

Artículo de Revisión

Situación sanitaria de la población refugiada en los campos de desplazados de Grecia

Verónica del-Prado Sánchez ^{1,*} y Consuelo Giménez Pardo ²

¹ Estudiante de MIR; <https://orcid.org/0000-0001-7803-7354>

² Secretaria Académica de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (UAH); <https://orcid.org/0000-0002-8206-1952>

* Autor correspondencia: vdelprado96@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.2.230>

Recibido: 24/10/2020; Aceptado: 05/11/2020; Publicado: 30/11/2020

Resumen: Introducción: Desde 2011 nos encontramos ante una gran crisis migratoria que en Europa afecta especialmente a Grecia. La población desplazada en Grecia la constituyen: 76.099 solicitantes de asilo, 48.026 refugiados, 13.434 en situación parecida a la de los refugiados y 198 apátridas. De ellos, un 40,6% son hombres, un 23% mujeres y un 36,4% menores. La nacionalidad más prevalente es la siria, seguida de la afgana y la iraquí. Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos utilizando como buscador PubMed. Se utilizaron como filtros “free full text” y “5 years”. En total, se encontraron 342 artículos, que se redujeron a 41. Se buscó información introduciendo el término “Grecia” las páginas de Amnistía Internacional, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo y Unicef. Por último, se tomaron datos de ACNUR y OCDE. Objetivos: Caracterizar los problemas sanitarios principales de la población migrante y realizar una valoración del sistema sanitario griego. Resultados: Se determinan como más prevalentes las patologías relacionadas con hipotermia, infecciones y traumas, en el momento de recepción mientras que en los campos de desplazados toma especial importancia el tratamiento de enfermedades crónicas y de patología psicosocial a raíz del cierre de la ruta de los Balcanes. Conclusiones: Debido a la crisis económica y a un sistema sanitario desigual e ineficaz, Grecia no cuenta con la capacidad necesaria de recepción de población migrante en general ni para las poblaciones especialmente vulnerables como son las mujeres y los menores no acompañados. El cierre de la ruta de los Balcanes y el acuerdo UE-Turquía ha empeorado la situación.

Palabras Clave: Grecia, Refugiado, Solicitante de asilo, Salud, Sistema sanitario, Vacunación, Población vulnerable.

Abstract: Introduction: Since 2011 we face a humanitarian crisis affecting Greece especially in Europe. The displaced population is made up of 76.099 asylum seekers, 48.026 refugees, 13.434 in a similar situation to refugees and 198 stateless. Out of them, 40,6% are men, 23% women and 36,4% minors. The most prevalent nationality is Syrian, followed by Afghan and Iraqi. Methodology: A Search in Pubmed has been executed using the filters 5 years and free full text. 342 articles were found and 41 were used. Information was also gathered searching the word “Greece” in the websites International Amnesty, UNICEF, doctors without borders and doctors of the world. Additionally, we collected information from OECD and UNHCR. Purpose: description of the displaced population and the main health issues and assessment of the Greek health care system. Results: The most prevalent health issues determined are those related to hypothermia, infection and trauma at the time of reception. Nonetheless, in the refugee camps, the treatment of chronic diseases and psychosocial pathology takes more importance, especially after the closure of the Balkan route. Conclusions: Due to the economic crisis and the inefficient and unequal Greek health care system, the Greek capacity of reception is not enough for both the general refugee population and the vulnerable populations, such as children and women. Moreover, the closure of the Balkan route and the agreement EU-Turkey have worsened the situation..

Key words: Greece, Refugee, Asylum Seeker, Health, Health Care System, Vaccine, Vulnerable Population

1. Contexto de partida

En 2011, en el contexto de la Primavera Árabe, se desató una guerra civil en Siria que desembocó en una crisis humanitaria. Hasta el 20 de marzo de 2016, antes del cierre de la ruta de los Balcanes y del acuerdo entre Turquía y la Unión Europea (UE), miles de refugiados pasaban por las Islas Griegas de camino al resto de Europa. Con el cierre de esta ruta, miles de personas quedaron encerradas en distintas Islas Griegas [1].

Según la Convención de Refugiados de 1951 ¹, creada en el marco de la Segunda Guerra Mundial, se define como refugiado a toda persona que no pueda volver a su país de origen por ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a cierto grupo social o tener determinadas ideas políticas [2]. Este documento, es la base del trabajo de la Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) es aceptado por 142 países, incluidos España y Grecia, y define el término de refugiado estableciendo las obligaciones de los países de protección y los derechos de las personas bajo su protección [2]. Por otro lado, un solicitante de asilo es una persona que aspira a su reconocimiento como refugiado, pero cuya petición está en trámite [3]. Según las Naciones Unidas, migrante es *“alguien que ha residido en un país extranjero durante más de un año independientemente de las causas de su traslado, voluntario o involuntario, o de los medios utilizados, legales u otros”* [4]. Por último, la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954 define a los apátridas como *“toda persona que no sea considerada como nacional suyo por ningún Estado”* [5].

En Grecia, los refugiados deben seguir diferentes métodos de asilo en función de su nacionalidad y de si su llegada se produjo antes o después del acuerdo Unión Europea (UE)-Turquía ², que entró en vigor el 20 de marzo de 2016. Este convenio fue creado para reducir el tránsito de migrantes a través de la ruta de los Balcanes y reducir la presión sobre las fronteras europeas. La ruta de los Balcanes era utilizada para cruzar a través de Turquía, Grecia, Bulgaria, etc. hasta países al norte de Europa, como Alemania.

Según éste, todos los refugiados que no fuesen a solicitar asilo o no pudiesen pedirlo, serían devueltos a Turquía, de manera que por cada refugiado sirio que Grecia devolviese, la UE trasladaría a uno viviendo en un campo turco. Así, la UE debería haberse hecho cargo de 160.000 refugiados para reducir la presión sobre las fronteras, pero, en 2017, tan solo había trasladado a 31.503 refugiados. De esta manera, unos 60.000 desplazados han quedado encerrados en Grecia; 8.500 en islas sin posibilidad de moverse al continente. De esta manera el Estado griego tuvo que tomar rápidamente decisiones para adaptarse a esta situación [6].

Así, el acuerdo impide el traslado de los refugiados desde las islas hasta el continente, quedándose encerrados en las islas hasta que se registre su solicitud de asilo en los Centros de Identificación y Recepción, los llamados *hotspots* (puntos calientes). Además, solo se puede pedir el traslado a otro país de la Unión Europea desde el continente.

Cabe destacar también, la importancia del Convenio de Dublín ³ en esta crisis, en vigor desde el 19 de julio de 2013, que establece que el país de la UE donde primero se registran las huellas o la solicitud de asilo es responsable de solicitud, llegando a producirse deportaciones al primer país [3].

Como se ha comentado anteriormente, la Convención garantiza al refugiado el no poder ser devuelto a su país de origen contra su voluntad; no obstante, la reciente sentencia del Tribunal de

¹ Convención de Refugiados 1951: <https://eacnur.org/es/convencion-de-ginebra-de-1951-el-estatuto-de-los-refugiados>

² Acuerdo UE-Turquía 2016: <https://www.consilium.europa.eu/es/press/pressreleases/2016/03/18/eu-turkey-statement/>

³ Convenio de Dublín: <https://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/?uri=celex%3A41997A0819%2801%298>

Estrasburgo ⁴ en favor de España y las devoluciones en caliente, sin duda, afectarán a la política migratoria de toda Europa, cada vez más endurecida. En Grecia, actualmente hay 76.099 solicitantes de asilo, 48.026 refugiados, 13.434 en situación parecida a la de los refugiados (principalmente, personas de nacionalidad afgana) y 198 apátridas [7].

En 2018, se registraron 11.800 nuevos refugiados sirios en Grecia y 397.600 en Turquía. En la Tabla I se muestran las solicitudes de asilo tramitadas en Grecia durante los años 2017 y 2018, la nacionalidad más prevalente es la siria, seguida de la afgana y la iraquí [8]

Tabla I Solicitudes de asilo en Grecia en los años 2017 y 2018. Elaboración propia con datos de ACNUR ⁸

	Sirios	Afganos	Iraquíes	Total
2017	16300	7500	7900	57000
2018	13200	11800	9600	65000

En la Tabla II, se recogen las entradas por mar y tierra junto con los fallecidos y desaparecidos, desde el año 2014 hasta el 2019. En 2019, la vía marítima fue la más utilizada por la población afgana (38,6%, 20.607), seguido de la siria (14.868, 27,8%). En el año 2020, la nacionalidad afgana constituye un 50% de las entradas por mar, seguida por un 20,6% de población siria. En cuanto a los porcentajes por sexo y edad, 40.5% son hombres; 23% mujeres; y 36.5% niños [9].

Tabla II Número de entradas por mar y tierra durante los últimos cinco años al Estado Griego y número de personas muertas y desaparecidas. Elaboración propia con datos de ACNUR [9]

Año	Entradas por mar	Entradas por tierra	Muertos y desaparecidos**
2020	7,819	2,116	---
2019	59.726	14.887	70
2018	32.494	18.014	174
2017	29.718	6.592	59
2016	173.450	3.784	441
2015	856.723	4.907	799
2014	41.038	2.280	405

** Aunque el número de muertes desde 2016 ha disminuido, la proporción es cada vez mayor. Es decir, cada vez es más peligroso, en especial por mar. El número de fallecidos sería mucho mayor si se contase con los llamados “naufragios invisibles”, barcos que no dejan rastro en su desaparición [10]

⁴ Sentencia TEDH 2020:

[https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22documentcollectionid2%22:\[%22GRANDCHAMBER%22,%22CHAMBER%22\],%22itemid%22:\[%22001-201353%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22documentcollectionid2%22:[%22GRANDCHAMBER%22,%22CHAMBER%22],%22itemid%22:[%22001-201353%22]})

En la siguiente tabla (Tabla III), se presentan las principales las vías de acceso a Grecia con el número de personas durante 2019:

Tabla III Vías de acceso a Grecia, con número de personas que las han atravesado durante 2019.
Elaboración propia con datos de ACNUR [9]

Evros	14285
Lesvos	25609
Chios	7711
Samos	10302
Leros	5701
Kalimnos	607
Symi	2319
Kos	5761
Rhodes	337
Kastellorizo	269
Otras islas	13

Según ACNUR, la capacidad de recepción de Grecia es 20.000 personas [11].

Dada la situación precaria de la economía griega, los refugiados e inmigrantes tienen como objetivo alcanzar la parte occidental de Europa, donde suelen tener familiares, utilizando Grecia solamente como punto de paso. Hoy en día, debido a las nuevas fronteras y barreras impuestas por muchos países esto es difícil de conseguir. En Idomeni, ciudad en la frontera con Macedonia del Norte, hay 12.000 refugiados establecidos esperando poder cruzar la frontera en algún momento, siendo evacuados en 2016, si bien se volvieron a establecer en un campo cercano [12] tal y como aparece reflejado en la Figura 1, donde se presentan los principales asentamientos de refugiados en Grecia en el año 2017, en la que se puede observar que los campos han doblado prácticamente el límite de capacidad.



Figura 1 Mapa de asentamientos de refugiados en Grecia en 2017. Se presentan las capacidades y las personas establecidas en cada uno. Fuente: ACNUR, 2017 [13]

En noviembre del 2019 el nuevo gobierno conservador de Grecia anunció el cierre de los principales campos de refugiados para sustituirlos por centros cerrados con el objetivo de restringir los movimientos fuera de los campos. La capacidad de estas nuevas instalaciones se planea que será de 5.000 personas en Lesbos, Samos y Quíos; 2.000 en Kos, y 1.000 en Leros [14].

1.1. Proceso de acogida

La ruta desde la costa noroeste de Turquía hasta la isla funciona diariamente y los refugiados pagan hasta 2.000 euros a las mafias para poder utilizar las rutas, a lo que se suma el coste adicional de un chaleco salvavidas de pésima calidad. En cada embarcación llegan 50-60 personas [15].

Actualmente, se registran cada día unas 1.000 personas y se distingue entre personas de habla árabe y no. Las primeras dos noches las pasan en el Centro familiar, actualmente controlado por el ejército y organizado por diferentes nacionalidades. Posteriormente, se les asigna un campo de refugiados donde asentarse y se tramitan las solicitudes de asilo en Grecia (opción para todas las nacionalidades), programas de reubicación en el que se les retira el pasaporte y se les entrega un documento para elegir 10 estados entre 21 países miembros de la Unión Europea, donde serán reubicados.

Hay un gran desconocimiento del funcionamiento de este nuevo sistema entre los refugiados y las ONG. Esta opción no es posible para personas afganas, que serán realojadas en campos de refugiados, programa de reunificación familiar y de retorno. Durante todos estos procesos, hay muy poca información legal para los refugiados [15].

El problema al que se iba a enfrentar Grecia fue previsto con anterioridad por diversas organizaciones realizándose un llamamiento a la solidaridad con el país por parte del resto de Estados miembros de la UE, si bien la sensación es la de que no se ha hecho lo suficiente. La valoración posterior indica que se organizó un plan de reubicación con muy poco cumplimiento que, sumado a los largos plazos y el desconocimiento de los interesados, no ha tenido buenos resultados.

De las 160.000 plazas acordadas, solo se ofrecieron 7.000. Muchos de los países miembros retiraron las plazas ofertadas o implementaron requisitos muy estrictos. Además, tan solo se puede pedir la recolocación desde el continente, no desde las islas, y muchos de los solicitantes retiran su petición una vez conocen el país de destino [6, 15,16].

A los menores no acompañados, se les realiza un examen para definir si mantienen relación real con los adultos con los que ha llegado al campo, se analiza su edad, se lleva a cabo un reconocimiento médico y psicológico, que implica entrevista con psicólogo y trabajador social, y se les ingresa en el Centro de Menores en Moria. Hasta el acuerdo, pasaban allí solo 3-4 días, antes de ser reubicados en otras zonas de Grecia [15].

Hasta la entrada en vigor del acuerdo, los refugiados solían continuar su camino hacia Atenas y hacia el norte de Europa. Tras el acuerdo, la situación ha cambiado y se ha comenzado a dar un tratamiento diferente en función de si se había llegado a Grecia antes o después del acuerdo.

Así, todas las personas llegadas después del acuerdo quedan en Moria que se ha convertido en un centro de detención bajo control militar sin libertad de movimiento. Organizaciones como *Danish Refugee Council* fue expulsada del campo y ACNUR decidió abandonar los *hotspots*, al igual que Médicos sin Fronteras y OXFAM.

Tras el acuerdo, la llegada a la isla se realiza siempre a través de los guardacostas, no permitiendo a los voluntarios ayudar a los refugiados. Además, ya no hay vías legales y seguras para entrar en la Unión Europea y han comenzado las devoluciones a Turquía [15].

1.2. Organización sanitaria

Debido a la falta de capacidad del Estado Griego para hacer frente a la crisis humanitaria, ONG y voluntarios han tenido que intervenir [17]. En la mayoría de los campos, la Atención Primaria es responsabilidad de ONG griegas e internacionales y de médicos militares.

En el caso del acceso a atención especializada, la mitad es ofrecida por las ONG y la otra mitad por el sistema de salud griego, así, cientos de personas son derivadas a los hospitales griegos que no son capaces de cubrir las necesidades de la población local y de la desplazada.

Las ONG son responsables también de realizar el *screening* y la recolección de datos de cara a realizar las estrategias específicas. Además, se encargan de asegurar una adecuada protección sanitaria, negociando, debatiendo y controlando la aprobación de leyes y políticas adecuadas y efectivas y asegurándose de que su aplicación práctica también lo es. Así, las ONG están llevando la mayor parte de la responsabilidad de la crisis, pero su existencia hace que el gobierno no se haga cargo y delegue en ellas las responsabilidades que tienen [17]. A partir de 2017, con la disminución de llegadas y de las donaciones a las ONG, estas comenzaron el proceso de transferencia de competencias sanitarias a las autoridades griegas [18].

En 2019, setenta ONG participaban en campañas en Grecia, número que disminuirá en la entrega de las responsabilidades al gobierno griego. La financiación de la mayoría de las ONG es de origen privado. Como excepción están ACNUR (órgano dependiente de la ONU), Médicos del Mundo y *Danish Refugee Council*. Los fondos públicos que reciben provienen principalmente de la Unión Europea.

Los refugiados sufren barreras administrativas para beneficiarse de la sanidad pública [17]. Muchos de los refugiados afirman que no han solicitado los servicios sanitarios griegos por falta de información, además, confirman que es difícil acceder a ellos en las fronteras y en los campos de larga estancia. En otros casos es por querer continuar su viaje lo antes posible [17].

1.2.1. Organización sanitaria de un campo de desplazados

En la isla de Lesbos, trabajan docenas de ONG que a pesar de la dificultad han montado una red de móviles para comunicarse, así los voluntarios esperan en la costa la llegada de refugiados, asegurándose de que los refugiados puedan ser alojados en alguno de los campos. Las familias con niños, mujeres embarazadas y enfermos tienen prioridad. La primera noche transcurre en instalaciones con capacidad para 650 personas en las que se llega a alojar a 8.500. Las instalaciones no están preparadas en cuanto a condiciones de calefacción ni higiene. El resto de los días los refugiados se alojan en cabañas ofrecidas por ACNUR o bajo los olivos que existen alrededor. Los voluntarios distribuyen comida, té y agua en cantidades limitadas. La falta de ropa seca, mantas e higiene son también importantes [19].

Cuando llegan a Lesbos, las patologías más prevalentes son hipotermia y traumas. Los heridos son transportados a la tienda de atención primaria, donde se les hace una exploración básica. Algunas ONG han creado clínicas dentro de los campos [19].

El campo de Moria está situado en la isla de Lesbos y es un Centro de Recepción e Identificación o, como ya hemos mencionado, también llamado *hotspot*. Tiene una capacidad de 2.000 personas, pero los datos de 2018 indican que lo habitaban ya 9.000 personas [20]. De estas, 3000 son niños, de los cuales 520 son menores no acompañados. La capacidad de la Sección B del campo, donde se encuentran los menores no acompañados, es de 160 [21]. El campo se compone de barracones con estructuras de lona llamadas "*rubber halls*" que acogen a 100 personas cada uno [20]. Cabe destacar que el Manual Esfera indica que cada persona debería tener mínimo 3,5 metros de espacio habitable de al menos 2 metros de altura, sin incluir la cocina, el baño y la zona de saneamiento [22]. Además, también se ocupa el "sendero de la oliva" ("*olive groove*") zona por la que se ha extendido el asentamiento hasta ser actualmente más grande que el propio campo y, por lo tanto, más desorganizado. Hay una zona cerrada donde se realizan las entrevistas para la solicitud de asilo y allí se encuentra la clínica. En ella solo hay un médico, por lo que es responsabilidad de las ONG intentar cubrir las necesidades sanitarias básicas del campo.

Según el Manual Esfera, un baño debería ser utilizado como máximo por 50 personas y cada retrete por 20 [22]. En cambio, el campo de Moria, hay 62-70 personas por cada baño y 80 por cada ducha [20]. Los retretes y los baños deberían tener cerrojo e iluminación y ser seguros para mujeres y niños [22].

A lo largo de las verjas se forman colas de hasta 3 horas para recibir comida. Hay zonas de detención para personas no aptas al asilo que serán devueltas a Turquía o, incluso, a sus países de origen. Además, hay una zona segura donde para recibir atención médica, los pacientes deben presentar una nota que lo indique con el fin de que las autoridades les permitan acceder a esta zona cerrada [20].

Desde 2017, la atención sanitaria en Moria se ha reducido debido a que Médicos del Mundo abandonó el campo. Hasta entonces, había sido el principal responsable y la Cruz Roja le tomó el relevo. No obstante, sus medios son mucho menores [23].

El personal sanitario afirma que los principales problemas a los que se enfrentan son la falta de tiempo, dificultades de comunicación y la falta de confianza e información de los desplazados. La calidad de la atención médica suele depender de la capacidad del personal sanitario para hablar árabe [18]. Los voluntarios suelen actuar como traductores, pero son necesarios intérpretes profesionales, especialmente, en los centros sanitarios griegos públicos y privados [17, 18, 24].

La valoración médica es especialmente difícil, produciéndose infradiagnósticos de casos moderados. Además, algunas personas niegan los síntomas por la posibilidad de ser deportados, lo cual entorpece aún más la práctica clínica [17].

Cabe destacar la importancia de incluir mujeres en los cuerpos sanitarios para conseguir una atención individualizada y atenta a las necesidades de cada género, debido a las dificultades del personal masculino para intervenir en problemas de planificación familiar, salud sexual y reproductiva y violencia de género [18]. Por ejemplo, es preferible que en este ambiente los especialistas en Ginecología sean mujeres [17].

Las enfermeras se hacen cargo de la prevención sanitaria y servicios básicos de atención primaria. Además, ginecólogas, psiquiatras, psicólogos, dentistas y matronas suelen estar presentes en los campos [17].

La población desplazada suele enfrentarse a problemas para acceder a atención especializada. Además, son comunes las interrupciones y las consultas múltiples. Son un problema también, la falta de continuidad de tratamiento y las dificultades para obtener medicación [17].

Como los campos ya han superado sus límites de capacidad [17] muchos de los pacientes tienen que esperar de 3 a 6 meses para tener una cita psiquiátrica. Además, a los pacientes con patología grave les detienen en celdas de la estación de policía no preparadas para ello. Gran parte de la población no tiene acceso a servicios psicológicos.

En el caso de la ayuda psicológica, se priorizan los casos por gravedad y, en función del tipo de desadaptación, se recurre a *counselling* o Primera Ayuda Psicológica. También, se llevan a cabo maniobras de psicoeducación grupal, intentando transmitir que las emociones que sienten son naturales ante las situaciones vividas. Se les entrega información detallada de la intervención realizada con el objetivo de intentar conseguir una continuidad del tratamiento. En los casos muy graves, se interviene para conseguir tramitar con la mayor rapidez la reubicación y asegurar el transporte lo más seguro posible [25].

El incendio declarado en el campo de Moria en septiembre de 2020, ha significado un hecho dramático para los miles de personas que habitaban ese campo, obligadas a permanecer en condiciones de reubicación temporal hasta la espera a su traslado definitivo. Toda la organización del campo se ha visto interrumpida.

1.3. Campañas de vacunación

Las vacunaciones en Grecia se realizan siguiendo las recomendaciones de *National Immunisation Advisory Committee* (NIAC) (2016). Las vacunaciones no se proporcionan como rutina a las personas desplazadas, sino solo durante campañas. Se ofrece a refugiados, solicitantes de asilo, menores no acompañados e inmigrantes irregulares de 0 a 15 años y no se utilizan pruebas de laboratorio para comprobar el estado de inmunización. Se ofrecen las vacunas frente a DTP (difteria, tétanos y pertussis), *Haemophilus influenza* tipo B, hepatitis B, MMR (sarampión, rubeola y paperas) y neumococo a través de consentimiento informado verbal. No se vacuna a adultos de forma rutinaria, excepto de la gripe estacional, aunque se está creando un programa para ello [26].

Desde 2017 hasta 2018, todas las intervenciones realizadas en Grecia fueron controladas por el Ministerio de Inmigración, mediante el programa PHILOS (Respuesta Sanitaria Urgente a la Crisis de Refugiados) creado por el Ministerio Griego de Sanidad con un presupuesto de 24.180.980 euros y financiado en un 100% por la Unión Europea (*National Public Health Organisation*).

Así, en primer lugar, se certificó el estado de vacunación de todos los niños de 0 a 14 años mediante estudio de edad, sexo y nacionalidad, lugar de residencia, registros de vacunaciones previas y estado de vacunación de los menores. Se informó a los refugiados de la importancia de la vacunación y vacunas cuya administración estaba planeada. Se crearon al menos dos centros de vacunación por región y se enviaron cartillas de vacunación a los centros siendo las ONG las encargadas de pedir las citas y de enseñar a los desplazados como entrar en el sistema sanitario.

De esta forma, se llevaron a cabo campañas de vacunación en masa. Cada campo debía realizar al menos una campaña cada dos meses, pero era ampliable en función de las llegadas, el tamaño de la población y los medios disponibles. Las campañas de vacunación en la UE realizadas en población desplazada se centran en los menores de edad, pero se ha comprobado que también los adultos tienen bajas tasas de vacunación correcta [27].

En este periodo, ONGs y PHILOS realizaron 57.615 vacunaciones: 21.031 de la triple vírica; 7.341 de la DDR; 7.652 contra la poliomielitis; 5.938 contra neumococo; 7.179 contra H. influenza tipo b y 8.474 contra la Hepatitis B. El 42,1% se realizó en el continente, el 30,6%, en Centros de Recepción e Identificación, el 25,9% en la comunidad y el 1,4% en zonas seguras. No se encontraron diferencias por sexo en la vacunación, pero si se observó que los niños afganos tenían mayor tasa de vacunación que los sirios e iraquíes, probablemente debido a que su proceso de solicitud de asilo es más largo.

También se encontró una mayor tasa de vacunación en campos más grandes, puede que debido a una mayor organización o a la realización de campañas más frecuentes. El uso de vacunas combinadas permitió alcanzar una protección similar para varias infecciones [27].

2. Material y Métodos

En este sentido, se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos utilizando como buscador PubMed y con combinaciones de los siguientes términos: *refugee, asylum seeker, Greece, psychiatry, mental health, child, adolescent, minor, malnutrition, pregnancy, obstetrics, gynecology, delivery, oral health, vaccine*. Se utilizaron como filtros *free full text* y *5 years*. En total, se encontraron 342 artículos, que se redujeron a 41.

Se buscó información introduciendo el término “Grecia” en las siguientes páginas: Amnistía Internacional, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo y Unicef. Por último, se tomaron datos de ACNUR y OECD.

3. Resultados y discusión

3.1. Estado previo de la sanidad griega

Grecia es un país miembro de la UE con 11 millones de habitantes, la esperanza de vida es de 81,5 años, pero hay importantes diferencias por sexos y estatus económico. Las causas más comunes de muerte son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares [28]. La crisis económica del 2010 tuvo un importante impacto sobre Grecia ya que perdió un 29% de su PIB. Debido a esto, el país se vio obligado a pedir un rescate internacional y a adoptar varias medidas de reajuste económico que incluían grandes medidas de austeridad que afectaron también al sector público de sanidad [29].

La financiación de la sanidad griega proviene del estado, de seguros obligatorios de salud, de seguros privados voluntarios, de fondos privados y de ONGs. La desigualdad socioeconómica en la sanidad ha sido un problema importante desde antes del comienzo de la crisis pues el sistema sanitario ya se caracterizaba por ser desigual e ineficiente en el uso de recursos sin que hubiese un proceso eficaz de “*gatekeeping*”, entendido como la capacidad de la Atención Primaria para facilitar o no el acceso a la asistencia especializada. De esta manera, los costes eran muy elevados [19, 30]. Pero el acceso se vio aún más deteriorado de 2009 al 2016 periodo en el que el número de personas con necesidades sanitarias no cubiertas y el número de individuos fallecidos por causas tratables aumentó, especialmente, debido al incremento del coste [28, 29].

En Grecia, hasta el año 2016, el acceso a la sanidad pública dependía del estado de empleo, pero, a partir de ese año toda persona residente tiene acceso a la sanidad pública [28]. Los migrantes viviendo legalmente en Grecia gozan de los mismos derechos que los ciudadanos griegos y el único requisito es tener seguro. Los inmigrantes ilegales solo pueden acceder a la sanidad en caso de emergencia [31] y a pesar de que los refugiados y las personas bajo otras formas de protección internacionales tienen acceso a sanidad gratuita sin necesidad de tener un trabajo [2] en julio de 2019, el gobierno griego denegó el acceso a la sanidad pública a solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados dejando a 55.000 personas sin acceso sanitario [32].

3.2. Problemas sanitarios en los campos de desplazados griegos

Hemos de tener en cuenta que la edad media de los pacientes es de 23 años, siendo menores de 18 años un 30% [33]. Las patologías más prevalentes de llegada son la hipotermia y los traumas y la atención sanitaria, en un primer momento, se centra en problemas más urgentes como hipotermia, complicaciones dermatológicas o infecciones, tal y como se recoge en la Figura 2. No obstante, una vez ya en el asentamiento los diagnósticos más comunes son infecciones respiratorias 89,6% seguidas de problemas dentales 18% [33]. Las personas presentan como síntomas más frecuentes fiebre, escalofríos, odinofagia, diarrea, dolor torácico y abdominal.

Tras el cierre de la ruta de los Balcanes, ha tomado importancia el manejo de enfermedades crónicas y de patología psiquiátrica que es el que parece tener mayor incidencia entre la población refugiada debido a los eventos violentos y estresantes a los que se ha enfrentado [18].

Las mayores amenazas contra la salud en los campos son la falta de sistemas de vacunación y de higiene y la vida en condiciones de hacinamiento [33].

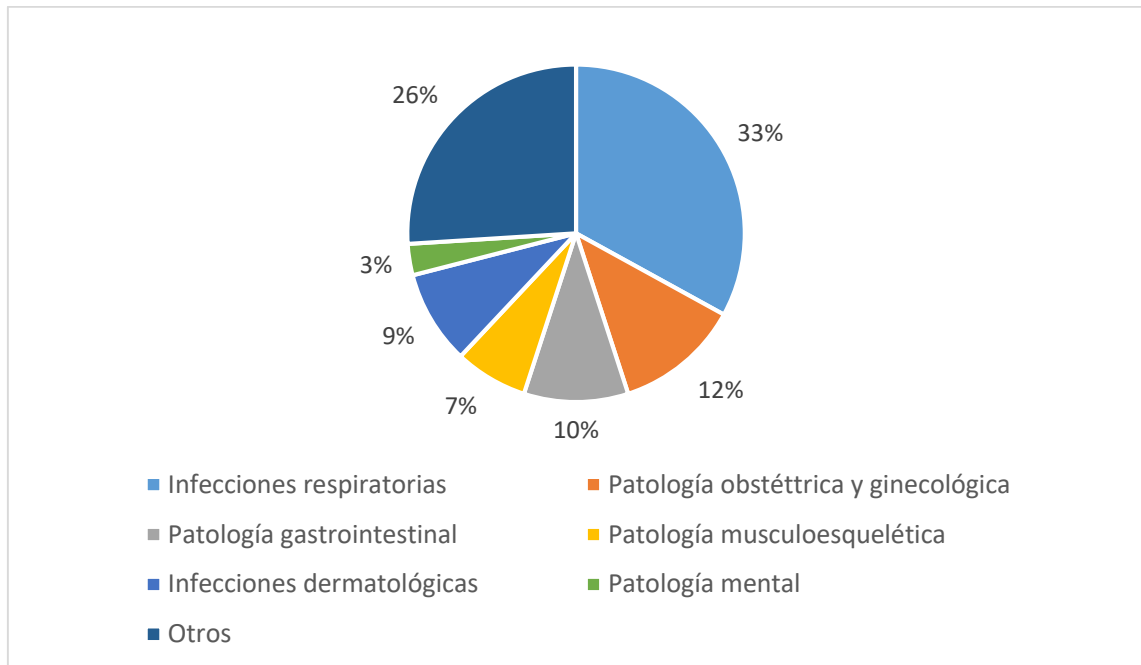


Figura 2 Estado de la salud de migrantes en el campo de Lesbos en el año 2018. Fuente: Médicos del Mundo [34]

3.2.1. Hipotermia, hipertermia y quemaduras

La hipotermia accidental es una patología constante entre los migrantes que cruzan el Mediterráneo, ya que se enfrentan a muchos días de navegación con continuos cambios de temperatura [35]. Constituyen factores de mal pronóstico una TCC muy baja, edad avanzada, hipotermia por inmersión y, en población pediátrica, la no recuperación de las funciones cardiovasculares tras 30 minutos RCP (resucitación cardiopulmonar). Son factores de buen pronóstico sexo femenino, no presencia de asfixia ni disminución de los niveles séricos de potasio y ausencia de hipoxia cerebral previa [36].

En cuanto a la hipertermia esta se debe principalmente a la deshidratación, sumada a la exposición a temperaturas muy elevadas [37]. Durante el verano de 2016, debido al aumento de temperatura y el desabastecimiento de agua en los campos situados en Lesbos se tuvieron que tratar varios casos [23].

En cuanto a las quemaduras, en situaciones de emergencia como puede ser el rescate marítimo de víctimas tratando de cruzar el Mediterráneo, hay gran incidencia de quemaduras de primer grado, que suelen deberse a la exposición solar. El tratamiento consiste en compresas o fluidos fríos, pero no se puede utilizar hielo [37].

3.2.2. Atención Psicosocial

3.2.2.1. Adultos

Hasta el momento, la salud mental de los refugiados en Grecia no ha recibido la importancia que debiera pese al acuerdo general de la existencia de mayor prevalencia de psicopatología en esta población debido a los eventos estresantes vividos como la pérdida de su hogar, estatus, cultura, parientes y debido a tener que afrontar la pobreza, hostilidad, racismo, malas condiciones de vida, bajo apoyo social y aislamiento, situaciones violentas, tortura, muerte, guerra, opresión y devoluciones forzosas [12]. Todo esto provoca una gran incidencia de pérdida de esperanza, significado de la vida e identidad personal [17].

El número de intentos de suicidio es alto (1,4%) y muchas patologías psiquiátricas son diagnosticadas con una incidencia de 19% [33]. Las patologías psiquiátricas más prevalentes entre la población desplazada son: trastorno por estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad, depresión mayor, psicosis, esquizofrenia, ideas suicidas, alcoholismo y abuso de drogas [17].

Entre un 73% y un 100% de los encuestados mayores de 15 años fueron diagnosticados de ansiedad; pero, un 34-71% rechazo recibir tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia entre víctimas de violencia y no víctimas y la prevalencia es similar en ambos sexos habiendo ligeras diferencias según la edad [6]. Entre los entrevistados en el Hotel Ioanna, se encontró mayor prevalencia de ansiedad entre los refugiados que habían viajado durante más de dos años [1]. Respecto al TEPT y la depresión, la prevalencia es de 30,6% y 30,8% respectivamente [12]. En otras fuentes, se afirma que la patología psiquiátrica tiene una prevalencia del 15-20% pese a los números factores de riesgo [25].

Las mujeres tienen un riesgo significativamente más elevado de depresión y síntomas depresivos respecto a los hombres, pero no se encontraron diferencias por edad. La incidencia aumenta con el tiempo en el campo pues se pierde la esperanza de un futuro mejor [38]. También se ha encontrado una mayor incidencia de TEPT en la población femenina que en la masculina, probablemente asociado a que las mujeres han sido testigo de más muertes de hijos o esposos y han estado más expuestas a más abusos durante su huida. Además, varones y mujeres tienen distintas respuestas psicobiológicas al estrés que son determinantes también en la incidencia de TEPT y depresión. Los hombres tienden a sobremodular sus emociones, mientras que las mujeres las submodulan [39]. Según el estudio de Orna Braun-Lewensohn et al., (2019) la prevalencia entre mujeres de ansiedad es de 56%, de depresión de 53% y de somatización de 58%. Entre la población femenina, encontraron que la incidencia de patología psiquiátrica disminuye con la estancia en el campo. No se encontraron diferencias según el nivel educativo. Y en cuanto a la edad, sólo se evidenció mayor prevalencia de somatización a mayor edad [40].

La población estudiada refirió que la incertidumbre de no saber si estaban en proceso de recibir asilo o ser deportados y el no conocer el paradero de sus familiares era uno de los mayores problemas que afectaba negativamente a su salud psiquiátrica y psicosocial. También afirmaban sufrir preocupación por su futuro, agravada con el cierre de la de los Balcanes, por lo que recurrían a mafias para cruzar la frontera. Especialmente importante entre los desplazados con nacionalidad no siria es que se sienten discriminados ya que las personas sirias tienen prioridad en las solicitudes de asilo 6.

Durante su estancia en los campos tienen la sensación de estar perdiendo el tiempo ya que los niños no reciben una educación y los adultos no tienen permitido trabajar, de manera que su vida es muy rutinaria pero muy inestable a la vez. Todo esto repercute en la sensación de pérdida de independencia, que intentan recuperar aferrándose a pequeñas cosas como preparar sus propias comidas utilizando el dinero que se les distribuye (90 euros por persona, 140 por pareja o padre con un hijo y 190 euros para una familia de tres personas) [6].

Cabe destacar también la importancia de las relaciones con los voluntarios y la población griega. En algunos campos, como en el de Ritsona se establecen interacciones diarias con los refugiados lo cual tiene un efecto positivo. En cambio, los desplazados de otros campos ante la falta de interacciones reflejan no sentirse bienvenidos [6].

En resumen, la falta de estabilidad, de futuro, de independencia y el aislamiento social afectan al desarrollo de una patología psicosocial [6]. Todo esto sumado a las malas condiciones de vida influye en una aparente asociación entre la duración de la estancia en los campos y la incidencia de patología psiquiátrica. A más tiempo en el asentamiento, se han reportado más síntomas de depresión, TEPT y ansiedad [18]. La resolución de las solicitudes de asilo se asocia con la disminución de los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión [6].

3.2.2.2. Población infantil y adolescentes

Gran parte de la población refugiada la constituyen menores, muchos no acompañados. Concretamente, de todos los solicitantes de asilo en países de la UE en 2016, los menores constituyeron un 26% (19% menores de 14 años; 7% con una edad de 14-17.9 años). De ellos, un 52-75% eran varones y el 86% de los niños viajan acompañados; no obstante, la población masculina constituye el 50% de la población acompañada y el 86% de la no acompañada [41].

El número de menores refugiados es cada vez mayor constituyendo, en 2019, un 36,5% de los llegados a Grecia. Además, el número de menores que viajan solos está aumentando [41]. La certificación de la edad es un proceso impreciso. En líneas generales se tiene en cuenta la edad que se alega tener y en el caso de haber dudas sobre la veracidad de la información se puede recurrir a otros métodos como el análisis de documentos oficiales, radiografía del carpo, entrevistas, radiografía dental, radiografía clavicular, observación dental, aspecto físico, observación de la maduración sexual, evaluación del desarrollo por un pediatra, evaluación por los servicios sociales, test psicológicos, radiografía de la pelvis, del hombro derecho, de la médula espinal cervical y análisis de ADN [42].

Se ha detectado enfermedad mental en un 13.7% de menores, siendo más prevalente en la población femenina [41], constatando que los menores no acompañados tienen mayor incidencia de enfermedad mental que los acompañados [43]. En algunos estudios no se han encontrado diferencias en la incidencia de patología psiquiátrica entre los niños refugiados y los griegos, pero los estudios con estos resultados se basaban en cuestionarios rellenados por los padres. En cambio, los estudios realizados con educadores de la misma nacionalidad que los menores sí han detectado diferencias [17].

Los menores no acompañados son especialmente vulnerables a la patología mental y parece que las mujeres de este grupo tienen mayor riesgo de desarrollo de depresión además de estar más expuestas a abusos. Las patologías más prevalentes son TEPT, depresión y ansiedad y aunque no hay datos suficientes sobre su prevalencia es evidente que es mayor que entre la población griega [44]. Respecto a la incidencia de TEPT no se han llegado a resultados claros sobre las diferencias de género, aunque sí se ha constatado que en mujeres debuta más tardíamente. En cuanto a la ansiedad no parece haber diferencias entre sexos [45].

La situación previa a la migración de los jóvenes, la pobreza, la guerra, la educación, el estatus social, familiar y los valores, tanto los religiosos como socioculturales, afectan a los mecanismos de búsqueda de ayuda y de enfrentamiento a sus problemas de manera que los profesionales sanitarios han de tener todo esto en cuenta y adaptar su trabajo. Los jóvenes se pueden encontrar con situaciones traumáticas y peligros tanto en su país de origen como durante su viaje al país de asilo, motivo por el que intentan viajar con adultos conocidos, aun cuando no son parientes, con el fin de conseguir mayor seguridad [41].

Una vez en el país de acogida los jóvenes también se encuentran con riesgos debido a sus condiciones de vida precarias. A esto se suma la dificultad para acceder a la educación, ya que muchos padres no mandan a sus hijos a la escuela, por miedo a tener que establecerse entonces en Grecia [17]; otros factores son la inseguridad, las enfermedades de sus padres y su desempleo y la mala adaptación al país. Así, no se debe dar por sentado que una vez en el país de acogida los jóvenes refugiados encuentren un ambiente seguro [41].

Los factores de riesgo para sufrir abusos sexuales son aquellos que disminuyen la independencia de los menores como necesidades emocionales y materiales no cubiertas, miedo a la deportación, restricciones de movimiento y/o falta de estatus legal. El apoyo está más centrado en mujeres, debido

a su mayor exposición a la explotación y los abusos sexuales, aunque no se debe olvidar la población masculina, ya que en ciertas zonas de Afganistán está más aceptada la explotación de varones menores. Los abusos sexuales de menores desembocan en el contagio con enfermedades de transmisión sexual (ETS) y desarrollo de TEPT, depresión, abuso de sustancias e ideas suicidas [46].

3.2.3. Atención sexual y reproductiva

Pese a que no hay muchos estudios los profesionales en el terreno afirman que el acceso a la contracepción es difícil. Así, en el Líbano se ha encontrado que un 60% de las mujeres sirias utilizaban alguna forma de planificación familiar antes del conflicto, porcentaje que se ha reducido a un 37% después de la guerra.

En el caso de Grecia, los dispositivos contraceptivos disponibles no son adecuados para las mujeres desplazadas. Los preservativos no se suelen utilizar debido a que los hombres se niegan a utilizarlos y los anticonceptivos orales no son un buen método para personas en movimientos migratorios. Los DIU (dispositivos intrauterinos) deben ser insertados por personal sanitario y esto constituye un problema en este contexto. Los implantes intradérmicos serían la mejor opción, pero su venta y distribución son ilegales en Grecia.

Así, muchas de las mujeres refugiadas no comunican a sus parejas que están utilizando algún método de contracepción ni que han interrumpido voluntariamente un embarazo, por lo que el personal sanitario debe ser especialmente discreto. El aborto es legal en Grecia, pero las refugiadas se ven intimadas ante la perspectiva de llevarlo a cabo a escondidas de sus familias [47].

En cuanto a los abusos sexuales, las mujeres sufren más abusos sexuales, acoso sexual por las autoridades y violaciones en los campos. Médicos Sin Fronteras afirma que un 50% de las mujeres de sus consultas ha sufrido violencia sexual, un tercio en su país de origen y dos tercios en el viaje [23]. En algunos campos, existen métodos anticonceptivos de emergencia en caso de violación, pero no se ofrecen en caso de agresión dentro del matrimonio. Los servicios mínimos MISP (*Minimal Initial Service Package*), que constituyen la base de la salud reproductiva y la respuesta a la violencia sexual y machista en casos de emergencia son muy reducidos en los campos griegos [48].

Es muy difícil para las mujeres en los campos realizar las actividades de su vida diaria, por miedo a todo tipo de abusos. Esto es especialmente importante en aquellos campos que no tienen zonas reservadas para mujeres. En ninguno de los campos hay protección por parte de las autoridades, por lo que a las mujeres no les queda más remedio que protegerse entre ellas [49].

Indicar que tras el cierre de la ruta de los Balcanes se ha apreciado un aumento de la violencia, especialmente del relacionado con la violencia de género. Es particularmente importante para mujeres y menores que viven en campos de desplazados cuya población está conformada predominantemente por hombres solteros. El abuso de sustancias agrava esta situación [18].

Cabe destacar las dificultades en manejar la menstruación en el contexto de un campo de desplazados. Las principales dificultades son aquellas relacionadas con la falta de higiene, dificultad de acceso a productos sanitarios, infraestructuras deficientes y falta de privacidad. Se ha evidenciado una importante vergüenza y sentimiento de tabú respecto a la menstruación, además de una profunda preocupación a manchar la ropa [50]. Para la higiene menstrual, los materiales mínimos son: 4 metros de algodón absorbente al año o 15 compresas al mes o 6 compresas reutilizables al año y seis piezas de ropa interior al año [22].

3.2.3.1. Embarazo, parto y puerperio

El 20% de las mujeres desplazadas están embarazadas [37]. En general, las mujeres refugiadas y solicitantes de asilo tienen peores resultados en el parto que la población general y el resto de migrantes. Entre las complicaciones se encuentran: bajo peso al nacer, prematuridad, mortalidad perinatal y malformaciones congénitas. Si bien no todos los resultados son malos, hay evidencia de necesidades importantes no cubiertas [51].

Las mujeres migrantes asentadas en países europeos tienen mayor riesgo de mortalidad, principalmente por causas directas como la preeclampsia, trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP). En los estudios realizados no se han encontrado resultados

definitivos respecto a diferencias encontradas en el tipo de parto entre mujeres desplazadas y el país de origen [52].

Sobre las complicaciones postparto, hay que informar a las pacientes de las señales de alarma y cuándo acudir al profesional sanitario y entre las principales están la fístula, laceración, infertilidad, incontinencia, prolapso uterino, anemia e infecciones [37].

La depresión postparto es muy prevalente [53] constituyendo factores de riesgo para su desarrollo el estrés, la falta de apoyo social y familiar, la mala adaptación al país de acogida, las diferencias lingüísticas, el parto instrumental o por cesárea, la falta de satisfacción con el trato recibido, antecedentes personales o familiares psiquiátricos, ser primíparas, proceder de un nivel socioeconómico bajo y problemas con la lactancia materna y artificial [52].

3.2.4. Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas se asocian con falta de higiene, malnutrición, guerra, hacinamiento y pobreza. La probabilidad de la aparición de ciertas enfermedades infecciosas entre los migrantes es muy baja, pero, pese a esto, se debe realizar un diagnóstico y un tratamiento rápido con el fin de controlar su propagación. Conviene realizar campañas de vacunación si estuviese indicado. El país de origen y la epidemiología local son factores importantes que se deben tener en cuenta [54].

3.2.4.1. Infecciones víricas

En Siria, Afganistán e Iraq que, como se ha comentado anteriormente son los principales países de procedencia de los refugiados que llegan a Grecia, la hepatitis A es endémica [54]. La mayoría de los casos de hepatitis A se dan en desplazados menores de 14 años, debido a que no han superado la enfermedad y no han sido vacunados contra ella. La prevalencia más alta se da en la población siria [55].

La prevalencia de VIH en estos países es baja pero los migrantes constituyen el 35% de nuevos casos en la UE a pesar de que hay evidencias de que algunos se contagian tras su llegada a Europa [54]. Los principales factores que afectan a la incidencia del VIH son la prevalencia en la población antes de la crisis, la prevalencia en el país de acogida, la exposición a violencia, el nivel de interacción entre los refugiados y el país de acogida, la duración del conflicto y tiempo que la población ha estado desplazada en el campo [37].

Las infecciones respiratorias se asocian principalmente a virus influenza, adenovirus, virus respiratorio sincitial y virus parainfluenza. Se han encontrado focos de infección por rubeola, varicela y sarampión en zonas de desplazados con condiciones de hacinamiento y falta de higiene [54].

3.2.4.2. Infecciones bacterianas

El riesgo de fiebre tifoidea es elevado, ya que es endémica en Siria, Afganistán e Iraq. El riesgo de transmisión de cólera es pequeño, debido a que el periodo de incubación es corto. Respecto a la tuberculosis, hay evidencias del aumento de la incidencia pese a que su prevalencia en los países de origen no es especialmente alta. La destrucción de los sistemas sanitarios, la interrupción del tratamiento previo, la malnutrición, el estrés, la coinfección con VIH y la interrupción de los tratamientos antirretrovirales son factores que afectan al incremento del número de casos [54].

Se han desarrollado también brotes de infección meningocócica asociados a condiciones de hacinamiento y falta de higiene [54].

La incidencia de ETS (enfermedades de transmisión sexual) ha aumentado [54]. Las ETS se transmiten más en ambientes de pobreza e inestabilidad social. Además, como hemos mencionado anteriormente, las mujeres desplazadas están más expuestas a abusos y violaciones lo que constituye un riesgo aumentado de contraer ETS. Cabe destacar que los menores no acompañados tienen riesgo de comenzar las prácticas sexuales antes y de que esas relaciones sean de riesgo [37].

Por último, cabe destacar que los movimientos de personas a través del globo ayudan a la propagación de nuevos mecanismos de resistencia a antimicrobianos [54].

3.2.4.3. Infecciones parasitarias

La falta de acceso a agua potable y alimentos aptos para el consumo incrementan la incidencia de infecciones gastrointestinales. Así en un trabajo realizado por Pavli et al., (2017) se encontró entre los refugiados sintomáticos que un 38% presentaba infección, principalmente por nematodos y protozoos. Las infecciones parasitarias son la segunda causa de infección más común entre migrantes sintomáticos. Las condiciones de hacinamiento y la falta de higiene provocan el incremento de la incidencia de infecciones transmitidas por vectores como la pediculosis o la escabiosis [54]. También está aumentando el riesgo de introducción de infecciones como la malaria, la leishmaniasis, la esquistosomiasis o la filariasis linfática [54], [56].

3.2.5. Atención pediátrica

En Grecia, hay más de 32.000 niños esperando su reubicación. Ha aumentado el número de suicidios, el consumo de drogas y la explotación sexual [46], [57]. Los menores se enfrentan a numerosos problemas: falta de suministros (ropa y productos de higiene básicos), alojamientos inadecuados y condiciones de vida precarias (la necesidad de dinero está aumentando los casos de explotación sexual) [46], [57] ...etc.

La falta de vías de entrada legales deja a los menores, especialmente, los no acompañados expuestos al abuso por parte de mafias [46], falta de escolarización (muchos niños llevan más de 3 años sin acudir a la escuela y en Grecia, solo 4 de cada 10 están escolarizados), salud mental deteriorada (la desesperanza provoca ideas suicidas, ansiedad, ataques de pánico, pesadillas y depresión) y racismo [57]. Es importante analizar y solucionar las causas que llevan a estos niños y a sus familias a huir y asegurarse de que se encuentran seguros en todos los países que atraviesan [57].

Como se puede ver en la Figura 3, el principal motivo de consulta de la población pediátrica son las infecciones (58.4%) siendo los niños de 1 a 3 años los más vulnerables. Cabe destacar, que las infecciones constituyen el 80,8% de las consultas de menores de 12 años. Las infecciones que requieren más consultas se muestran en la Figura 4, son las respiratorias (64,2%), de partes blandas (21,9%), genitourinarias (6,7%) y gastrointestinales (6,3%). Entre las patologías no infecciosas destacan la patología dental, en un 21% de los niños [58], seguida de la cardiovascular (19,5%), ortopédica (14,7%), gastrointestinal (12,5%), ginecológica (8,5%), quirúrgica (6%), respiratoria (3,2%), alérgica (4,3%), hematológica (2,6%) y endocrina (1,9%) [59].

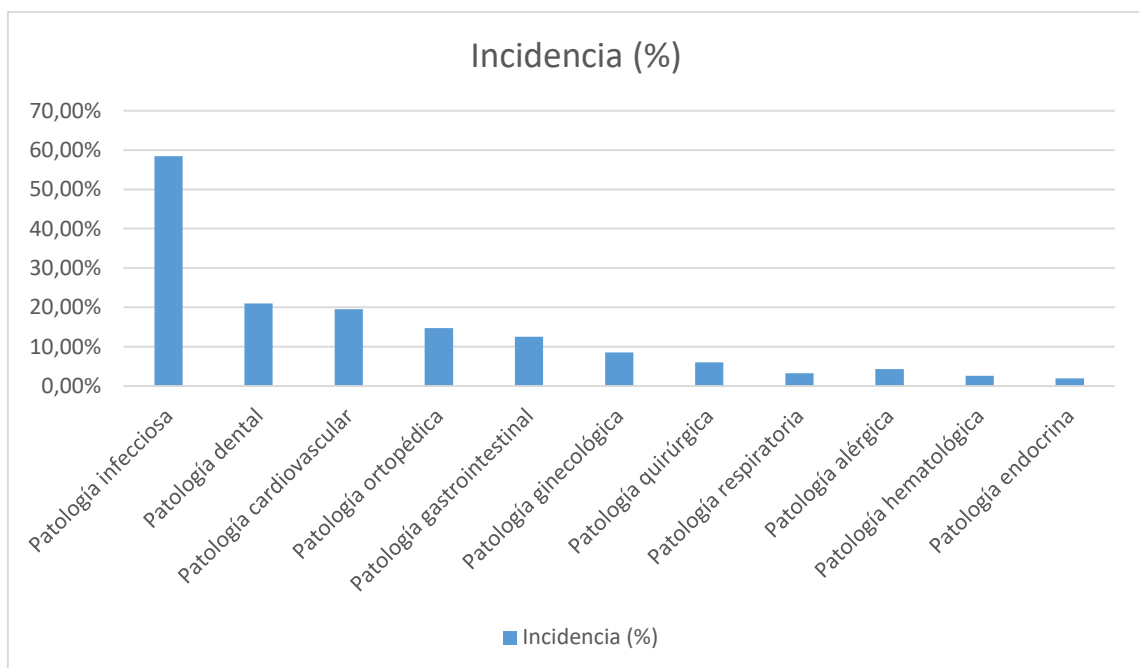


Figura 3 Representación de las patologías más prevalentes en la población pediátrica. Elaboración propia

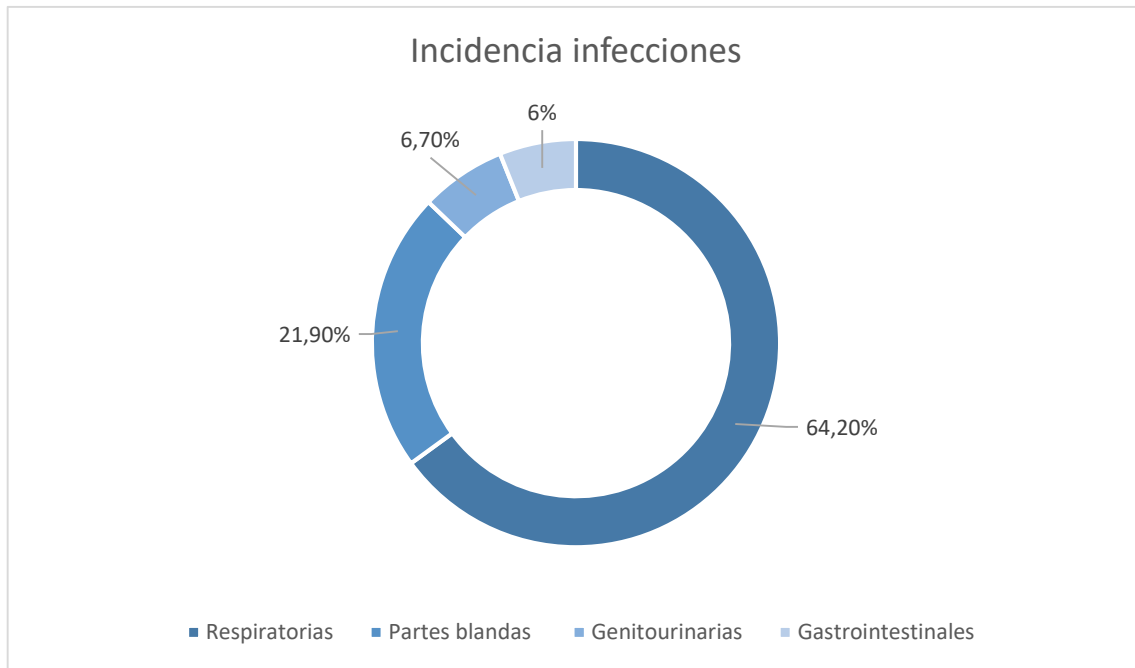


Figura 4 Representación de la incidencia de las infecciones en niños. Elaboración propia

Las caries son la patología dental más prevalente [60] y el país de origen tiene un impacto importante sobre su desarrollo, debido a las diferencias de acceso a la sanidad y al flúor, la dieta y la higiene [61]. En países del Oriente Medio, la patología dental es uno de los mayores problemas, debido a la falta de programas de prevención. Siria tiene una prevalencia intermedia de caries entre los países del Oriente Medio.

Cabe destacar que el principal motivo de consulta entre la población adolescente es la patología no infecciosa (49,8%) [59].

La malnutrición provoca retraso en el desarrollo de los niños y aumenta su susceptibilidad a tener infecciones y patologías crónicas [62]. Así, la prevalencia de malnutrición encontrada entre los desplazados en centros de Grecia sin origen sirio fue bajo peso 7,8%; 4,6% *wasted* (bajo peso para la altura); 7,3% *stunted* (baja talla para la edad) y un 13% presentó alguna forma de malnutrición [63]. Entre la población siria las prevalencias halladas fueron peso normal en un 85,6%, obesidad en un 7,4%, 2,5% *wasted* y 9,1% *stunted*. En Siria antes de la crisis, ya había una alta tasa de *stunting* y *wasting*, por lo que las prevalencias encontradas en Grecia no parecen ser mayores que en el país de origen [64].

En cuanto a la malnutrición se ha encontrado un sesgo de sexo en la incidencia de malnutrición y las mujeres tienen mayor riesgo de malnutrición siendo el robo de comida la explicación más plausible. Se encuentra mayor prevalencia de *wasting* entre las niñas menores de 5 años. Entre los adolescentes, el sexo masculino tiene una prevalencia de 10% y en el femenino de 21% de cualquier forma de malnutrición volviendo a ser mayor en mujeres [63].

Respecto a la distribución por edades, se ha demostrado una mayor incidencia de malnutrición entre los menores de 5 años, puede que sea debido a las dificultades que encuentran las madres para implementar la lactancia materna [64]. Tal y como se ha mencionado en un apartado anterior, las mujeres tienen dificultades para dar de mamar, debido al estrés [19].

En conclusión, la prevalencia de malnutrición parece no ser importante entre los niños solicitantes de asilo en la UE, excepto, el *wasting* (bajo peso para la altura) entre niñas menores de 5 años. Grecia tiene una de las incidencias más bajas de malnutrición comparada con la de otros países receptores masivos de desplazados, probablemente debido al buen acceso a la alimentación en los centros de desplazados [63]. Las mujeres que amamantan a menores de 6 meses con malnutrición grave deberían recibir alimento suplementario independientemente de su estado nutricional [22].

4. Conclusiones

En primer lugar, la capacidad de recepción griega según ACNUR es de 20.000 personas, por lo que no es la suficiente para afrontar una crisis humanitaria de este calibre. Esto es debido a la crisis económica y el estado previo de desigualdad e ineficacia del sistema de salud. De esta manera, las ONGs han sido las principales responsables de afrontar la crisis.

Cabe destacar, la importancia del cierre de la ruta de los Balcanes y de la entrada en vigor del acuerdo UE-Turquía, que han resultado en la falta de vías legales de entrada a Europa para la población desplazada. Esto ha provocado un aumento de la patología psiquiátrica y crónica en los campos y un incremento de la violencia, especialmente importante la violencia de género.

Respecto a las patologías más prevalentes en los campos, debemos distinguir entre el momento de recepción y una vez durante la estancia en los campos. La hipotermia, traumas e infecciones son las más importantes durante el proceso de recepción. En cambio, durante la vida en el campo, toman importancia, la patología psiquiátrica y el tratamiento de enfermedades crónicas. Sobre la patología psiquiátrica, destacamos que no se le ha prestado hasta el momento la atención necesaria, pese a la importante prevalencia que parece tener entre la población refugiada, en relación con la violencia sufrida. Resaltamos la mayor incidencia entre las mujeres de depresión y TEPT, probablemente debido a un mayor riesgo de abusos. Parece haber una relación directa entre el tiempo pasado en el campo de refugiados y el aumento de la incidencia de patología mental, asociado a la incertidumbre y la desesperanza. Entre la población menor, también hay mayor incidencia de patología psiquiátrica, mayor entre las mujeres. Cabe destacar la exposición de la población menor de edad a los abusos sexuales y la importancia de una prevención efectiva.

Resalta la deficiente salud reproductiva que encuentran las mujeres en los campos: falta de acceso a métodos anticonceptivos adecuados, grandes riesgos de abusos sexuales y violencia de género y mayor mortalidad y morbilidad periparto.

Respecto a la patología infecciosa, recalamos la importancia de mejorar las medidas de higiene y eliminar el hacinamiento. Además, se deben implementar campañas de vacunación adecuadas para evitar nuevos focos de rubeola, varicela, sarampión o meningococo y disminuir la incidencia de hepatitis A especialmente prevalente entre los menos de 14 años.

Respecto a la población infantil, las patologías más prevalentes son las infecciones y las caries. El riesgo de malnutrición no es importante, probablemente, debido a una buena gestión del país griego. No obstante, subrayamos el sesgo de género, siendo las niñas menores de 5 años la única población con una incidencia importante.

Agradecimientos: Me gustaría agradecer mi trabajo a mi familia, en especial, a mi hermana Cristina. Y, por último, a todos los cooperantes que dedican su vida a mejorar la salud de las personas olvidadas por los gobiernos.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

DPT: Vacuna de difteria, *pertussis* y tétanos

EASO: Oficina Europea de Apoyo al Asilo (*European Asylum Support Office*)

ECDC: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (*European Centre for Disease Prevention and Control*)

ETS: Enfermedad de transmisión sexual

MISP: *Minimal Initial Service Package*

MMR: Vacuna combinada sarampión, paperas y rubeola (measles, mumps and rubeolla)

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OIM: Organización Internacional para las Migraciones
 OMS: Organización Mundial de la Salud
 ONG: Organización No Gubernamental
 NIAC: *National Immunisation Advisory Committee*
 TEP: Tromboembolismo pulmonar
 TEPT: Trastorno de estrés postraumático
 TVP: Trombosis venosa profunda
 UE: Unión Europea
 UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (*United Nations International Children's Emergency Fund*)
 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Referencias Bibliográficas

1. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: Experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med.* 2018 Mar 13;16(1).
2. ONU: Asamblea General. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 28 Julio 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137 [Consultado el 25 Feb 2020]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/convencion-de-ginebra-de-1951-el-estatuto-de-los-refugiados>
3. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Información sobre el reglamento de Dublín para los solicitantes de protección internacional de conformidad con el artículo 4 del Reglamento (UE)no 604/2013 Español. Madrid: Dirección General de Política Interior; 2014.
4. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Definiciones | Refugiados y migrantes [Internet]. [Consultado 6 enero 2020]. Disponible en: <https://refugeesmigrants.un.org/es/definitions>
5. ONU: Asamblea General. Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, 28 Septiembre 1954, Naciones Unidas Treaty Series, vol. 360, p. 117. [Consultado 28 Abr 2020] Disponible en: www.acnur.org
6. Bjertrup PJ, Bouhenia M, Mayaud P, Perrin C, Ben Farhat J, Blanchet K. A life in waiting: Refugees mental health and narratives of social suffering after European Union border closures in March 2016. *Soc Sci Med.* 2018 Oct 1; 215:53–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.040>
7. UNHCR. Greece | Global Focus UNHCR Operations worldwide [Internet]. The UN refugee agency; 2020 [cited 13 March 2020]. Available from: <http://reporting.unhcr.org/node/14851?y=2019#year>
8. UNHCR. Global Trends forced displacement 2018 [Internet]. UNHCR; 20 Jun 2019. Disponible en: <https://www.unhcr.org/globaltrends2018/>
9. UNHCR. Mediterranean Situation [Internet]. UNHCR, 2020 [update 19 Apr 2020, cited 29 Apr 2020]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179>
10. Alonso H. Más de 20.000 personas han muerto en el Mediterráneo desde 2014. *Actualidad Humanitaria* [Internet]. SEMHU, 6 Mar 2020 [consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://actualidadhumanitaria.com/mas-de-20-000-personas-han-muerto-en-el-mediterraneo-desde-2014/>
11. Hodes M, Skokauskas N. Refugees in Europe: National overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;(27):389–99.
12. Christodoulou GN, Abou-Saleh MT. Greece and the refugee crisis: mental health context. *BJPsych International.* Cambridge University Press; 2016;13(4):89–91.
13. ACNUR. Document - Greece sites as of 01 August 2017 [Internet]. ACNUR, 2017 Aug 1 [cited 7 Jan 2020]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/58630>
14. Silvia Blanco. Grecia cerrará los campos de refugiados en las islas y creará nuevos centros más restrictivos. [Internet]. *El País*; 2019 Nov 20 [consultado 7 Enero 2020]; Disponible en: https://elpais.com/internacional/2019/11/20/actualidad/1574254455_611522.html
15. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Derecho de Asilo. Código derecho Int Tomo I. 2016;461–70
16. Amnistía Internacional. Atrapados en Grecia una crisis de refugiados evitable. Londres; Amnesty International Publications; 2016. 35p.

17. Kotsiou OS, Kotsios P, Srivastava DS, Kotsios V, Gourgoulianis KI, Exadaktylos AK. Impact of the refugee crisis on the greek healthcare system: A long road to Ithaca. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug 20; 15(8): 1790. DOI: 10.3390/ijerph15081790
18. Hémono R, Relyea B, Scott J, Khaddaj S, Douka A, Wringe A. "The needs have clearly evolved as time has gone on.": A qualitative study to explore stakeholders' perspectives on the health needs of Syrian refugees in Greece following the 2016 European Union-Turkey agreement. *Confl Health*. 2018 Jun 8;12(1).
19. Kousoulis AA, Ioakeim-Ioannidou M, Economopoulos KP. Access to health for refugees in Greece: Lessons in inequalities. *Int J Equity Health*. 2016 Aug 2;15(1).
20. Clark L. "It is difficult to believe this is Europe": The mental health crisis in Moria camp 2018 Sept 21 [cited 11 March 2020] In: *Blogs from Doctors without Borders* [Internet].; Available from: [https://blogs.msf.org/bloggers/liz/"it-difficult-believe-europe"-mental-health-crisis-moria-camp](https://blogs.msf.org/bloggers/liz/)
21. Más de 1.100 niños refugiados y migrantes no acompañados en Grecia necesitan alojamiento y protección [Internet]. Unicef.es; 29 Ag 2019 [consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/prensa/mas-de-1100-ninos-refugiados-y-migrantes-no-acompanados-en-grecia-necesitan-alojamiento-y>
22. Sphere Association. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. 4th rev. ed., Geneva, Switzerland, Practical Action Publishing, 2018. Available from: www.spherestandards.org/handbook
23. Médecins Sans Frontières Greece. *A Dramatic Deterioration for Asylum Seekers on Lesbos* [Internet]. Médecins sans frontières; July 2017. Available from: https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_lesbos_vulnerability_report1.pdf
24. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili E et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur. J. Public Health* [Internet]. 2017 Dec 12 [cited 11 March 2020];28(1):82-87. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/1/82/4732525>
25. Angora Cañejo, R. Vista de Quiebra psicológica y conducta autolítica en los movimientos migratorios forzados. *RIECS* [Internet] 14 Feb 2020 [consultado 2020 Feb 19];5:11-4. Disponible en: <https://riecs.es/index.php/riecs/article/view/183/249>
26. Giambi C, Del Manso M, Dalla Zuanna T, Riccardo F, Bella A, Caporali MG, et al. National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine*. 2019 Jul 26;37(32):4610-7. DOI: 10.1016/j.vaccine.2018.01.060.
27. Mellou K, Silvestros C, Saranti-Papasaranti E, Koustenis A, Pavlopoulou ID, Georgakopoulou T, et al. Increasing childhood vaccination coverage of the refugee and migrant population in greece through the european programme philos, april 2017 to april 2018. *Euro Surveill* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 29];24(27). Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.27.1800326>
28. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
29. Karanikolos, M., Kentikelenis, A. Health inequalities after austerity in Greece. *Int J Equity Health*. 2016 May 31; 15, 83. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0374-0>
30. Kousoulis AA, Angelopoulou K-E, Lionis C. Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2013 Sep 12 [cited 7 Jan 2020];19(3):194-9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13814788.2013.779663>
31. Economou, C, Katsikas, D, Siskou, O, Zafiropoulou, M. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Soc Cohes Dev*; 2016; 9(2), 99-115. Doi: <https://doi.org/10.12681/scad.8880>
32. Médicos Sin Fronteras. *Greece denies healthcare to seriously ill refugee children on Lesbos* [Internet]. 2020 Jan 23. [cited 3 March 2020]. Available from: <https://www.msf.org/greece-denies-healthcare-seriously-ill-refugee-children-lesbos>
33. Hermans M, Kooistra J, Cannegieter S, Rosendaal F, Mook-Kanamori D, Nemeth B. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur. J. Epidemiol*; 2017 Sep;32(9):851-854. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0269-4>

34. Médicos del mundo. SnapShot Greek Islands October 2018. [Internet] Mdm Greece; 2018 Oct 26 [Consultado 2020 Abr 29]. Disponible en: <https://mdmgreece.gr/en/snapshot-greek-islands-october-2018/>
35. Morales Bonilla J, Arandojo Morales M. Informe sobre la actuación del Oficial Enfermero en la misión Tritón de los Buques Oceánicos de la Guardia Civil. Sanid Mil. 2018;74(3):168–74. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712018000300006>
36. Ibañez Grima I, Ortega Deballón I. Vista de Manejo prehospitalario de la hipotermia accidental; Una emergencia sanitaria en el Mediterráneo, RIECS, 2020 14 Feb; 5(S1). DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2020.5.S1.174>
37. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent. Public health guide in emergencias [Internet]. Geneva; 2007. Disponible en: www.ifrc.org
38. Poole DN, Hedt-Gauthier B, Liao S, Raymond NA, Bärnighausen T. Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. BMC Public Health. 2018 Jul 24;18(1). DOI: 10.1186/s12889-018-5822-x.
39. Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M, Tekin M, Kayran Y, Alpak G, et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among iraqi yazidis displaced into Turkey. Eur J Psychotraumatol. 2016 Feb 12;7. DOI: 10.3402/ejpt.v7.28556
40. Braun-Lewensohn, Abu-Kaf, & Al-Said. Women in Refugee Camps: Which Coping Resources Help Them to Adapt? Int. J. Environ. Res. Public Health; 2019 Oct 18; 16(20), 3990. doi: 10.3390/ijerph16203990
41. Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, Linse H, Pejovic-Milovancevic M, Klasen H. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. Eur. Child Adolesc. Psychiatry; 2015 Dec 22; 25, 1-6. DOI: 10.1007/s00787-015-0807-0.
42. EASO Age assessment practice in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union European Asylum Support Office, 2014, Chapter 3, Age Assessment Tools and Methods, p. 23-42. DOI:10.2847/12152
43. Ramel B, Täljemark J, Lindgren A, Johansson BA. Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. Springerplus [Internet]. 2015 Dec 15 [cited 9 Jan 2020];4(1):131. Available from: <http://www.springerplus.com/content/4/1/131>
44. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. Eur. Child Adolesc. Psychiatry; 2018 Aug 27; 28, 1295–1310. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
45. Mohwinkel LM, Nowak AC, Kasper A, Razum O. Gender differences in the mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. BMJ Open. 2018 Jul 1;8(7). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022389.
46. Freccero J, Biswas D, Whiting A, Alrabe K, Seelinger KT. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: Approaches to prevention. PLoS Medicine; 2017 Nov 22; 14(11): e1002438. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002438>
47. Holman Z. Reproductive rights on the move: refugee women in Greece struggle to access contraception [Internet]. OpenDemocracy free thinking of the world; 2017 Aug 15 [cited 11 March 2020]. Available from: <https://www.opendemocracy.net/en/5050/reproductive-rights-refugees-greece/>
48. Gallagher C, Emmerton L. 8 Recommendations on Refugees SRHR in Europe 2019 Jan 26 [cited 11 March 2020] In: Choice for Youth and Sexuality [Internet]. Available from: <https://www.choiceforyouth.org/news/blog/recommendations-on-refugee-srhr/>
49. Boff Tonela Y. “Si quieren saber lo que es pasar miedo, hambre y frío de verdad, vengan aquí” 2018 March 21 [cited 28 Feb 2020]. In: Es.amnesty.org [Internet]. Available from: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/si-quieren-saber-lo-que-es-pasar-miedo-hambre-y-frio-de-verdad-vengan-aqui/>
50. VanLeeuwen C, Torondel B. Exploring menstrual practices and potential acceptability of reusable menstrual underwear among a middle eastern population living in a refugee setting. Int J Womens Health; 2018 Jul 12;10:349–60. DOI: 10.2147/IJWH.S152483
51. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Health Evidence Network synthesis report 44. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

52. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Med.* 2018 Jun 12;16(1). DOI: 10.1186/s12916-018-1064-0.
53. Fellmeth G, Fazel M, Plugge E. Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*; 2016 Jun 20;124(5):742–52. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14184>
54. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med [Internet]*. 2017 Jul 1 [cited 10 Jan 2020];24(4). Available from: <http://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/tax016/3095987/Health-problems-of-newly-arrived-migrants-andGIAMBI>
55. Mellou K, Chrisostomou A, Sideroglou T, Georgakopoulou T, Kyritsi M, Hadjichristodoulou C, et al. Hepatitis a among refugees, asylum seekers and migrants living in hosting facilities, Greece, April to December 2016. *Euro Surveill.* 2017 Jan;22(4). DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.4.30448>
56. Özbilgin A. Are Medical Laboratories Ready for the Diagnosis of Parasitic Diseases? *EJIFCC [Internet]*. 2018 Nov [cited 2020 Feb 26];29(3):171–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30479599>
57. UNICEF. Los niños refugiados y migrantes te necesitan [Internet]. [citado 28 feb 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/emergencias/refugiados-migrantes-europa>
58. Pavlopoulou ID, Tanaka M, Dikalioti S, Samoli E, Nisianakis P, Boleti OD, et al. Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr.* 2017;17(1):1–10. DOI: 10.1186/s12887-017-0888-7
59. Kampouras A, Tzikos G, Partsanakis E, Roukas K, Tsiमितros S, Deligeorgakis D, et al. Child Morbidity and Disease Burden in Refugee Camps in Mainland Greece. *Children.* 2019 Mar 17;6(3):46. DOI: 10.3390/children6030046.
60. Riatto S, Montero J, Pérez D, Castaño-Séiquer A, Dib A. Oral Health Status of Syrian Children in the Refugee Center of Melilla, Spain. *Int. J. Dent.* 2018; 2018:1-7. DOI: 10.1155/2018/2637508
61. Crespo, E. The Importance of Oral Health in Immigrant and Refugee Children. *Children.* 2019 Sep 9;6(9):102. DOI: 10.3390/children6090102.
62. Carroll GJ, Lama SD, Martinez-Brockman JL, Pérez-Escamilla R. Evaluation of Nutrition Interventions in Children in Conflict Zones: A Narrative Review. *Adv Nutr An Int Rev J.* 2017 Sep 15;8(5):770–9. DOI: 10.3945/an.117.016121
63. Grammatikopoulou MG, Theodoridis X, Poulimeneas D, Maraki MI, Gkiouras K, Tirodimos I, et al. Malnutrition surveillance among refugee children living in reception centres in Greece: A pilot study. *Int Health.* 2019 Jan 1;11(1):30–5. DOI: 10.1093/inthealth/ihy053.
64. Pernitez-Agan S, Wickramage K, Yen C, Dawson-Hahn E, Mitchell T, Zenner D. Nutritional profile of Syrian refugee children before resettlement. *Confl Health.* 2019;13(1):1–8. DOI: 10.1186/s13031-019-0208-y

