

Salud e inmigración en el contexto de esta crisis económica y de valores: el ejemplo de España

Luis Andrés Gimeno Feliu, Aurelia García Camacho y Rogelio López-Vélez

Recibido 13.01.2013 - Aceptado 18.05.2013

Resumen / Résumé / Abstract

Los principales determinantes de la salud de las personas y de las comunidades son sociales y por tanto así deberán ser sus soluciones. En el caso de la población inmigración existe una excepción a esta regla ya que a su llegada por diversos motivos (que pueden resumirse en el “healthy migration effect”) suelen presentar una salud superior a la población que los acoge. No obstante, con el transcurso de los años esta salud tiende a deteriorarse. Los Sistemas Sanitarios Públicos de cobertura Universal han demostrado su capacidad de reducir las desigualdades sanitarias. La Unión Europea en diversos documentos ha enfatizado la importancia de garantizar una adecuada atención sanitaria a toda la población incluyendo la inmigrante. España era un referente mundial en este sentido al garantizar la accesibilidad al Sistema Sanitario de todos los inmigrantes independientemente de su situación administrativa. No obstante, a raíz del Real Decreto Ley 12/2012, el Gobierno Español ha excluido a unas 900.000 de este Derecho provocando un grave problema humano, ético y sanitario ante el que distintos colectivos sociales y profesionales han manifestado su oposición.

Les principaux déterminants de la santé des individus et des communautés sont d'ordre social et, pourtant, leurs solutions doivent être de cet ordre. Dans le cas de la population immigrante, il y a une exception à cette règle (la «healthy migration effect»), qui se produit lorsque les immigrants ont une santé supérieure à celle de la population du pays d'accueil. Cependant, au cours des années, cette santé tend à se détériorer. Les systèmes sanitaires publics, qui ont une couverture universelle, ont démontré leur capacité pour réduire les inégalités sanitaires. L'Union Européenne a souligné dans divers documents l'importance d'assurer des systèmes de soins de santé adéquats pour toute la population, y compris les immigrants. L'Espagne était une référence mondiale à cet égard, car elle assurait l'accessibilité au système de santé de tous les immigrants, indépendamment de leur situation administrative. Cependant, à la suite de la Loi 12/2012, le gouvernement espagnol a exclu à peu près 900000 personnes. Cette situation a eu pour conséquence un grave problème humain, éthique et sanitaire face auquel des différents groupes sociaux et professionnels ont exprimé leur opposition.

The main factors for human and community health are social, and so must be its solutions. The cases of migrated population are actually an exception to this rule, since at the moment of their arrival and for different reasons (in short, the “healthy migration effect”) they usually show a better health than that of the host population. Anyway, as years pass, this health tends to worsen. The Universal Health Care Systems have proven their ability to reduce sanitary imbalance. Several documents from the European Union have insisted on the importance of guaranteeing adequate health coverage to all the population, including immigrants. Spain used to be a worldwide reference for providing public health care to all immigrants regardless of their administrative situation. With Real Decreto Ley 12/2012, the Spanish Government has excluded about 900.000 people from their right to access a proper health care, thus provoking a serious ethical, human and sanitary problem that has generated rejection and resistance from several professional and social associations and collectives.

Palabras clave / Mots-clé / Key Words

Migración, sistema público de salud, derechos humanos

Migration, système sanitaire public, droits de l'Homme.

Migration, Universal Health Care System, Human Rights

Determinantes sociales de salud y sanidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió ya en los años 40 a la “*Salud*” como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Hoy día podríamos referirnos la salud como a la “posibilidad que tiene una

persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive”.

Entendemos por “*Sanidad*” como al “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio”. En este sentido podemos utilizarlo como sinónimo de Sistema Sanitario, siendo éste uno de los factores que determinan la salud de las personas.

La salud es un derecho humano fundamental. Sin embargo, la salud ha estado y está desigualmente distribuida entre los países y dentro de ellos entre sus ciudadanos. Hay dos razones fundamentales que lo explican: –la asistencia médica está desigualmente distribuida y, –las condiciones que promueven la mejora de la salud también están desigualmente repartidas.

En Europa, la equidad en salud ha sido una prioridad. El Tratado de Maastricht (1992) garantiza la protección social, la lucha contra la exclusión social y la protección de la salud humana, y en su artículo 129 incluye la Salud Pública como área de actividad a nivel de la UE. Además, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en su artículo 35 garantiza a toda persona el acceder tanto a la prevención sanitaria como a la atención sanitaria.

Podemos comenzar recordando en estos tiempos de “catástrofe social”, otra catástrofe que tuvo lugar el 14 de abril de 1912. ¿Quién no ha leído algún artículo, visto algún documental o incluso alguna película sobre “la mayor catástrofe naval de la historia”? Esa noche del 14 de abril el *Titanic* se hundía en el Atlántico con más de 2.200 personas a bordo falleciendo algo más de 1500. Pero la probabilidad de morir en esa catástrofe no fue igual para todo el mundo. La tripulación falleció casi al 100%, los pasajeros de 3ª clase fallecieron alrededor del 70%, los de 2ª clase alrededor del 20%, mientras que menos del 5% de pasajeros de 1ª clase perdieron la vida aquella noche. ¿Casual?, no tanto. La historia nos presenta esta metáfora de lo que sigue ocurriendo en la actualidad.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS presentó en el año 2009 su informe “*Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la*

salud” (World Health Organization, 2009). Este informe es uno de los documentos clave en la actualidad donde se resume la evidencia científica sobre la Salud y sus Determinantes Sociales. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, “*Reducir las desigualdades en materia de salud es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas*”. Sus recomendaciones plantean tres líneas prioritarias de actuación: –Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. –Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local. –Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

La desigualdad condiciona el estado de salud. Ya Tomas McKeown en 1979 en su célebre texto “*The Role of Medicine: Dream, Mirage, Or Nemesis?*” (McKeown, 1979) recordaba como el control de la tuberculosis en Inglaterra durante los siglos XIX y XX no había sido debido a los avances en vacunas ni antibióticos sino a las mejoras socio-económicas de la sociedad. En 1838 la mortalidad por tuberculosis alcanzaba la cifra de 4.000 muertos por millón de habitantes. Los primeros antibióticos eficaces se descubrieron en 1944 y la vacuna para esta enfermedad se comenzó a usar masivamente tras la Segunda Guerra Mundial. Para aquel momento la mortalidad ya se había reducido a menos de 500 fallecidos por millón de habitantes. La tuberculosis estaba siendo vencida por las mejoras en las condiciones de alimentación, vivienda, trabajo, etc., mucho antes de existir soluciones médicas.

De hecho, debemos recordar que en lo relacionado con nuestra salud, está demostrado que nuestro código postal es tan importante como nuestro código genético (Cofino Fernandez, 2013). Por ejemplo, en Madrid, la mortalidad en barrios empobrecidos como Villaverde Bajo duplica la de la media de la Comunidad o triplica la de zonas ricas como Tres Cantos (Segura, 2011). En el documento ya comentado de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS se presentaban datos tan escalofriantes como que la esperanza de vida de los varones residentes en Calton (un

barrio pobre de Glasgow) era de 54 años mientras que era de 82 en los varones que residen en la misma ciudad de Glasgow pero en el barrio “rico” de Lenzie Norte (World Health Organization, 2009).

Wilkinson y Pickett tienen numerosos trabajos al respecto que han sido recientemente resumidos en su libro “*Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva*” (Wilkinson, Pickett, & Vidal, 2009). Estos autores demuestran que a nivel de países, la pobreza se correlaciona claramente con malos indicadores en salud; pero esto es especialmente relevante hasta rentas *per cápita* medias de alrededor de 2.000\$. A partir de esa cifra (países de desarrollo medio y alto) se ha comprobado que a mayor desigualdad, peor es el estado de salud, tanto de los más empobrecidos como de la población situada en los estratos más favorecidos de la sociedad. El lector interesado podrá encontrar abundante información y gráficos muy explicativos en la página web que se ha creado para difundir estos hallazgos (<http://www.equalitytrust.org.uk>).

Estos aspectos son especialmente relevantes en España, ya que somos uno de los países de la UE con mayor desigualdad y además ésta se ha agudizado en los últimos cuatro años de esta crisis-estafa que estamos viviendo. Todo esto, como hemos visto, empeorará la salud de los ciudadanos en mayor medida de lo que sería esperable.

Uno de los indicadores más empleados para medir la desigualdad de una sociedad es el “índice de Gini”, siendo cero la sociedad más igualitaria (todos los individuos tienen la misma riqueza) y 100 la más desigual (toda la riqueza es poseída por un solo individuo de esa sociedad). En 2008 el índice de Gini de España era de 31,9 frente a 30,9 de media en los países de la UE-27. En 2012 el índice de España había empeorado hasta 35 mientras el europeo se había reducido a 30,6. Cada día la diferencia entre ricos y pobres es mayor en nuestro país, con las nefastas consecuencias sociales y sanitarias que esto conlleva. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tessi190>).

Podríamos resumir lo dicho hasta ahora en la siguiente frase: “La pobreza y la desigualdad matan”. Por tanto, todo lo que lleva a incrementar la desigualdad tiende a disminuir la salud de las personas y todas las medidas que tiendan a

crear una sociedad más igualitaria y cohesionada, ayudan a mejorar la salud y el bienestar de la sociedad.

Estamos acostumbrados a presentar “decálogos” sobre muchos aspectos, siendo de los más frecuentes los relacionados con la salud, incluyendo consejos del tipo no fumar, no beber alcohol, realizar una alimentación saludable, vacunarse, realizar ejercicio físico... estos consejos son básicamente correctos aunque suelen referirse a conductas individuales. A la luz de todo lo que acabamos de comentar, vamos a presentar un decálogo saludable en relación a los determinantes sociales de la salud. Se trata de una adaptación del decálogo presentado por Dave Gordon en 1999 titulado “*An Alternative Ten Tips for Staying Healthy*” (Gordon) y aunque realizado en el contexto de la sociedad norteamericana puede darnos pistas importantes en relación a como reenfocar la salud de nuestras poblaciones: -No sea pobre. Si puede, deje de serlo. Si no puede, trate de no ser pobre por mucho tiempo. -No viva en un área con privaciones, múdeese. -No trabaje en un empleo manual estresante y mal remunerado. -No viva en un vertedero, en una vivienda de mala calidad o en la calle. -Sea capaz de pagarse unas vacaciones anuales. -No pierda su trabajo. -No tenga padres pobres. -Reclame por todos los derechos que le corresponden si está enfermo o desempleado. -No viva cerca de una carretera congestionada o de una fábrica contaminante. -Aprenda a rellenar formularios complejos de subsidios antes de quedar indigente.

El Sistema Sanitario también tiene su parte de importancia. Para preservar la salud, así como tratar las enfermedades que se produzcan y para rehabilitar cuanto antes a los pacientes, un buen sistema sanitario es esencial. Hay muchos tipos de sistemas sanitarios como aquellos organizados por pago por acto médico, los de seguros sanitarios privados, los de seguridad social y los denominados Sistemas Nacionales de Salud.

Ya hace más de 40 años que un médico general británico, Julián Tudor Hart, tras observar el funcionamiento del sistema sanitario, formuló su famosa “*Ley de cuidados inversos*” que puede resumirse en lo siguiente: El acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas (Hart, 1971).

La mejor evidencia científica demuestra que en general, los Sistemas Sanitarios Públicos de cobertura universal con financiación vía impuestos (con gratuidad en el momento de la atención), con un fuerte desarrollo de la Atención Primaria, obtienen mejores resultados, con un menor costo, mayor calidad y equidad (Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler, 2012; Gay & et al., 2011).

La inmigración como movimiento poblacional

Según la OMS, la *migración* se puede definir como un “movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas”. El propio término “migrantes” abarca categorías que se solapan: trabajadores migrantes y sus familias, personas que emigran por periodos largos y periodos cortos, migrantes internos, estudiantes internacionales, desplazados internos, solicitantes de asilo, refugiados, repatriados, migrantes irregulares y víctimas de la trata de personas. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

La migración se ve influida por una combinación de factores económicos, políticos y sociales: tanto en el país de origen del emigrante (factores de incitación) como en el país de destino (factores de atracción).

En la Unión Europea, con su relativa prosperidad económica y estabilidad política se ha ejercido un efecto de atracción considerable sobre los inmigrantes. La inmigración internacional ha tenido y tiene un papel muy importante como una herramienta para resolver deficiencias específicas del mercado laboral así como para frenar la actual tendencia al envejecimiento de la población experimentada en muchos estados miembros de la UE.

La población inmigrante supone unos 50 millones de personas en la UE. Según las últimas estadísticas disponibles de 1 de enero de 2012 de Eurostat, el número total de no nacionales (personas que no tienen la nacionalidad de su país de residencia) que vivía en el territorio de un Estado miembro de la UE era de 20,7 millones de personas, lo que representa el 4,1% de la población de la EU-27. A estas hay que añadir los 13,6 millones de personas que residían

en un Estado miembro de la EU-27 a y eran ciudadanos de otro Estado miembro de la UE. Teniendo en cuenta que la nacionalidad cambia con el tiempo, si se considera el país de nacimiento, la cifra se eleva a 33.0 millones las personas nacidas fuera de la EU-27 viviendo en un Estado miembro de la EU-27, y 17,2 millones de personas que habían nacido en un país de la EU-27 diferente a su país de residencia (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics). A estos 50 millones habría que añadir los inmigrantes indocumentados que representan aproximadamente entre un 7% y un 13% de la población inmigrante en la EU-27 siendo estos datos estimaciones pues no se dispone de datos oficiales (Vogel, 2009:4).

En España la inmigración ha jugado un papel muy importante en la etapa de expansión económica que tuvo lugar entre los años 2000 a 2008, con unos crecimientos anuales de la población inmigrante como ningún otro país europeo, alcanzando en 2007 el 13,6% del total de la población (OCED, 2009). Según el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) durante el año 2012, ya con datos definitivos, la población residente en España era de unos 46,8 millones, siendo extranjeros unas 5,2 millones de personas (11,2%). Durante el primer semestre de 2013 la población de España disminuyó en casi 120.000 personas y el número de extranjeros descendió hasta situarse en unos 4.870.000. Por nacionalidades, el mayor descenso en términos absolutos se da entre la población ecuatoriana y la colombiana. Este descenso de la inmigración y aumento de la emigración de los españoles (casi 25.000) en este semestre son fiel reflejo de la situación ¡Es llamativo que los españoles comiencen a emigrar otra vez!

Determinantes sociales del estado de salud en la población inmigrante

Dentro de la población inmigrante cabe distinguir diferentes grupos que se enfrentan a diferentes retos de la salud y tienen *diferentes niveles de acceso a los servicios sanitarios y sociales*. Conviene no olvidar que la salud es la clave para la integración de la población inmigrante en las sociedades culturalmente diversas, y para aumentar su potencial de contribución al crecimiento económico y el desarrollo tanto de los países receptores y de origen (Peiro y Benedict, 2010).

La migración puede necesitar respuestas humanitarias, sobre todo cuando se producen desplazamientos importantes de población debidos a desastres o conflictos dentro de un país o entre países. También presenta dificultades a la hora de organizar y prestar servicios sociales eficaces que tengan presente el factor cultural. Además, las necesidades sanitarias fundamentales de los migrantes no siempre se atienden de forma adecuada, lo que plantea preocupación con respecto a la equidad, la cohesión social y la integración. Por otra parte, existe un estrecho vínculo entre los movimientos de población y la propagación de enfermedades. Por todos estos motivos, la salud de los migrantes es un tema de salud pública que está cobrando cada vez más importancia para los Estados Miembros (61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD 7 de abril de 2008).

En general es un *grupo social que sufre especialmente estas desigualdades en salud* tanto por las barreras en el acceso a la asistencia sanitaria como por las dificultades para su integración social, cultural y económica en sus sociedades de adopción, lo que conlleva un entorno laboral insano, bajos ingresos que equivalen habitualmente a una alimentación inadecuada, en definitiva unas condiciones de vida menos saludables. Siendo los inmigrantes indocumentados, los que se encuentran en una situación de mayor desprotección y desafíos, con altas exposiciones a riesgos para su salud (muy duras condiciones de vida y trabajo) con numerosas barreras para acceder a los servicios de salud.

Sin embargo, pese a la importancia que tienen los determinantes sociales en la salud de las personas nos encontramos con un *fenómeno contra-intuitivo* en relación con la salud de la población inmigrante. Pues sabemos que en general la población inmigrante suelen tener peores indicadores socio-económicos que la población de acogida. Ello invitaría a pensar que su nivel de salud sería por tanto también más bajo que el de los nativos concentrándose en la población inmigrante una mayor carga de enfermedad. Los estudios científicos, han demostrado lo contrario. Si estudiamos un indicador tan objetivo como es la mortalidad ajustada por edad y sexo nos encontramos que la de los inmigrantes es menor que la de los autóctonos en EEUU (Dupre, Gu, & Vaupel, 2012), Alemania (Razum, Zeeb, Akgun, & Yilmaz, 1998) o España (Regidor, Astasio, Calle, Martinez, Ortega, & Dominguez, 2009). Este

fenómeno ha sido descrito como “efecto del inmigrante sano” (Razum, 2006). Probablemente los inmigrantes que deciden embarcarse en esta aventura son una selección de la población de sus países destacándose por tener mejores niveles de salud que la media. Además, en general, a su llegada tienen mejores estilos de vida que la población de los países de acogida.

No obstante los trabajos científicos también han demostrado como esta buena salud de inicio va empeorando progresivamente con rapidez a medida que pasan mayor tiempo como si los determinantes sociales negativos a los que se ven sometidos fuera “destruyendo” el potencial de salud con el que los inmigrantes llegan a nuestros países (Gushulak, Pottie, Hatcher Roberts, Torres, & DesMeules, 2011; Malmusi, Borrell, & Benach, 2010; Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach, & McKee, 2013).

Asociado a este “sorprendente” *healthy migration effect* también se ha demostrado como la población inmigrante hace un menor uso del sistema sanitario que la población autóctona. Y todo ello en contra de lo que habitualmente se escucha interesadamente en muchos medios de comunicación que insisten (en contra de los datos) en la sobrecarga del sistema sanitario a causa de la población inmigración y de su sobreuso del sistema sanitario. Por ejemplo, en un estudio realizado en 2007 en 22 Centros de Salud de Zaragoza donde se analizaron 4.933.521 citas correspondientes a una población de 594.145 personas (de las que el 11.15 % eran inmigrantes) se encontró que los autóctonos realizaban 8,3 visitas al año por 4,6 de los inmigrantes (Gimeno-Feliu, Magallon-Botaya, Macipe-Costa, Luzon-Oliver, Canada-Millan, & Lasheras-Barrio, 2013). Similares resultados se han encontrado en el uso de fármacos (Gimeno-Feliu, Armesto-Gomez, Macipe-Costa, & Magallon-Botaya, 2009) y hospitalizaciones (Buron, Cots, Garcia, Vall, & Castells, 2008; Lopez Nicolas & Ramos Parreno, 2009) tanto en España como en otros países (Ku, 2009).

Avances políticos en salud e inmigración

En la UE se desarrolló una extraordinaria actividad y dialogo político durante el periodo comprendido entre los años 2007 al 2010. Se llevaron a cabo numerosas conferencias de alto nivel sobre la Salud de la población inmigrante, y

se abordaron temas relacionados con las desigualdades en salud y la lucha contra la pobreza. Los diferentes textos y acciones identificaron a los inmigrantes como un grupo especialmente vulnerable o desfavorecido que debía ser objeto de protección e intervenciones mejor orientadas. Todas estas actividades supusieron una llamada a incrementar los esfuerzos para mejorar las desigualdades en salud de los inmigrantes (Peiro y Benedict, 2010).

Las Presidencias de la UE Portuguesa y Española de 2007 y 2010, respectivamente estimularon el interés en la salud de los inmigrantes, y fomentaron la consideración política y la acción sobre la salud de la población inmigrante y las desigualdades en salud. Las conclusiones de la conferencia “*Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society*” que tuvo lugar durante la Presidencia Portuguesa, fueron aprobadas en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO) en diciembre de 2007. Las conclusiones del Consejo destacaban la importancia de la acción intersectorial e invitaban a las instituciones europeas y a los Estados miembros a tomar acciones sobre este asunto e integrar las cuestiones de Salud e Inmigración en las políticas de Salud, de Empleo, Sociales y otras políticas nacionales (Consejo de la Unión Europea, 2007).

Asimismo, recomendaron la aplicación de la nueva Estrategia de Salud de los inmigrantes “*Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la Unión Europea 2008-2013*”. También pidieron que el Séptimo Programa Marco de Investigación y otros programas de la UE apoyaran las intervenciones en materia de salud de los inmigrantes y reconocer a la tuberculosis, el VIH y a las enfermedades infecciosas vacunables como una prioridad (el ECDC fue encargado por la Comisión Europea para preparar una serie de informes técnicos sobre la inmigración y las enfermedades infecciosas).

Las Conclusiones del Consejo también tuvieron eco en la OMS, donde los esfuerzos culminaron en la discusión y aprobación de una “*Resolución sobre la salud de los inmigrantes en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2008*”. Instando a los Estados Miembros de la OMS para proteger la salud de los inmigrantes y promover su inclusión en las estrategias de salud (Asamblea Mundial de la Salud, 2008).

Además, la Conferencia Ministerial sobre Sistemas de Salud de la Región Europea de la OMS dio lugar a la “*Carta de Tallin*” en junio 2008, en que los Estados Miembros de la OMS como así como las organizaciones internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se comprometieron a los principios relevantes de la salud de los migrantes incluido el reconocimiento del derecho a la salud, la necesidad para hacer frente a las desigualdades en salud que afrontan los grupos vulnerables y el concepto de ‘salud en todas las políticas’ (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El 20 de octubre de 2009 la Comisión Europea publica su Comunicación “*Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE*”, para abordar las diferencias de salud entre y dentro de Estados miembros de la Unión Europea (Commission of the European Communities, 2009).

Posteriormente durante la Presidencia Española de la Unión Europea se sigue avanzando y se presentan las Conclusiones sobre “*La equidad y la salud en todas las políticas: Solidaridad en Salud*”, que se aprobaron en el Consejo EPSCO de junio 2010. Las Conclusiones del Consejo expresan su preocupación por las diferencias amplias y persistentes en el estado de salud entre y dentro de los Estados miembros de la UE, y especialmente por los niveles de salud particularmente pobres en los que se encuentran los grupos más vulnerables y socialmente excluidos, donde se incluyen inmigrantes y minorías étnicas. Se pide a los Estados miembros y las instituciones mejorar las capacidades de la salud pública, promover la equidad en la salud y aspirar a un acceso universal a la salud, incluida la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Consejo de la Unión Europea 2010).

Por último cabe mencionar la Resolución del Parlamento Europeo sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE de 2011 donde se consideró que la pertenencia a una minoría, incrementa aún más el riesgo de padecer desigualdades en materia de salud y, viceversa, la enfermedad puede llevar a la pobreza o a la exclusión social, y se pide a los Estados miembros que garanticen que los grupos más vulnerables, incluidos los inmigrantes indocumentados, tengan derecho a un acceso equitativo a la asistencia sanitaria y disfruten de él en la práctica; asimismo

se pide a los Estados miembros que tengan en cuenta las necesidades específicas de protección de la salud de las mujeres inmigrantes, y que se aseguren en particular de que los sistemas sanitarios presten servicios adecuados de mediación lingüística; se recuerda que dichos sistemas deberían desarrollar iniciativas de formación que permitieran a los médicos y otros profesionales adoptar un enfoque intercultural basado en el reconocimiento y el respeto de la diversidad y en la sensibilidad hacia personas originarias de diferentes regiones geográficas (Resolución del Parlamento Europeo, 2011).

En España el modelo de Sistema Nacional de Salud ha sido un referente como un sistema universal, equitativo y eficaz. Los derechos de la protección de la salud y de la atención sanitaria se han garantizado a los ciudadanos españoles y a aquellos que habitualmente residieran en España, independientemente de su estado de residencia. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su Artículo 3 consideraba como titulares de estos derechos a “Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000. (Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles).” Además instaba a las Administraciones públicas a incorporar medidas activas en material de salud que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Cambio de modelo sanitario

Las iniciativas europeas señaladas anteriormente se han visto frenadas en unos casos e incluso olvidadas en otros como consecuencia de las políticas de austeridad emprendidas por los distintos países de la UE como respuesta a la crisis económica que asola Europa desde 2008. Es necesario resaltar el efecto desproporcionado que las medidas de austeridad están teniendo sobre la atención sanitaria a los inmigrantes, incluso en países que se han visto menos afectados por la recesión económica. Han sido especial-

mente afectados los servicios de traducción e interpretación para pacientes inmigrantes que no hablan la lengua de su país de acogida, así como la atención de la salud mental y el acceso a la asistencia sanitaria especializada (O'Donnell, Burn, Dowrick, Lionis, MacFarlane, 2013). En estos tiempos de crisis económica se tiene la tentación de reducir los servicios dirigidos a las minorías pero esto no solo tiene efectos negativos sobre las poblaciones afectadas sino sobre todo el sistema sanitario, favoreciendo el uso de los servicios de urgencias e incluso aumentando el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

España había sido hasta ahora un ejemplo mundial en la asistencia sanitaria a los no nacionales. Valga como muestra la participación de los extranjeros en la sofisticada medicina de los trasplantes: tanto el 10% de los donantes como de los receptores de órganos en los últimos años han sido extranjeros. Durante la última década se implantaron programas de educación para la salud y programas de salud pública (vacunaciones, tuberculosis, VIH, etc.) que han contribuido a prevenir y a limitar la transmisión de ciertas enfermedades infecciosas. Los programas de mediación y acompañamiento han contribuido a mejorar comunicación entre el sistema sanitario y el extranjero. Estos programas junto a la asistencia sanitaria universal han contribuido innegablemente a la integración del inmigrante en la sociedad de acogida, proporcionando trabajadores más sanos e individuos menos afectados para contribuir con nuestra economía.

Los inmigrantes estaban aquí, trabajaban, abrían cuentas bancarias y los bancos les ofrecían créditos inimaginables, compraban casas..., cotizaban y pagaban sus impuestos, en definitiva consumían y eran rentables. Entonces confiaron en el futuro y trajeron a sus familias o tuvieron aquí hijos (lo que sin duda ha contribuido a mejorar la envejecida pirámide poblacional y hacer posible el recambio generacional indispensable). Tenían plenos derechos en los servicios sociales, en la asistencia sanitaria... viviendo tan tranquilos en los acunados en los brazos de la UE cuando de repente y tan callando vino la crisis (una serie de circunstancias que aún no comprendemos su origen) y nos empobrecimos (sobre todo los más débiles –los inmigrantes) y comenzó el drama del paro: más de 2 millones de extranjeros en paro de los cuales solo perciben algún subsidio el 13,5% (Subsecretaría de Empleo y Seguridad Social, 2013).

Los inmigrantes ya no ingresan tanto (aunque siguen pagando tributos e impuestos) y ya no consumen tanto, pero hay que seguir cuidándolos, es lógico y es de justicia. Ahora ciertos grupos de opinión política se cargan de razones: la extrema derecha europea intolerante demoniza al inmigrante como el causante mayor de los males y utiliza el lema de “lo de aquí, primero, para nosotros”. La Organización Internacional de Migraciones publicó a finales de 2012 un informe elaborado por el Colectivo Ioé “*Impactos de la crisis sobre la población inmigrante en España*” que puso de manifiesto las diferencias entre población inmigrante y autóctona ha aumentado en cuanto a empleo, ingresos y protección social. El informe, elaborado a partir de una amplia variedad de fuentes oficiales, también revela un deterioro del clima de la opinión pública con respecto a la inmigración extranjera y el incremento de la preocupación entre entidades de solidaridad y de colectivos inmigrantes (Colectivo Ioé para Organización Internacional para las Migraciones, 2012).

Y nos encontramos que en el año 2012, y bajo el argumento de poner freno al “turismo sanitario”, el Gobierno del Reino de España, aprueba el **RDL 16/2012** “*de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*” aunque algunas Comunidades Autónomas expresaron de inmediato su negativa a implementar esta ley e incluso se presentaron recursos legales para impugnar la constitucionalidad de la reforma.

Con la aplicación de esta ley se han excluido a unos 800.000 inmigrantes de la atención sanitaria. A los extranjeros en situación administrativa irregular se les reconoce la asistencia sanitaria solo en situaciones especiales: urgencias, embarazos y a los menores de dieciocho años. Algunas Comunidades Autónomas han incluido también a las enfermedades psiquiátricas y a los supuestos de salud pública (enfermedades infectocontagiosas). Los principales perjudicados van a ser aquellos con patologías crónicas como diabetes o hipertensión.

Los cálculos de gasto sanitario empleados por el Ministerio de Sanidad (hablan de 500 millones de euros de

gasto en los “sin papeles”) son mucho mayores de los que los estudios científicos sugieren. Pero el mal control de estas enfermedades crónicas acabará perjudicando innecesariamente a los pacientes y ocasionando probablemente un mayor gasto debido a las complicaciones que finalmente precisarán ingresos hospitalarios que son mucho más caros que la prevención o el tratamiento precoz. (Cortes Generales, Legido-Quigley, Urdaneta, Gonzalez, La Parra, Muntaner, Alvarez-Dardet et al., 2013)

Reflexiones finales

Esta reforma sanitaria implica una ruptura significativa del modelo de universalidad adoptado en España desde hacía una década, lo que provoca una grave disminución en el nivel de de protección de los derechos.

Si bien los servicios sanitarios no son los principales determinantes de las desigualdades en salud, sino la pobreza y la marginación, sin embargo pueden jugar un papel amortiguador. Por cual en estos momentos de crisis económica y social es más importante si cabe que se mantenga y mejore la cobertura, el acceso y la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas medidas confunden a la sociedad y a las personas con responsabilidades en las Administraciones. Plantean importantes problemas éticos en los profesionales sanitarios que no pueden atender en condiciones a estos pacientes, que además pertenecen en gran medida a colectivos socialmente desfavorecidos. De hecho, ya se han llevado adelante varias acciones de desobediencia civil como la liderada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria donde hasta la fecha se han registrado 2.287 sanitarios objetores a la aplicación de este RDL16/2012 (<http://objecion.semfyc.es>). Creemos que como ciudadanos y sanitarios deberíamos aportar nuestra opinión científica y ética para evitar esta negativa decisión y desde las sociedades científicas y los colegios profesionales expresar nuestro rechazo a esta propuesta.

Bibliografía

- BASU, S., ANDREWS, J., KISHORE, S., PANJABI, R., & STUCKLER, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*, 9(6), e1001244.
- BURON, A., COTS, F., GARCIA, O., VALL, O., & CASTELLS, X. (2008). Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res*, 8, p 51.
- COFINO FERNANDEZ, R. (2013). Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria*, 45, p p127-128.
- COLECTIVO IOÉ PARA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (2012) *Impactos de la Crisis sobre la Población Inmigrante*, Madrid.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2009). *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU*. Bruselas.
- CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2007) *Council Conclusions on Health and Migration in the EU*. Bruselas.
- COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2010). *Council Conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*. Bruselas.
- CORTES GENERALES. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- DUPRE, M. E., GU, D., & VAUPEL, J. W. (2012). Survival Differences among Native-Born and Foreign-Born Older Adults in the United States. *PLoS ONE*, 7(5), e37177.
- GAY, J. G., & et al. (2011). "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues", *OECD Health Working Papers*, No. 55, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kgj35f9f8s2-en.
- GIMENO-FELIU, L. A., Armesto-Gomez, J., Macipe-Costa, R., & Magallon-Botaya, R. (2009). Comparative study of paediatric prescription drug utilization between the Spanish and immigrant population. *BMC Health Serv Res*, 9, p. 225.
- GIMENO-FELIU, L. A., MAGALLON-BOTAYA, R., MACIPE-COSTA, R. M., LUZON-OLIVER, L., CANADA-MILLAN, J. L., & LASHERAS-BARRIO, M. (2013). Differences in the Use of Primary Care Services Between Spanish National and Immigrant Patients. *J Immigr Minor Health*, 15, pp. 584-590.
- GORDON, D. *Estilos de vida y Condiciones de vida: An Alternative Ten Tips for Staying Healthy*. <http://salud-comunitaria.wordpress.com/2012/05/19/estilos-de-vida-y-condiciones-de-vida-an-alternative-ten-tips-for-staying-healthy/>
- GUSHULAK, B. D., POTTIE, K., HATCHER ROBERTS, J., TORRES, S., & DESMEULES, M. (2011). Migration and health in Canada: health in the global village. *Cmaj*, 183(12), E952-958.
- HART, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1, pp. 405-412.
- INEbase: www.ine.es
- KU, L. (2009). Health insurance coverage and medical expenditures of immigrants and native-born citizens in the United States. *Am J Public Health*, 99, pp- 1322-1328.
- LEGIDO-QUIGLEY, H., URDANETA, E., GONZALEZ, A., LA PARRA, D., MUNTANER, C., ALVAREZ-DARDET, C., et al. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet*, 382, p. 1977.
- LOPEZ NICOLAS, A., & RAMOS PARRENO, J. M. (2009). Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit*, 23 Suppl 1, pp. 12-18.
- MALMUSI, D., BORRELL, C., & BENACH, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med*, 71, pp. 1610-1619.
- MCKEOWN, T. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, Or Nemesis?*: Princeton University Press.
- OECD (2009). *International Migration Outlook 2009*. Paris: OCED, 2009.
- O'DONNELL C., BURN N., DOWRICK C., LIONIS C., MACFARLANE A., on behalf of the RESTORE team,(2013), Health –care access for migrants in Europe, *The Lancet* vol. 382, p. 393.

- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (2004), Glosario sobre Migración, serie Derecho Internacional sobre Migración.
- PEIRO, M. J. y BENEDICT, R. (2010), Migrant health policy The Portuguese and Spanish EU Presidencies, Eurohealth, Volume 16, Number 1, pp.1-4.
- Razum, O. (2006). Commentary: of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol*, 35, pp. 919-921.
- RAZUM, O., ZEEB, H., AKGUN, H. S., & YILMAZ, S. (1998). Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health*, 3, 297. p. 303.
- RECHEL, B., MLADOVSKY, P., INGLEBY, D., MACKENBACH, J. P., & MCKEE, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381, pp. 1235-1245.
- REGIDOR, E., ASTASIO, P., CALLE, M. E., MARTINEZ, D., ORTEGA, P., & DOMINGUEZ, V. (2009). The association between birthplace in different regions of the world and cardiovascular mortality among residents of Spain. *Eur J Epidemiol*, 24, pp. 503-12.
- RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO, de 8 de marzo de 2011, sobre la reducción de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089(INI)).
- SEGURA, J. (2011). Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad: Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (15). http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690.
- SUBSECRETARIA DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2013), Inmigración Resumen últimos datos, pp. 5-7.
- VOGEL, D. (2009), Size and Development of Irregular Migration to the EU, Hellenic Foundation for European and Foreign Policy (ELIAMEP), <http://clandestino.eliamep.gr>.
- WILKINSON, R. G., PICKETT, K., & VIDAL, L. (2009). Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner Publicaciones, S.L.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY (2008) Health of Migrants. Resolution 61.17.Ginebra.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). Subsana las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Organización Mundial de la Salud.
- 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (2008), Salud de los migrantes Principios básicos de un enfoque de salud pública con respecto a la salud de los migrantes. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_12-sp.pdf.