

ESTADO DE BIENESTAR BAJO ATAQUE: CONSECUENCIAS ESPERADAS Y DISIMULADAS DE LA TROIKA

BEATRIZ PADILLA
ALEJANDRA ORTIZ
VERA RODRIGUES

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LISBOA

Recepció: noviembre 2016; aceptació: diciembre 2016

RESUMEN

EL PRESENTE ARTÍCULO, PARTIENDO DE LA ESPECIFICIDAD DEL MODELO DE SALUD PORTUGUÉS Y DEL PAPEL QUE JUEGA EL ESTADO PARA ENFRENTAR LA CRISIS ECONÓMICA, ANALIZA CÓMO LAS POLÍTICAS DE AUSTRERIDAD QUE TUVIERON LUGAR DURANTE LA TROIKA EN PORTUGAL AFECTARON LA SOCIEDAD, ESPECIALMENTE LOS INMIGRANTES, CONDICIONÁNDOLES EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. EL ESTADO DE BIENESTAR SALE DEBILITADO, Y PONE EN EVIDENCIA QUE LA ACCIÓN DE LA SOCIEDAD DE BIENESTAR (SANTOS 1992 Y 1995) Y DE LA «SAFETY NET» (FERRERA, 2005) ADQUIEREN UNA GRAN IMPORTANCIA, COMPENSANDO LAS DEFICIENCIAS ESTATALES. EN CONSECUENCIA, LA SOCIEDAD DE BIENESTAR ASUME ROLES DE COLABORACIÓN, MEDIACIÓN E INTERVENCIÓN COMO ESTRATEGIAS RELACIONADAS A PROPIA INTERVENCIÓN ESTATAL.

PALABRAS CLAVE

AUSTERIDAD, ACCESO SERVICIOS DE SALUD, INMIGRACIÓN, PORTUGAL

WELFARE STATE UNDER ATTACK: EXPECTED AND HIDDEN CONSEQUENCES OF THE TROIKA

ABSTRACT

STARTING FROM THE SPECIFICITIES OF THE PORTUGUESE HEALTH SERVICE AND THE ROLE PLACED BY THE STATE TO FACE THE ECONOMIC CRISIS, THIS ARTICLE AIM AT ANALYSING HOW AUSTRERITY POLICIES THAT TOOK PLACE DURING TROIKA IN PORTUGAL AFFECTED SOCIETY, MAINLY IMMIGRANTS, CONDITIONING THEIR ACCESS TO HEALTH SERVICES. THE WELFARE STATE WEAKENS, PUTTING IN EVIDENCE THAT THE INTERVENTION OF WELFARE SOCIETY (SANTOS 1992 Y 1995) AND THE «SAFETY NET» (FERRERA, 2005) GROW

IN IMPORTANCE, COMPENSATING STATE SHORTCOMINGS. IN CONSEQUENCE, WELFARE SOCIETY TAKES ON COLLABORATION, MEDIATION OR INTERVENTION'S ROLES AS STRATEGIES THAT RESPOND TO STATE INTERVENTION.

KEYWORDS

AUSTERITY, ACCESS TO HEALTH SERVICES, IMMIGRATION, PORTUGAL

INTRODUCCIÓN

La crisis económica y financiera que afectó al mundo a partir de 2008, especialmente a los países industrializados, y cuyas consecuencias todavía se sienten, se hicieron evidentes en Portugal algún tiempo después. Si bien en 2009 había noción de que la crisis podría hacer sombra a la economía portuguesa, fue solo en 2011 cuando esto se produjo, manifestándose en los indicadores económicos, y conllevando una crisis política y social que desembocó en la caída del gobierno y en la realización de elecciones.

El gobierno electo en 2011 fue el responsable, a partir de junio, de la implementación del Memorandum de Entendimiento firmado por Portugal y la llamada troika (constituida por el Fondo Monetario Internacional, el Banco Central Europeo y la Comisión Europea) que estableció duras condiciones por el préstamo concedido. El período de rescate se extendió de mayo de 2011 a mayo de 2014 y durante estos tres años la capacidad de decisiones del país estuvo siempre condicionada y supervisada minuciosamente cada tres meses por las instituciones que componían la troika. Las políticas que esta propició se tradujeron específicamente en duras medidas de austeridad y contención del gasto público que afectaron no sólo a la prestación de servicios públicos, incluyendo la salud, sino que hubo recortes en los salarios de los funcionarios, despidos y un aumento significativo del desempleo que debilitó aún más el frágil tejido social portugués (Abreu et al 2013, Legido-Quigley et al 2015).

A diferencia de los países de Europa del Norte y Central, Portugal comparte con Europa del Sur,

un tipo de modelo de Estado de Bienestar caracterizado por las siguientes tendencias: a) sistema fragmentado y corporativo, dividido en momentos extremos de gran generosidad y de falta de protección; b) sistema nacional de salud basado en el principio de universalidad; c) poca penetración del Estado en la esfera de bienestar y una mezcla de actores públicos y no públicos; 4) clientelismo y sistema de distribución selectiva para los subsidios (Ferrera 1996). Estas características han evolucionado en las últimas dos décadas y han ido adquiriendo al mismo tiempo particularidades en cada país aunque sufriendo un proceso de europeización a partir de la incorporación de estos a la Unión Europea.

El modelo de Estado de Bienestar de Portugal en el caso de la salud tiene una sólida presencia de redes informales, principalmente de cariz asociativo y familiar, que Santos llama «sociedad de bienestar» (Santos 1992) y que coincide también con el concepto de «safety net» de Ferrera (2005) según la cual la sociedad compensa las deficiencias de la producción estatal en salud y seguridad social.

Partiendo de la especificidad del modelo de salud portugués y del papel del Estado para enfrentar la crisis económica, agravada por las medidas impuestas por la troika, nos proponemos analizar cómo la crisis y sus políticas de austeridad afectaron la sociedad, condicionando el acceso a los servicios de salud, especialmente en las poblaciones inmigrantes. Para ello hacemos un recorrido histórico partiendo de la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el mutante papel del Estado para luego enfocarnos en el campo de estudio e intervención llamado de «Salud y Migraciones», y avanzar hacia las consecuencias provocadas por

las medidas de austeridad, ofreciendo ejemplos concretos, y situando las respuestas de la sociedad civil en el contexto de la crisis.

BREVE NOTA METODOLÓGICA

El presente artículo es una reflexión conjunta sobre el material empírico proveniente de dos proyectos de investigación en el área de la salud y la diversidad cultural realizados en Portugal: «Salud y Ciudadanía: Disparidades y necesidades interculturales en la atención sanitaria a las madres inmigrantes» (2011-2014) y «Comprender las prácticas de salud en barrios superdiversos y reconceptualizar la Teoría del Estado de Bienestar» (2015-2017), los cuales permitieron captar los efectos de la crisis y de la Troika.

Ambos utilizaron una metodología de carácter cualitativo que incluye observación participante y entrevistas en profundidad a inmigrantes que usan el SNS y otros servicios, así como también entrevistas semiestructuradas a otros actores sociales implicados, incluyendo, profesionales de salud, asociaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales durante el periodo de crisis (antes, durante y después de la Troika). Uno y otro se llevaron a cabo en barrios caracterizados por la diversidad cultural, con una destacada presencia de población inmigrante, figurando entre sus objetivos la identificación y análisis de las prácticas de residentes autóctonos e inmigrantes y de profesionales de la salud para acceder a los servicios de salud.

En el primer proyecto mencionado, se realizaron un total de 181 entrevistas, de las cuales 61 a mujeres en edad reproductiva (10 autóctonas y 51 a inmigrantes o descendientes de inmigrantes, siendo que predominaban las inmigrantes de origen africano, en su mayoría provenientes de las excolonias portuguesas y de Brasil), 55 a profesionales de la salud (25 médicas/os y 30 enfermeras/os), 25 a otros profesionales del Sistema Nacional de Salud (trabajadores sociales y mediadores) y 40 a informantes llave provenientes de la sociedad civil, entidades estatales, cámaras municipales, entre otros. En el segundo proyecto, se realizaron un total

de 81 entrevistas, entrevistándose a 45 residentes (20 autóctonos e 25 inmigrantes) 21 prestadores y profesionales de salud, y 15 informantes clave pertenecientes a diversas instituciones públicas y de la sociedad civil que se desempeñan en el área de la salud.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN PORTUGAL Y EL (CAMBIANTE) PAPEL DEL ESTADO

Portugal creó en 1979, siguiendo el mandato de la Constitución de 1976, un sistema de salud de cobertura universal financiado a través de impuestos, asumiendo la responsabilidad de la salud de toda la población, independientemente de su condición económica a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El derecho a la salud y las políticas de salud son consideradas competencias básicas del Estado de Bienestar. En este sentido el Estado asume la responsabilidad de la salud en dos ámbitos principales: por un lado, el vinculado a la salud pública, protegiendo la salud de todos los habitantes y, por el otro, el vinculado al cumplimiento de los derechos humanos, que considera a la salud un derecho humano fundamental (Pace 2011).

Sin embargo, lo que se da por sentado en las constituciones nacionales de algunos países europeos, como es el caso de Portugal, «es muchas veces cuestionado o relativizado por los propios Estados que materializan el sistema nacional de salud, especialmente cuando se trata de especificar quién puede efectivamente disfrutar de los derechos vinculados a la salud» (Padilla 2013:50)

El derecho a la salud se encuentra consagrado en la Constitución de la República Portuguesa (artículo 15º, nº1) y ratificado en la Ley de Bases de la Salud (Ley nº 48/90 del 24 de agosto) considerando la salud no sólo un derecho, sino también una responsabilidad conjunta de los ciudadanos, de la sociedad y del Estado. Por ello, determina que la promoción y la defensa de la salud pública son realizadas no solo por el Estado y por otros entes públicos, sino que prevé que entidades de la sociedad civil (públicas o privadas, con y/o sin fines

de lucro) se le puedan asociar, bajo su supervisión, en la prestación de cuidados. Así la ley abrió anticipadamente la posibilidad de actividad privada asociada a los servicios públicos.

El SNS, creado por la Ley 56/1979, abarca los cuidados integrados de salud que comprenden la promoción y vigilancia de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de enfermos y la rehabilitación médica y social. Si bien define al acceso como gratuito, contempla la posibilidad de introducir tasas moderadoras para «racionalizar» la utilización. Si bien el SNS es complejo en su estructura, basa su intervención en los cuidados primarios que se realizan desde los centros de salud. En ellos, la atención se basa en la figura del médico de familia como actor central y responsable de prestar los cuidados. La creación del SNS y las políticas implementadas tuvieron un impacto relevante en la mejora del estado de salud del país, ya que «los indicadores de salud de la población demostraron que la cobertura de los cuidados de salud casi se duplicó, verificándose una mejoría sustancial en los principales indicadores, especialmente en la mortalidad infantil» (Cortes 2016:119).

A pesar de la universalidad, generalidad y gratuidad del SNS portugués, a lo largo del tiempo se han ido introduciendo algunas condiciones de acceso que afectaron a estos principios, promovidas por motivos de racionalidad política y/o económica. Así, por ejemplo, la gratuidad fue el primer principio que sufrió modificaciones, ya que las tasas moderadoras fueron introducidas en 1992 y sufrieron alteraciones en 2006, 2009, 2011 y 2015, ya sea

en el tipo de servicio prestado como en el valor de la misma (Quintal et al 2015) que aumentó con la crisis. Paralelamente, la introducción de tasas moderadoras llevó a la creación de regímenes de exención que para cubrir a las poblaciones vulnerables (definidas políticamente, en general embarazadas, niños, etc.) y asegurar el su acceso a la salud. Estudios recientes sostienen que las tasas moderadoras «constituyen una barrera al acceso de los cuidados de salud efectivos y necesarios y que hieren los principios de proporcionalidad de los pagos y la igualdad de acceso para igual necesidad» (Quintal et al 2016: 156).

Además de la gratuidad, la universalidad fue puesta en causa porque debía aplicarse a todos los ciudadanos, sin embargo, no se explicitó quiénes serían estos (nacionales o/y extranjeros y con qué estatuto legal). Esto trajo aparejado un problema de definición para la cobertura y se evidenció justamente cuando en Portugal se produjo un aumento significativo de la población inmigrante en el inicio del nuevo siglo. Por ello, el Ministerio de Salud a través del Despacho Nº 25 630/2001 especificó las condiciones de acceso a los servicios de salud para los ciudadanos nacionales y extranjeros, poniendo en pie de igualdad a los inmigrantes legalizados y a los ciudadanos nacionales. A pesar de ser creado para beneficiar el acceso a los inmigrantes, este despacho acabó por introducir una discriminación frente al principio de universalidad pues limitó el acceso a los inmigrantes no documentados. Las condiciones extra que estos tenían que cumplir se concretaban de la siguiente manera.

¿Quién puede obtener la tarjeta sanitaria (cartão de utente) del SNS? Para acceder al Servicio Nacional de Salud, los ciudadanos nacionales y extranjeros deben solicitar una *tarjeta sanitaria* en el Centro de salud de su residencia.

- los ciudadanos extranjeros con permiso de residencia, o permiso de trabajo, mediante la presentación del mismo, de acuerdo con las circunstancias aplicables.
- los ciudadanos que no tienen permiso de residencia, ni permiso de trabajo (inmigrantes en situación irregular), mediante la presentación de un documento que compruebe su residencia (certificado de residencia) en conformidad con el artículo 34 del Decreto-Ley Nº 135/99, de 22 de abril y que se encuentren en Portugal por más de noventa días.

DGS 2016 (<https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521yback=1ycodigono=0011001200630064AAAAAAA>)

Además de las tasas moderadoras y la condicionalidad de acceso a ciertos ciudadanos, otros cambios y procesos dentro del SNS fueron alterando su funcionamiento y el propio papel del Estado en la prestación de servicios de salud. Entre ellos, el aumento paulatino de la subcontratación y servicios con entidades privadas, y a partir de 2006, la reorganización de los centros de salud (ACES), que implicó una mayor centralización y jerarquización de los servicios. Con este proceso, algunas desigualdades dentro del sistema se tornaron evidentes, como la distribución desigual de los médicos de familia tanto en lo geográfico como entre las poblaciones inmigrantes y sus descendientes, sin que los criterios para su distribución sean abiertos ni conocidos (Hernández-Plaza 2015, Hernández-Plaza et al 2014).

SALUD E INMIGRACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

Hasta mediados de 1990, Portugal era un país de emigración. A partir de ese momento, pasó a ser un país receptor y, durante la primera década de los 2000, esta población creció de forma significativa, exigiendo respuestas en las políticas de regulación de flujos y en las de integración. En 2001, coincidiendo con el proceso de «regularización extraordinaria», el Ministerio de Salud asumió la necesidad de definir los requisitos de acceso al Servicio Nacional de Salud a través del Despacho ya mencionado.

Desde entonces, la necesidad de una mayor comprensión del fenómeno, generó un creciente interés de investigación sobre salud e inmigración. Varios estudios a nivel nacional y europeo han demostrado la existencia de desigualdades, señalando que los inmigrantes presentan mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, peor calidad y reciben menor seguimiento (Padilla 2013, Padilla et al. 2013).

La literatura señala también la necesidad de que los servicios de salud se adapten para responder a las exigencias de un público cada vez más diverso en términos de origen, cultura, tipos de migración, condiciones sociales y prácticas de salud, desafiando

los patrones ya establecidos y consolidados (Rechel et al. 2011, Ingleby 2008, Carballo et al. 1998, Dias y Gonçalves 2007). Sin embargo, la adaptación de los servicios de salud no ha sido fácil, debido a una multiplicidad de causas, entre ellas el poco conocimiento sobre la problemática migratoria (Padilla y Miguel 2009, UNPD 2009).

Según estudios recientes, las principales barreras que enfrentan los inmigrantes se relacionan con aspectos sociales, económicos, lingüísticos/culturales, organizacionales, de educación, de género y de estatuto legal, que limitan el acceso y contribuyen a una atención sanitaria deficitaria y/o discriminatoria (Padilla 2013, Padilla et al. 2013, Padilla et al. 2014, Dias y Gonçalves 2007, Fonseca y Silva 2010, Almeida y Caldas 2012, Masanet et al. 2014, Hernandez et al. 2014). El último informe de la Entidad Reguladora de la Salud (ERS, 2015) identifica las mismas barreras, aunque también menciona otras relacionadas con condicionamientos informáticos y procedimientos administrativos, además de la falta de datos sistemáticos sobre acceso y utilización de los servicios por los inmigrantes. (MCDT) (ERS 2015:8).

Dentro de la población inmigrante, las mujeres, los jóvenes, los que se encuentran en situación irregular y los recién llegados han sido identificados como los grupos más vulnerables (OXFAM 2015). Las mujeres inmigrantes, presentan mayores niveles de morbilidad materno-infantil en comparación con la población autóctona (Machado et al. 2007, Machado 2006, Harding 2006, Padilla et al. 2014) y mayores barreras de acceso a la salud reproductiva y materno-infantil, especialmente las que se encuentran en situación irregular (Bollini et al 2007, Fedeli et al 2010). Los inmigrantes recién llegados son también considerados uno de los subgrupos más afectados por las dificultades y la falta de información para acceder a los cuidados de salud (ERS 2015).

Si bien las barreras referidas anteriormente condicionan el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, la troika significó un cambio cualitativo y cuantitativo en el acceso y accesibilidad pues incrementó las dificultades existentes.

Por añadidura, los inmigrantes fueron el grupo de población que más sufrió los efectos de la crisis en el plano laboral y en los derechos sociales. La tasa de desempleo creció más entre ellos, llevando al aumento de la irregularidad y a la pérdida de apoyos sociales (Oliveira y Gomes 2016).

Estudios anteriores pusieron de manifiesto que en Portugal no existe una planificación transversal que abarque de forma integrada las cuestiones de salud e inmigración y por ello frecuentemente las políticas de integración y de salud se solapan entre diferentes ministerios (Padilla et al 2014). Así, a pesar de la evidencia acumulada que sugiere que la accesibilidad a los cuidados de salud son determinantes para la integración de los inmigrantes, en la práctica no siempre se constata esta realidad (Ingleby et al 2005, Fernandes y Pereira 2009, Padilla et al. 2014).

La ausencia de planificación transversal e integral también se refleja en la posición ocupada por Portugal en el último informe del Migration Integration Policy Index (MIPEX), que analiza las políticas de integración de 38 países y que, por primera vez, incluye el ámbito de la salud. Portugal se ubica en la segunda posición general, mientras que en la dimensión de la salud registra la posición 22, poniendo de manifiesto sus fragilidades, muchas de ellas derivadas de los cambios introducidos por las medidas de la troika. (Padilla 2013, Padilla et al. 2015).

CONSECUENCIAS DE LA TROIKA EN LA SALUD DE LOS INMIGRANTES

El programa de austeridad implementado a raíz de la intervención de la troika incluyó aumento de impuestos, reducción de gasto público, privatización de servicios públicos, reducción de los salarios de los funcionarios públicos, jubilaciones y pensiones, por un lado, y, al mismo tiempo, empeoraron las condiciones de trabajo. En este sentido, la coyuntura durante 2011-2014 (aunque sus consecuencias persistan en la actualidad) se caracterizó por una política restrictiva que provocó altos índices de desempleo, reducción de los apoyos

sociales, manteniendo los recortes en el gasto público, contribuyendo al aumento de las desigualdades sociales, que afectaron más a mujeres, jóvenes e inmigrantes (OXFAM 2015).

En el sector de la salud, la austeridad demandada por la troika exigía una reducción del gasto de 550 millones de euros en 2012 y 375 millones en 2013, además de las siguientes reformas: a) aumentar el financiamiento a través de co-pagos, tasas y reducción de exenciones; b) reducir del gasto público en medicamentos a través del uso de genéricos y la adopción del sistema electrónico para recetas de medicamentos y pruebas diagnósticas; c) fortalecer la atención primaria para reducir las consultas a especialistas y urgencias médicas, y aumentar las unidades de salud familiar y médicos de familia; d) ahorrar en gasto operativo de los hospitales a través de la concentración de servicios, racionalización y reducción de horas de trabajo extraordinarias; y e) reducir los gastos en el transporte de enfermos (Legido-Quigley et al 2015).

La aplicación concreta de estas medidas llevó a la disminución del gasto, pero también al deterioro de la salud de la población en general, al aumento de las desigualdades en salud y a mayores dificultades de acceso (Padilla et al 2013, Hernández-Plaza 2014) perjudicando más a los inmigrantes. Asimismo, el contexto generado por la crisis significó un endurecimiento de los procesos de exclusión social que constituyen una de las principales causas de las desigualdades en el acceso a los cuidados de salud. «La crisis económica que atravesó Portugal condicionó el acceso a los cuidados de salud, amenazando los derechos, sin que se activaran medidas capaces de corregir las debilidades producidas por dicha crisis» (OPSS 2015:152).

Dentro de las medidas de la troika en la salud, evidenciamos consecuencias directas e indirectas. Entre las consecuencias directas que tuvieron mayor impacto para los inmigrantes, encontramos el aumento de las tasas moderadoras existentes, que se duplicaron, y la introducción de nuevas tasas (OPSS 2015). Otra medida con efectos graves en las poblaciones inmigrantes, fueron las alteraciones al régimen de exención. Mientras el régimen de exención por incapacidad económica era efectua-

do por los servicios sociales, en el nuevo régimen la solicitud debe formalizarse online en el portal de la salud, siendo analizado por el Ministerio de Finanzas. Este proceso no sólo aumenta el grado de burocratización y exige más documentación, sino que presupone que el solicitante tenga acceso a un ordenador con internet (y sepa usarlo), que posea un número de identificación fiscal (no solo de tarjeta sanitaria) y que haya realizado en años anteriores el proceso de declaración de impuestos. Estos requisitos generalmente no pueden ser satisfechos por muchos inmigrantes. Asimismo, la adopción de un sistema electrónico para recetas de medicamentos y exámenes de diagnóstico fue otra medida con impacto negativo en la población inmigrante, especialmente entre los irregulares y sin tarjeta sanitaria.

Por otro lado, los resultados de algunas medidas contrariaron lo pretendido y previsto por la troika (Cortes 2016). Una de ellas fue la apertura de nuevas unidades de salud familiar (USF) que pretendía fortalecer la atención primaria y reducir las consultas de especialidad y de urgencias. Sin embargo, en la realidad se abrieron menos USF de lo esperado, lo que provocó un impacto negativo afectando a las poblaciones inmigrantes que no podían recurrir a ellas por no tener tarjeta sanitaria. En la práctica, esta medida también llevó al uso más frecuente de los servicios de urgencia por parte de los inmigrantes, como ilustra el siguiente testimonio.

Debido a una caída Tanvir (Bangladesh, 29 años) se lastimó la pierna y fue a las urgencias del hospital público, después de 8 horas de espera, fue examinado por el médico, que le realizó una radiografía para verificar que la pierna no estuviese fracturada y le recetó unos medicamentos para los dolores y descanso. En una sola visita al hospital, el paciente recibió el diagnóstico y tratamiento necesario, optimizando su tiempo y minimizando los costos.

La subcontratación de servicios esenciales dentro del SNS (ya sea la contratación de recursos humanos externos como de servicios) provocó una sobrecarga de trabajo para el personal de planta, que fue agravada por la unificación de estructuras

y servicios que ampliaron significativamente el ámbito geográfico de cobertura.

«... el número de pacientes que tenemos no nos permite cubrir las necesidades, porque es bastante grande, no lo logramos. En este momento, cada médico debe tener alrededor de 1900 pacientes». (Médico de familia, Centro de salud)

La suspensión de nuevas contrataciones en el sector de la salud, sumado a una mayor cantidad de pacientes, implicó la reducción del tiempo de consulta, según lo señalado por médicos y personal sanitario. Esta situación ha sido evidenciada repetidamente y particularmente en las consultas de salud materna con mujeres inmigrantes, como relata esta médica,

«preciso de más tiempo, solo tengo 20 minutos por paciente y con las mujeres inmigrantes demoro más de 40 minutos para poder explicar todo y llegar a entender bien lo que pasa». (Médica, Centro de salud)

A la reducción del tiempo de consulta, se le suma la desigualdad estructural que existe en la distribución de los médicos de familia entre la población, en detrimento de los inmigrantes.

«La población inmigrante no tiene médico de familia, tenemos una gran cantidad de personas sin médicos, pero por ahora no hay solución, como no tienen médico de familia, se agrupan y siempre vienen juntas a las consultas y tenemos cada vez más para atender». (Enfermera, Centro de salud)

También se evidencian consecuencias indirectas de la crisis en la salud que agudizan aun más los efectos negativos. Por un lado, la reducción de los servicios de proximidad, reflejada en la menor frecuencia de servicio de las unidades móviles a los barrios. Las unidades móviles de salud servían como puente entre la población en situación de exclusión social y el centro de salud de la zona, y con la crisis, estas prácticas comenzaron a desaparecer, tal como lo afirma una entrevistada.

«Nosotros teníamos una unidad, ya no la tenemos desgraciadamente. Ya perdimos eso. Con mucha

pena porque, era como transportar el centro de salud en una casa rodante para atender a la población. Y teníamos la población más cerca de nosotros». (Enfermera Coordinadora, Centro de salud)

Además de las consecuencias directas referidas, provocadas por el aumento de las tasas moderadas, de las consultas de especialidad y de los análisis complementarios de diagnóstico, la crisis trajo aparejada indirectamente una discontinuidad de los tratamientos.

«Las personas abandonan los tratamientos porque no tienen cómo pagarlos» (Asistente social, Hospital, Lisboa).

El propio aumento de los costos de dichos análisis, implicó también la reducción de exámenes, siendo que los médicos reducen al mínimo el pedido de éstos porque saben que algunos pacientes no pueden pagarlos.

Finalmente, el contexto de la crisis, además de condicionar el bienestar de la población en general y de los inmigrantes en particular, trajo aparejado un proceso de exacerbación de la exclusión, una mayor estigmatización y una legitimación de la desigualdad (Santamaría 2002, Mora 2015).

EL ESTADO DE LA SOCIEDAD DE BIENESTAR?

Si bien desde la década del 1990 el Estado de Bienestar portugués comienza una metamorfosis que Santos (1992) denomina la transición del «Estado de Bienestar» al «Estado Empresario», este modelo solo se arraiga con la crisis y las medidas de ajuste posterior. Los efectos negativos resultantes han movilizad a la sociedad, que toma cuerpo en la llamada «sociedad de bienestar» (Santos 1992), y en la «safety net» (Ferrera 2005), que buscan formas de articular soluciones y respuestas en todos los ámbitos, la salud no es una excepción.

Santos (1992, 1995) argumenta que el Estado de Bienestar en Portugal «es parcialmente compensado por la actuación de una sociedad suficientemente rica en relaciones de comunidad, inter-conoci-

miento y entreayuda» (Ibíd, p. 49), al cual llama «sociedad de bienestar». Posteriormente, agrega a este concepto inicial otras características, como el estar basado «en lazos de parentesco y vecindad, a través de los cuales grupos pequeños intercambian bienes y servicios en una lógica de reciprocidad» (Santos 1995:1). En este sentido, la «sociedad de bienestar» solo puede ser entendida en la lógica del Estado de Bienestar, ya que compensa la ausencia de este. Esta lógica está formalmente consagrada en la creación del SNS, como se mostró.

Por otro lado, complementando el binomio Estado-sociedad de bienestar, Ferrera (2005) desarrolla el concepto de «safety net» o redes de asistencia informal. Este tipo de sociedades se caracterizan por la importancia de la familia, la gran incidencia de la economía subterránea y la insuficiente capacidad administrativa para solucionar problemas sociales. En Ferrera, el binomio Estado-sociedad también está presente.

De acuerdo a estas definiciones, afirmamos que en Portugal la forma de intervención de la sociedad civil se asemeja a la sociedad de bienestar y/o «safety net». Sin embargo, es necesario caracterizar la gran diversidad y complejidad de la sociedad civil portuguesa en relación a su papel en el ámbito de la salud, el cual resulta de la interacción con el Estado. Así las entidades, organizaciones o asociaciones que están presentes en la prestación de cuidados y/o servicios de salud de forma independiente o articulada con el Estado (SNS) incluyen, según hemos identificado en el trabajo de campo, diferentes tipos de asociaciones y entidades religiosas y laicas. Las más comunes son las asociaciones locales generales y/o de apoyo a los inmigrantes y las organizaciones no gubernamentales y/o de desarrollo nacionales y/o internacionales. Además de estas, se destacan otros tipos de entidades. Por un lado, las Instituciones Particulares de Solidaridad Social (IPSS) que son incitativas particulares sin fines de lucro que realizan intervenciones sociales de apoyo a las familias, jóvenes, ancianos, mediante la prestación de servicios, entre ellos, la promoción y protección de la salud. Por otro lado, la Santa Casa de la Misericordia de Lisboa (SCML)

que es una sociedad colectiva de derecho privado y utilidad pública, con más de quinientos años de historia. Si bien originalmente estaba asociada a la iglesia católica, hoy en día es una entidad laica, que genera sus recursos financieros con la administración de los juegos de azar (lotería). La SCML da apoyo social y de salud a las familias con menores recursos, muchos de ellos inmigrantes, sin embargo, su labor en salud es tan significativa en Lisboa que funciona como un sistema paralelo que complementa o suple al SNS (tiene centros de salud, profesionales y consultas de especialidad).

En el trabajo de campo realizado en los barrios con presencia inmigrante significativa, identificamos un gran número de intervenciones que complementaban, mediaban y/o suplían las respuestas del SNS. Por ejemplo, Médicos del Mundo cuenta con unidades móviles de salud y con un banco de medicamentos para donar a quién precise. Estos recursos le permiten realizar un trabajo más dirigido a la población inmigrante y de escasos recursos que no tienen posibilidades económicas para comprar medicamentos o tener acompañamiento de forma regular en los centros de salud. Debido a que cuentan con el banco de medicamentos, frecuentemente son contactados por este motivo:

«Generalmente (nuestros usuarios) vienen a través de los asistentes sociales del hospital, también ya han sido encaminados directamente por las embajadas. Nosotros somos también el único servicio que tiene medicamentos para dar a las personas y por este motivo, ellas son frecuentemente direccionadas por los profesionales de salud» (Enfermera, Médicos del Mundo).

Igualmente, la SCML realiza una intervención integral al dar varios tipos de servicios, desde educación para la salud, cuidados de salud y apoyo social (compra de alimentos como leche y papas). Una entrevistada brasileña, desempleada, sin recursos y madre de un bebé señaló que es acompañada por un equipo de salud materno-infantil, mediante el que recibe formación sobre competencias maternas y nutrición muy importantes para ella.

Otras asociaciones locales realizan análisis gratuitos de diagnóstico de VIH y de infecciones de

transmisión sexual, brindando apoyo, derivando y vinculando (corredor directo) los servicios de salud (GAT-In Mouraria y Crescer na Maior). Igualmente, para garantizar el acceso a la salud a los inmigrantes, varias organizaciones brindan soluciones cubriendo la ausencia de respuestas del Estado a través de diferentes tipos de intervenciones, mayoritariamente prevención y promoción de la salud, desde vacunación, medición de la presión arterial, diagnóstico de diabetes, apoyo de medicamentos, cambio de jeringas, etc.

Concomitantemente, muchas de estas entidades trabajan en colaboración y articulación con diferentes instancias estatales, ya sea con centros de salud y/o con el Gabinete de Salud del Alto Comisariado para las Migraciones, quien tiene una función bisagra entre la sociedad de bienestar (asociaciones) y/o los inmigrantes (según la demanda se haga en nombre individual o colectivo) y el SNS y/o la Dirección General de Salud. Esta función bisagra permite identificar los principales problemas de acceso al SNS y a los cuidados, practicando un tipo de solución caso a caso, y, al mismo tiempo, encauzando hacia la instancia superior y responsable las deficiencias detectadas en el sistema cuando se producen cambios (i.e. con las reformas de la troika).

CONCLUSIONES

A pesar de que el Memorandum de Entendimiento firmado con la troika finalizó su vigencia en 2014, el país continúa sufriendo las consecuencias de la crisis económica y social que se evidencian en el estancamiento de la economía y la falta de medidas de reactivación.

Los efectos de la crisis significaron un retroceso en los logros de salud que Portugal había conquistado en las dos últimas décadas. Las medidas implementadas en la salud condicionaron el acceso, la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados, en particular entre las poblaciones más vulnerables que incluyen los inmigrantes (Padilla et al. 2014, Masanet et al. 2012), distanciando a Portugal de los estándares internacionales de buenas prácticas

y políticas amigas de los inmigrantes de que hasta el momento había defendido.

Con la crisis, la accesibilidad a los servicios de salud se ha deteriorado, y ha contribuido a una disminución de interés hacia la protección de algunos grupos como los inmigrantes, generando una serie de transformaciones en las instituciones gubernamentales portuguesas responsables de la inmigración, la diversidad y el diálogo intercultural (Padilla et al. 2016). Estas transformaciones han sido generadoras de desigualdades en el acceso y la calidad de los cuidados de salud, así como también han reforzado los procesos de exclusión social, como por ejemplo, la falta de acceso a tratamientos, a los medicamentos, y a los exámenes de diagnóstico complementarios.

Independientemente de los cambios en las políticas llevadas a cabo por el Estado de Bienestar y de su incapacidad de respuesta para garantizar la salud de las poblaciones más vulnerables, la sociedad civil («safety net» o la «sociedad de bienestar») desempeña un papel de gran responsabilidad en la intervención sobre la salud. Así, si bien el alcance de la sociedad civil no es integral, ni abarca a todos, ha conseguido resolver rápidamente situaciones de carencia, supliendo y/o complementando la labor/ausencia del Estado, aunque dicha sociedad civil también estuviese atravesando una crisis de recursos.

Por otro lado, las respuestas provenientes de las redes de solidaridad informal y de la sociedad civil, presentan una serie de limitaciones, entre ellas destacan su provisionalidad, su carácter discrecional, siendo implementadas caso a caso y de forma diferente, con un alcance limitado y con impacto a corto plazo, sin sustentabilidad en tiempo y nivel de cobertura.

Las estrategias llevadas a cabo por la sociedad civil en relación al acceso de los inmigrantes a los servicios de salud complementan las respuestas institucionales, pero no deben sustituir las competencias y responsabilidad del Estado en términos de políticas sociales y de salud. La «safety net» o la «sociedad de bienestar» si bien resultan importantes y necesarias en momentos de crisis, pueden afectar negativamente el surgimiento de medidas

compensatorias por parte del Estado, retrasando la reapertura de programas e iniciativas públicas que fueron suspendidas o modificadas por la crisis. En este sentido, sin desvalorizar el trabajo de la sociedad civil, resulta importante destacar la importancia de que el Estado asuma sus obligaciones y tenga la capacidad de reorganizar o repensar el sistema de salud a través de modelos que aseguren el acceso a la salud en base a principios de equidad y calidad, respetando la cobertura universal, general y tendencialmente gratuita prevista en el Servicio Nacional de Salud (SNS).

BIBLIOGRAFÍA

- ABREU, et al (2013) A crise, a Troika e as Alternativas Urgentes. Lisboa, Tinta da China.
- BARROS, P. P. y PEREIRA, I. M. (2009) «Health Care and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal». Research Paper, Human Development Reports UNDP, Vol. 28, pp. 1-64.
- BOLLINI P, PAMPALLONA, S., WANNER, P., y KUPELNICK, B. (2007) «Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature», *Social Science y Medicine*, 68(3), 452-461.
- CARBALLO, M., DIVINO, J. J. y ZERIC, D. (1998) «Migration and health in the European Union», in *Tropical Medicine and International Health* 3 (12), pp. 936-944.
- CORTES, M. (2016) Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal, *Sociologia, Problemas e Práticas* N° 80: 117-143. DOI: 10.7458/SPP2016807850
- DIAS, S. y GONÇALVES, A. (2007) «Migração e Saúde», *Migrações*, Número Temático Imigração e Saúde 1: 15-26.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAUDE (ERS) (2015) «Acesso a cuidados de saúde por imigrantes», ERS, Lisboa, Portugal
- FEDELI, U. et al. (2010) Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North Eastern Italy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2010, 89.11: 1432-1437.

- FERNANDES A, PEREIRA MIGUEL J, (Eds.) (2009): *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- FERRERA, M. (2005) Welfare State Reform in Southern Europe: Fighting Poverty and Social Exclusion in Greece, Italy, Spain and Portugal, Routledge: New York.
- FERRERA, M. (1996): The «Southern» Model of Welfare in Social Europe, *Journal of European Social Policy*, 6 (1): 17-37.
- FONSECA, L. y SILVA S. (2010) Saúde e imigração: utentes e serviços na área de influência do Centro de Saúde da Graça, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural ACIDI, 200 pp., ISBN 978-989-685-000-5
- HARDING, S., SANTANA P. et al. (2006) «Birth Weight of Black African babies of migrant and non migrant mothers living in Portugal» *Ann Epidemiol*, 16, pp. 572-579.
- HERNÁNDEZ-PLAZA, S. PADILLA, B. ORTIZ, A. y E. RODRIGUES (2014) «The value of grounded theory for disentangling inequalities in maternal-child healthcare in contexts of diversity: A psycho-sociopolitical approach», *Psychosocial Intervention*, 23(2), pp. 125-133.
- INGLEBY et al, (2005) Ingleby, David, Chimienti, M., Hatziprokopiou, P. y Cláudia de Freitas, (2005), «The role of health in integration», in: M.L. Fonseca y J. Malheiros (eds.), *Social integration and mobility: education, housing and health*. IMISCOE Cluster B5 State of the art report Lisbon, Centro de Estudos Geográficos, pp. 88-119.
- INGLEBY, D. (2008) «New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia». Malmö, Malmö University (Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations)
- LEGIDO-QUIGLEY et al. (2016) «Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal», *Health Policy* 120: 833-839
- MIPEX (2007) Migrant Integration Policy Index [web site]. Brussels, British Council and Migration Policy Group (<http://www.integrationindex.eu/>)
- MACHADO M.C. y SANTANA, P., CARREIRO, H., NOGUEIRA, H., BARROSO, R. y DIAS, A. (2007) «Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes», *Migrações*, 1, pp. 103-127.
- MACHADO, M.C. et al, (2006) «Iguais ou diferentes? Cuidados de Saúde materno-infantil a uma população de imigrantes», Lisboa, Laboratórios Bial. Prémio Bial de Medicina Clínica.
- MASANET, E., HERNANDEZ-PLAZA, S. y PADILLA, B. (2012) «A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: algumas notas preliminares», *Iberoamerican Journal of Health and Citizenship*, Vol. I, nº 1, p. 6-18 [Online], disponible en: http://revista.iohc-pt.org/images/revista/pdf/Masanet_Padilla_Padilla.pdf
- MASANET, E., PADILLA, B. ORTIZ, A. e HERNANDEZ-PLAZA, S. (2014) «Discursos sobre os cuidados de saúde materno-infantil e reprodutiva sob uma perspectiva comparada: mulheres e profissionais da saúde», Atas do VIII Congresso Português de Sociologia (in press), Évora, APS
- MORA, Albert (2015) La sanidad y los retrocesos en universalidad. En F. TORRES y GADEA, M.E. *Crisis, inmigración y sociedad*, Madrid: Talasa Ediciones, pp. 129-148.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015) Relatório de Primavera do OPSS, 2015
- OLIVEIRA C. (coord.) y GOMES N. (2015) *Monitorizar a integração de Imigrantes em Portugal*, Relatório Estatístico Decenal, Observatório das Migrações, Alto Comissariado para as Migrações (ACM), Lisboa, 222 pp.
- OXFAM (2015) *Europe For the Many, Not the Few*. Oxfam briefing Paper.
- PACE, P. (2011) The right to health of migrants in Europe. En B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, R.; M. Mckee (eds.) (2011): *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press, pp. 55-66.

- PADILLA, B. y RODRIGUES, V. (2016) UPWEB REPORT 2016: Typologies y Logics of Welfare Bricolage in Portugal - Lisbon case study, CIES-IUL, pp. 1-34.
- PADILLA, B. (2013) Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal, *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, Ano XXI, n. 40:49-68
- PADILLA, B. HERNÁNDEZ-PLAZA, S. y ORTIZ, A. (2012) Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociológico*, v. 22, n. 1: 33-41.
- PADILLA, B., RODRIGUES, E. y A. ORTIZ (2014) «Saúde e cidadania em tempos de crise: disparidades e necessidades nos cuidados de saúde às mães imigrantes», en B. Padilla, S. Hernandez-Plaza, E. Rodrigues, e A. Ortiz, (orgs.) *Saúde e Cidadania: Equidade nos cuidados de saúde materno-infantil em tempos de crise*, Centro de Investigação em Ciências Sociais da Universidade do Minho, ICS, UM, pp. 10-46.
- PADILLA, B., PEREIRA MIGUEL, J. (2009) Health and Migration in the EU: Building a shared vision for action in A. Fernandes e J. Pereira Miguel (eds.). *Health and Migration in the EU: Better Health for All in and inclusive society*. London: Pro-Book Publishing Limited, pp. 15-22.
- PADILLA, Beatriz et al. (2013) «Cidadania e diversidade em saúde: Necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados». *Saúde y Tecnología*, July 2013 supplement, pp. 57-64.
- QUINTAL, Carlota, TAVARES, Helena y LOURENÇO, Óscar (2015) Impacto das taxas moderadoras sobre a utilização de cuidados de saúde pediátricos: estudo aplicado a crianças em idade escolar de Coimbra. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, pp. 154-162.
- RECHEL, B.; MLADOVSKY, P.; DEVILLÉ, W.; RIJKS, B.; PETROVA-BENEDICT, R.; MCKEE, M. (eds.) (2011) *Migration and Health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.
- SANTAMARÍA, Enrique: (2002) «Inmigración y Barbarie. La construcción social y política del inmigrante como amenaza», *Papers*, vol. 66, pp. 59-75.
- SANTOS, B. de Sousa (1995) «Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social?», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, 1-4.
- SANTOS, B. de Sousa (1992) O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988), 2ª edição, Edições Afrontamento.
- SANTOS, B. de Sousa (1991) «State, Wage Relations and Social Welfare in the Semiphery: the case of Portugal», n.º 23, *Oficina do CES - Centro de Estudos Sociais*, Coimbra. <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/23.pdf>