiento que certifica que una persona vive en ese municipio y resulta ser el primer requisito para acceder a los servicios sanitarios, sociales y educativos. El certificado de empadronamiento, junto con un documento de identidad, como el pasaporte o el permiso de residencia o laboral, son los documentos necesarios para tramitar la cartilla sanitaria para el acceso a la atención sanitaria, que incluye la atención primaria y hospitalaria. Los titulares de dicha tarjeta pueden incluir a su pareja e hijos. Ella es vitalicia, aunque cambie la situación laboral del titular, esté en el paro o sea pensionista (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2021).

Barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud

Dificultades administrativas en el acceso a la salud

La situación irregular de algunos inmigrantes que se encuentran en situación de calle, y de aquellos que cohabitan en viviendas poco saludables o en

domicilios subalquilados, les impide legalmente empadronarse en un ayuntamiento. Durante el periodo de confinamiento de marzo a junio de 2020 los ayuntamientos permanecieron cerrados, y esto dificultó aún más el registro de la población vulnerable para acceder a los servicios sanitarios. En la actualidad, los ayuntamientos tienen un tiempo de espera de tres semanas para realizar el empadronamiento; si en ese tiempo la población irregular necesita acudir al médico, acude a los servicios hospitalarios de urgencias y, al finalizar la atención, se le entrega la factura que debe abonar. En el estado de alarma, la Administración habilitó medidas para facilitar la prórroga de permisos de trabajo y/o de estancia en España, la autorización de regreso y la de ingreso legal por motivos de trabajo.

Con respecto a los inmigrantes que llegan al país de forma irregular vía marítima, la Armada Española, en colaboración con la UE, evita el desembarco ilegal y el tráfico de seres humanos en el Mediterráneo mediante el rescate y la asistencia sanitaria de las personas en altamar. A todas las personas que arribaron a las costas españolas de manera ilegal, el ministerio, en época pandemia de COVID-19, les realizó hisopados nasofaríngeos para el diagnóstico rápido de aquellas infectadas, con el fin de trasladarlas a un centro sanitario de estancia temporal u hospital de campaña para el aislamiento epidemiológico (“COVID-19: Derecho europeo y estatal”, 2020).

Barreras culturales y socioeconómicas en el Sistema Nacional de Salud

En 2019, un estudio con inmigrantes de 11 nacionalidades establecidos en el sur de España (Sistema Andaluz de Sanidad) detectó que el idioma, el uso de tecnicismos, los tiempos de espera, la situación de legalidad/ilegalidad y la burocratización de los trámites fueron barreras para acceder al uso del SNS (Pérez-Morente et ál., 2019). La falta de mediadores interculturales en los centros de salud y hospitales retrasa la comunicación de la población inmigrante con sanitarios. Si falla la información, fallará la adherencia, el seguimiento y el cumplimiento de los tratamientos pautados por el personal sanitario.

El Ministerio de Sanidad (2020d), en su documento “Equidad en salud y COVID-19”, analiza el impacto de las desigualdades sociales y los tres tipos de vulnerabilidades detectadas durante la pandemia. Ellos son la vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica. La primera tiene que ver con el hecho de que los factores de riesgo, como la edad, la hipertensión arterial, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares crónicas, el cáncer, las inmunodeficiencias, predisponen a una mala evolución de la COVID-19.

La vulnerabilidad social se refiere a la situación económica, al nivel educativo, a las condiciones laborales, al estatus migratorio, al género, a la etnia, entre otras variables. Las autoridades sanitarias reconocen que, desde el

inicio de la pandemia, los servicios sociales están colapsados por el número de solicitudes de apoyo social por parte de los grupos vulnerables (Ministerio de Sanidad, 2020d). El Ministerio de Sanidad ha detectado que los inmigrantes se encuentran en desigualdad de acceso a los servicios de salud y al servicio social por desconocimiento del uso de la informática y las tecnologías digitales (Ministerio de Sanidad, 2020d).

La precariedad laboral, los bajos ingresos, los contratos precarios, la falta de acceso a las ayudas constituyen las vulnerabilidades sociales que se enlazan con la vulnerabilidad epidemiológica. En el estado de alarma o confinamiento, la población inmigrante se ve obligada a recurrir a trabajos temporales y precarios, y no cumple con la cuarentena o aislamiento por miedo a perderlos. Todo ello repercute en la salud pública (Ministerio de Sanidad, 2020d).

Identificación de las enfermedades que afectan a los inmigrantes

Enfermedades vinculadas a la explotación laboral

España, en época estival, recibe población proveniente de África para la recolección de frutas y hortalizas. Algunos inmigrantes son contratados en sus países de origen y, al finalizar la cosecha, regresan a ellos. Han denunciado que sus empleadores no les asignan condiciones óptimas de viviendas, se encuentran hacinados, y todo ello les impide cumplir con las medidas mínimas de aislamiento para evitar el contagio de la COVID-19 (Vargas, 2020). En el caso de los trabajadores jornaleros en situación de ilegalidad, el acceso a los servicios sanitarios es restringido únicamente al servicio de urgencias, ya que no tienen acceso a las diferentes prestaciones del SNS. Este tipo de problemática se agravó en el contexto de la pandemia, en especial durante los meses de verano, debido a que los trabajadores permanecen largas jornadas de trabajo en condiciones deplorables. Los empleadores no contemplan las necesidades básicas de los inmigrantes, como brindarles tiempo para la alimentación, asegurarles la disponibilidad de agua potable o establecer un tiempo de descanso en las largas jornadas estivales. En ocasiones sufren enfermedades asociadas a la deshidratación, la infección por COVID-19 y brotes asociados a esta. Así mismo las trabajadoras marroquíes han denunciado situaciones de acoso y abuso sexual por parte de sus empleadores (Tamayo Belda, 2020-2021).

Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (visiting friends and relatives)

Las enfermedades importadas de otros países necesitan ser estudiadas y diagnosticadas con precocidad. En la actualidad, el Gobierno español no realiza un registro de las infecciones importadas; la información existente es el resultado de la experiencia y publicación de datos de los distintos grupos de trabajo.

España trabaja en el diagnóstico de enfermedades importadas originadas en 1) viajes turísticos a zonas tropicales, 2) inmigración, 3) proyectos de cooperación al desarrollo y tareas humanitarias, y 4) adopciones internacionales. En el caso de los pacientes inmigrantes, la situación socioeconómica en el país de origen determinará patologías que en ocasiones tienen repercusión en la salud pública, como las respiratorias (por ejemplo, la tuberculosis), la hepatitis de origen vírico y las enfermedades infecciosas, entre ellas las de transmisión sexual y, en la actualidad, la COVID-19 (Aparicio et ál., 2003). El incremento de la inmigración en el contexto de la COVID-19 no permitió al SNS la correcta organización y provocó un colapso de los centros de acogida en Ceuta, Melilla y Andalucía (Rodríguez Ruíz, 2020).

En España, existen centros de referencias como el servicio de Atención al Viajero Internacional del Hospital Clínic de Barcelona, cuyo departamento de Medicina Tropical y Salud Internacional cuenta con una experiencia de más de 30 años en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades importadas (Hospital Universitari Clínic Barcelona, 2020). El departamento de Enfermedades Tropicales del Hospital Ramón y Cajal en Madrid ha elaborado un informe de las diferentes enfermedades infecciosas consideradas importadas que pueden comprometer la salud pública. Ellas son la malaria, la fiebre tifoidea, la tuberculosis de transmisión sexual, las parasitosis intestinales, la filariasis y el dengue.

El término *visiting friends and relatives* se refiere a la población de inmigrantes que, una vez establecidos en los países de acogida, viajan a sus países de origen para visitar a familiares o amigos. Estos viajes se caracterizan por su larga duración, por ser a zonas rurales en las que la potabilización del agua y la higiene de alimentos no son óptimas, por el contacto estrecho con la población local y por el hecho de que la población inmigrante puede sufrir picaduras de insectos que se comportan como vectores para diferentes enfermedades (Ministerio de Sanidad, 2020c). El papel del médico de atención primaria es primordial para interrogar a la población inmigrante sobre las intenciones de viajar a sus países e informarle de vacunas existentes en España para prevenir enfermedades infecciosas.

La enfermedad del virus del Zika

El 1 de febrero de 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a esta enfermedad como una “emergencia de salud pública de importancia internacional”. En 2015, se inició un brote en Brasil que se extendió a 48 países. Desde 2017, los casos aumentan progresivamente en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador y Perú. Es un reto para la salud pública española la identificación precoz de las personas infectadas con esta enfermedad transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes*. Otras vías de transmisión son la sexual, la vertical (madre-hijo) y la transfusional. En España se identificaron como casos positivos a mujeres jóvenes latinoamericanas que fueron a sus países a visitar familiares en zonas epidémicas de América Latina y el Caribe. La enfermedad tiene una clínica leve y su forma asintomática se presenta en un 75%-80%. Las embarazadas infectadas pueden transmitir la enfermedad a sus embriones y los recién nacidos, padecer malformaciones neurológicas (Ministerio de Sanidad, 2017).

Un estudio español analizó a las embarazadas que visitaron a sus familiares en América e identificó una serie de complicaciones fetales. El 96,1% de casos importados se infectaron en América y el 51,7% en visitas familiares (Fernández Martínez et ál., 2019). Los viajes de las personas inmigrantes a sus países de origen fueron la puerta de entrada para las enfermedades adquiridas, como el virus del Zika y la enfermedad de Chagas (Ministerio de Sanidad, 2020c).

La enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas fue descubierta en 1909 por el médico brasileño Carlos Ribeiro das Chagas (1879-1934). Es endémica de Centroamérica y Sudamérica. El insecto (vinchuca) infectado con el *Trypanosoma cruzi*, al picar al ser humano, le trasmite la enfermedad. En España, alrededor de 65 000 personas provenientes de Latinoamérica se encuentran infectadas. Muchas de ellas lo desconocen porque en los estadios tempranos de la enfermedad no se manifiestan los síntomas. Es una dolencia que desafía al sistema público de salud, debido a que es necesario el diagnóstico rápido, en especial para evitar el contagio a través de los donantes de sangre y de órganos y la transmisión de la madre embarazada infectada a su feto. Según datos del Instituto de Salud Global de Barcelona, hasta el 2016, más de 4000 personas habían sido tratadas de Chagas en España (Gascon, 2017). Galicia, Cataluña y Valencia son las comunidades autónomas que aplican protocolos de detección de dicha enfermedad (Rosende Tuya, 2019).

Enfermedades de transmisión sexual

En España, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se han convertido en uno de los problemas de salud pública, como en todo el mundo. Probablemente, después del estado de alarma y en situación de confinamiento, a lo largo de la pandemia se han reducido de forma significativa los contactos sexuales. Para el Ministerio de Sanidad es prioritario promover el diagnóstico del VIH y ETS en poblaciones vulnerables antes de que se recupere la actividad sexual tras la fase de desescalada, lo que puede ser una buena medida para romper la cadena de transmisiones. Resulta oportuno reforzar las acciones preventivas ante un previsible potencial repunte de estas infecciones después del confinamiento, además de acompañar las medidas de protección frente a la COVID-19.

Sin duda, el retorno a las relaciones sociales, incluidas las relaciones sexuales, propicia una exposición con contacto interpersonal directo y estrecho que puede ser de riesgo para contraer tanto la COVID-19 como el VIH y otras ETS. Hasta el 30 de junio de 2019 se notificaron 3244 nuevos casos de VIH en un año. La transmisión más frecuente se produce entre hombres homosexuales (56,4%), entre personas heterosexuales (26,7%) y entre drogodependientes (3,2%). El 60% de los nuevos diagnósticos se da en personas nacidas en España; el 21,5% en latinoamericanos, el 22,6% en latinoamericanas y el 21,3% en inmigrantes del África subsahariana. Las recomendaciones para los sistemas de salud son las siguientes: prevenir el VIH y las ETS en el contexto de transmisión comunitaria de la COVID-19; realizar el diagnóstico precoz de VIH y ETS; favorecer el acceso de las personas inmigrantes a los servicios de prevención, asistencia y tratamiento del VIH existentes, en colaboración con las comunidades autónomas y los sistemas de atención social y sanitaria; iniciar y agilizar el acceso al tratamiento antirretroviral, y distribuir preservativos y lubricantes en las sociedades más vulnerables (Vázquez y Koerting, 2020).

En la actualidad, más de un 80% de las trabajadoras sexuales en España son inmigrantes en situación irregular provenientes de Latinoamérica, de países del este de Europa y del África subsahariana. En el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de Granada (Servicio Andaluz de Salud) se realizó un estudio observacional de 374 casos de ETS (sífilis, gonorrea, VIH) en población inmigrante. Más de un tercio de los diagnósticos correspondió a mujeres dedicadas a la prostitución. La población afectada tiene una edad promedio de 28 años y cuenta en general con estudios secundarios y formación profesional (Pérez-Morente et ál., 2019).

Mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina (MGF) fue definida por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) como una práctica que consiste en la resección parcial o total de los órganos genitales externos femeninos por

motivos no terapéuticos. La MGF atenta contra la salud física, psicológica y social de millones de niñas en todo el mundo y se considera una violación de los derechos humanos. Según un reciente estudio con población africana durante las épocas de confinamientos de la pandemia de la COVID-19, este tipo de prácticas no se han dejado de realizar en los cuerpos de las niñas y mujeres africanas (Díaz y Galanzini, 2020).

Una encuesta realizada entre profesionales sanitarios de Barcelona muestra que hay falta de formación al respecto: el 56% no identificó correctamente los tipos cortes y el 17% prefería ignorar la MGF. Gran parte de los profesionales de la salud desconoce su práctica y sus consecuencias físicas. Sería aconsejable formarlos y sensibilizarlos para entender esta problemática y, con ello, lograr un mayor acercamiento a los involucrados, ya que en ocasiones esta práctica es ocultada por la propia familia de la menor (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021). En sociedades de Sierra Leona, como en ciertas comunidades indígenas de Colombia, se realiza la MGF bajo la creencia de que las mujeres mutiladas serán más fieles o tendrán una “conducta decente” puesto que se reducirá su apetito sexual; de no ser mutiladas, nunca estarían satisfechas sexualmente y se dedicarían a la prostitución (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2019).

En España, en diferentes comunidades autónomas como Cataluña, Aragón, Valencia, Andalucía y Madrid, probablemente residan más de 10 000 mujeres que han sufrido MGF. En cuanto a las intervenciones desde la perspectiva de salud pública, se presentan dos escenarios diferentes.

El primero es el de la mutilación practicada en el país de origen y diagnosticada en España, en donde desde el 2003 la MGF constituye un delito de lesiones recogido en el Código Penal de 1995 (art. 149). Por lo tanto, si el personal sanitario detecta en una mujer o niña la MGF, debe denunciar el caso, y la madre será castigada con pena de prisión de entre 6 y 12 años e inhabilitación de la patria potestad en el caso de las menores.

El segundo escenario es el de la prevención de la MGF en niñas en riesgo durante la época de vacaciones, cuando son trasladadas a sus países de orígenes para ritualizar esta práctica (Médicos del Mundo, 2020). En la actualidad, aproximadamente 1000 niñas residentes en Canarias están en riesgo de ser víctimas de la MGF (Correa Ventura, 2020).

Detección precoz de cáncer de mama y cuello uterino en inmigrantes regularizadas

A nivel nacional se desarrollan programas destinados a la detección precoz de cáncer de mama y de cuello uterino. Son programas dirigidos a la población nacional y a mujeres inmigrantes en situación de residencia legal. La población irregular no goza del acceso a programas preventivos para cáncer de colon, de

mama y de cuello uterino. El objetivo para lograr la eficiencia de estos programas es llegar al mayor número de mujeres posible. Según diferentes estudios, se ha observado que las inmigrantes con tarjeta sanitaria (en situación regular en el país) tienen una menor participación en los protocolos de prevención del cáncer de mama y de cuello uterino que las mujeres españolas. Los motivos de esta baja participación son el desconocimiento del sistema sanitario y de los itinerarios de diagnósticos; las condiciones laborales les impiden ausentarse de sus empleos para realizarse mamografías o citologías, así como la recolección de los resultados y el agendamiento de nuevas consultas médicas (Barrera-Castillo et ál., 2020).

Enfermedad mental en la población africana

La antropología de la salud permite comprender las creencias y la cosmovisión de la población inmigrante sobre los orígenes de las enfermedades. Para realizar una atención sanitaria de manera holística a los diferentes grupos de inmigrantes es necesario tener en cuenta las distintas formas en que cada sociedad construye y entiende los procesos de salud y enfermedad. A manera de ejemplo, el psiquiatra y antropólogo español Ibáñez Allera trabajó la problemática de los padecimientos mentales en los inmigrantes negroafricanos y plasmó los resultados en su obra *Locura en los inmigrantes negroafricanos de Almería*. La brujería, la magia y la creencia en la posesión por parte de espíritus provocan un desequilibrio emocional que puede ser el origen de algunos desórdenes mentales (Ibáñez Allera, 2017).

En la población inmigrante de las zonas rurales de Marruecos, las alteraciones mentales o los cambios de conducta son explicados según sus creencias, de acuerdo con las cuales se deben a la posesión de los *djinn* (seres espirituales vinculados a la religión musulmana), a la magia, al mal de ojo y a la envidia (Martínez Gandolfi y Rodríguez Mir, 2018). La “locura” es considerada en Marruecos como un castigo divino. Por lo tanto, la población marroquí en España considera que, para tratar esas aflicciones, necesitan visitar a un persona sanadora y conocedora del Corán con el fin de eliminar los espíritus (exorcismo) del cuerpo de la persona poseída (Mateo Dieste, 2010).

Estrategia sanitaria ante la COVID-19

El estado de alarma y sus consecuencias sociales

Los inmigrantes que llegan a España cuentan con un capital inicial que consiste en estar dispuestos a moverse por el territorio nacional para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y vivienda. El Gobierno, para disminuir los contagios y fallecimientos provocados por la COVID-19, decretó el estado

de alarma en marzo de 2020 y, en la actualidad, limita la movilidad de la ciudadanía en general. La población inmigrante, en especial los irregulares, menores no acompañados, vendedores callejeros (manteros), sienten temor de ser detenidos por las fuerzas de seguridad debido a su situación jurídica de ilegalidad. Aquellos inmigrantes que trabajan en los sectores de hostelería, construcción y restaurantes han sido despedidos o están en situación de precariedad laboral, por lo que sus necesidades básicas y de salud han aumentado (Llorente Heras, 2020).

Plan de vacunación frente a la COVID-19

El Ministerio de Sanidad planteó cuatro etapas de vacunación desde el 27 de diciembre de 2020 hasta junio del 2021. El comienzo del plan fue dirigido a los residentes en centros de mayores y a su personal sanitario. En febrero de 2021, se continuó en las residencias de ancianos, aplicando las segundas dosis, y se amplió al personal sanitario hospitalario y de atención primaria. En el periodo de marzo a mayo de 2021 se aplicarían las dosis a mayores de 80 años, personal sanitario menor de 56 años y población en general de entre 45 y 55 años. A partir del mes de junio se estudiaría la posibilidad de completar el plan de vacunación en otros grupos prioritarios, como las personas sin hogar, las personas en situación de dependencia, los migrantes, las minorías étnicas, las personas con barreras idiomáticas y los inmigrantes irregulares (Ministerio de Sanidad, 2021a).

Fortalezas y debilidades del Sistema Nacional de Salud español¹

El Ministerio de Salud elaboró un documento basado en la ponencia de Promoción de la Salud, de Alertas y Salud Laboral con recomendaciones aprobada por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS. En España existe un Real Decreto-ley (2018) que aprobó el Consejo Interterritorial del SNS para garantizar el acceso universal al SNS en situaciones de riesgo para la salud pública (Ministerio de Sanidad, 2020d).

1 Las medidas fueron obtenidas del análisis de las 22 entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios, trabajadores sociales y servicios de epidemiología de las diferentes comunidades autónomas. Así mismo, se tuvo en cuenta la opinión de las ONG, de las minorías étnicas y de colectivos vinculados a la migración y a los derechos humanos.

Fortalezas

- a. *Otorgar* prestaciones por desempleo y baja laboral como la aprobación del ingreso mínimo vital (IMV) para mitigar en parte la crisis económica.
- b. *Controlar* las enfermedades infecciosas en la población inmigrante.
- c. *Realizar* programas de detección de cáncer de cuello de útero y mama en mujeres inmigrantes regularizadas.
- d. *Eliminar* algunas de las barreras de acceso a la atención sanitaria. Algunas comunidades autónomas han reformulado normativas, en especial para la población más vulnerable, como las del sector hortofrutícola (jornaleros inmigrantes), con el fin de brindar la cobertura sanitaria universal independientemente de su situación administrativa.
- e. *Analizar* los brotes de la COVID-19 en jornaleros que trabajan en las empresas de procesamiento cárnico y hortofrutícolas para detectar vulnerabilidad, desigualdad y precariedad laboral.
- f. *Identificar* a las personas con mayor posibilidad de contagio que se encuentran en condiciones de economía sumergida, prostitución y en lugares con mala ventilación. En especial aquellas que trabajan en alimentación, transporte, servicio doméstico y de cuidado a personas mayores de manera irregular.

Debilidades

- a. *Falta de cobertura sanitaria de carácter universal efectiva*, en especial en situaciones de personas que cursan una estancia temporal, en situación irregular y en otras situaciones vinculadas con el estatus migratorio. Se contempla que la población inmigrante en situación irregular sufra mayor riesgo de contagio por miedo al uso de los servicios de salud y la posterior sanción administrativa, como los procesos de expulsión.
- b. *Es necesario otorgar expedientes de regulación y ayudas económicas* a todas aquellas personas que se encuentran en situación de desempleo, expedientes de regulación temporal de empleo, prórrogas de contratos de carácter temporal y prórrogas de moratorias, además de la aprobación del IMV a las minorías étnicas. Las personas con precariedad laboral sufrirán mayor contagio por miedo a perder la fuente de ingresos y no respetarán las medidas de aislamiento social, cuarentena o confinamiento indicadas por los profesionales sanitarios.
- c. *Hay que garantizar alimentación a personas en precariedad laboral*. Debido a la crisis sociosanitaria, existe un aumento diario de demanda en los comedores sociales, con largas filas de personas que buscan beneficiarse del reparto de alimentos y productos esenciales de la canasta

familiar. Las ONG y de apoyo social se ven en la actualidad desbordadas en la tarea de garantizar el reparto de alimentos, mascarillas y otros bienes necesarios.

- d. *Se debe hacer un registro de carácter nacional de las enfermedades importadas a España por viajeros e inmigrantes para conocer la distribución temporal y geográfica con el fin de establecer estrategias epidemiológicas de salud pública.*

Recomendaciones

- a. *Promover* la formación profesional de los sanitarios en aspectos culturales de la población de inmigrantes para que adquieran competencias al respecto y así puedan comprender la importancia de la concepción no universal de la salud y la enfermedad (Boladeras et ál., 2007).
- b. *Regularizar* la situación administrativa de los inmigrantes que se encuentran de manera ilegal en el país para garantizar su acceso a los servicios de salud y paralizar las deportaciones, así como garantizar una adecuada atención sanitaria en los centros de internamiento de extranjeros.
- c. *Incorporar* al SNS mediadores interculturales en la atención primaria, en hospitales y en los servicios sociales para garantizar una vía de comunicación entre inmigrantes y proveedores de salud. La comunicación y el entendimiento mejorarán el cumplimiento de los tratamientos médicos.
- d. *Ampliar* la vacunación contra la COVID-19 a los colectivos inmigrantes en situación de ilegalidad (fuera de la cobertura del SNS) y en riesgo de exclusión social. Es necesario brindarle información a la población vulnerable sobre los beneficios que proporciona la vacunación para ella misma y para la comunidad (Gómez Luque et ál., 2019).
- e. *Implicar* a los inmigrantes regulares e irregulares en el uso del SNS para que conozcan el acceso a los protocolos y los diferentes itinerarios a través de material disponible en los centros de atención primaria y en las ONG, así como el uso de los servicios sociales.
- f. *Prevenir y controlar* la COVID-19 en las explotaciones agrícolas. Vigilar el cumplimiento de los derechos de los trabajadores, en su mayoría inmigrantes en situación de irregularidad. Mejorar las condiciones laborales de las personas con trabajos temporales. Asegurar el transporte colectivo seguro para personas temporeras y el uso de mascarillas.
- g. *Eliminar la estigmatización y la discriminación* ejercida por profesionales y por la población en general sobre algunas poblaciones por motivos

- de identidad de género, orientación sexual, origen, clase social, etnia, trastorno por consumo de sustancias o comorbilidades.
- h. *Ayudar* a la seguridad habitacional, con las condiciones adecuadas, especialmente a personas en situación de vulnerabilidad social, ofreciendo alternativas como ayudas de alquiler, vivienda social, etc.
 - i. *Agilizar* el acceso y uso correcto de materiales preventivos, recursos e información sanitaria adecuada en viviendas colectivas como residencias, albergues, centros de acogida y de estancia temporal de personas migrantes, centros de protección de menores, etc.
 - j. *Distribuir* mascarillas de manera gratuita y adecuada en todas las situaciones de vulnerabilidad social sin requisitos administrativos.

Referencias

- Aparicio, P., Bayona, F., Fuentes, I., Rodríguez, E., Gárate, T., Puente, S., Alvar, J. (2003). Atención sanitaria al paciente inmigrante y con enfermedades importadas. *Control Calidad Seimc*. <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/parasitologia/enftrop.pdf>
- Banco Mundial. (2021). Médicos (por cada 1000 personas). <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>
- Barrera-Castillo, M., Fernández-Peña, R., Del Valle-Gómez, M., Fernández-Feito, A., Lanace, A. (2020). Integración social y cribado del cáncer ginecológico de las mujeres inmigrantes en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 468-473. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.002>
- Bohigas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316-318. <https://www.scielosp.org/article/gs/2003.v17n4/316-318/#>
- Boladeras, M., Busquets, J., Almuedo, A., Bilbeny, N., Collazos, F., José María, F., Ollé, C., Pacheco, V. (2007). *Orientaciones sobre la diversidad cultural y la salud*. Prous Science.
- Consejo Económico y Social. (2019). *Informe. La inmigración en España: Efectos y oportunidades*. <http://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf/ae2d5b3-dc20-5683-2763-1b24bb5c0173>
- Correa Ventura, N. (2020). Mutilación genital femenina. Conocimiento y cuidados desde atención primaria. *Ética de los Cuidados. Revista para el Estudio y Reflexión Ética de los Cuidados*, 13, 1-7. <http://ciberindex.com/p/et/e12662>
- COVID-19: Derecho europeo y estatal. (2020). *Boletín Oficial del Estado*.
- Díaz, C. y Galanzini, N. (2020). *Una pandemia en la sombra de la COVID-19*. Fundación Mujeres por África. <https://mujeresporafrica.es/wp-content/uploads/2020/10/Una-pandemia-en-la-sombra-de-la-COVID-19-1.pdf>

- ¿Cuántos centros de salud hay en España? (2020, noviembre 23). *Diario de Navarra*. <https://www.diariodenavarra.es/noticias/actualidad/nacional/2020/11/23/cuantos-centros-salud-hay-espana-709014-1031.html>
- Fernández Martínez, B., Martínez Sánchez, E. V., Díaz García, O., Gómez Barroso, D., Sierra Moros, M. J., Cano Portero, R. (2019). La enfermedad por virus Zika en España. Resultados de la vigilancia y epidemiología de los casos notificados en 2015-2017. *Medicina Clínica*, 153(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.12.014>
- Gascon, J. y Pinazo, M. J. (2017). *El liderazgo de España en la lucha contra el Chagas*. Instituto de Salud Global.
- Gómez Luque, A., Breña Díaz, L., Sanz Martos, S., Bermejo Sánchez, L., Serradilla Fernández, A., Clavijo Chamorro, M. Z. (2019). Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria. *Enfermería Global*, 18(1), 582-594. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.322481>
- Hospital Universitari Clínic Barcelona. (2020). Servicio de Atención al Viajero Internacional. <https://www.clinicbarcelona.org/servicio-de-atencion-al-viajero-internacional>
- Ibáñez Allera, P. L. (2017). *La locura en los inmigrantes negroafricanos de Almería*. Universidad de Almería.
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). Principales series de población desde 1998. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=02002.px&L=0>
- Llorente Heras, R. (2020). *Impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo: un análisis de los colectivos vulnerables*. Instituto Universitario de Análisis Económico y Social.
- Martínez Gandolfi, A. y Rodríguez Mir J. (2018). ¿Qué haría usted ante un paciente musulmán con trastorno conversivo? *Semergen*, 44(1), 61-63. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.06.004>
- Mateo Dieste, J. L. (2010). *Salud y ritual en Marruecos. Concepciones del cuerpo y prácticas de curación*. Bellaterra.
- Médicos del Mundo. (2020). Mutilación genital femenina. <https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espana/mutilacion-genital-femenina>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2021). Asistencia sanitaria. Prestaciones médicas como las farmacéuticas. <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Pensionistas/Derechos/35118>
- Ministerio de Sanidad. (2012). *Sistema Nacional de Salud. SNS España 2012*. https://www.msbs.gob.es/en/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2017). Enfermedad por virus Zika. Subdirección General de Sanidad Exterior. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/pdf/recomendac_Sanitarias_Medidas_Preventivas_VIRUS_ZIKA_Julio2017.pdf

- Ministerio de Sanidad. (2018-2020). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Resumen ejecutivo*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/ResumenEjecutivo2018.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2019). *Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria*. http://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020a). Centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccionCentro.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020b). Número de profesionales de la medicina que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en atención primaria, atención hospitalaria, servicios de urgencias y emergencias (112/061) y especialistas en formación según comunidad autónoma. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla13.htm>
- Ministerio de Sanidad. (2020c). Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFRS). <https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/migracion/migracion.htm#paísesOrigen>
- Ministerio de Sanidad. (2020d). *Equidad en salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2020e). *Indicadores de salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021a). *Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, 2 de diciembre 2020*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_de_Salud_2020.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021b). Gasto sanitario público: millones de euros, porcentaje sobre el PIB y euros por habitante según los países de Unión Europea (UE-28). https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm
- Nova, I. P. (2019, julio 10). El Gobierno envía a las CCAA pautas sobre sanidad universal a “sin papeles”. *Redacción Médica*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/el-gobierno-envia-a-las-ccaa-pautas-sobre-sanidad-universal-a-sin-papeles--6134>
- Pérez-Morente, M. Á., Campos-Escudero, A., Sánchez-Ocón, M. T., Hueso-Montoro, C. (2019). Características sociodemográficas, indicadores de riesgo

- y atención sanitaria en relación a infecciones de transmisión sexual en población inmigrante de Granada. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-13. <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201912102/>
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (2018). *Boletín Oficial del Estado*, 130, 76258-76264. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2019). Transformación social en rituales con ablación de clítoris. Ética, cultura y subjetividad en Sierra Leona y Colombia. *Integritas: Revista de Ética*, 2(3). https://iemp.gov.co/wp-content/uploads/2021/08/Revista-Integritas-3-33-48-Transformacion-social-en-rituales-con-ablacion-de-clitoris_-Etica-cultura-y-subjetividad-en-Sierra-Leona-y-Colombia.pdf
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). La mutilación genital femenina en la atención primaria en España. *Atención Primaria Práctica*, 3(1). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2020.100070>
- Rodríguez Ruíz, P. (2020). *La política española de gestión de fronteras y de control de flujos migratorios con Marruecos. Un informe sobre los instrumentos de colaboración en el contexto de la crisis por la COVID-19 (2020)*. [Tesis de maestría, Universitat Autònoma de Barcelona].
- Rosende Tuya, A. (2019). Transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en España. *RIECS*, 4(2), 20-28. <http://hdl.handle.net/10017/40250>
- Tamayo Belda, E. (2020-2021). Trabajar a destajo sin acceso garantizado al agua: La dura realidad de muchos trabajadores migrantes en el sur de España. Entrevista a José Manuel Velázquez Mazuecos. *Relaciones Internacionales*, 45, 351-357. <https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales/article/view/12887>
- Vargas, J. (2020, julio 13). La explotación de migrantes, origen del rebrote de Lleida. *Público*. <https://www.publico.es/sociedad/explotacion-migrantes-origen-rebrote-lleida.html>
- Vázquez, M. y Koerting, A. (2020). *Aspectos clave para la prevención del VIH e ITS en la desescalada del confinamiento por COVID-19: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida*. https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Plan_Transicion_ITS.pdf