

Migración y *Global Health* en Europa.
LL.M Dagmar S. Morelli (Alemania).¹

1. Introducción.

Este trabajo explora las características de la migración en la Unión Europea y sus nuevos desafíos para los sistemas sociales, los cuales tienen que adaptarse para seguir siendo sensible al ir y venir humano. Estos desafíos se reconocen cada vez con respecto a los migrantes, que constituyen una parte creciente de la población europea. Los datos de Eurostat sobre el tamaño de la población en la UE sin ciudadanía de la misma, esto nos proporciona indicadores de la escala de la migración hacia Europa: en 2009, el 4,0% de la población total de la UE eran ciudadanos de países fuera de la Unión.²

Sin embargo, la ciudadanía es una medida imprecisa de la condición de migrante, ya que no incluye a los inmigrantes naturalizados que han asumido la ciudadanía de su país de acogida. Además, hay un número desconocido de migrantes irregulares o indocumentados, que se cree para dar cuenta de ,39-0,77% de la población en los 27 estados miembros de la UE en 2008, aunque otras estimaciones sugieren que esta proporción podría ser tan alta como 4%.

En conjunto, esto significa que el tamaño de la población migrante en la UE es considerablemente mayor que los datos de Eurostat indican. Otro factor de complicación es que la definición de migrantes difiere de un país a otro. Mientras que las Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales define un migrante a largo plazo como una "persona que se muda a un país distinto al de su residencia habitual durante un período de al menos un año" (Departamento de Económica de las Naciones Unidas y Social Migración), no todos los países siguen esta definición. Esto hace que dificulte para comparar los datos de diferentes países. También hay que señalar que existe una necesidad de mirar más allá de la generación que ha pasado de un país a otro. Aunque el término "inmigrante de segunda generación" es una contradicción en términos, los desafíos para la

salud de los descendientes de los inmigrantes son a veces mayor que para los que emigraron.³ Si bien una serie de publicaciones sobre salud de los migrantes en Europa han aparecido en los últimos años, una información completa sobre los diferentes aspectos de la salud y la migración, y cómo éstas pueden ser mejor abordadas por los sistemas sociales, todavía no es fácil de encontrar.

2. Políticas de Salud en Europa y migración.

Un fenómeno conocido como "efecto migrante saludable", que a menudo se enfrentan a retos particulares de salud y son vulnerables a una serie de amenazas a su salud física y mental. Sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades de salud de los migrantes son poco conocidos, la comunicación entre los proveedores de salud y los migrantes sigue siendo pobre, y los sistemas de salud no están preparados para responder adecuadamente. La situación se ve agravada por los problemas que enfrentan los migrantes en la realización de sus derechos humanos; el acceso a la salud y otros servicios básicos; y de ser relegados a trabajos mal pagados ya menudo peligrosos, con los retos más agudos que se enfrentan los migrantes indocumentados, el tráfico de personas y solicitantes de asilo.

Una de las principales razones de esta falta de entendimiento es la escasez de datos. Aparte de los mencionados anteriormente la falta de claridad sobre quién constituye un migrante - migrantes y cuántos hay en un país determinado. Datos sobre los determinantes de la salud, y la utilización de servicios de salud de los migrantes no están disponibles en la mayoría de países de la UE. Por ejemplo, los datos del registro en la utilización de servicios de salud que permitan la identificación de los migrantes a nivel nacional o subnacional sólo están disponibles en 11 de los 27 estados miembros de la UE.

Cuando los datos sobre la salud de los migrantes están disponibles, a menudo apuntan en direcciones contradictorias, debido a la diversidad de los migrantes en términos de edad, sexo, país de origen y de destino, el nivel socioeconómico y el tipo de migración. En general, muchas discrepancias de salud desaparecen después de controlar por el nivel socioeconómico, a pesar de la mala situación socioeconómica puede ser en sí mismo el resultado de la condición de migrante y origen étnico.

Esto se relaciona con los procesos de exclusión social y pone de manifiesto que la migración es un importante determinante social de la salud⁴. La investigación sobre la migración se complica aún más por la complejidad de la relación entre la migración y el bienestar, por ejemplo la salud de los migrantes está determinada por muchos factores a lo largo del proceso de migración, incluyendo la identidad étnica y las características genéticas y las necesidades de salud cambia constantemente a raíz del tiempo de residencia en el país de acogida. Por ello, ha sido descrito como "una tontería intentar cualquier generalización sobre el nivel general de la salud de todos los migrantes"

Para la limitada medida en que las generalizaciones son posibles y la información está disponible en todos los países y los grupos de migrantes, los inmigrantes parecen ser más vulnerables a las enfermedades transmisibles, así como a las enfermedades profesionales y los problemas de salud mental generados durante el proceso de migración, lo cual es en parte debido a los patrones de la enfermedad en su países de origen, condiciones de vida precarias, el empleo precario y el trauma que puede asociarse con diversas causas de la migración.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles, los migrantes a Europa parecer inicialmente tener un menor riesgo de cáncer, pero mayor riesgo de diabetes y otras enfermedades, mientras que el riesgo de enfermedad cardiovascular varía entre los diferentes grupos.

Los migrantes también están en mayor riesgo de problemas de salud materno infantil, con diferencias en los resultados perinatales que persisten entre los migrantes y no migrantes, y la evidencia de que tanto la utilización y la calidad de la atención prenatal es menor entre las mujeres).

Una revisión sistemática de la utilización de los migrantes de los servicios de salud somáticas en Europa encontró que tienden a hacer menos uso de la mamografía y la detección del cáncer de cuello de útero, tienen más contactos con médicos generales, el mismo o mayor utilización de la atención especializada y superior, igual o inferior los niveles de utilización de la atención de emergencia, aunque sin información detallada sobre las necesidades de salud, estos hallazgos son difíciles de interpretar.

En general, en lugar de sufrir de enfermedades exóticas, la mayoría de los inmigrantes buscan ayuda en los sistemas de salud de los estados que también son comunes entre la población no migrante. Una imagen mucho más clara surge con respecto a cualquiera de los solicitantes de asilo o migrantes indocumentados.

En 2003, el Consejo de la Unión Europea esboza las normas mínimas para la acogida de los solicitantes de asilo, que incluyen la atención de emergencia, el tratamiento básico de las enfermedades, y la asistencia médica o de otra índole necesarias para los solicitantes con necesidades especiales (Consejo de la UE 2003). Sin embargo, en 2004, diez de los 25 países de la UE proporcionan sólo la atención de emergencia a los solicitantes de asilo. Con respecto a los migrantes indocumentados, hay una tendencia en muchos Estados miembros de la UE para restringir derechos a los servicios de salud "para desalentar la entrada de nuevos inmigrantes".⁵

3. Gobernanza de la salud en Europa.

En 2010, nueve de los 27 países de la UE limitaban el acceso a los servicios de salud, de tal manera de hacer que la atención de emergencia inaccesibles a los migrantes indocumentados, y sólo cinco países (Países Bajos, Francia, Italia, Portugal y España) ofrecen acceso de los migrantes indocumentados a los servicios de salud más allá de emergencia, como parte de la inclusión en atención primaria. En sólo cuatro estados miembros de la UE (Países Bajos, Francia, Portugal y España) eran inmigrantes indocumentados quienes tienen derecho a acceder a la misma gama de servicios que los nacionales de ese país, siempre y cuando cumplan ciertas condiciones previas, como prueba de identidad o residencia.

Además de las restricciones legales sobre los derechos a la atención de salud, que son más pronunciado para los migrantes indocumentados y solicitantes de asilo, los migrantes pueden no gozar del apoyo de la Unión Europea particularmente afectados por cuotas de usuario así como por acceso impedido al seguro de salud. Otras barreras incluyen el idioma, el desconocimiento de los derechos, los derechos y el sistema de salud en general, la alfabetización en salud subdesarrollados, los obstáculos administrativos, la exclusión social y la discriminación directa e indirecta. La respuesta política hasta ahora hay un creciente cuerpo de conocimiento sobre las formas en que la capacidad de respuesta para fomentar los sistemas de salud a las necesidades de los migrantes, incluidos muchos ejemplos de buenas prácticas.

Lo ideal sería que las necesidades de los migrantes deben ser incorporados en todos los elementos de los sistemas de salud, incluyendo la regulación, organización, financiación y planificación, para garantizar la no discriminación y la igualdad de derechos a los servicios de salud. Medidas específicas que pueden ayudar a los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de los migrantes suelen implicar medidas para superar las barreras lingüísticas, culturales y administrativos, como los servicios de interpretación y traducción; modelos de atención culturalmente informado; culturalmente adaptado programas de salud pública; el uso de personal de apoyo cultural (como mediadores de salud); la capacitación del personal

en la diversidad; diversificación de la fuerza laboral; y la participación de los inmigrantes en todos los aspectos de la prestación de asistencia sanitaria. Sin embargo, aún queda mucho por hacer para evaluar la efectividad de las "mejores prácticas" que rara vez, o nunca, sujetos a la evaluación rigurosa. Por otra parte, las buenas prácticas y la sostenibilidad a largo plazo, se requieren cambios estructurales que incrustar las buenas prácticas en las políticas de salud. Sin embargo, los sistemas de salud de Europa están despertando lentamente hasta la necesidad de ser más sensible a las poblaciones migrantes mediante el establecimiento de servicios de salud adecuados y accesibles. En contraste con los países tradicionales de inmigración, como Australia, Canadá y los Estados Unidos, algunos países europeos han adoptado políticas explícitas de salud migrantes. Por fin, sin embargo, el tema de la salud de los migrantes está recibiendo cada vez más atención en Europa. De gran importancia en este sentido fueron las presidencias de Portugal de la UE en 2007 y España en 2010. La presidencia portuguesa de la UE celebró una conferencia sobre "Salud y migración en la Unión Europea - una mejor salud para todos en una sociedad inclusiva" en Lisboa en 2007, con las conclusiones adoptadas por la conferencia de Empleo, Política Social, Sanidad y Consejo de Asuntos del Consumidor (EPSCO) en diciembre de 2007. Bajo la presidencia española de la UE, la migración y la salud se consideraron dentro del tema general de las desigualdades en salud. Esto condujo a la adopción, por el Consejo Europeo, de Conclusiones del Consejo sobre Equidad y Salud en todas las políticas solidaridad en Salud.

Otras organizaciones internacionales y europeas también han contribuido al mayor reconocimiento de la agenda de salud de los migrantes. En noviembre de 2007, una conferencia de ministros de salud del Consejo de Europa adoptó la "Declaración de Bratislava en la salud, los derechos humanos y la migración" (Consejo de Europa 2007). En 2009, el proyecto de "Asistencia a Migrantes y Comunidades" (AMAC), dirigida por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Introducción 7 co-financiados por la UE y Portugal, corrió una consulta a nivel de la UE sobre "Migración y Salud - Mejor Salud para Todos" en Lisboa. En mayo de 2008, la Asamblea Mundial de la Salud

adoptó la resolución sobre la "Salud de los Migrantes" (Asamblea Mundial de la Salud 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS), la OIM y el Ministerio de Sanidad y Política Social española una "Consulta Mundial sobre Salud Migrante" en Madrid en 2010 (OMS 2010). Sin embargo, a pesar de estos avances, existe el peligro de que muchas de las políticas y los programas serán de corta duración, ya que la financiación por la UE y los Estados miembros de las iniciativas de salud migrantes han disminuido entre 2007 y 2010.

4. Políticas nacionales de salud del migrante.

Existen grandes diferencias en el grado en que los países europeos han considerado e implementado las políticas nacionales de salud del migrante. Hasta ahora, sólo once (incluyendo un país de fuera de la UE) parecen haber adoptado específicas políticas nacionales dirigidas a mejorar la salud de los migrantes. Una razón obvia para la variación entre países es el tamaño de la población migrante, que todavía es muy pequeña en los países de Europa central y oriental. Otra cuestión es el clima político en general. Por otro lado, Italia, Portugal y España sólo han experimentado la inmigración a gran escala hace relativamente poco tiempo, pero ya han adoptado políticas de salud del migrante nacional. Mientras que algunos países con una historia relativamente prolongado de la inmigración, como el Reino Unido y los Países Bajos, han establecido políticas nacionales migrantes de salud; otros, como Francia, no lo tienen. La atención política prestada a la salud de los migrantes también se relaciona con las actitudes prevalecientes hacia los inmigrantes y la inmigración. Si bien ha habido un aumento de la armonización de las políticas de inmigración en los estados miembros de la UE, el énfasis dominante ha sido de restricción y control. El clima político general en un país es un factor importante que puede ayudar u obstaculizar los sistemas de salud para que sean más sensibles a las necesidades de los migrantes. Varios países europeos, entre ellos Alemania, han sido históricamente reacios a siquiera considerar a sí mismos como los países de inmigración. Por otra parte, ha habido una reacción política contra la inmigración en varios países europeos, con una

recepción particularmente hostil para los solicitantes de asilo y un aumento en la retórica anti-musulmán. Sólo en 2010, los partidos anti-inmigrantes de extrema derecha hicieron ganancias electorales en Austria, Italia, los Países Bajos, Hungría y Suecia, mientras que Francia llegó a los titulares mediante el establecimiento de un ministerio de la identidad nacional y la deportación de gitanos procedentes de Europa central y oriental. La canciller alemana, Ángela Merkel, declaró que el multiculturalismo como política estatal había sido "absolutamente exitoso" y Suiza votó en un referéndum para facilitar la expulsión de los extranjeros condenados por delitos. Este ambiente político en el que los principales partidos encontramos a sí mismos en las garras del populismo, se hace aún más difícil a medida que la crisis económica y los recortes en el gasto público, en consecuencia el aumento del desempleo, no menos importante entre los trabajadores migrantes. En este contexto político y económico general será crucial para contrarrestar la discriminación y no a retirarse de los esfuerzos para establecer y aplicar políticas nacionales de salud migrantes. La gama de áreas que deben ser abordados por tales políticas.

5. La caída de la URSS y Migración.

En 1989, los gobiernos de toda Europa se enfrentaron a una situación nueva y gran parte inexplorada. El telón de acero, que se había creado dos espacios separados de migración en Europa, cayó, aumentando la posibilidad de la migración masiva desde el este, hacia las "tierras del loto" de Europa occidental. Mientras tanto, los crecientes flujos de los países del sur estaban creando una nueva "frontera de la migración" a lo largo de la costa norte del Mediterráneo. Italia, Grecia, España y Portugal, países tradicionalmente de emigración, se convirtieron en países de inmigración neta. Un nuevo régimen de asilo entró en vigor, ya que los problemas derivados de la desintegración de Yugoslavia llevó al uso generalizado de la protección temporal. En Europa central y oriental, las migraciones de base étnica eran comunes, frecuentemente continuaciones de aquellos que habían comenzado en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, pero que dejó con la elevación de la cortina de

hierro. Otros movimientos étnicos eran de connacionales "regresan" a su patria", como las poblaciones desplazadas en los tiempos comunistas, sobre todo en la antigua URSS. Nuevos flujos económicos desarrollados, entre el este y el oeste y dentro de Europa central y oriental. Algunos eran permanentes, muchos fueron a corto plazo y un nuevo léxico crecimos para describirlos - turismo laboral, la migración pendular, la migración circular, el pequeño comercio y la migración de tránsito. La década de 1990 se caracterizó por la creciente integración de Europa central y oriental en la esfera europea de migración. En términos políticos la atención se volvió más y más a la gestión de la migración. A mediados de la década de 1990 Europa se había adaptado en gran parte a la migración ha cambiado los flujos, aunque hay una gran incertidumbre acerca de cómo manejar las secuelas de la crisis yugoslava. Elementos de la imagen fija se difuminan, especialmente en Europa oriental y la antigua Unión Soviética, donde los sistemas de datos siguen siendo insuficientes. Por otra parte, la creciente importancia de la migración irregular, el ya estaban causando preocupación. A medida que los sistemas de migración europea occidental y oriental antes separados fusionan cada vez más en uno, algunos países de Europa del Este también se convirtieron en países de inmigración.

Nuevas migraciones aparecieron, algunas reflejan la aparición de nuevas zonas de origen en materia de inmigración. Hubo un estimado de 63 mil inmigrantes chinos en Alemania en 2001, el doble de la cifra de 1993 y 10 veces más que en 1988. En Italia, se concedieron 68.000 permisos de residencia a los ciudadanos chinos en el año 2001, más de 5 veces más que en 1999. Albaneses estaban también en el movimiento, las remesas de los cuales representan una importante fuente de ingresos para el país; para el año 2000, 133.000 albaneses tenían permisos para permanecer en Italia . También hubo pruebas de nuevos tipos de flujos. Para el año 2005, se detecto un cambio radical en las rutas migratorias de Argelia durante los diez años anteriores. La migración laboral tradicional en Francia fue reemplazado por formas de circulación en el que muchos argelinos se convirtieron en traficantes de humanos en toda la región mediterránea. A menudo sirviendo mercados turísticos, sus movimientos tuvieron lugar dentro de las redes familiares que les permitió

aprovechar las oportunidades comerciales en cualquier ciudad en la que se presentaban. Los rumanos formaron nuevas redes transnacionales informales que se usarían para explotar lo que sea "nichos" de trabajo abiertos a los trabajadores indocumentados. Algunas migraciones "étnicos" transformaron en los circulatorios. Existen datos que demuestran que la migración de los alemanes étnicos de Transilvania (Rumanía) a Alemania en la década de 1990 se convirtió en un movimiento circulatorio, con períodos de trabajo en Alemania intercalados con vivir de nuevo en Rumanía. Los nuevos flujos migratorios que han surgido en los años 1990 y 2000 han dado lugar a una variedad de respuestas de política en toda Europa

La falta de datos disponibles y la enorme variación de un país a decir que no es fácil de detectar patrones o tendencias europeas post la caída de la URSS. Europa está muy geográficamente diferenciada, tanto en su geografía física-humana y sus migraciones, no sólo de este a oeste y de norte a sur, sino también entre los países adyacentes. La imagen de Europa es, por lo tanto, un continente con gran diversidad. Esta diversidad se refiere no sólo a flujos y tendencias existentes.

Aunque el suministro de datos estadísticos ha mejorado enormemente en los últimos años, la situación dista mucho de ser ideal. En Europa occidental, los datos existentes aún representan una amplia gama de problemas para los usuarios, derivadas en gran medida de la incompatibilidad de las fuentes, así como los problemas conceptuales. En Europa central y oriental y partes de la antigua URSS, la disponibilidad de datos ha mejorado, pero sigue siendo desigual. Un problema fundamental es la complejidad de la migración. En su mayor parte, los conceptos de migración utilizan como base para la recopilación de estadísticas no reflejan muchas de las realidades de los movimientos actuales, caracterizados como están por las nuevas formas y dinámicas.

Los cambios en las existencias de los extranjeros (es decir, los titulares de una ciudadanía diferente a la del país de acogida) no sólo reflejan el equilibrio de los flujos, sino también

las tasas de naturalización que tienen mayores o menores efectos, dependiendo de las políticas del destino países⁶. Todo esto significa que la identificación de los patrones y tendencias comunes es difícil, si no imposible. Algunos países utilizan la noción de "pueblo de origen inmigrante", que normalmente se hace referencia al lugar de nacimiento o nacionalidad de sus padres o abuelos. Los de origen extranjero que han naturalizado posteriormente para convertirse en ciudadanos de los países anfitriones también pueden haber sido incluidos. En este capítulo "extranjero" se relaciona con pasaporte celebrada y los términos "extranjero" y "ciudadano extranjero" se utilizan indistintamente. En los casos donde las personas han nacido en países fuera de aquel en el que ahora están viviendo ", nacida en el extranjero" se utiliza el término. Este grupo puede incluir a personas de diversas nacionalidades. En la mayoría de los países, las estadísticas sobre la población extranjera están disponibles sólo por su nacionalidad o lugar de nacimiento (véase el capítulo 6 sobre "Vigilancia de la salud de los migrantes"). Es imposible producir una imagen completa de las tendencias de las poblaciones de la población extranjera en Europa desde 1989, debido a las deficiencias de datos en algunos países. Por lo tanto, las estimaciones de las poblaciones migrantes y los cambios en el tiempo deben ser tratados con precaución. En primer lugar, los datos reflejan lo que las organizaciones nacionales de gestión colectiva son capaces de poner a disposición los datos. Para algunos países, las estadísticas de la misma fuente están disponibles cada año, pero para otros casos no lo son. En el caso de Francia, por ejemplo, la única fuente sobre el stock de población extranjera es el censo periódico. No existen datos de la Federación de Rusia desde 1997, mientras que las cifras para Ucrania aparecieron hasta el año 2004. En segundo lugar, las fuentes de datos pueden cambiar. Las estadísticas más recientes para España son de los registros municipales, mientras que los de años anteriores son de permisos de residencia, los números de los cuales son menores. En tercer lugar, las estadísticas pueden ser revisadas. Esto es particularmente pertinente para Alemania.

Los datos para el Reino Unido también se han revisado periódicamente, lo que resulta en diferentes cifras de algunos años que había sido previamente informados. Los datos más

recientes son más completos, aunque en los últimos datos de Eurostat correspondientes a 2008 para los diversos países se han estimado y no son el resultado de los recuentos directos. Números totales compilaciones internacionales de estadísticas, como las de Eurostat, se basan en las contribuciones de los estados individuales. Como medida de lo posible, que se adhieren a una plantilla común, pero esto no es siempre posible.

A finales de 1980, el total fue probablemente en la región de 15 millones, subirán cerca de 19 millones de dólares a mediados de la década de 1990 y de 25,5 millones en 2004 . La gran mayoría de esta población extranjera estaba viviendo en Europa occidental. La tasa anual de crecimiento de la población extranjera tiene fluctuación. Durante gran parte de los años 1980 y 1990, que fue de alrededor de 1,5%, pero aumentó a alrededor del 8% entre 1989 y 1993. Desde el año 2000, el incremento anual ha sido de 3.7% por año. La mayor parte de este aumento fue en el oeste de Europa, en particular los cuatro países del Mediterráneo de Grecia, Italia, Portugal y España, cuya participación en el total de Europa occidental más que duplicado a aproximadamente en un 25%, con un incremento absoluto de más de 3 millones. Sin embargo, las estadísticas son engañosas. Gran parte de este aumento se puede atribuir a los programas de regularización, que tuvieron el efecto de la conversión de los migrantes no registrados en el censo. Además, más del doble de la población española de la población extranjera estaba relacionado con el cambio en la fuente estadística para España mencionado anteriormente, en lugar de un aumento repentino de la inmigración . Para 2008, se estima que 30,8 millones de ciudadanos extranjeros vivían en los 27 estados miembros de la Unión Europea (UE), lo que equivale a aproximadamente el 6% de la población total . Sin embargo, es importante tener en cuenta que la relación entre las poblaciones nacionales y extranjeros es la influencia de la tasa de naturalización, que afecta tanto a los componentes en el cálculo. En el Reino Unido, por ejemplo, menos de la mitad de los nacidos en el subcontinente indio tiene la ciudadanía de esa región, mientras que el 83% de los nacidos en los países del Espacio Económico Europeo (EEE) han conservado su ciudadanía de origen.

En 2008, más de un tercio de los extranjeros que viven en el territorio de los Estados miembros de la UE tenían ciudadanía de la UE, alrededor de un quinto eran de otros países europeos, y el resto eran de fuera de Europa, incluyendo cerca de 15% de África, 12% de Asia y el 10% de las Américas. Desde la formación de la Comunidad Económica Europea en 1957, alrededor de un tercio de los extranjeros en los 15 estados que eran miembros de la UE antes de 2004 (UE-15) han sido ciudadanos de la UE, lo que significa que el patrón para ellos se ha mantenido relativamente constante. Alrededor de tres cuartas partes de los extranjeros de la UE viven en cinco países: Alemania, España, Reino Unido, Francia e Italia. La participación extranjera de las poblaciones totales varía considerablemente. Las proporciones son generalmente más altas en los países de Europa occidental, con Luxemburgo, en el 43%, la celebración de un lugar tradicional de la parte superior y con Suiza, España y Austria también superior al 10%. Altas proporciones en Letonia y Estonia se deben a la gran participación de las minorías de habla rusa en estos países, muchos de cuyos miembros tienen ciudadanía rusa o son apátridas.

En contraste, las proporciones en Rumania, Polonia, Bulgaria y Eslovaquia son menos del 1%.

6. Conclusiones.

La composición de la población extranjera en Europa occidental es una consecuencia de las sucesivas oleadas de migraciones de la posguerra, primero asociado a la escasez de mano de obra y más recientemente (especialmente desde mediados de la década de 1970) con la reunión de la familia, así como el éxodo de los refugiados de las zonas asoladas por la guerra, tanto dentro como fuera de Europa. Los grupos extranjeros dominantes dentro de cada país reflejan a las masas que ha sido reclutadas desde la Segunda Guerra Mundial, los vínculos históricos y las relaciones bilaterales con las antiguas colonias, y la facilidad de acceso (en términos de geografía o la política) para los refugiados y solicitantes de

asilo desde diferentes lugares. A pesar de su estado reciente ya que los países de inmigración, los mayores grupos de extranjeros siguen siendo de los países del sur de Europa, desde donde fueron reclutados los trabajadores (Italia, Portugal, España y Grecia), además de Turquía y la ex Yugoslavia, y más recientemente el norte de África. La principal recién llegado a la escena es Rumania, cuyos ciudadanos son el grupo no nacional más grande de España, Italia y Hungría. Además de la inmigración procedente de Rumania, cambios desde 2001 incluyen aumentos en el número de ciudadanos de Polonia que viven en otros países de la UE y los de China. La disponibilidad de datos históricos sobre las nacionalidades de la población extranjera en Europa central y oriental varía de país a país. Durante casi todos los años desde 1989, los mayores grupos de extranjeros parecen haber venido de otros estados de Europa central y oriental, aunque la imagen no es clara estática y se complica aún más por los cambios en los números resultantes de cambios en la ciudadanía. En los últimos años, los estados del este de Europa han recibido un número creciente de ciudadanos de Ucrania y la Federación Rusa.

En 2008, la UE en su conjunto, los turcos eran el grupo más grande (2,4 millones), lo que constituye el 7,9% de todos los extranjeros, seguidos de los marroquíes (1,7 millones, 5,6%) y rumanos (1,7 millones, 5,4%). Sigue habiendo grandes variaciones entre los países de destino de las nacionalidades de los que optan por vivir en ellos. En algunos casos, como los turcos, argelinos y ecuatorianos, más del 70% de los que viven en la UE se han establecido en un Estado miembro en particular.

Los problemas de datos discutidos anteriormente se aplican aún más a la migración fluye. Los datos para los países de Europa son ahora más amplia de lo que han sido.

Las estadísticas sobre la emigración son particularmente problemáticos; muchos países no recogen ni levantan censos. Incluso en los países con sistemas censales bien desarrollados, hay diferencias sustanciales entre las estimaciones de los países de origen y de destino. Por

otra parte, muchos de los movimientos observados en gran parte de Europa central y oriental durante los últimos 20 años la mayoría de los sistemas no son correctos.

Algunos países no tienen datos utilizables en absoluto, mientras que otros sólo tienen un registro parcial.

Para Europa en su conjunto la inmigración ha aumentado, sobre todo después de 1999, aunque después de que el crecimiento cayó hacia atrás cuando la recesión se apoderó. La Federación Rusa fluctuó en la década de 1990, como los rusos étnicos se trasladaron a otras partes fuera de su territorio de origen. Otras partes de Europa, como los Balcanes, Ucrania y la República de Moldova, experimentaron emigración neta sustancial.

Bibliografía.

BodenhaimernThomas, Understanding Health Policy UCSF, Department of Medicine, 2014.

Kickbusch, Lister et, Global Health Diploamacy: concepts, issues,actors , instruments, New York, Springer, 2014.

Schrecker Ted et, Ashgate research companion to the globalization of health, Farham, UK, 2012.

Sommer Marni et, Routkedge handbook of Global Public Health, UK, Routledge, 2011.

Youde Jeremy, Global Health Governance, UK, CUP-Polity, 2012.

¹ LL.M Law Heidelberg University, Germany and MSc Global Health Policy at London School of Higiene and Tropic Health, profesora de Global Health Policy en la Hertie School of Governance of Berlín.
Correo: morelliatberlin@icloud.com

² Véase. Kickbusch, Lister et, Global Health Diploamacy: concepts, issues,actors , instruments, New York, Springer, 2014.

³ Schrecker Ted et, Ashgate research companion to the globalization of health, Farham, UK, 2012.

⁴ Parker Richard, “the Transition from International Health to Global Health, in Sommer Marni et, Routkedge handbook of Global Public Health, UK, Routledge, 2011.

⁵ Youde Jeremy, Global Health Governance, UK, CUP-Polity, 2012.

⁶ BodenhaimernThomas, Understanding Health Policy UCSF, Department of Medicine, 2014.