

EL ACCESO A LA SANIDAD DE LAS PERSONAS SIN PERMISO DE RESIDENCIA EN ONCE PAISES EUROPEOS

“ Incluso mientras daba a luz a mi hijo,
me pedían los papeles y me reclamaban
que pagara 2 800 euros.”

F., ugandesa en Londres

SEPTIEMBRE DE 2009 - Observatorio Europeo
del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo

EL ACCESO A LA SANIDAD DE LAS PERSONAS
SIN PERMISO DE RESIDENCIA EN ONCE PAISES EUROPEOS

INFORME DE LA ENCUESTA 2008
SEPTIEMBRE DE 2009



AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría dar las gracias a las 1 218 personas sin permiso de residencia en once países que han accedido a participar en nuestra encuesta, respondiendo a preguntas difíciles que les han obligado a recordar momentos duros. Estas personas nos han hablado de su vida diaria, de sus dramas, de sus miedos, del rechazo sufrido y de la supervivencia. Este informe está dedicado a todos ellos.

Asimismo, quisiéramos dar las gracias al centenar de voluntarios y empleados que han aceptado, además de sus tareas ya de por sí numerosas, participar en la elaboración de las encuestas, en su distribución, en la recogida de datos, en el análisis y en la traducción. Gracias también a las once asociaciones de Médicos de Mundo por su apoyo político para la realización de este proyecto colectivo.

Rogamos a nuestros lectores que tengan en cuenta estas historias humanas para que luchemos entre todos por el reconocimiento de los derechos fundamentales que actualmente se niegan a estos niños, mujeres y hombres, obligados a permanecer en la sombra de nuestras ciudades.

AUTORES

PIERRE CHAUVIN
ISABELLE PARIZOT

(Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de Francia - Inserm)
(Centro Nacional de Investigación Científica de Francia - CNRS)
Miembros del grupo de investigación sobre los determinantes sociales de la salud y del recurso a la salud. UMRS 707 - Inserm - UPMC, París.

NATHALIE SIMONNOT

Observatorio de Médicos del Mundo, www.mdm-international.org

CON LA PARTICIPACIÓN DE

Félix Wanga y Sara Collantes para la descripción del contexto legislativo, Nadège Drouot y Anne Tomasino para toda la encuesta, el grupo de trabajo del Observatorio Europeo (compuesto, para esta encuesta, por Marion Chenevas, Jérôme Pfaffman, Olivier Ricard, Christos Velissaropoulos, Ramón Esteso y José María Atienza), Juliette Poirson para la finalización del informe, Thérèse Benoît para la revisión, Alejandra García Patón para la coordinación de las traducciones y Elena Martínez Suárez para la traducción en español (excepto el cuestionario).

CON EL APOYO DE

la Dirección General de Salud de Francia (DGS), la Dirección General de Acción Social de Francia (DGAS), la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea (DG SANCO) y el European Program for Integration and Migration (EPIM).

ISBN - 978-2-918362-03-6 // depósito legal : septembre 2009
CREDITS // fotos : © Jobard / SIPA // artwork portada : les-eclaireurs.com // artwork interior : Jérôme Guibourgé // impresión : CLUMIC, contact@clumic.com



Editorial

Las catorce asociaciones de Médicos del Mundo trabajan con los sectores más vulnerables de la población en sus propios países, a través de programas nacionales, y en el resto del mundo. Así, en Europa, están en contacto con personas que han huido de la pobreza extrema, de la violencia de los ejércitos y las fuerzas del orden, de conflictos o de catástrofes. De todos los niños y niñas, mujeres y hombres a los que intentamos proteger cuando actuamos en sus países, llegan aquí sólo una ínfima minoría. Tras un recorrido migratorio muy a menudo largo, peligroso y agotador, muchas de estas personas se encuentran sin permiso de residencia, condenados a permanecer en la sombra de nuestras ciudades. Y aquí también intentamos protegerles y ayudarles a preservar lo único que les queda en muchos casos: la salud.

Con este estudio, demostramos hasta qué punto sus condiciones de vida son patógenas y les impiden construir una vida o reconstruirse, cuando precisamente estos niños y niñas, mujeres y hombres necesitan una atención especial debido a lo que han vivido en el pasado y a su trayectoria. Y lo que es peor, en algunos casos son nuestros propios sistemas sanitarios los que les excluyen, con mucha frecuencia, del acceso a la atención sanitaria. En el caso de las patologías graves, tienen poco seguimiento, y a veces incluso ninguno.

Porque en ocasiones el acceso a la sanidad se convierte en una trampa debido a que se incita o se obliga a denunciarles, reclamamos urgentemente **que las políticas de salud sean estrictamente independientes de las políticas de inmigración, respetando así el secreto profesional de los trabajadores sociales y sanitarios.**

Porque en Europa hay menores que no reciben atención sanitaria y mujeres a las que se les niega un seguimiento del embarazo y se las acosa hasta que dan a luz, reclamamos urgentemente a las instituciones políticas nacionales y europeas **que vinculen el derecho al acceso a la sanidad al ser humano y no a una situación administrativa.**

Porque la devolución de personas en situación irregular gravemente enfermas a sus países de origen, donde no podrán acceder a la asistencia médica necesaria, puede a veces ser sinónimo de una condena a muerte, solicitamos que se conceda una **regularización para estas personas que se encuentran en peligro.**

Prof. Wilfried Schilli, presidente de Médicos del Mundo Alemania

Prof. Michel Degueldre, presidente de Médicos del Mundo Bélgica

Dra. Teresa González, presidenta de Médicos del Mundo España e Italia

Dr. Pierre Micheletti, presidente de Médicos del Mundo Francia

Dr. Nikita Kanakis, presidente de Médicos del Mundo Grecia

Dra. Françoise Sivignon, presidenta de Médicos del Mundo Países Bajos

Dr. Abilio Antunes, presidente de Médicos del Mundo Portugal

Dña. Janice Hughes, copresidenta de Médicos del Mundo Reino Unido

D. Roo Rogers, copresidenta de Médicos del Mundo Reino Unido

Prof. Anders Bjorkman, presidente de Médicos del Mundo Suecia

Prof. Nago Humbert, presidente de Médicos del Mundo Suiza



Índice

EDITORIAL	1
INDICE	3
RESUMEN	5
PRIMERA PARTE: ENCUESTA ESTADÍSTICA REALIZADA A PERSONAS SIN PERMISO DE RESIDENCIA ENCONTRADAS EN LOS PROGRAMAS DE MÉDICOS DEL MUNDO Y DE ALGUNOS COLABORADORES	13
Introducción	15
1. La población estudiada y el contexto legislativo del acceso a la sanidad por países	18
• Descripción de los lugares donde se realizó la encuesta y del contexto legislativo por países	18
2. Metodología de la encuesta y análisis de los datos	39
• Redacción y realización de los cuestionarios	39
• Análisis de los resultados y redacción del informe	40
• Convenciones de presentación de los resultados	40
• Interpretación de los resultados y de las gráficas	41
3. Características demográficas	42
• Sexo y edad	42
• Nacionalidades	43
4. Historias y proyectos migratorios	47
• Antigüedad de la migración	47
• Tiempo pasado sin permiso de residencia	48
• Motivos de la emigración	50
• Planes futuros: la mayoría quieren quedarse en el país de acogida, otros quieren volver a irse	53
• Personas que han dejado su país durante los últimos doce meses	54
5. Situación social y familiar	56
• Separaciones y reconstitución de la familia debidas a la migración	56
• Sensación de soledad	57
• El apoyo moral	59
• Tipos de alojamiento	60
• Condiciones de la vivienda	63
6. Actividad profesional	65
• Diversidad de situaciones	65
• Condiciones de trabajo difíciles	66
7. Acceso al derecho a la cobertura sanitaria	69
• El derecho a la cobertura sanitaria varía en función del país	69
• Desconocimiento relativo de la cobertura sanitaria	69
• Unos trámites repletos de obstáculos	70
• Un derecho a la cobertura sanitaria poco efectivo	71
8. El estado de salud	73
• El estado de salud percibido	73
• Patologías diagnosticadas	75
• Necesidad de seguimiento médico y de tratamientos	77
• Una necesidad de atención sanitaria que no está relacionada con su emigración a Europa	78
• Violencia sufrida antes de la migración y en el momento de la encuesta	80
9. El acceso a la sanidad y a la prevención	84
• Falta de atención médica y de seguimiento	84
• Retraso del recurso a la sanidad	85
• Seguimiento del embarazo	86
• Ejemplo: el acceso a la sanidad durante la última enfermedad	87
• Ejemplo de la detección del VIH/sida: desconocimiento generalizado	89

10. Obstáculos para el acceso a la sanidad y a su continuidad	95
• Obstáculos mencionados por las personas encuestadas	95
• El rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad	98
• El racismo en las estructuras sanitarias	102
• Limitación de los desplazamientos y de las actividades por miedo a la detención	104
• La renuncia a la atención sanitaria	106
SEGUNDA PARTE: ENCUESTA CUALITATIVA REALIZADA A LOS PADRES Y LAS MADRES SIN PERMISO DE RESIDENCIA SOBRE EL ACCESO A LA SANIDAD DE SUS HIJOS E HIJAS	109
1. Introducción metodológica	110
2. Condiciones de vida que pueden perjudicar la salud de los niños y las niñas	111
• Condiciones de vivienda a menudo nefastas	111
• La falta de vivienda estable es perjudicial para los niños y las niñas	112
• Problemas de salud relacionados con la ansiedad	113
• Una relación entre padres e hijos marcada por la ausencia de permiso de residencia	114
• Repercusiones del estado de salud en la situación social	115
3. La trayectoria de los padres y de las madres en el sistema sanitario	117
• Relación de los padres y las madres con el sistema de cobertura sanitaria	117
• El papel esencial de la información	118
• Dificultades para obtener cobertura médica para los hijos y las hijas	119
• La autonomía de algunos padres en el sistema sanitario	122
• Momentos clave en la trayectoria de acceso a la sanidad	124
CONCLUSIÓN	127
BIBLIOGRAFIA	130
TABLA DE CUADROS Y GRÁFICAS	131
ANEXOS	133
Anexo 1: Cuestionario de la encuesta de 2008	134
Anexo 2: Metodología y ficha sintética de los datos sobre las personas encuestadas por países	139
• BÉLGICA (BE)	139
• SUIZA (CH)	140
• ALEMANIA (DE)	141
• GRECIA (EL)	142
• ESPAÑA (ES)	143
• FRANCIA (FR)	145
• ITALIA (IT)	146
• PAÍSES BAJOS (NL)	147
• PORTUGAL (PT)	149
• SUECIA (SE)	150
• REINO UNIDO (UK)	151
Anexo 3: Lista de participantes en la encuesta cualitativa	152
Anexo 4: Acrónimos	153
Anexo 5: Cuadros adicionales	154

Resumen

Este segundo informe del Observatorio Europeo trata de nuevo del acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia. El informe recoge los resultados de dos encuestas complementarias: la primera es una encuesta estadística sobre las personas adultas en situación irregular y la segunda, realizada a partir de entrevistas, se centra en la situación de sus hijos. Estas dos encuestas se han realizado a 1 218 personas adultas, que han participado en la encuesta cuantitativa (1 125) o que han aportado su testimonio (93) a los equipos de Médicos del Mundo en 31 ciudades de once países europeos. En estos once países (Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza), Médicos del Mundo lleva a cabo programas de promoción de la salud y de acceso a los derechos y a la sanidad para la población más vulnerable, entre la que se encuentran las personas extranjeras en situación irregular. Estas dos encuestas se realizaron en 2008, tanto en el marco de estos programas como en los de algunas asociaciones colaboradoras.

1. METODOLOGÍA Y PRECISIONES SOBRE LA LECTURA DE LOS RESULTADOS

La encuesta **cuantitativa**, realizada a partir de las entrevistas con 32 padres y madres en situación irregular en ocho países (Francia, Grecia, Suecia, Bélgica, Países Bajos, Reino Unido, Suiza y España), aportó información específica sobre la forma de recurrir a la atención sanitaria para sus hijos e hijas y las dificultades y sentimientos relacionados. Al leer los resultados de la encuesta debe tenerse en cuenta que una encuesta cualitativa pone de relieve la diversidad de las situaciones y experiencias vividas, y no pretende, en ningún caso, cuantificar la información recogida.

La encuesta **cuantitativa** se realizó a partir de los cuestionarios elaborados y aprobados por los y las responsables de cada país junto con investigadores del Inserm y del CNRS, así como con el equipo del Observatorio. Esta segunda encuesta se centra principalmente en la situación social de las personas en situación irregular, en su estado de salud, en la violencia sufrida, en el derecho de acceso a la sanidad y en el acceso efectivo a la atención sanitaria y a los tratamientos. Asimismo, recoge los obstáculos que dificultan el acceso a la sanidad y el rechazo de algunos profesionales sanitarios, que se niegan a tratar a estos y estas pacientes.

Al igual que en la primera encuesta del Observatorio Europeo de Médicos del Mundo, publicada en 2007, los resultados presentados aquí deben tomarse como un **“testimonio estadístico”** de las situaciones observadas en los distintos centros y programas que participan en este Observatorio. No pretenden presentar una imagen representativa de las dificultades del acceso a la sanidad de todas las personas sin permiso de residencia en Europa.

Dicho esto, a falta de encuestas representativas realizadas a las personas en situación irregular en general (que son, debido a la propia situación de estas personas, muy difíciles de realizar), los resultados presentados aquí permiten observar algunas tendencias generales y algunas diferencias internacionales que, a pesar de la prudencia necesaria para interpretarlas, ilustran y aportan información sobre el alcance de las dificultades que encuentra esta población para el acceso a la sanidad.

Por último, 61 personas han accedido a **contarnos su historia**, hablándonos tanto de sus países de procedencia como de los países de acogida. Se han utilizado distintos extractos de estos testimonios para ilustrar y aclarar los resultados de las encuestas.

2. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA CUALITATIVA

• La desprotección de los hijos y las hijas de los inmigrantes en situación irregular

El sentido común nos dice que los y las menores no deberían ser considerados como *sin papeles*, ya que no eligen dónde viven. En muchos países, no existe obligación legal de que los y las menores tengan un permiso de residencia ni de que tengan que presentar un documento de identidad. La protección de la infancia, y en particular de los niños y las niñas más pobres y más vulnerables, es una causa común a todos los países implicados, tal y como lo exige la Convención sobre los Derechos del Niño¹. **Sin embargo, es evidente que algunos países no ofrecen ninguna protección específica a los hijos e hijas de personas en situación irregular y/o no les aceptan en el sistema sanitario, llegando a veces a exigir que se les denuncie, al igual que a sus padres, cuando acudan a los servicios sanitarios.**

Algunas personas entrevistadas constatan y lamentan que sus condiciones de vida afectan a la salud de sus hijos e hijas. Poder acceder únicamente a **viviendas insalubres y, a menudo, excesivamente habitadas, o estar condenados a una inestabilidad residencial permanente son realidades frecuentes que pueden resultar nocivas para los niños**. Así, las mudanzas debidas a expulsiones y el alojamiento temporal en casa de familiares o amistades o en instituciones, entre otros lugares, generan estrés, obstaculizan el desarrollo psicosocial de los y las menores y perturban su seguimiento médico. En algunas entrevistas, los padres y las madres indican incluso que se ha interrumpido el seguimiento médico. Más allá de las dificultades económicas y de vivienda, **la amenaza latente de un arresto o el miedo a la separación familiar y a las discriminaciones constituyen también un contexto problemático para el desarrollo de los y las menores**. Así, algunas personas constatan que todo esto repercute en la salud mental o física de sus hijos e hijas.

Por otro lado, las dificultades sanitarias respectivas de las personas adultas y de los y las menores se entremezclan. Los padres y las madres subrayan los esfuerzos que hacen por proteger a sus hijos e hijas, pero su preocupación y su angustia son a menudo tan fuertes que afectan a su propia salud mental y esta situación afecta también a sus hijos. El mal estado de salud de los y las menores puede también agravar la situación de la familia, por ejemplo, haciendo más difícil el alojamiento en casa de familiares.

Además, los y las menores se ven a veces obligados a desempeñar un papel de **intermediarios o traductores** entre sus progenitores y la sociedad en la que viven, debido al bajo dominio del idioma del país de residencia o al aislamiento de los padres. Algunos constituyen un verdadero apoyo para ellos y, de esta forma, asumen **responsabilidades de personas adultas**.

Las dificultades para el acceso a la sanidad son numerosas. En este sentido, la información es una cuestión esencial. Sin embargo, desgraciadamente, la información a menudo es **errónea y contradictoria** o no se adapta a la situación específica del o de la menor, ya venga de familiares o incluso de instituciones públicas o de asociaciones. Profesionales y voluntarios y voluntarias no siempre (o incluso casi nunca) cuentan con información sobre los derechos de acceso a la sanidad de las personas extranjeras sin permiso de residencia.

La negación de la atención sanitaria (muestra de que no se respeta el derecho de los y las menores a recibir atención), los obstáculos administrativos y la mala información provocan el retraso o la renuncia a acudir a los servicios sanitarios. La sensación de discriminación o de que sólo se les atiende “por defecto” afecta a su confianza en el sistema sanitario en general, hasta el punto de que algunos cuestionan el diagnóstico médico o dudan de las prescripciones.

Algunas personas, tras una fase de desorientación, consiguen entender el sistema sanitario y ejercen el derecho a la atención sanitaria de sus hijos e hijas. Al disfrutar de una cobertura médica para sus hijos e hijas y conocer el sistema sanitario, ganan en **autonomía frente al sistema sanitario**, ya que pueden ver la situación con mayor perspectiva (e incluso de forma crítica) y elegir el centro al que desean acudir en función de la situación.

¹ http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

En ocasiones, los padres y las madres buscan apoyo en asociaciones, que perciben como más hospitalarias, menos discriminatorias y más seguras que los centros públicos. El paso por estas organizaciones constituye a menudo una etapa clave en su relación con el sistema sanitario, ya que **estos dispositivos, como los de Médicos del Mundo, desempeñan un papel informativo y orientador muy importante, lo que permite a estas personas alcanzar una mayor autonomía frente al sistema de salud.**

3. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA ENCUESTA CUANTITATIVA

La encuesta cuantitativa se realizó a 1 125 personas, entre las que había prácticamente tantas mujeres (49,1%) como hombres, con una edad media de 36 años. La mayoría de las personas encuestadas dejaron su país hace poco más de tres años, pero el 10% de ellas salieron de su país hace diez años o más. En total, se ha realizado esta encuesta a personas de 97 nacionalidades distintas, procedentes, en orden decreciente, del África Subsahariana, América Latina y el Caribe, el Magreb, la Europa extracomunitaria, Asia, Oriente Próximo, Oriente Medio y la Unión Europea. Los países de origen más representados entre los hombres son Marruecos, Argelia, Egipto, Senegal, Brasil y Bangladesh y, entre las mujeres, Brasil, Bolivia, Camerún, Filipinas, Nigeria, Albania y Rumanía².

• Los determinantes socioeconómicos de las personas encuestadas son desfavorables

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS subraya que «la falta de dinero, la vivienda inadecuada, las condiciones de trabajo poco seguras y la falta de acceso a las prestaciones sanitarias figuran entre los determinantes sociales de la salud que producen desigualdades en y entre los países».

Las condiciones de alojamiento y de trabajo de las personas encuestadas son especialmente precarias

La vivienda suele ser precaria e insalubre, lo que está íntimamente relacionado con unos recursos económicos demasiado escasos. **El 53,4% de las personas entrevistadas viven en una vivienda precaria, en un centro de acogida de forma temporal a corto o medio plazo o no tienen hogar.** El 34% estima que sus **condiciones de alojamiento son peligrosas o nefastas** para su salud y la de sus hijos e hijas.

La mitad de ellas (el 51,3%) realizan una actividad regular o esporádica para ganarse la vida, sobre todo en la limpieza y el servicio a particulares y en la construcción. **Trabajan en condiciones especialmente difíciles:** el 37% trabajan más de diez horas al día, el 22% trabajan de noche³ casi todos los días o varias veces por semana, sobre todo las mujeres (el 26% frente al 14,7% de los hombres). El 8% han sufrido un accidente de trabajo desde su llegada al país en el que se les entrevistó. Además, el 9,4% de estas personas dicen que se les ha impedido ganar dinero o se les ha privado del dinero ganado en el país de acogida.

Las personas encuestadas viven situaciones de aislamiento que las hacen más vulnerables

Algo más de la mitad (el 52%) de las personas declaran sentirse muy solas (el 23%) o bastante solas (el 29%), sobre todo los hombres, lo que puede relacionarse con el hecho de que con más frecuencia tienen que separarse de su pareja y de sus hijos debido a la emigración. De hecho, **el 59% de los padres y las madres no viven con ninguno de sus hijos o hijas menores de 18 años.**

Sólo el 47% de las personas encuestadas dicen poder contar “a menudo” o “con mucha frecuencia” con alguien que les dé apoyo moral y les reconforte. Las mujeres encuestadas tienen este potencial apoyo moral con más frecuencia que los hombres.

² Los ciudadanos y ciudadanas europeos que residan en un tercer país europeo y que no tengan recursos económicos ni cobertura médica han perdido el derecho de residencia (en la mayoría de los países) a raíz de la directiva 2004/38/CE.

³ Considerando como trabajo de noche en nuestra encuesta el trabajo entre las 12 de la noche y las 5 de la mañana.

Si bien la ausencia o la escasez de apoyo moral se encuentra en todos los subgrupos de población, algunos parecen estar especialmente aislados. Así, el 38% de las personas sin domicilio y el 30% de las que viven en un centro de acogida nunca pueden contar con nadie que les dé apoyo moral.

- **Motivos de la emigración**

La realidad observada destruye el mito de la inmigración que llega a Europa para aprovecharse del sistema médico-social. Las personas migrantes encuestadas huyen ante todo de la pobreza, del peligro o de la privación de libertad y quieren garantizar un futuro a sus hijos.

Como motivo de su emigración, estas personas indican mayoritariamente razones económicas o el hecho de poder ganarse la vida (56%).

En segundo lugar se encuentran las razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra (el 26%), motivos que teóricamente dan derecho a asilo político.

Sólo el 6% de las personas citaron razones de salud entre los motivos que les trajeron a Europa. Sin embargo, el 15,7%⁴ de las personas sufrían, el día de la encuesta, un problema de salud crónico que conocían antes de emigrar (en su mayoría, personas procedentes de la Unión Europea y del Magreb). No obstante, se trata principalmente de quejas puramente sintomáticas (sin diagnóstico preciso) o enfermedades comunes. No existe ningún motivo para creer que estas enfermedades hayan podido motivar la emigración y, aún menos, la instalación en unas condiciones de vida tan precarias como las que viven estos inmigrantes en situación irregular en los países de acogida.

- **La protección de la salud y el acceso a la sanidad todavía no se reconocen en la práctica como un derecho de la persona**

Todos los países estudiados prevén el acceso a la sanidad para las personas sin permiso de residencia, pero, en la mayoría de los casos, con la condición de que cubran los gastos médicos por sí mismas. En la práctica, esto resulta imposible debido a los escasos recursos económicos de que disponen. En seis de los once países estudiados existen leyes que prevén sistemas de cobertura de todos o parte de los costes para inmigrantes en situación irregular que no puedan pagarlos (Bélgica, España, Francia, Países Bajos, Portugal e Italia). Sin embargo, en cuatro países (Alemania, Grecia, Suecia y Suiza) el acceso a la sanidad está limitado esencialmente a las urgencias y ofrece pocas o ninguna posibilidad de atención sanitaria para las patologías comunes o crónicas. El Reino Unido tiene un sistema bastante específico que deja que los médicos generalistas acepten o no la inscripción de las personas en situación irregular en su centro para tener acceso gratuito a la atención primaria, pero el sistema no prevé ningún tipo de cobertura para la atención especializada u hospitalaria fuera de la "atención inmediatamente necesaria".

Incluso en aquellos países en los que se prevé el acceso a la sanidad para todos y todas, las interpretaciones y complejidades administrativas (intencionadas o no), la negación de la atención sanitaria, el miedo a la denuncia y el desconocimiento de las posibilidades legales de acceso a la sanidad (tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios) limitan considerablemente el acceso a la sanidad en el sistema sanitario público.

⁴ Este porcentaje es probablemente mayor entre las personas entrevistadas por los equipos de Médicos del Mundo, ya que acuden a consultar a los profesionales sanitarios.

Las personas en situación irregular no logran disfrutar de la cobertura sanitaria a la que tienen derecho (cuando la ley prevé dicha cobertura)

El 70% de las personas entrevistadas podrían disfrutar teóricamente de una cobertura sanitaria (de un 3% en Grecia a un 98% en Bélgica), pero una cuarta parte de ellas no lo saben (de un 52% en el Reino Unido a un 6% en España), lo que muestra la falta de información de esta población ya de por sí vulnerable. Las dificultades administrativas suponen un obstáculo adicional.

Todos estos datos explican que el 80% de las personas encuestadas no disfrutaron de ninguna atención sanitaria efectiva la última vez que estuvieron enfermas.

Un torrente de obstáculos dificulta a las personas en situación irregular el acceso a la sanidad: casi el 70% de la población encuestada tiene que sufrirlos para poder recibir atención sanitaria

El 68,9% de las personas que declaran haber sufrido estos obstáculos citan **las dificultades administrativas por las que han tenido que pasar para reivindicar sus derechos** (encontrar justificantes, solicitudes abusivas, horarios inadaptados, paso de oficina en oficina, etc.) **y la complejidad del sistema sanitario**. El 59,4% de las personas mencionan el **coste** de las consultas y de los tratamientos, el 17,3% citan el **miedo a la denuncia o al arresto** y el 12,4% **el miedo a la discriminación, al mal recibimiento o a que se les niegue la atención sanitaria**. El 14% de las personas encuestadas afirman **que se les negó la atención sanitaria** la última vez que padecieron alguna enfermedad. Esto se produjo principalmente en el caso de enfermedades o síntomas relativamente graves (enfermedades cardiovasculares en el 20,4% de los casos, por ejemplo) o en el caso de embarazos (18%).

También se menciona el racismo: **un tercio de las personas encuestadas han sufrido el racismo en primera persona** durante el último año, y una quinta parte de ellas en un centro médico.

La sensación de miedo relacionada con la falta de permiso de residencia aleja también a las personas de los centros sanitarios: **el 60% de las personas dicen que a veces tienen que limitar su actividad o sus desplazamientos por miedo a ser arrestadas**.

Consecuencias lógicas, de las que no están exentos los y las menores: la renuncia o el recurso tardío a la atención sanitaria

Una cuarta parte de las personas encuestadas (25%) **ha tenido al menos un problema de salud que se le ha tratado demasiado tarde, al menos una vez desde su llegada al país de acogida, según los médicos y las médicas de la encuesta**.

El 29% de las personas entrevistadas **han renunciado alguna vez a la atención sanitaria para sus hijos e hijas** durante los últimos doce meses. En la mayoría de los casos se trata de consultas médicas y de vacunas.

El 41% de las personas encuestadas **han renunciado a atención sanitaria para ellas mismas durante los últimos doce meses** (un 53% de las que indicaban haber sufrido al menos un obstáculo en el acceso a la sanidad). La ausencia de cobertura sanitaria es determinante: las personas **cuyos gastos de salud no están cubiertos** han renunciado a la atención sanitaria **tres veces más** que aquellas que tienen cobertura sanitaria.

- **Consecuencias: personas frecuentemente enfermas y con un seguimiento muy deficiente**

Los determinantes socioeconómicos de la salud son especialmente negativos para las personas en situación irregular entrevistadas por los equipos de Médicos del Mundo. Su acceso a la atención sanitaria es muy limitado. La población entrevistada presenta, por tanto, un estado de salud aparente y diagnosticado que no se corresponde con el que cabría esperar de una población tan joven (de media en torno a la treintena⁵).

El estado de salud de las personas entrevistadas es problemático

Entre las personas entrevistadas, un tercio de los hombres (el 34%) y un cuarto de las mujeres (el 23%) perciben su salud como mala o muy mala. Sin embargo, numerosos estudios demuestran que existe una correlación entre este indicador y los indicadores objetivos (y/o médicos) de salud. Así, este índice es tres veces superior⁶ al de la población general de los 25 países de la Unión Europea.

Entre la población más joven (de 18 a 25 años), el 27% de los hombres y el 12% de las mujeres declaran que su estado de salud es malo o muy malo.

El 32% de las personas encuestadas sufren al menos un problema de salud crónico, con más frecuencia los hombres que las mujeres. Estas personas suelen vivir en una vivienda precaria (el 35%) y están bastante aisladas (la mitad de ellas se sienten solas y el 17% no puede contar con nadie que les apoye moralmente).

Según los médicos y las médicas, su estado de salud requiere una atención médica de importancia: dos tercios de los entrevistados (el 65%) tienen al menos un problema de salud cuyo tratamiento es conveniente, e incluso necesario (el 29%) o indispensable (el 21%). Algunas personas sufren a la vez problemas de salud graves y condiciones de vida muy negativas. Así, el 8% de las personas que sufren una patología cuyo tratamiento se considera indispensable no tienen hogar y el 7% viven en un centro de acogida a corto o medio plazo.

La tasa de comorbilidad también es elevada: el 24% de las personas encuestadas presentan al menos dos problemas de salud cuyo tratamiento es deseable. Esta elevada frecuencia en una población globalmente joven muestra los retrasos en el acceso a la atención sanitaria.

De esta forma, el 16% de la población presenta un pronóstico vital posiblemente, probablemente o seguramente malo en ausencia de tratamiento.

Sólo el 8% presenta únicamente un problema de salud cuyo tratamiento es accesorio, lo que contradice los extendidos prejuicios de que los extranjeros abusan de los sistemas sanitarios europeos: la población a la que ha entrevistado Médicos del Mundo, una población pobre, no recurre nunca a la atención sanitaria para problemas de salud leves.

Un seguimiento médico inadaptado y absolutamente insuficiente, independientemente de la gravedad de la enfermedad

A menos de la mitad de las mujeres embarazadas (48%) se les realiza un seguimiento del embarazo.

Entre los 1 371 problemas de salud identificados entre la población encuestada, sólo una cuarta parte (el 26%) recibe un tratamiento o un seguimiento completo, una cuarta parte (el 27%) sólo parcialmente y casi la mitad (el 45%) no recibía ningún tratamiento ni seguimiento el día de la encuesta.

⁵ Esta media de edad es superior a la de la población atendida en los programas de Médicos del Mundo, ya que la encuesta se realizó únicamente a personas adultas.

⁶ Es importante recordar que la encuesta se realizó principalmente en el marco de los programas de una organización médica.

Incluso cuando los problemas de salud son graves, reciben un mal tratamiento o seguimiento: **entre los problemas de salud para los que el tratamiento se considera indispensable, menos de un caso de cada dos (el 43%) recibe un seguimiento completo, una quinta parte recibe un tratamiento o seguimiento parcial (el 21%) y un tercio (el 34%) no recibe ningún tipo de seguimiento.** Cuando el tratamiento se considera “solamente” necesario, casi uno de cada dos problemas (el 44%) no recibe ningún seguimiento.

El tratamiento de los problemas de salud menos graves es también problemático: sólo el **13% de los problemas de salud menos graves pero cuyo tratamiento es deseable reciben un seguimiento completo.**

Muchas de las personas encuestadas viven o han vivido situaciones de violencia, lo que, en buena lógica, debería conducir a una mayor protección.

El 59% de la población dice haber sufrido al menos un tipo de violencia (el 41% en su país de origen). Además, esta situación suele ser recurrente para el 40% de las personas.

En orden decreciente, los tipos de violencia que se dan con más frecuencia son los siguientes: haber padecido hambruna o no haber tenido suficiente comida, haber vivido en un país en guerra, haber sufrido violencia física (incluida la violencia familiar), que se les haya impedido ganar dinero o se les haya privado del dinero ganado, haber sido víctima de violencia por parte de las fuerzas del orden, haber sufrido la vigilancia o prohibición de sus actos, haber sufrido amenazas, haber sido encarcelado/a por sus ideas, haber sido torturado/a y haber sufrido una agresión sexual.

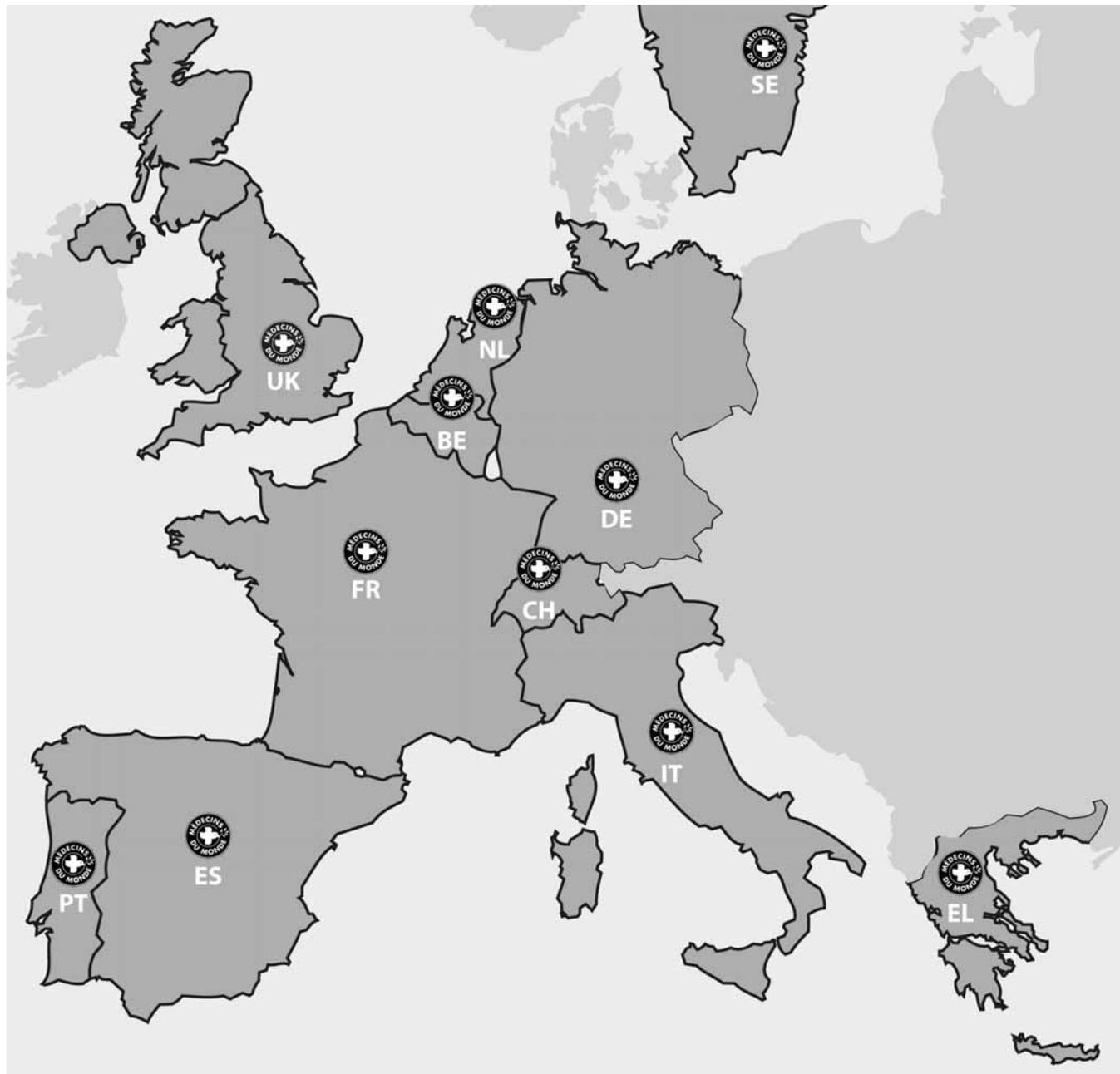
A su llegada al país de “acogida”, el cúmulo de inseguridades que sufren estas personas por estar indocumentadas no les permite recuperarse de estas situaciones: **una cuarta parte de las personas encuestadas (el 24%) manifiesta haber sufrido algún tipo de violencia desde su llegada a Europa.** Y, sin embargo, tenemos el deber de protegerles.

Primera parte:

Encuesta estadística realizada a personas sin permiso de residencia encontradas en los programas de Médicos del Mundo y de algunos colaboradores

- **Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad - Encuesta 2008**

En la encuesta de 2008 participaron 1 125 adultos en 31 ciudades de once países europeos.



BE	BÉLGICA = 112 - Bruselas	IT	ITALIA = 99 - Milan
CH	SUIZA = 11 - Friburgo	NL	PAISES-BAJOS = 103 - Amsterdam (n=62) - Arnhem (n=1) - La Haya (n=6) - Eindhoven (n=10) - Haarlem (n=3) - Leiden (n=1) - Leidschendam (n=2) - Rotterdam (n=6) - Tilburgo (n=2) - Utrecht (n=10)
DE	ALEMANIA = 24 - Munich	PT	PORTUGAL = 32 - Lisboa (n=21) - Loures (n=11)
EL	GRECIA = 118 - Tesalonica (n=68) - Atenas (n=50)	SE	SUECIA = 103 - Estocolmo
ES	ESPAÑA = 216 - Alicante (n=21) - Baleares (n=23) - Bilbao (n=21) - Canarias (Tenerife) (=39) - Galicia (=25) - Madrid (=21) - Toledo (n=30) - Valencia (n=36)	UK	REINO UNIDO = 108 - Londres
FR	FRANCIA = 199 - Lyon (n=56) - Paris (n=71) - Saint-Denis (n=72)		

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo publica su segundo informe sobre las condiciones de vida, el estado de salud y el acceso a la atención sanitaria de algunas de las personas más vulnerables de nuestros países: las personas en situación irregular. Los testimonios recogidos durante la encuesta son abrumadores. Europa funciona como una fábrica de *sin papeles*, condenando a la más sórdida oscuridad a personas que necesitarían ante todo seguridad y humanidad, de forma que las víctimas se convierten en parias.

Huir de su país no es un crimen y, sin embargo, estos niños y estas niñas, estas mujeres y estos hombres tienen que vivir con el miedo constante a que les identifiquen, les denuncien, les separen o les expulsen. Huir de las torturas, de la violencia (sexual, familiar, policial o militar), huir de la pobreza, intentar por todos los medios ofrecer un futuro a sus familias: cualquiera de nosotros esperaría tener la fuerza y el ánimo para hacerlo, en lugar de resignarse a que le anulen.

La situación de las personas inmigrantes que viven en Europa sin permiso de residencia es todavía bastante desconocida. Sabemos que su situación social y económica es muy precaria. Distintos testimonios constatan también las dificultades que tienen para conseguir que se respete su derecho a la sanidad y para acceder a los servicios del sistema sanitario. De forma general, los programas nacionales de atención sanitaria son discriminatorios con:

- Las personas migrantes temporales (consideradas como tales porque han entrado en el país con un visado de turistas, como ocurre frecuentemente).
- Los demandantes de asilo⁷, que no siempre tienen los mismos derechos que los nacionales.
- Quienes, desde su llegada o desde que caducaron sus documentos provisionales de residencia (o se les denegó el estatus de personas refugiadas, por ejemplo) no tienen permiso de residencia^{8,9}.

Asimismo, sabemos que las políticas que mantienen al margen del sistema sanitario, de manera intencionada o no, a ciertas categorías de inmigrantes (principalmente a quienes no tienen el estatus de residentes, pero también a los inmigrantes temporales) contribuyen al deterioro de su salud y, de forma más general, al de la salud pública en estos países de acogida¹⁰.

Para estas personas, los obstáculos que dificultan el disfrute de un buen estado de salud son numerosos y, con frecuencia, considerables: se deben principalmente a las discriminaciones, a su situación administrativa, a las diferencias lingüísticas y culturales, a diferentes dificultades sociales y económicas y a sus condiciones de vida, que son, por lo general, muy difíciles¹¹.

⁷ Sobre las restricciones en el acceso a la sanidad de las personas demandantes de asilo en la Unión Europea, véase en particular un estudio danés de 2004 que concluye que existen restricciones notables en diez países (Alemania, España y Suecia, entre otros): Norredam M., Mygind A., Krasnik A, «Access to health care for asylum seekers in the European Union: a comparative study of country policies», *Eur J Public Health*, 2005, 16: 285-89.

En cuanto a la salud de las personas demandantes de asilo, consultar por ejemplo un reciente estudio epidemiológico suizo: Bischoff A., Schneider M., Denhaerynck K., Battegay E., «Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study», *Eur J Public Health*, 2009, 19: 59-64.

⁸ Verbruggen N. ed., «Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom», Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.

⁹ Chauvin P., the Europromed Working Group (eds.), «Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe», Amsterdam, IOS Press, 2002.

¹⁰ Carballo M., Mboup M., «International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCM», Ginebra, Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales, 2005.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. «Migrations internationales, Santé et Droits humains», Ginebra, OMS, 2005.

En los distintos países europeos (en particular en aquellos en los que se han realizado las encuestas de este estudio) se realizan estimaciones más o menos precisas sobre el número de personas sin permiso de residencia que viven en ellos. En la mayoría de los países constituirían, como máximo, entre un 1% y un 2% de la población total, salvo en algunos países, como Grecia, donde esta proporción es mayor (3,4%)¹². La apertura actual de los países europeos a la inmigración extranjera sigue siendo muy variable y se sitúa en un contexto general de cierre de las fronteras. Si relacionamos estos datos con la población de los distintos países donde se han realizado las encuestas, Francia es el más restrictivo (este país recibió a 2,9 inmigrantes extranjeros por cada 1 000 habitantes en 2006), y Suiza y España son los países donde esta población es proporcionalmente mayor (14,3 y 18,1 inmigrantes extranjeros respectivamente por cada 1 000 habitantes en 2006).

Debido a que la gran mayoría de las encuestas nacionales no tienen en cuenta a las personas extranjeras en situación irregular, **hay una falta de datos estadísticos sobre las condiciones de vida, el estado de salud y el acceso a la sanidad de esta población, que se estima entre los 5 y los 8 millones de personas (entre un 10% y un 15% del conjunto de los y las migrantes) en Europa**¹³.

Este déficit de información y de datos contrasta con la creciente tentación de utilizar las restricciones de acceso a la sanidad para las personas extranjeras sin permiso de residencia (en contra de todos los principios¹⁴ y, de hecho, con una eficacia ilusoria) como un arma de control de la inmigración¹⁵.

El Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo realizó en 2005-2006 una primera encuesta a migrantes en situación irregular que frecuentan centros o programas sanitarios de Médicos del Mundo en siete países de Europa¹⁶. Tras este primer estudio, la ONG decidió realizar una nueva encuesta en un mayor número de países y con una recopilación sistemática más completa de las situaciones sociales y sanitarias de las personas entrevistadas.

Al igual que en la primera encuesta, **los resultados presentados aquí deben leerse como un “testimonio estadístico” de las situaciones observadas en los distintos centros y programas que participan en este Observatorio Europeo.**

Así, estos resultados no pretenden presentar una fotografía representativa de las dificultades de acceso a la sanidad de todas las personas en situación irregular que viven en Europa, y ello por al menos cuatro razones que es importante tener en cuenta durante la lectura del presente documento.

- Las personas encuestadas, por definición, pudieron al menos entrar en contacto con los centros y los programas de salud en los que se realizó esta encuesta. No cabe duda de que algunas personas en situación irregular conocen situaciones sociales y sanitarias aún peores y, al estar todavía más alejadas de los dispositivos de asistencia social y sanitaria, son “invisibles” en esta encuesta.
- En cambio, hay migrantes en situación irregular que experimentan sin duda unas condiciones de vida algo mejores que las de las personas encuestadas aquí y que tampoco acuden a estos centros. Si bien no cabe duda de que la creciente clandestinidad a la que se ven abocadas estas personas, a causa de las políticas de control de la inmigración que no dejan de intensificarse en toda Europa, impide a la mayoría de ellas vivir una vida decente, algunas pueden no tener la necesidad de recurrir a dispositivos del tipo de los que reúne el Observatorio Europeo, gracias sobre todo a la solidaridad de amigos o familiares. Naturalmente, también es posible que los migrantes en situación irregular no acudan a ninguno de estos centros porque no tengan ningún problema de salud... o porque no sientan la necesidad (que no es lo mismo).

¹² Fuente: Informe del Senado francés sobre la inmigración irregular.

¹³ Informe de la Comisión Mundial de Migraciones Internacionales de la OCDE: «Access to health care for undocumented migrants in Europe», PICUM, Bruselas, 2007.

Huber M., Stanciole A., Bremner J., Wahlbeck K. (eds.), «Quality in and equality of access to healthcare services», Bruselas, Comisión Europea, DG Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, marzo de 2008, pp. 196-201.

¹⁴ OMS: «International migration, health and human rights». Ginebra, OMS (Health and human rights publication series), 2008, n. 4.

¹⁵ Editorial: «Access to health care for undocumented migrants in Europe», *The Lancet*, 2007, 370: 2070.

¹⁶ European observatory on access to health care. «European survey on undocumented migrants' access to health care». París, Médicos del Mundo, 2007.

- Los centros y programas de salud donde se realizó la encuesta en los once países no constituyen una muestra representativa ni exhaustiva del conjunto de los centros de salud a los que podrían dirigirse las personas migrantes en situación irregular para obtener atención sanitaria en cada uno de los países, regiones o ciudades. Los servicios de urgencias, los centros sanitarios públicos, los médicos de cabecera y otros centros asociativos o caritativos reciben y atienden también con distinta frecuencia y de distinta manera a estas personas¹⁷.
- Por último, en cada uno de los once países en los que se realizó la encuesta, el número de lugares de la encuesta (los lugares, centros o programas móviles en los que se realizó) es muy variado. En algunos países se ha realizado en una única ciudad; en otros, en numerosas regiones simultáneamente. En los países descentralizados (Alemania, el Reino Unido y España, principalmente), es importante tener en cuenta esta limitación. En los países en los que la legislación y la organización de la atención sanitaria a personas en situación irregular varían de una administración local o regional a otra, los resultados presentados aquí son válidos sólo en las zonas geográficas en las que se realizó la encuesta, evidentemente.

Dicho esto, no disponemos de encuestas representativas aleatorias realizadas a la población general de los y las inmigrantes en situación irregular (que son, debido a su situación administrativa, muy difíciles de realizar). Por ello, los resultados cuantitativos presentados aquí permiten observar distintas tendencias generales y diferencias internacionales que, a pesar de la prudencia necesaria para su interpretación, ilustran e informan sobre la amplitud de las dificultades de acceso a la sanidad que sufre este sector de la población.

¹⁷ Las encuestas con intención representativa que estudian a una población difícilmente accesible (o muy minoritaria numéricamente con respecto a la población general: personas sin hogar, clandestinos, prostitutas, etc.) se basan generalmente en muestras aleatorias tomadas en los lugares que frecuentan las personas afectadas. Hemos encontrado una encuesta de este tipo, realizada a inmigrantes en situación irregular en Chicago en 2002 (Mehta C., Theodore N., Mora I., Wade J., «Chicago's undocumented immigrants: an analysis of wages, working conditions, and economic contributions», Chicago, University of Illinois, Center for Urban Economic Development, 2002). Desgraciadamente, este tipo de encuestas solo evita parcialmente el sesgo de representatividad, sobre todo cuando no *todos* los tipos de centros están incluidos en el campo de la encuesta (hecho frecuente en la práctica).

1. LA POBLACIÓN ESTUDIADA Y EL CONTEXTO LEGISLATIVO DEL ACCESO A LA SANIDAD POR PAÍSES

La población estudiada comprende personas mayores de 18 años que viven sin permiso de residencia en uno de los países europeos donde se realizó la encuesta, a los que se entrevistó en un programa de Médicos del Mundo (o de una asociación colaboradora). **En total, se entrevistó a 1 125 personas mayores de 18 años en uno u otro de los once países siguientes: Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suiza y Suecia.**

La muestra final se repartió de la siguiente forma, en orden decreciente según el número de personas encuestadas por país: España (216), Francia (199), Grecia (118), Bélgica (112), Reino Unido (108), Países Bajos y Suecia (103), Italia (99), Portugal (32), Alemania (24) y Suiza (11).

- **Descripción de los lugares donde se realizó la encuesta y del contexto legislativo por países**

EN ESPAÑA (ES)

216 personas fueron entrevistadas durante distintos programas de Médicos del Mundo. Las encuestas se realizaron en ocho lugares distintos con el objetivo de diversificar la muestra en términos de lugar de residencia y de tipo de centro¹⁸. El reparto es el siguiente:

- En Canarias, 39 personas fueron entrevistadas en un Centro de Atención Sociosanitaria para inmigrantes (CASSIM¹⁹) de Tenerife.
- En Valencia, 36 personas fueron encuestadas en un CASSIM.
- En Toledo y alrededores, se entrevistó a 30 personas que participaban en un programa de mediación sanitaria intercultural
- En Galicia (en Vigo y La Coruña), 25 personas fueron entrevistadas en una unidad móvil dirigida principalmente a personas en situación de prostitución.
- En las Islas Baleares (principalmente en Palma de Mallorca y en los pueblos de los alrededores), se entrevistó a 15 personas en un centro de asistencia médica, psicológica y social para personas en situación de prostitución (CASSPEP²⁰) y a otras ocho personas en el proyecto "Dones del mon²¹".
- En Bilbao, 21 personas fueron encuestadas en un CASSIM.
- En Madrid, 17 personas fueron entrevistadas en una unidad móvil para personas que ejercen la prostitución y otras cuatro en una consulta médicosocial para personas transexuales.
- En Alicante, 16 personas fueron encuestadas en un CASSIM y otras cinco en un CASSPEP.

El 28% de las personas entrevistadas en España se encontraban en situación de prostitución (62 personas). En total, el 47% de las personas contactadas no participaron en la encuesta, principalmente porque no tenían tiempo o porque no hablaban el idioma de la persona que realizaba las encuestas.

¹⁸ En Alicante, Madrid y Palma de Mallorca no se diferenciaron los distintos programas a la hora de realizar la encuesta.

¹⁹ Centro de Atención Socio Sanitaria a Inmigrantes.

²⁰ Centros de Atención Socio Sanitaria a Personas en situación de Prostitución.

²¹ Dones del mon (Mujeres del Mundo): programa de refuerzo de las capacidades de mujeres inmigrantes para permitirles alcanzar el mejor estado de salud posible.

El objetivo de los **CASSIM** es reducir las desigualdades sociales en materia de salud de la población migrante en situación precaria y marginal, y facilitar su acceso al sistema sanitario público. Una serie de equipos pluridisciplinares ofrecen a los migrantes consultas médicas, cuidados de enfermería, consultas sociales y consultas psicológicas. Así, los migrantes pueden disfrutar de estas consultas hasta que se integren en el sistema sanitario público.

El objetivo de los **CASSPEP y de las unidades móviles** es mejorar el estado de salud de las personas en situación de prostitución (hombres, mujeres y transexuales). Los equipos llevan a cabo proyectos de reducción de los riesgos relacionados con la prostitución, transmiten mensajes de prevención sobre las infecciones de transmisión sexual, proporcionan información sobre sus derechos y les orientan hacia el sistema sanitario público. La gran mayoría de las personas con las que trabaja Médicos del Mundo son inmigrantes (las más vulnerables).

El programa dirigido a personas transexuales en situación de exclusión en Madrid tiene por objetivo mejorar su estado de salud. Los equipos ofrecen consultas médicas y sociales y dan información sobre el sistema sanitario público.

El proyecto “Dones del Mon”, de Palma de Mallorca, tiene por objetivo promover la integración de las mujeres migrantes en la sociedad. El equipo realiza con ellas actividades de promoción de la salud para reforzar sus competencias y permitirles alcanzar el mejor estado de salud posible.

El proyecto de mediación sanitaria intercultural de Toledo tiene por objetivo mejorar el conocimiento y la comprensión mutuas entre los profesionales sanitarios y los migrantes. El equipo realiza actividades de mediación para reducir los conflictos que pueden surgir debido a diferencias culturales, lingüísticas o sociales y favorecer relaciones interpersonales entre profesionales sanitarios y migrantes.

El acceso a la sanidad en España

En virtud del artículo 43 de la Constitución Española de 1978 se reconoce «el derecho a la protección de la salud» y el preámbulo de la Ley General de Sanidad de 1986 lo completa: «Todos los ciudadanos españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan su residencia en el país tienen derecho a la protección de su salud y al acceso a la atención sanitaria».

El sistema sanitario nacional está financiado por los impuestos y el acceso es gratuito para la gran mayoría de la población española. La participación en el coste de los medicamentos es del 40% (del 10% para algunas enfermedades crónicas, las personas jubiladas y con incapacidad temporal) salvo en algunas comunidades autónomas, como en la Comunidad Valenciana, donde los medicamentos son gratuitos para las personas sin recursos, incluidas las personas sin permiso de residencia.

La tarjeta de la seguridad social, otorgada a quienes trabajan y a sus ascendientes y descendientes directos, desaparece progresivamente en beneficio de la tarjeta sanitaria individual, de la que pueden disfrutar todos los residentes que no tienen seguridad social y que tienen bajos ingresos (iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional, 624 euros en 2009).

Existen grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas en la rapidez del tratamiento de las solicitudes de tarjetas sanitarias y en la cobertura de los medicamentos según los recursos.

Personas extranjeras en situación irregular

La tarjeta sanitaria individual se otorga también a quienes no pueden inscribirse en la Seguridad Social mediante el trabajo, incluidas las personas en situación irregular. Las personas beneficiarias de esta tarjeta tienen el mismo acceso a la sanidad que los ciudadanos españoles y tienen acceso gratuito a las pruebas de detección y al tratamiento del VIH en todo el sistema sanitario nacional.

Se deben cumplir tres condiciones para obtener la tarjeta sanitaria individual:

- Disponer de un documento de identidad.
- Inscribirse en el registro del ayuntamiento (padrón), salvo en el caso de las mujeres embarazadas y de los niños.
- Disponer de recursos bajos (en la mayoría de las comunidades autónomas).

Sin embargo, a pesar de la aparente simplicidad, los obstáculos son grandes. Así, un cierto número de personas no tiene documentos oficiales de identidad. Por otro lado, algunos tienen miedo a inscribirse en las listas del municipio, ya que la policía tiene derecho de acceso al registro desde 2003.

Otra dificultad es el hecho de que la gestión de las tarjetas sanitarias para las personas en situación irregular varía mucho de una comunidad autónoma a otra: en algunas se obtiene en menos de dos meses, mientras que en otras puede superar los siete. Algunas regiones han creado un sistema alternativo para otorgar la tarjeta sanitaria a las personas en situación irregular sin necesidad de inscripción en el registro local (Andalucía, la Comunidad Valenciana y Murcia).

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Los hijos y las hijas de los inmigrantes en situación irregular (menores de 18 años) no necesitan estar inscritos en el registro local para obtener la tarjeta sanitaria, y tienen el mismo acceso a la sanidad que los nacionales (acceso gratuito al sistema sanitario nacional). La escolarización es obligatoria hasta los 16 años, independientemente de la situación administrativa.

Ciudadanos y ciudadanas europeos sin recursos suficientes y sin cobertura médica

Las personas extranjeras comunitarias que residan en España de forma prolongada y que no tengan ni suficientes recursos económicos ni un seguro médico pueden disfrutar gratuitamente de la atención sanitaria si son titulares de la tarjeta sanitaria individual (con las mismas condiciones de obtención que la población nacional o inmigrante en situación irregular). Generalmente, puede bastar con una declaración jurada para demostrar la precariedad económica. Algunas comunidades autónomas, como la Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha, exigen que la persona extranjera comunitaria presente un documento oficial expedido por la autoridad de su país de origen certificando que no disfruta de cobertura médica y que no se debe a una elección propia (es decir, que no ha renunciado personalmente al beneficio de una cobertura médica). A partir de los tres meses de presencia en España, las personas comunitarias deben inscribirse en el registro central de extranjeros.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

La legislación española (artículo 45-4 B del Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre de 2004) prevé la posibilidad de otorgar una autorización temporal de residencia, por razones humanitarias, de una duración de un año (renovable cada año), a las personas extranjeras que «padezcan una enfermedad grave aparecida en España que requiera una asistencia sanitaria especializada, de acceso imposible en su país de origen, cuya interrupción o el hecho de no recibirla implique un riesgo grave para la salud o la vida».

Para demostrar la necesidad de esta asistencia sanitaria, se necesita un certificado médico expedido por las autoridades sanitarias locales que precise también la falta de tratamiento en el país de origen. No obstante, a menudo es difícil demostrar la falta de acceso a la sanidad en el país de origen y los procedimientos son complejos (se solicita un certificado de antecedentes penales, etc.) para la obtención de protección, lo que puede dificultar la obtención del permiso de residencia. Por otro lado, las mujeres embarazadas están protegidas de las expulsiones que podrían dañar su salud o la del feto.

EN FRANCIA (FR)

La encuesta se centró en 199 personas, encuestadas en tres de los principales centros de acogida, atención y orientación (CASO) de Médicos del Mundo:

- 72 personas encuestadas en Saint-Denis (el 18% de las personas no quisieron responder).
- 71 personas encuestadas en París (sólo el 9% no quisieron responder).
- 56 personas encuestadas en Lyon (el 47% no quisieron responder).

En total, el índice de abstención de las personas contactadas en Francia es del 26%. Las principales razones de este rechazo son la barrera lingüística (para el 55% de las personas afectadas), la falta de tiempo (para el 28%) y la falta de interés en participar (el 7%).

Los CASO están abiertos a toda persona que tenga dificultades para acceder a la atención sanitaria y su objetivo es aliviar el sufrimiento y dirigir lo antes posible a las personas hacia el sistema sanitario público. Estos centros movilizan a equipos pluridisciplinarios que reciben a los pacientes sin obstáculos, y trabajan con ellos en la recuperación de sus derechos para acceder al sistema sanitario público. Así, distintos médicos y médicas generalistas y especialistas se relevan para realizar las consultas médicas. Por otro lado, trabajan con enfermeras que proporcionan cuidados sanitarios y se encargan de una parte de las actividades de prevención. Trabajadores sociales u otras personas encargadas de recibir a los y las inmigrantes trabajan para que cada persona pueda acceder a sus derechos.

Entre las tareas que se realizan en los CASO destacan también los programas de prevención y detección del VIH, de distintos tipos de hepatitis y de la tuberculosis. A menudo, los centros son el primer lugar al que acuden las personas excluidas que no conocen ni su derecho a tener una cobertura sanitaria ni el funcionamiento del sistema sanitario.

El acceso a la sanidad en Francia

El sistema sanitario francés está financiado por las contribuciones y los impuestos. La Seguridad Social / cobertura médica se basa en un sistema en el que «cada quien paga en función de sus recursos y recibe en función de sus necesidades». Cubre aproximadamente el 65% de los gastos sanitarios. Toda persona que resida en Francia (con permiso de residencia y de forma estable) tiene derecho a ella y es gratuita para las personas de bajos ingresos (Cobertura Médica Universal o CMU básica). Para el 35% restante, existen coberturas sanitarias complementarias privadas, algunas de ellas sin ánimo de lucro (mutuas).

Las personas con bajos ingresos (por debajo de 621 euros mensuales) tienen derecho a una cobertura sanitaria al 100%, la CMU complementaria. Por otro lado, las personas solicitantes de asilo pueden obtener la seguridad social desde su llegada al territorio y, según sus ingresos, podrán tener también derecho a la CMU complementaria.

Si bien los departamentos de ultramar tienen las mismas leyes, la aplicación de éstas es a veces muy distinta, como podemos constatar por ejemplo en la Guayana Francesa, donde el acceso a una cobertura sanitaria para inmigrantes en situación irregular y a la protección de la población extranjera enferma es aún difícil. En las comunidades de ultramar, como Mayotte, es difícil saber qué leyes se deben aplicar y se observan casos en los que no se respetan los derechos fundamentales, en particular por lo que se refiere a una identidad oficial y a la protección del derecho a vivir en familia (como padres y madres expulsados o menores que se quedan solos en la isla). Hasta 2005, fecha de la instauración de la Seguridad Social francesa, el acceso a la sanidad era gratuito para todos. Desde entonces, el sistema ha creado una distinción entre las personas afiliadas (para quienes la atención sanitaria sigue siendo gratuita) y las no afiliadas, que deben pagar unas cuotas. Estas cuotas se aplican también a los y las menores.

Tanto en la Guayana Francesa como en Mayotte observamos también unas condiciones de vida indignas y peligrosas en los barrios de chabolas, a pesar de las recomendaciones del Instituto Nacional de Vigilancia Sanitaria francés para la lucha contra la fiebre chikungunya y el dengue.

Personas extranjeras en situación irregular

Toda persona que resida en Francia sin permiso de residencia desde un tiempo superior a tres meses y cuyos ingresos sean inferiores a 621 euros al mes tiene derecho a la Ayuda Médica del Estado (AME). Gracias a esta ayuda, la persona puede acceder a la atención sanitaria con una cobertura del 100% y no tiene que avanzar los gastos. Sin embargo, esta cobertura es claramente insuficiente para todas las prótesis (dentales, ópticas, etc.). La AME es válida para un año y debe renovarse anualmente, lo que significa que deberán presentarse los mismos documentos para su renovación.

Las personas en situación irregular que no puedan demostrar su residencia superior a tres meses tienen derecho a una cobertura hospitalaria para las prestaciones urgentes (embarazo, interrupción voluntaria del embarazo, etc.).

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular y menores no acompañados

Los menores hijos e hijas de personas sin permiso de residencia (los y las menores no pueden considerarse como sin papeles) están exentos de la duración mínima de residencia de tres meses (gracias a la denuncia de distintas asociaciones). Los y las menores no acompañados deben estar bajo la protección de un juez de menores y de la Ayuda Social a la Infancia (ASE, por sus siglas en francés): de esta forma, tienen acceso a la Seguridad Social y a la CMU complementaria (cobertura sanitaria del 100%).

Ciudadanos y ciudadanas europeos sin recursos suficientes y sin cobertura médica

Los ciudadanos comunitarios, según la directiva europea 2004/38/CE sobre “el derecho de libre circulación y residencia de los ciudadanos europeos” por un lado, y el “código de entrada y de residencia de extranjeros y de derecho de asilo” por otro, tienen derecho de residencia en función de la categoría a la que pertenezcan (trabajadores, estudiantes o personas inactivas). El límite de un periodo de tres meses de derecho de residencia de los ciudadanos europeos se aplica a la población residente comunitaria inactiva y a los estudiantes, que sólo se consideran regulares si poseen un seguro médico válido y tienen los suficientes recursos económicos como para no constituir una carga excesiva para el sistema de asistencia social. De esta forma, los ciudadanos comunitarios sin recursos y sin cobertura médica pierden su permiso de residencia a partir de los tres meses de libre circulación y, por lo tanto, pueden obtener la Ayuda Médica del Estado, al igual que el resto de inmigrantes en situación irregular.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

La tarjeta de residencia “vida privada y familiar”, de una duración de un año y renovable, se otorga a los «extranjeros que residan habitualmente en Francia cuyo estado de salud requiera una cobertura médica en ausencia de la cual se podrían producir unas consecuencias negativas graves, siempre que no pueda someterse a un tratamiento apropiado en su país de origen» (artículo L.313-11, párrafo 11 del Código de Entrada y Residencia de Extranjeros y del Derecho de Asilo). La decisión de expedir la tarjeta administrativa es competencia de la autoridad administrativa, tras tener la opinión del médico-inspector de salud pública competente en función del lugar de residencia del interesado.

La persona extranjera enferma debe obtener un informe médico completo sobre su estado de salud de un facultativo o de un médico/a acreditado/a. Por otro lado, cualquier información sobre la falta de acceso a los tratamientos en su país de origen resulta útil.

El Ministerio de Inmigración, Integración, Identidad Nacional y Desarrollo Solidario de Francia ha colgado en su intranet unas fichas, dirigidas a los prefectos y a los médicos-inspectores, que contienen información a menudo errónea e incompleta, e incluso parcial, sobre los tratamientos médicos disponibles en 28 países.

Los dos principales problemas son los siguientes:

- La ruptura del secreto médico, ya que los prefectos piden a los médicos que les digan el tipo de tratamiento necesario para comprobar en las fichas si el extranjero puede ser expulsado o no.
- El hecho de que no se tenga en cuenta, en este nuevo sistema, la accesibilidad efectiva al tratamiento. Las fichas por país indican únicamente la existencia de los tratamientos (aunque, por ejemplo, un tratamiento para una enfermedad determinada únicamente se encuentre en un hospital o clínica privada y sólo sea accesible a los más altos dignatarios).

No obstante, esta ley, que protege a las personas extranjeras gravemente enfermas desde 1998, ha permitido salvar muchas vidas y sigue siendo un modelo a escala europea, tras haber quedado patente que la ley no provoca ningún efecto llamada. Así, el aumento regular del número de permisos de residencia emitidos se debe al hecho de que se trata de enfermedades crónicas y, por tanto, los permisos de residencia se renuevan cada año.

EN GRECIA (EL)

La encuesta se realizó a 118 personas que acudieron a dos policlínicas de Médicos del Mundo:

- 68 encuestados en Tesalónica.
- 50 encuestados en Atenas.

Los y las migrantes en situación irregular que no pudieron responder a la encuesta son principalmente personas a las que no se les pudo entrevistar debido a problemas lingüísticos.

Dentro de las policlínicas, los equipos compuestos por médicos, personal de enfermería, personas encargadas de recibirles y de realizar las encuestas y psicólogos proporcionan atención sanitaria y apoyo social a toda persona que no tenga acceso al sistema sanitario nacional, a personas sin recursos, sin cobertura médica, sin hogar, a migrantes romanes, solicitantes de asilo, migrantes en situación irregular...

El acceso a la sanidad en Grecia

El sistema sanitario nacional se estableció en 1983. Todos los trabajadores y las trabajadoras están cubiertos por un seguro médico obligatorio. El sistema sanitario está descentralizado en centros de atención primaria, hospitales de distrito y hospitales regionales. La financiación de los servicios sanitarios proviene de los impuestos y de las subvenciones del estado. El acceso a las consultas es gratuito en el sistema sanitario nacional. Sin embargo, el 25% del importe de los medicamentos queda a cargo del paciente.

La ayuda social cubre a la población griega en situación de pobreza (ingresos inferiores a 300 euros mensuales), a los mayores de 29 años que estén en paro o no asegurados, así como a los mayores de 65 años (que no han trabajado o han trabajado demasiado poco para estar cubiertos) y a las personas con necesidades especiales o con una minusvalía. Estas personas, con la condición de que tengan un documento de identidad, obtienen una cartilla sanitaria que les permite acceder gratuitamente a la atención sanitaria y a los tratamientos.

Las personas solicitantes de asilo tienen los mismos derechos que la población nacional, con la condición de que puedan demostrar su estatus, lo que es difícil al principio del procedimiento. Por lo general, a las personas que entran en Grecia de forma ilegal se las encierra en centros en los que no se les informa de sus derechos. Así, tienen muchas dificultades para presentar su solicitud de asilo. El índice de aceptación del estatus de refugiado en Grecia es el más bajo de Europa: un 0,04% en el Tribunal de Primera Instancia y un 2,05% en el Tribunal de Apelación en 2007, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), frente a un 34% y un 24% en el Reino Unido, por ejemplo.

Personas extranjeras en situación irregular

Esta población sólo puede acceder a la atención sanitaria en casos de urgencia y hasta que se establezca su estado. Desde 2001, una ley prohíbe a las instituciones públicas ayudar a las personas que no pueden demostrar que tengan un permiso de residencia en Grecia. Sin embargo, esto no se aplica a los hospitales ni a las clínicas cuando se trata de menores o de personas en situación irregular que necesitan ser hospitalizadas. Normalmente, el VIH y el resto de enfermedades infecciosas, así como los partos, se consideran urgencias.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

La ley protege a los niños y las niñas, garantizándoles atención sanitaria y hospitalización gratuitas. Sin embargo, en la práctica es difícil.

Ciudadanos y ciudadanas europeos sin recursos suficientes y sin cobertura médica

Los ciudadanos y las ciudadanas comunitarios residentes en Grecia durante menos de tres meses pueden estar cubiertos por medio de la tarjeta sanitaria europea. Si no tienen seguro médico, deberán cubrir ellos mismos los gastos de las prestaciones de las que se benefician. Si obtienen un permiso de residencia, a pesar de ser pobres y de no disfrutar de un seguro médico, podrán solicitar la cartilla sanitaria, que permite acceder gratuitamente a todo el sistema sanitario.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

Toda persona extranjera en situación irregular que se encuentre en el territorio griego y que, por razones médicas, esté libre de toda medida de expulsión, podrá beneficiarse de un permiso de residencia temporal (Art. 37(4) (a) de la ley 2910/2001). Asimismo, las mujeres embarazadas en situación irregular no pueden ser expulsadas del territorio griego durante su embarazo ni durante los seis meses siguientes al parto (Art. 79(1) de la ley 3386/2005).

La ley griega prevé permisos de residencia por razones humanitarias de un año renovables para los y las inmigrantes gravemente enfermos con la condición de que hayan disfrutado previamente de un permiso de residencia. Se requiere presentar un certificado médico de un hospital público o dependiente de alguno de los organismos de la Seguridad Social que confirme la existencia de serios problemas de salud e indicando la duración del tratamiento. En la práctica, no siempre se expulsa a las personas, pero no por ello obtienen el permiso de residencia.

EN BÉLGICA (BE)

112 personas fueron entrevistadas en el centro de acogida, atención y orientación (CASO) de Médicos del Mundo de Bruselas. Representan el 44% de las personas en situación irregular que acudieron al centro los días de la encuesta. Las razones de la falta de participación en la encuesta son principalmente razones lingüísticas (un 16%) o de falta de tiempo (un 12%). El índice de no respuesta de las personas contactadas es tan sólo del 10%.

El CASO de Bruselas cubre a toda persona que no tenga acceso a la atención sanitaria para poder explicarle y ayudarle a realizar los trámites administrativos necesarios para obtener una cobertura médica. El CASO moviliza a un equipo pluridisciplinar compuesto por personas encargadas de recibirles, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, que proporcionan atención sanitaria durante la duración de los trámites. El equipo realiza también las consultas más a largo plazo para las personas que no tienen ninguna posibilidad de acceder a la atención sanitaria en Bélgica.

El acceso a la sanidad en Bélgica

Bélgica tiene un sistema de seguro médico nacional y obligatorio gestionado por seis fondos privados sin ánimo de lucro de seguros médicos. Las competencias están repartidas entre el gobierno federal (por ejemplo: el seguro obligatorio) y los distintos estados. Por regla general, se paga por adelantado y, a continuación, se reembolsa la parte que cubre el seguro médico de invalidez (entre un 55% y un 75%). Los medicamentos se dividen en seis categorías, en función de su eficacia terapéutica. Su reembolso depende de estas categorías de forma que algunos, como los tratamientos para el VIH/sida, están cubiertos al 100%.

Cuando un paciente está cubierto por la mutua (el seguro médico obligatorio), el pago de los gastos y los reembolsos se realizan de las siguientes formas:

- Para las consultas médicas: o paga la totalidad y se le reembolsa la parte cubierta por la Seguridad Social, o paga únicamente la parte que no cubre la Seguridad Social (según el médico).
- Para los medicamentos: generalmente, solamente paga a la parte que no cubre la Seguridad Social, pero existen distintos niveles de reembolso (más allá de las seis categorías), según el estatus de la persona. Existen un nivel estándar y un nivel de reembolso "superior" para las personas minusválidas o las personas dependientes de un Centro Público de Acción Social (CPAS).
- Para las hospitalizaciones: recibe una factura sólo con la parte que queda a su cargo.

En Bélgica, existen seguros complementarios a la mutua de base. Los más corrientes son los seguros para hospitalizaciones, que cubren una parte de los gastos de hospitalización y reducen la factura. Estos seguros no son obligatorios. Existen distintos modelos de seguros complementarios que cubren todos los gastos sanitarios que no cubre la mutua de base (consultas, pruebas complementarias, hospitalizaciones, medicamentos, odontología, etc.), pero son pocas, muy caras y a menudo las ofrecen algunos países extranjeros, como Francia, a los expatriados residentes en Bélgica que no están acostumbrados a pagar una parte de sus gastos sanitarios.

Por otro lado, en lo que se refiere a la prevención y detección de las ETS y del VIH, solamente existen dos centros de detección anónimos y gratuitos en Bélgica (en Bruselas y en Amberes).

Personas solicitantes de asilo

Tienen derecho a un acompañamiento social, jurídico, médico y psicológico gratuitos. Sin embargo, Fedasil, el organismo federal encargado de la acogida y de la ayuda material a los solicitantes de asilo no consigue, actualmente, garantizar una plaza a todos los solicitantes de asilo en los centros de acogida al principio de sus trámites. De esta forma, los solicitantes de asilo se dirigen a las organizaciones de ayuda a las personas sin hogar, que no están adaptadas a este tipo de público. Las personas que residen fuera de un "centro abierto" tienen derecho a elegir a sus proveedores de servicios sanitarios. En principio, basta con mostrar al proveedor de servicios sanitarios el documento expedido por la Oficina de Extranjería sobre la solicitud de asilo para poder establecer el derecho a la atención sanitaria. A continuación, el proveedor de servicios sanitarios debe ponerse en contacto con el departamento de "gastos médicos" de Fedasil para obtener su acuerdo de cobertura económica (expedición de un certificado que garantice el pago por el servicio sanitario prestado). A partir de ese momento, bastará con enviar la factura a Fedasil para que le reembolsen...

Personas extranjeras en situación irregular

La población extranjera en situación irregular que viva en Bélgica y necesite atención sanitaria y que sea "indigente" pueden, desde 1996, solicitar la Ayuda Médica Urgente (AMU) al Centro Público de Acción Social (CPAS) del que dependa. La falta de conocimiento del sistema administrativo se agrava por el hecho de que cada CPAS, tratándose de una institución dependiente de la autoridad municipal, es libre de seguir una política individual sobre la AMU y establecer unos procedimientos administrativos distintos. Esto provoca problemas principalmente en la región de Bruselas, donde 19 CPAS están concentradas en un territorio relativamente pequeño con una densidad importante. Cada CPAS tiene su propio certificado de la AMU que tiene que rellenar el médico y aplica criterios específicos para

decidir si alguien tiene derecho o no. La mayoría de los proveedores de servicios sanitarios, por su parte, exigen que el paciente presente previamente la garantía de cobertura económica del CPAS, lo que conduce a un círculo vicioso que no se puede romper sin la buena voluntad de, al menos, una de las dos partes. Cada CPAS tiene también sus propias definiciones del grado de indigencia (importe mensual máximo, el hecho de pagar un alquiler, etc.) y, además, cada funcionario realiza su propia interpretación.

Para obtener una AMU, es necesario:

- Obtener un certificado médico que indique la necesidad de la AMU.
- Saber a quién dirigirse para conseguir cita.
- Poder recibir a domicilio la visita de control (domicilio e indigencia) de un empleado del CPAS (hecho especialmente delicado para todas las personas que viven allí).

El plazo de obtención de la AMU, así como la duración de la validez de la misma, varían de un CPAS a otro. Esto obliga a las personas a renovar frecuentemente su AMU, constituyendo así un freno a la atención preventiva de forma general y pudiendo provocar la falta de recurso a la atención sanitaria.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular y menores no acompañados

Todos los niños y las niñas de hasta 6 años tienen derecho a acceder gratuitamente a los servicios de atención preventiva (incluyendo las vacunas), en la Oficina del Nacimiento y de la Infancia de la comunidad francesa en Bélgica.

Los hijos y las hijas de los inmigrantes en situación irregular tienen derecho a atención sanitaria por la misma vía que los adultos, es decir, la AMU. Sin embargo, las condiciones de acceso no son las mismas (certificado médico y visita a domicilio). Desde 2008, los menores extranjeros no acompañados disfrutan de los mismos derechos de seguro sanitario que los nacionales, con la condición de que lleven inscritos al menos tres meses en un establecimiento escolar (salvo exención de obligación escolar).

Ciudadanos y ciudadanas europeos sin recursos suficientes y sin cobertura médica

Si un ciudadano o ciudadana comunitario no tiene suficientes recursos económicos y no disfruta de un seguro médico, su estancia en Bélgica no se considerará autorizada a partir de los tres meses. Por lo tanto, sólo podrá recibir atención sanitaria en caso de urgencias. En ese caso, podrá solicitar la Ayuda Médica Urgente. El CPAS tiene que realizar las comprobaciones pertinentes en el país de procedencia y, sólo después de un año de residencia en Bélgica, concluye que la persona ya no disfruta de ninguna cobertura en su país de origen.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

«La persona extranjera que se encuentre en Bélgica y que, disponiendo de un documento de identidad, sufra una enfermedad a un nivel que implique un riesgo real para su vida o su integridad física, o un riesgo real de tratamiento inhumano o degradante, si no existe ningún tratamiento adecuado en su país de origen o el país donde resida, puede solicitar la autorización de residir» en Bélgica durante un periodo superior a tres meses. Es necesario presentar un certificado médico y un justificante de su dirección. Si la solicitud se juzga admisible y, más tarde, se aprueba, le dará derecho a un permiso de residencia de un año renovable, que da acceso a los derechos de la población residente en situación regular (ayudas sociales, etc.).

Durante la fase de admisibilidad, la Oficina de Extranjería toma una decisión con respecto a la solicitud: es posible que la persona reciba la autorización para quedarse quince días más, dos meses, etc., en función de las necesidades médicas. Únicamente en caso de enfermedades crónicas (VIH, diabetes, esquizofrenia, etc.), se le otorgará una autorización de un año. Tras cinco años de residencia por razones médicas, la persona recibe un permiso de residencia de duración ilimitada.

EN EL REINO UNIDO (UK)

108 personas fueron encuestadas en Londres. La encuesta se realizó en el centro de acogida, atención y orientación, dirigido en gran medida a personas migrantes. Asimismo, se realizó también en la New North London Synagogue (NNLS), donde se entrevistó a siete personas. De todas las personas contactadas, el 25% se negaron a responder a la encuesta, principalmente por falta de tiempo.

El centro de atención sanitaria gratuita del Project London, de Médicos del Mundo, tiene por objetivo mejorar el acceso a la sanidad de las personas en situaciones vulnerables, así como facilitar su acceso al sistema sanitario nacional. Un equipo pluridisciplinar ofrece servicios de enfermería, consultas médicas y consultas sociales, y se asegura de la inscripción de cada persona en un médico o una médica generalista, puerta de entrada al sistema.

La NNLS es un lugar de encuentro destinado principalmente a solicitantes de asilo. Un domingo al mes se organiza una reunión, donde ofrecen consultas con abogados, así como comida, ropa, etc. No hay consultas médicas.

El acceso a la sanidad en el Reino Unido

El sistema sanitario del Reino Unido está financiado en gran medida por los impuestos y se fundamenta en el acceso gratuito a toda la atención sanitaria. El acceso al sistema sanitario se basa en la residencia y no en la nacionalidad, por lo que toda persona que resida de forma regular en el Reino Unido puede acceder a la atención sanitaria. Toda persona debe poder inscribirse en la consulta de un médico o una médica generalista que se encuentre próximo a su lugar de residencia.

El médico generalista es, junto con los servicios de urgencias, la puerta de entrada a la atención especializada. Sin embargo, en ocasiones es difícil inscribirse en un médico generalista debido a complicaciones administrativas (justificante de domicilio, pasaporte, etc.). Existen hospitales públicos y estructuras privadas. Algunos centros de atención sanitaria son de acceso gratuito para todos (independientemente de la situación administrativa): las urgencias, los centros de planificación familiar, los dispensarios abiertos (*Walk-in Centres*) para la atención sanitaria de tipo urgencias.

La atención sanitaria es completamente gratuita en el caso de determinadas patologías como las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades infecciosas (excepto el VIH/sida), las patologías mentales de pacientes que sean peligrosas para ellos o ellas y para su entorno y una lista de 35 patologías (hepatitis, meningitis, síndrome respiratorio agudo severo, etc.). Para otros casos, si bien la consulta médica es gratuita, se prevé una participación de 7,3 euros para los medicamentos prescritos.

Las personas solicitantes de asilo están inscritas en el sistema sanitario nacional, al igual que los nacionales.

Personas extranjeras en situación irregular

Desde la enmienda del 1 de abril de 2004 de la ley de 1977 sobre los servicios médicos, la definición de “residencia habitual” se redujo a “residencia autorizada”, y las nuevas reglas estipularon que las personas en situación irregular dejaban de tener derecho a prestaciones hospitalarias gratuitas.

La inscripción en un médico o una médica generalista sigue siendo posible, pero depende de la buena voluntad del o de la profesional. Sin embargo, todas las pruebas complementarias y la atención especializada hay que pagarlos al hospital, donde hay unos empleados especialmente dedicados a cobrar a los extranjeros estos importes, llegando incluso a acosarles para ello. De esta forma, los gastos correspondientes a la atención prenatal, el parto y la atención postnatal quedan a cargo de las familias, lo que lleva a que frecuentemente no se acuda al hospital en estos casos. A menudo, se pide que se pague antes de que les atiendan.

Por último, si bien los tratamientos para las enfermedades infecciosas son completamente gratuitos, cabe destacar la excepción del VIH/sida, que ha sido eliminado de la lista.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

No está prevista ninguna protección específica para los niños y las niñas que están, por tanto, sometidos a las mismas limitaciones que sus padres. Para inscribir a un niño o una niña en un médico generalista es necesario que el padre o la madre estén inscritos previamente, lo que constituye una dificultad suplementaria. Por lo tanto, el niño o la niña tiene acceso a la atención primaria gratuita si está inscrito en un médico generalista y, en el caso de la atención especializada, tendrá que pagar la totalidad de los gastos.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

Un artículo de la ley sobre inmigración de 1971 (art.3-1b) prevé la posibilidad de otorgar un permiso de residencia discrecional y excepcional. Se puede utilizar por razones médicas, con la condición de demostrar que no existe el tratamiento necesario (y no que no sea accesible) en el país de origen.

EN LOS PAÍSES BAJOS (NL)

Se realizaron 103 cuestionarios en diez ciudades y en 21 estructuras colaboradoras de Médicos del Mundo, lo que permitió diversificar el perfil de las personas entrevistadas:

- En Ámsterdam (62 personas entrevistadas), en las siguientes organizaciones: una asociación que trabaja con trabajadores y trabajadoras domésticos filipinos (Filipino UM DWsNL), Het Kerkhuis, Stichting Sikaman, ASKV, De Open Deur, Centrum 45, Casa Migrante, Wereldpand y Het Wereldhuis.
- En La Haya (6 personas): programas Paardenberg y Oase Stek.
- En Róterdam (6 personas): programa ROS.
- En Haarlem (3 personas): programas Stem in de Stad y De Huiskamer.
- En Utrecht (10 personas): programas STIL y Huize Agnes.
- En Leidschendam (2 personas): programa Stichting Noodopvang.
- En Tilburgo (2 personas): programa VLOT.
- En Eindhoven (10 personas): programa Vluchtelingen in de Knel.
- En Arnhem (1 persona): programa de medicina general Blankenspoor.
- En Leiden (1 persona): programa Fabel van de Illegaal.

La gran mayoría de estos lugares no ofrecen ningún tipo de servicios médicos, pero sí llevan a cabo distintos proyectos sociales (clases de idiomas, Internet, lugares para reunirse y tomar un café, cocina, apoyo espiritual...) dirigidos a inmigrantes con o sin permiso de residencia.

Podemos señalar algunas particularidades de estos proyectos: Het Kerkhuis y Het Wereldhuis (Ámsterdam) están dirigidos principalmente a inmigrantes del África Occidental, mientras que Filipino UMDWs NL está especializado en la acogida de la población filipina. Por otro lado, el programa Huize Agnes, en Utrecht, trabaja con mujeres que son víctimas de la violencia de género o de la trata.

La encuesta se realizó en el marco del proyecto MEDOC de Médicos del Mundo, con el objetivo de mejorar el acceso a la sanidad de los y las migrantes en situación irregular en los Países Bajos. El proyecto consiste en realizar entrevistas médicas con el fin de proporcionar a los migrantes información personalizada sobre sus derechos y sobre el sistema sanitario holandés. Además, Médicos del Mundo les entrega un MEDOC (documento médico), que es como una cartilla sanitaria en la que aparecen sus antecedentes médicos y su historial médico y les ayuda si tienen dificultades para acceder a la sanidad. Este documento (que explica también el sistema de cobertura sanitaria) se puede presentar a cualquier profesional sanitario cada vez que la persona necesita atención sanitaria, facilitando así su acceso a la consulta. El equipo trabaja en colaboración con otras organizaciones, desplazándose hasta sus centros.

El acceso a la sanidad en los Países Bajos

Desde la reforma de enero de 2006, es obligatorio que toda persona que viva en los Países Bajos tenga un seguro médico. Este seguro médico cubre los derechos médicos generales. El asegurado paga aproximadamente 90 euros al mes y el seguro le reembolsa los gastos derivados de la atención sanitaria. Los menores (menores de 18 años) están asegurados de forma gratuita. Las personas con ingresos reducidos pueden obtener una ayuda sanitaria mensual que les ayude a pagar la prima del seguro.

Está previsto que se pueda optar por un “riesgo personal deducible”, que permita pagar primas reducidas pero dejando una franquicia elevada para cuando se recurra a la atención sanitaria. En el caso de que no se utilicen las prestaciones se reembolsa una parte de las primas del seguro (lo que no se refiere a las consultas a médicos generalistas, al seguimiento del embarazo, a la atención odontológica para menores de 22 años ni a las enfermedades crónicas). Para el resto de servicios no incluidos en los derechos médicos como, por ejemplo, la odontología para adultos, los asegurados pueden recurrir a un seguro médico complementario, que pagará la totalidad de los gastos. Algunos seguros han dividido las prestaciones en distintos grupos, de forma que si el paciente no las utiliza, se le reembolsará un menor importe. Otros seguros, más caros, dejan al paciente elegir a los y las profesionales sanitarios.

Los médicos generalistas constituyen la puerta de acceso al sistema sanitario, y tienen acceso al historial médico de cada paciente. Desde la reforma de 2006, empezó a aumentar el número de personas sin cobertura sanitaria en los Países Bajos. Desde la ley de 1998, el derecho a la seguridad social (así como a otras prestaciones sociales) está ligado al estatus legal de residencia. Además, todas las personas que residen en los Países Bajos tienen derecho como mínimo a las “prestaciones médicamente necesarias”.

Personas demandantes de asilo

La cobertura sanitaria para los y las demandantes de asilo es prácticamente igual que el seguro general básico (con algunas excepciones, como la reproducción asistida, las operaciones de cambio de sexo, etc.). Las personas demandantes de asilo no pueden procurarse ellas mismas atención sanitaria, dado que el Estado es responsable de ellos. Desde el 1 de enero de 2009, la COA (organización del Ministerio de Justicia encargada de la atención sanitaria de los solicitantes de asilo) firmó un contrato con Menzis (para las prestaciones curativas) y con el sistema sanitario nacional de los Países Bajos (para las prestaciones de salud pública).

Personas extranjeras en situación irregular

Las personas extranjeras en situación irregular ya no tienen derecho a un seguro médico desde la ley de 1998. Estas personas tienen derecho a la atención sanitaria y a los tratamientos médicamente necesarios, lo que incluye las patologías infecciosas. El término “médicamente necesario” incluye:

- Las situaciones que pongan en peligro la vida de la persona.
- Las situaciones de pérdida permanente de las funciones esenciales.
- Las enfermedades contagiosas y los trastornos psicológicos que puedan provocar un comportamiento agresivo.
- El seguimiento pre y postnatal.
- La prevención y la vacunación de los niños y las niñas.
- Las situaciones en las que un profesional sanitario considere el tratamiento médicamente necesario y apropiado, lo que suele coincidir con los derechos médicos que incluye el seguro médico obligatorio.

Hasta finales de 2008 (periodo durante el que se realizó la encuesta presentada en este informe), el gobierno holandés había puesto en marcha un fondo especial (*Koppenlingsfonds*) para las personas en situación irregular que no pudieran pagar la atención sanitaria recibida. Este fondo reembolsaba los gastos derivados de las consultas a los médicos y médicas generalistas, matronas, farmacéuticos y farmacéuticas y dentistas que lo solicitaban (con la condición de que conocieran la existencia de dicho fondo).

En el caso de la atención especializada, los hospitales podían utilizar un presupuesto reservado a los “deudores dudosos”. En todos los casos (atención primaria y especializada), los pacientes debían pagar una parte de los gastos. Sólo cuando el pago era imposible, los profesionales sanitarios (generalistas, dentistas o enfermeros) podían enviar la factura al *Koppenlinsfonds*. Para la atención especializada, los hospitales debían decidir si utilizaban o no el mecanismo para “deudores dudosos”. La forma de recuperación de los gastos dependía mucho del médico o del hospital.

En enero de 2009, el gobierno holandés instauró un nuevo reglamento económico dentro de la ley sobre los seguros médicos. Según este reglamento, las personas extranjeras en situación irregular tienen la responsabilidad de pagar siempre las prestaciones sanitarias que reciben. En los casos en que no pueden pagar, los profesionales y las instituciones sanitarias pueden recibir una compensación parcial por los costes irrecuperables. Esto se aplica tanto a la atención primaria como a la atención especializada u hospitalaria. Este sistema financiero sustituye el fondo especial de atención primaria, *Koppenlingsfonds*, así como a los fondos para los “deudores dudosos” de los hospitales (sólo para pacientes en situación irregular). En este nuevo sistema, los profesionales sanitarios reciben una menor compensación por los gastos, salvo en el caso de las matronas, que siguen recibiendo el 100%. En cada región (26 en total), sólo un hospital y una farmacia tienen un subcontrato con la institución responsable para aplicar el nuevo reglamento, válido para toda la atención sanitaria de las personas en situación irregular.

Desde que esta nueva ley entró en vigor, Médicos del Mundo constata un aumento del número de problemas del acceso a la sanidad, principalmente para los servicios de odontología para personas adultas y la accesibilidad de las farmacias (sólo una por región).

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Los hijos y las hijas de los inmigrantes en situación irregular tienen derecho, al igual que sus padres y madres, a la atención sanitaria médicamente necesaria. Sin embargo, en lo que se refiere a las vacunas y a la salud preventiva, tienen el mismo acceso gratuito que los y las menores nacionales.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

Las personas extranjeras en situación irregular que padezcan tuberculosis pueden obtener un permiso para aplazar su expulsión, así como las mujeres embarazadas (no se las puede repatriar en avión seis semanas antes o después del parto) y los extranjeros (o un miembro de su familia) que estén demasiado enfermos para viajar. En todos estos casos, es necesario un certificado médico.

Las personas extranjeras gravemente enfermas pueden obtener un permiso de residencia temporal de un máximo de cinco años (o menos), según la duración necesaria del tratamiento. La solicitud se debe presentar ante los servicios de inmigración, que a su vez solicitan a la Oficina de Asesoramiento Médico que emitan un informe médico sobre el paciente en cuestión. Este informe determina la urgencia de la situación médica e informa sobre si se puede recibir el tratamiento en el país de origen (de hecho, se suele tener en cuenta la existencia del tratamiento en lugar del acceso efectivo al mismo). Los gastos de la solicitud del permiso de residencia ascienden a 331 euros. Por otro lado, se les puede exigir también que tengan pasaporte y un visado temporal. Es posible solicitar el permiso sucesivamente si se demuestra que el tratamiento debe continuar y que es más adecuado y necesario permanecer en los Países Bajos.

EN SUECIA (SE)

La muestra incluye a 103 personas entrevistadas en Estocolmo, en el centro de acogida, atención y orientación de Médicos del Mundo, abierto una noche por semana para inmigrantes sin permiso de residencia. Sólo el 20% de las personas contactadas no respondieron a la encuesta, principalmente por falta de motivación o por razones lingüísticas.

El objetivo del programa es alertar a la opinión pública y a las autoridades locales sobre la falta de acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia, y animar al gobierno sueco a que permita que estas personas, sea cual sea su estatus administrativo, puedan acceder a la salud al igual que toda persona que resida en el país.

El equipo, compuesto por médicos, enfermeros, matronas, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas y juristas responde a las necesidades de las personas sin permiso de residencia, facilitando consultas médicas y tratamientos, seguimiento y consejos para las mujeres embarazadas y también asesoramiento jurídico.

El acceso a la sanidad en Suecia

El sistema sanitario de Suecia, que está financiado por los impuestos y cubre a toda la población, parte de los principios de libre elección de los profesionales sanitarios y de igualdad de acceso a la sanidad. La responsabilidad de la salud sueca está dividida entre el estado, los 21 consejos regionales y los municipios.

En el caso de las personas adultas, la atención sanitaria se organiza en base a un máximo anual de 100 euros para las consultas médicas y 200 euros para los medicamentos. Los hijos y las hijas de los demandantes de asilo tienen los mismos derechos que la población nacional en materia de acceso a la sanidad. Las personas adultas solicitantes de asilo sólo tienen derecho a la atención sanitaria que no se puede aplazar. La interpretación es muy restrictiva, ya que en la mayoría de los casos sólo se les atiende en casos de urgencias y no se realiza un seguimiento de las patologías crónicas graves como cabría imaginar. Por ello, actualmente algunas regiones estudian los casos individuales.

Por otro lado, para poder disfrutar de los servicios sanitarios, es necesario obtener un número de identificación.

Personas extranjeras en situación irregular

Las personas sin permiso de residencia no aparecían mencionados en las leyes relacionadas con la salud hasta mayo de 2008, cuando aparecen reflejados en los anexos de un proyecto de ley. Desde entonces, están explícitamente excluidos del acceso a la sanidad, salvo en caso de que paguen todos los gastos, lo que para la gran mayoría de ellos es imposible. La presión de la sociedad civil (asociaciones y profesionales sanitarios) impidió a las autoridades aplicar una ley que prohibiría formalmente proporcionar atención sanitaria a las personas sin permiso de residencia.

Las personas extranjeras, para poder acceder a la atención sanitaria, deben obtener un número de identificación, lo que es imposible para la población sin permiso de residencia. Por lo tanto, deben pagar todos los gastos, incluidas las urgencias. Sin embargo, una parte de los profesionales sanitarios hace la vista gorda, por razones humanitarias y de salud pública.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Sólo los hijos y las hijas de las personas sin permiso de residencia que estaban registradas como demandantes de asilo y, más tarde, se les denegó el permiso tienen acceso a la sanidad en las mismas condiciones que los y las menores nacionales. Sin embargo, este derecho sólo aparece escrito en el texto de la propuesta de ley (2008: 344), y no en el texto aprobado, aunque sí debería guiar la interpretación de la ley. Por el contrario, los hijos de las personas sin permiso de residencia que no han sido solicitantes de asilo no tienen más acceso legal a la salud que los adultos y deben pagar íntegramente los gastos de la atención sanitaria recibida. Sin embargo, una vez más, una parte de los y las profesionales sanitarios hace la vista gorda, por razones humanitarias y de salud pública.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

La ley sueca sobre las personas extranjeras (Aliens Act 716/05) dice que es posible otorgar un permiso de residencia a un extranjero tras una evaluación global de su situación. Si se determina que las circunstancias son especialmente difíciles (teniendo en cuenta principalmente su estado de salud), debería obtener un permiso para quedarse en Suecia.

La ley de extranjería estipula que si una orden de expulsión o un rechazo de entrada es definitiva e irrecurrible, la oficina sueca de migración puede no ejecutarla si existen razones médicas u otras razones especiales que la hagan inejecutable. La duración del permiso de residencia acordado dependerá del carácter permanente o temporal de las razones que lo justifiquen. En la realidad, es muy difícil obtener un permiso de residencia por razones médicas, pero las asociaciones consiguen, a veces, impedir la expulsión.

EN ITALIA (IT)

99 personas fueron entrevistadas en tres lugares distintos en Milán:

- Una unidad móvil para las personas sin hogar, a menudo inmigrantes en situación irregular (43 personas).
- Un centro de salud especializado en consumidores de drogas (33 personas).
- Un centro de acogida de emergencia abierto por las noches (23 personas).

Estos tres programas los realizan asociaciones colaboradoras. Una médica generalista de Médicos del Mundo realizó la encuesta en estos tres lugares.

El acceso a la sanidad en Italia

El sistema sanitario nacional italiano se basa en los principios de universalidad y de solidaridad, y está financiado esencialmente por los impuestos. La constitución italiana garantiza el derecho a la salud y al acceso gratuito a la atención sanitaria para los indigentes. La responsabilidad del sistema sanitario está dividida entre el gobierno, las 20 regiones y las agencias sanitarias locales (ASL), responsables de la organización de la atención sanitaria en el país.

Los derechos médicos básicos, en su mayoría de acceso gratuito, están garantizados para todas las personas con la condición de inscribirse en el sistema sanitario nacional a través de las agencias sanitarias locales y de obtener una tarjeta de salud. En algunos casos, una parte de los gastos quedan a cargo del paciente (16 euros para las consultas de atención especializada y 45 euros por los días de hospitalización) a menos que se disponga de un certificado de indigencia.

Los y las demandantes de asilo y sus hijos e hijas tienen los mismos derechos que la población nacional.

Personas extranjeras en situación irregular

Las personas extranjeras en situación irregular no tienen derecho a inscribirse en el sistema sanitario nacional. Sin embargo, pueden solicitar un código de extranjero temporalmente presente (STP, por sus siglas en italiano), expedido por las agencias sanitarias locales y válido por un periodo de seis meses (renovable). Para solicitar el código STP, gratuito y anónimo, es necesario obtener el estatus de indigente. A pesar de ello, hasta marzo de 2008, debían pagar la parte que no cubre el sistema sanitario en las mismas condiciones que la población nacional. La supresión del pago de estos gastos restantes para los indigentes es todavía poco conocida y, por lo tanto, no se aplica lo suficiente.

El código STP proporciona acceso a la atención sanitaria llamada urgente (que no puede retrasarse) o esencial (definición mucho más amplia, que incluye la medicina preventiva, la atención prenatal, los partos, la atención sanitaria de niños, las vacunas y los tratamientos de enfermedades infecciosas). Sin embargo, no da acceso a los médicos generalistas que son, al igual que en muchos otros sistemas sanitarios de Europa, la puerta de paso obligatoria para poder acceder a la medicina especializada. Por lo tanto, deben recurrir al hospital o encontrar a médicos de ONG que les firmen un certificado y les orienten, pero luego dependerá de las Agencias Sanitarias Locales aceptarles o no.

El Senado italiano aprobó en enero de 2009 una enmienda que anula la prohibición de denuncia cuando se recurre a la atención sanitaria. Esta enmienda fue finalmente rechazada por el Parlamento Europeo en marzo de 2009.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Los hijos y las hijas de las personas sin permiso de residencia están incluidos en la tarjeta de STP de sus progenitores, de forma que tienen derecho a la misma atención sanitaria que los hijos y las hijas de la población nacional.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

Una ley de 1998 permite obtener un permiso de residencia temporal por “serias razones humanitarias”. Sin embargo, el campo de aplicación de esta ley no está claro, ya que no se hace ninguna precisión en la misma. De esta forma, es la jurisprudencia la que permite saber cuáles son los derechos en la materia: las decisiones del Tribunal Constitucional y de varios tribunales administrativos establecieron que «un extranjero enfermo en situación irregular residente en Italia debería tener derecho a un permiso de residencia por razones médicas durante el tiempo necesario para acceder a la atención sanitaria de forma urgente mientras que no se le pueda tratar en su país de origen». Sin embargo, estas decisiones todavía no se han trasladado a la legislación italiana. Las solicitudes deben realizarse en la Oficina de Inmigración de la policía.

Según un decreto legislativo de 1998 sobre la población extranjera, no se puede ejecutar ninguna medida de expulsión a una mujer embarazada en situación irregular ni durante el embarazo ni durante los seis meses posteriores al parto. Aun así, la expulsión no queda anulada sino aplazada.

EN PORTUGAL (PT)

32 personas fueron encuestadas:

- En Lisboa (21 personas), en una unidad móvil de Médicos del Mundo dirigida a personas que viven en condiciones precarias (personas sin hogar, usuarios y usuarias de drogas, migrantes en situación irregular, etc.).
- En Loures (11 personas), en dos lugares.

De todas las personas a las que se pidió que respondieran a la encuesta, sólo cuatro se negaron a hacerlo (por falta de tiempo o porque se encontraban bajo los efectos del alcohol).

El objetivo de la unidad móvil de Lisboa, “Noite Saudavel”, es mejorar el acceso a la atención primaria y reducir el índice de enfermedades de transmisión sexual de la población que vive en las calles de Lisboa. El equipo está compuesto por especialistas en acogida, un enfermero y un trabajador social.

Loures, situada en la aglomeración urbana de Lisboa, se caracteriza por la grandísima diversidad de sus habitantes. El programa “Saude pa nos Bairro”, que también participó en la encuesta, interviene en tres distritos sanitarios del municipio. Su objetivo es aumentar el acceso a la atención sanitaria en el sistema sanitario público y mejorar el acceso a la detección y al tratamiento del VIH/sida de los inmigrantes por medio de consultas, de actividades de promoción de salud, de información sobre los derechos y de actividades que permiten concienciarse con cuestiones de género, discriminaciones y derechos humanos. El equipo está compuesto por un coordinador, dos enfermeros, un trabajador social y un animador sociocultural.

El acceso a la sanidad en Portugal

El sistema sanitario existe desde 1970. La Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud a través del servicio nacional universal de acceso a la sanidad financiado por los impuestos y accesible en base a la residencia. En 1980 se empezó a privatizar el sistema sanitario y se han constatado diferencias notables entre las distintas regiones. Se puede acceder a la atención sanitaria en las consultas médicas locales y en los hospitales públicos. Los pacientes deben pagar una contribución por las consultas médicas, la atención en urgencias y los medicamentos, en función de su valor terapéutico. Algunas personas pueden estar exentas (las mujeres embarazadas o que hayan dado a luz dentro de las ocho semanas anteriores, los niños y las niñas menores de doce años, las personas paradas, las personas diabéticas o aquellas que padezcan tuberculosis, VIH/sida, etc.). Los y las residentes deben obtener una tarjeta sanitaria nacional para poder acceder a la atención sanitaria. Además, los médicos generalistas son la puerta de entrada hacia la atención especializada.

Las personas demandantes de asilo tienen los mismos derechos de acceso a la atención sanitaria que la población nacional.

Personas extranjeras en situación irregular

Las personas extranjeras presentes en el país durante un periodo inferior a tres meses o aquellos que no consigan demostrar su presencia en el país de más de tres meses sólo tienen derecho a la atención sanitaria de urgencias que, según la ley, no se les puede negar. Deberán pagar por la atención sanitaria salvo que estén exentos del pago, gracias a un documento oficial que certifique su falta de recursos. Los extranjeros en situación irregular tienen acceso al sistema sanitario nacional si consiguen demostrar su presencia de más de 90 días en el territorio portugués. Para ello, deben obtener un documento expedido por el Consejo del Distrito, que les pide que demuestren su presencia en el territorio con pruebas o con la declaración de dos testigos. Una vez obtenido, deben dirigirse al centro de salud más cercano de su residencia habitual para conseguir registrarse temporalmente como pacientes que, según el lugar, es válido para uno o varios tipos de prestaciones. Deberán participar en el pago como los nacionales, salvo en caso de exención (certificado de falta de recursos, enfermedades de transmisión sexual, vacunas, planificación familiar, maternidad, etc.).

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Los hijos y las hijas de los inmigrantes sin permiso de residencia pueden acceder a la atención sanitaria en las mismas condiciones que los hijos y las hijas de la población nacional. Para poder acceder a estas prestaciones, deben registrarse en el registro de niños sin permiso de residencia, que se encuentra bajo la responsabilidad del Alto Comisariado para la Inmigración y el Diálogo Intercultural.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

Toda persona extranjera enferma que necesite una asistencia médica prolongada que obstaculice la vuelta a su país de origen para evitar riesgos para la salud puede solicitar un permiso de residencia temporal (art.122(1) (g) decreto ley nº 23/2007). Para obtener un permiso de residencia provisional, hay que dirigirse al Servicio de Extranjeros y Fronteras (art.61 (1) y (8) decreto ley nº 84/2007) y presentar:

- Un certificado médico expedido por un facultativo reconocido oficialmente que certifique que la persona extranjera sufre una enfermedad que necesita una estancia prolongada y le impide volver a su país de origen, ya que conllevaría un riesgo para su salud.
- Un documento de viaje o un pasaporte válido.
- Un justificante de alojamiento.
- Pruebas de recursos de subsistencia.
- Una solicitud para la consulta del registro criminal portugués y un documento expedido por el país de origen que sirva como certificado de antecedentes penales.

Si se le concede el permiso, este tendrá una validez de un año y se podrá renovar para un periodo de dos años.

EN ALEMANIA (DE)

La encuesta fue realizada por Open Med, el centro de acogida, atención y orientación de Médicos del Mundo para personas sin seguridad social en Múnich. Se entrevistó a 24 personas (el 80% de las personas sin permiso de residencia recibidos en el centro durante tiempo que duró la encuesta).

Médicos del Mundo trabaja en colaboración con otra asociación: Café 104, especializada en los derechos de las personas sin permiso de residencia para garantizar el acceso a la atención médica básica a las personas que tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria (personas sin permiso de residencia o que no tienen seguridad social). Un equipo médico voluntario recibe a los y las pacientes y les proporciona un servicio de atención primaria. Para los problemas dentales o relacionados con el embarazo, se envía a los y las pacientes a una red colaboradora de profesionales sanitarios. Asimismo, proporcionan ayuda psicosocial y asesoramiento jurídico a las personas que lo necesitan.

El acceso a la sanidad en Alemania

La seguridad social es obligatoria en Alemania para todos desde la reciente reforma sanitaria de 2007. El sistema parte del principio de subsidiariedad y de solidaridad. Las contribuciones se basan en los ingresos, salvo en el caso de los trabajadores autónomos y los estudiantes mayores de 30 años o que hayan pasado más de 14 semestres en el sistema universitario, que deben contratar un seguro privado. En este caso, las contribuciones no dependen de los ingresos, sino del estado de salud de la persona y a veces son demasiado elevadas. Asimismo, el sistema prevé el pago de una cuota de 10 euros trimestrales para todas las consultas con un médico generalista, con un especialista o un dentista, 10 euros por día de hospitalización y una contribución del 10% del precio de los medicamentos (máximo 10 euros por receta). Toda persona que esté pasando una temporada o residiendo en Alemania debe tener un seguro médico que le cubra para poder disfrutar de la atención sanitaria. Las personas sin recursos pueden estar exentas del pago.

Si bien la legislación es nacional, existen distintas interpretaciones y aplicaciones de la ley dentro de cada uno de los *Länder* (estados federados de Alemania) y dentro de cada municipio.

Personas demandantes de asilo

En Alemania, las personas demandantes de asilo no tienen el mismo acceso a la atención sanitaria que la población nacional. Sólo obtienen la igualdad de derechos tras 48 meses en el territorio alemán. Durante este periodo, según aparece reflejado en la ley sobre las prestaciones de los demandantes de asilo, sólo tienen derecho a atención en los servicios de urgencias (incluidas las prestaciones de odontología), a las prestaciones relacionadas con el embarazo, a las vacunas obligatorias, a las pruebas médicas preventivas y a las prótesis dentales en algunos casos. Sin embargo, algunos trabajadores sanitarios no hacen distinciones entre los distintos tipos de prestaciones porque es prácticamente imposible y por principios éticos. Los hijos y las hijas de los demandantes de asilo dependen del mismo sistema que las personas adultas. Sin embargo, la ley prevé que los niños y las niñas puedan disfrutar de otras prestaciones que respondan a sus necesidades específicas.

Personas extranjeras en situación irregular

En teoría, las personas extranjeras en situación irregular tienen derecho a las mismas prestaciones sanitarias que los y las demandantes de asilo. No obstante, los miembros de las administraciones públicas, incluidos los servicios de ayuda social (responsables de cubrir los gastos derivados de la atención sanitaria de las personas sin permiso de residencia), tienen obligación de denunciar a los servicios de inmigración a toda persona en situación irregular conocida en el marco de su trabajo. Por lo tanto, las personas sin permiso de residencia renuncian a que se les atienda o a llevar a sus hijos o hijas a la consulta médica, incluso en casos graves, por miedo a la denuncia y a la expulsión. En algunos casos, intentan pagar ellos mismos los gastos médicos o utilizar la tarjeta sanitaria de algún familiar o amigo.

Según la ley que regula las enfermedades infecciosas, la población sin permiso de residencia tienen derecho a asesoramiento, a la detección de patologías con riesgo de transmisión y a la atención ambulatoria (infecciones de transmisión sexual, tuberculosis...). La ley prevé la cobertura de los gastos de los tratamientos del VIH/sida. Sin embargo, la obligación de denuncia impide que haya un acceso efectivo a la atención sanitaria.

En este contexto, algunos centros atienden gratuitamente a las personas sin permiso de residencia que han sido enviadas por asociaciones médicas, sobrepasando la ley. Asimismo, tanto por razones de salud pública como por razones humanitarias, numerosos municipios e iniciativas locales privadas intentan facilitar el acceso a la sanidad de todos, incluidos de aquellos que no disponen de permiso de residencia (en Múnich, Berlín, Fráncfort, Bremen y Colonia). Además, algunas regiones están creando unos fondos financiados por impuestos o donaciones para poder cubrir los gastos médicos de las personas sin permiso de residencia.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

En teoría, los hijos y las hijas de las personas extranjeras en situación irregular tienen acceso a las mismas prestaciones sanitarias que los hijos y las hijas de los demandantes de asilo. Sin embargo, al igual que las personas adultas en situación irregular, deberán denunciarles a los servicios de inmigración, por lo que los padres en situación irregular pueden renunciar a llevar a sus hijos e hijas a la consulta médica por miedo a que les expulsen del país.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

La expulsión de una persona extranjera enferma se puede aplazar si esta no es posible debido a su estado de salud. Un extranjero en situación irregular puede obtener una *Duldung* (permiso temporal excepcional) si la solicita (art.60(a) de la ley de residencia) por razones médicas (en caso de embarazo, de trastorno por estrés postraumático o PTSD, de enfermedades que imposibiliten la ejecución de la expulsión, etc.). El artículo 25 de esta misma ley estipula que un extranjero puede obtener un permiso de residencia en Alemania si existen razones humanitarias o urgentes o bien razones personales o de interés público que necesiten su presencia en Alemania. Las personas titulares de un *Duldung* tienen derecho a las mismas prestaciones sanitarias que los demandantes de asilo.

Si no existe la posibilidad de tratamiento en el país de origen para una patología grave que pueda producir la muerte o un deterioro grave del estado de salud, se puede impedir la expulsión de la persona enferma. En este caso, la persona puede obtener un permiso de residencia y podrá disfrutar del mismo acceso a la sanidad y de las mismas prestaciones sociales que un ciudadano o ciudadana alemán.

EN SUIZA (CH)

Sólo se pudo entrevistar a once personas en la consulta de una asociación colaboradora, FriSanté, en Friburgo. Entre todas las personas recibidas que respondían a los criterios de la encuesta, sólo seis no respondieron porque tenían miedo, estaban desorientadas, no querían responder o no hablaban el mismo idioma que la persona que el encuestador.

El objetivo del programa es facilitar y garantizar el acceso a la prevención y a la atención sanitaria a todas las personas que no tienen la posibilidad de acceder al sistema sanitario, así como promover el respeto de los derechos de los pacientes y de sus personas cercanas. El equipo realiza consultas de enfermería y orienta a las personas enfermas hacia una red de profesionales sanitarios del sector privado.

El acceso a la sanidad en Suiza

El sistema sanitario suizo se basa en un seguro médico obligatorio para todas las personas que residan en el territorio suizo. La persona asegurada paga a su compañía de seguros una cuota mensual por adulto, que puede variar pero que puede ascender a 340 euros, en función de los cantones y de las prestaciones. El asegurado paga una franquicia elegida de entre 200 y 1700 euros, así como el 10% de sus gastos médicos, hospitalarios y de tratamiento hasta los 480 euros. Cuanto más alta es la franquicia, más baja es la cuota mensual. Así, la población más pobre toma a menudo esta elección, que le lleva a sufrir tremendas dificultades y a renunciar a las prestaciones sanitarias cuando sufre alguna enfermedad porque no puede pagar los gastos. Los cantones pueden otorgar ayudas a las personas aseguradas cuya condición económica es modesta con el objetivo de garantizar el acceso a la sanidad. Estas ayudas pueden cubrir hasta el 100% de los gastos sanitarios de las personas excluidas socialmente.

Personas extranjeras en situación irregular

Las personas sin permiso de residencia sólo pueden tener acceso a la sanidad una vez que contraten un seguro médico. Por norma general, tienen el derecho y la obligación de contratar un seguro, al igual que todas las personas presentes en el territorio suizo, con un documento de identidad y una dirección. Sin embargo, un gran número de personas sin permiso de residencia no tiene recursos para pagar las cuotas del seguro, ya que viven y trabajan en condiciones precarias. Por otro lado, un pequeño retraso en el pago de las cuotas puede llevar a que se emprendan acciones legales contra ellos y se les puede llegar a denunciar. La falta a la obligación de pago de las cuotas del seguro médico lleva a la suspensión del reembolso del tratamiento pendiente o posterior. Debido a todas estas razones, muchas personas sin permiso de residencia no contratan ningún seguro. En cuanto a los médicos y las médicas que les ayudan, en teoría pueden ser perseguidos.

Hijos e hijas de inmigrantes en situación irregular

Estos y estas menores sufren las mismas dificultades que sus padres y madres. El acceso a los cuidados dentales, ya difícil para los hijos y las hijas de los residentes, es principalmente inaccesible por razones económicas.

La educación es obligatoria para todos los niños y todas las niñas que se encuentran en el país. Por lo tanto, los padres pueden inscribir a sus hijos e hijas en colegios para los cursos obligatorios (primaria y secundaria inferior). En todos los colegios e institutos trabajan médicos y médicas escolares y pediatras. Así, todo niño o toda niña escolarizado recibe un seguimiento de vacunación (gratuito) y de prevención (peso, vista, oído, etc.). Si el médico o la médica escolar detecta un problema, informa a la familia, que debe realizar los trámites necesarios para tratar a su hijo o hija. Además, un dentista escolar realiza consultas de detección (una o varias veces al año) y de prevención. Al igual que el médico escolar, si detecta un problema informa a los padres, que deben realizar los trámites necesarios para tratar a su hijo o hija.

Protección de las personas extranjeras gravemente enfermas (sin acceso efectivo a la atención sanitaria en su país de origen)

En Suiza, existe una posibilidad legal de regularización por razones médicas: la ley federal de extranjería (LEtr), que entró en vigor el 1 de enero de 2008, dice en su artículo 83, párrafo 1: «La oficina decide admitir provisionalmente al extranjero si la repatriación o la expulsión no es posible, no es lícita, o no se puede exigir razonablemente...», y en el párrafo 4: «La ejecución de la decisión puede no exigirse si la repatriación o la expulsión del extranjero a su país de origen o de procedencia le pone de forma concreta en peligro, por ejemplo, en caso de guerra, de guerra civil, de violencia generalizada o de necesidad médica».

Los trámites se realizan a través de una asociación (Cáritas, Groupe Sida Ginebra, etc.). Se trata de un procedimiento largo, que depende primero de cada cantón (las apreciaciones varían de un cantón a otro según su política de apertura) y más tarde, pasa a escala federal, si pasa la primera fase. Mientras no se acepte el caso, la persona puede disfrutar de un permiso de corta duración. Si se acepta el caso, se otorga a la persona un permiso F o B, que le permite residir y trabajar en Suiza. De lo contrario, puede ser expulsada.

Las asociaciones, como Grupo Sida Ginebra, que defienden estos casos, recurren regularmente a las decisiones de las autoridades, ya que estas no tienen lo suficientemente en cuenta algunos elementos prácticos relacionados con la accesibilidad a los tratamientos en el país de origen, así como los problemas de transporte, de agotamiento de existencias y de conservación, a pesar de que la expulsión de la persona pueda poner en riesgo su vida.

2. METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

- **Redacción y realización de los cuestionarios**

El cuestionario²² se centraba en la situación social y en las condiciones de vida de las personas en situación irregular, así como en su estado de salud y en su recurso a la atención médica. Incluía 77 preguntas, 73 de las cuales estaban dirigidas a las personas encuestadas. Entre ellas, diez preguntas eran de orden estrictamente médico y la mayoría de ellas eran preguntas cerradas. La trama del cuestionario, idéntica en todos los países, se adaptó en función de las distintas legislaciones y de sus sistemas sanitarios respectivos. Se retomó y mejoró el cuestionario de la encuesta de 2005-2006 del Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad, sobre todo añadiéndole preguntas sobre las razones de la migración, el trabajo, la violencia sufrida y la salud.

El número de personas entrevistado en cada uno de los países depende tanto del volumen de actividad de los programas de Médicos del Mundo y de las consideraciones prácticas de organización, como de la disponibilidad de las personas para realizar la encuesta. En algunos países, se trabajó con distintas asociaciones colaboradoras con el fin de aumentar el número de personas a las que se podía entrevistar. **Según el protocolo, las personas que participaron en la encuesta debían de ser seleccionadas al azar**, constituyendo una muestra exhaustiva de la población migrante en situación irregular que acudió a los centros a lo largo de uno o varios periodos determinados, o (menos frecuente), constituyendo una muestra sistemática de un porcentaje de las personas que respondían a estos criterios. De esta forma, se redujeron los sesgos de selección constatados en la encuesta precedente. Los detalles de los protocolos de recogida de datos por países se indican en un documento anexo.

De la realización de las encuestas se encargaron, principalmente, las personas voluntarias de los programas implicados, a quienes se había formado previamente para esta tarea. La duración de las encuestas era de entre 30 y 45 minutos (sin contar con la parte médica). En la mayoría de los casos, y en la medida de lo posible, la parte médica la rellenó un médico o una médica. Sin embargo, en algunos casos, sobre todo en España, Grecia y Portugal, esta parte la rellenaron otros profesionales sanitarios²³, debido a la organización específica de las actividades de las asociaciones.

Para poder integrar en la muestra a personas que no hablaran el idioma del país de la encuesta, los encuestadores recurrieron a personas que pudieran traducir cuando era necesario (voluntarios de Médicos del Mundo o acompañantes de las personas encuestadas) en 8 de los 11 países²⁴. En total, el 17% de las encuestas se realizaron con la ayuda de un traductor o una traductora. Sin embargo, la barrera lingüística fue un motivo frecuente de no participación, cuando no era posible traducir al idioma de la persona encuestada. Con menos frecuencia, algunas personas se negaron a participar por motivos como la falta de tiempo o la falta de interés por la encuesta.

²² Ver cuestionario anexo.

²³ En el 85% de los casos, la parte de salud del cuestionario la rellenaron profesionales sanitarios. En el 58% de los casos se trataba de un médico, en el 12% de un enfermero, en el 15% de otro profesional sanitario (psicólogo, auxiliar, matrona, etc.), en el 7,5% se trataba de un estudiante de medicina de segundo ciclo y, en el 7,7% de los casos, de otra persona.

²⁴ Se trata de Alemania (7 cuestionarios de 24), Bélgica (el 22% de los cuestionarios), España (el 10%), Francia (el 19%), Grecia (el 17%), los Países Bajos (el 10%), el Reino Unido (el 41%) y Suecia (el 28%).

• Análisis de los resultados y redacción del informe

Dos investigadores del equipo de investigación de los determinantes sociales de la salud y del recurso a la sanidad del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica (Inserm) se encargaron del análisis de los resultados. Por un lado, el Dr. Pierre Chauvin, epidemiólogo e investigador del Inserm y, por otro, Isabelle Parizot, socióloga e investigadora en el Centro Nacional de Investigación Científica (CNRS) de Francia. Estos investigadores trabajaron en estrecha colaboración con el equipo del Observatorio de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo. Así, se celebraron varias reuniones de trabajo con los referentes de la encuesta en cada país, que permitieron profundizar en el análisis contrastando los datos estadísticos con los conocimientos y la experiencia de las personas que trabajan sobre el terreno. De esta forma, el equipo del Observatorio pudo completar el informe y enviarlo a todos los Médicos del Mundo para que lo leyeran e hicieran comentarios antes de empezar a traducirlo. Los datos fueron analizados en el Inserm con el programa de tratamiento estadístico SPSS y están disponibles en la sede francesa de Médicos del Mundo.

Nota de traducción: A lo largo de todo el documento español se ha intentado respetar el uso de los géneros masculino y femenino en los términos que se refieren tanto a hombres como a mujeres. No obstante, en ocasiones no se ha podido seguir dicha regla por cuestiones de fluidez lingüística.

• Convenciones de presentación de los resultados

Dado el reducido número de personas entrevistadas en Alemania, Portugal y Suiza, este documento no realiza un análisis específico de estos tres países. Por lo tanto, los datos obtenidos no se utilizan (salvo excepciones indicadas) para comparaciones internacionales. Sin embargo, sí se han tenido en cuenta y se han integrado en el conjunto de la muestra para los análisis generales (concretamente en la fila que indica el “total” en los cuadros y las gráficas).

Considerando los límites recordados en la introducción y la disparidad de los lugares de la encuesta en los distintos países, **las nomenclaturas y las referencias a los países²⁵ en la continuación de este documento deben tomarse por lo que son: acuerdos de presentación, para evitar la pesada repetición de los términos “las personas entrevistadas en los programas que participaron en la encuesta en el país X”.** De esta forma, cada vez que se haga referencia a un país en particular (por ejemplo: «En España, la frecuencia del recurso a la salud es de...», «Los Países Bajos y Suecia se encuentran al mismo nivel en lo que se refiere a...», etc.). **Por supuesto, no se sobreentiende que los resultados observados aquí sean representativos de la situación del conjunto de los migrantes sin permiso de residencia en todo el territorio de país estudiado.** Esto es especialmente relevante en los países en los que la encuesta se ha realizado en un reducido número de lugares, sobre todo en Francia (donde, por ejemplo, la aglomeración marsellesa, con una considerable población inmigrante en situación irregular, no se ha incluido en la muestra), en Grecia (donde sólo se ha realizado la encuesta en las ciudades de Atenas y de Tesalónica), en el Reino Unido (donde la encuesta sólo se realizó en Londres), en Suecia (en Estocolmo) o en Italia (en Milán).

En las gráficas, se utilizan los códigos ISO de los países en lugar de los nombres con todas las letras.

BE	CH	DE	EL	ES	FR	IT	NL	PT	SE	UK
Bélgica	Suiza	Alemania	Grecia	España	Francia	Italia	Países Bajos	Portugal	Suecia	Reino Unido

En todos los idiomas, para los números presentados con un decimal, el decimal se separa de las unidades con una coma para simplificar las traducciones.

²⁵ Las abreviaturas de los nombres de los países utilizadas en algunas gráficas o tablas son las recomendadas por la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea: <http://publications.europa.eu/code/es/es-370100.htm>

• Interpretación de los resultados y de las gráficas

En muchas de las gráficas que presentan porcentajes o frecuencias, el porcentaje observado se representa con una barra llena y su valor aparece indicado en la gráfica. Aparece acompañado de un guión que indica el intervalo de confianza estadística del 95% (o "IC95%") del valor observado. Recordemos que este intervalo de confianza tiene una probabilidad del 95% de contener el valor del porcentaje real que pretendemos estimar (en los casos en los que la estimación se haya realizado a partir de una muestra tomada al azar). Debido a que las personas entrevistadas fueron elegidas al azar en los lugares en los que se realizó la encuesta, este intervalo de confianza cuantifica de alguna forma la incertidumbre sobre el valor observado en la población encuestada (cuanto menor es el número de personas entrevistadas, mayor es la incertidumbre y más amplio es el intervalo de confianza del 95%).

Cuando simplemente se comparan entre sí dos o más resultados (porcentajes, proporciones o medias), a menudo se indica si son o no son "significativamente distintos". Se trata de economía lingüística, ya que la frase completa sería "significativamente distintos desde el punto de vista de la estadística", indicando que la diferencia observada es tal que es muy poco probable que se pueda atribuir únicamente al azar. La probabilidad ("p") aparece, a veces, indicada. Sirve para medir la confianza que podemos tener en que la diferencia observada no se deba al azar (si es superior a 0,05, por definición y por convención, la diferencia no es significativa)²⁶.

De hecho, debido al redondeo de las cifras, es posible que en algunos cuadros presentados en porcentajes, la cantidad no sea siempre igual a 100.

En algunos casos, se realizaron análisis "multivariados". Se trata de análisis realizados con modelos estadísticos de regresión logística, que intentan estimar la relación existente entre una característica (por ejemplo, el sexo) y una situación (por ejemplo, el estado de salud), teniendo en cuenta otras características simultáneamente (por ejemplo: la edad, las condiciones de vida, etc.). La importancia de esta relación se indica en Odds Ratio (OR), que representa el sobriesgo o el subriesgo estadístico relacionado con los distintos valores de la característica en cuestión (es imprescindible tomar uno de estos valores como referencia²⁷). En cuanto a las otras características consideradas, se mantienen iguales. El OR también aparece acompañado de un intervalo de confianza al 95%. Cuando este intervalo de confianza incluye el valor 1 (es decir, la igualdad de riesgos), la relación observada no es significativa desde el punto de vista estadístico.

²⁶ Este valor p representa la probabilidad de obtener una diferencia tan grande (o aún mayor) que la que observaríamos en el caso de que no hubiera diferencia. Por ejemplo, si el porcentaje de personas solas es significativamente distinto entre hombres y mujeres, con $p = 0,01$, esto significa que, si en realidad este porcentaje es idéntico en ambos sexos, el riesgo de observar una diferencia tan grande como la observada en nuestra muestra es del 1%. Esto no significa directamente, al contrario de lo que se piensa a menudo, que la probabilidad de obtener dicha diferencia sea del 1%.

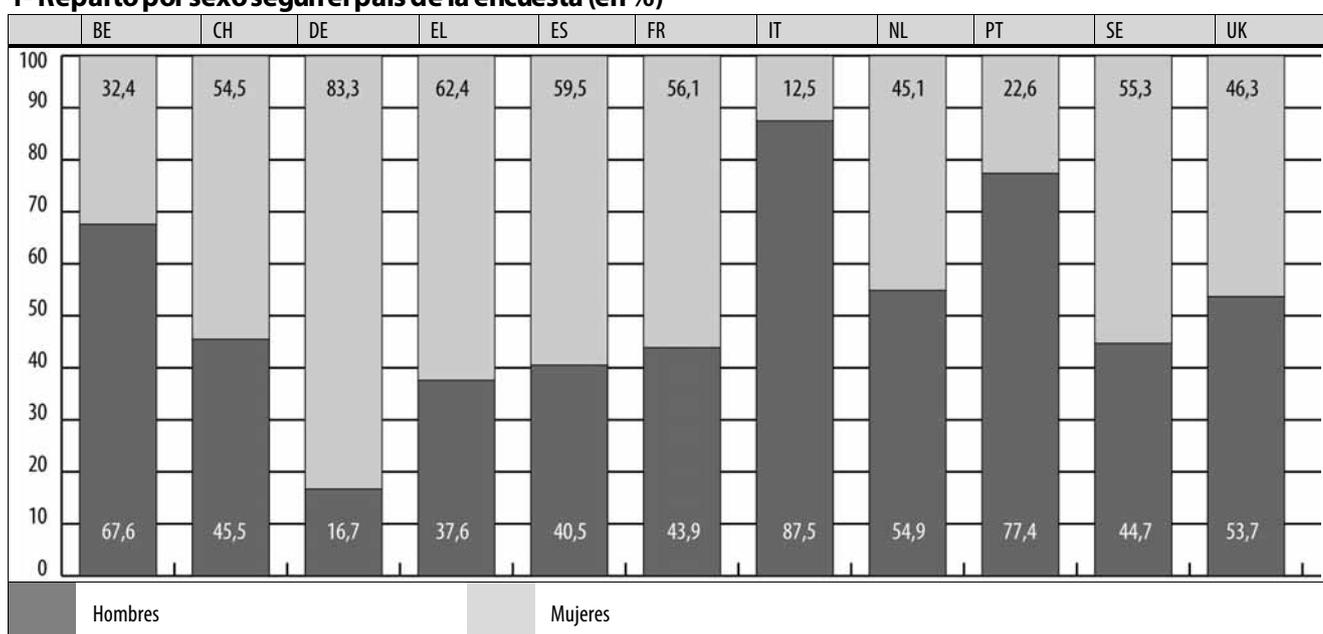
²⁷ Esta referencia puede tener un significado (por ejemplo, si queremos estimar el riesgo asociado a la presencia de un factor, la referencia elegida es, naturalmente la ausencia del factor) o puede ser meramente convencional. El factor estudiado puede ser el país de la encuesta (para poder hacer comparaciones multivariadas de los resultados observados en los distintos países). Así, en este informe hemos elegido Suecia (de forma absolutamente arbitraria) como país de referencia para clasificar todos los demás países entre sí y con relación a Suecia, pero, evidentemente, podíamos haber elegido cualquier otro país de referencia, sin que esto cambie la clasificación relativa de los países entre sí.

3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

- Sexo y edad

La población encuestada está compuesta prácticamente por el mismo número de hombres (50,9%) que de mujeres (49,1%)²⁸. El reparto por sexo es muy diferente en los distintos países, debido principalmente a los tipos de programa en los que se celebró la encuesta. En los países en los que los programas son sobre todo “generalistas” como, por ejemplo, Francia, Países Bajos, Suecia y Suecia, el *sex-ratio* está más equilibrado que en un país como Italia, donde los programas son nocturnos y están dirigidos a personas sin hogar y a consumidores de drogas. El desequilibrio observado en Alemania, Bélgica y Grecia se debe a una casualidad, ya que también se trata de programas generalistas.

1- Reparto por sexo según el país de la encuesta (en %)



La población encuestada es relativamente joven ya que **más de la mitad (el 55%) de los adultos encuestados tienen menos de 35 años**. Las personas de 55 años o más sólo representan el 8% de la muestra. En este sentido, Grecia y, en menor medida, Francia se distinguen de los demás países, ya que el 19% y el 11% respectivamente de los adultos encuestados tienen 55 años o más.

²⁸ Nueve personas precisaron ser transexuales. Debido a que la guía de la encuesta lo precisaba, fue su sexo aparente (en estos casos, femenino) el que se contabilizó.

En todos los países, la media de edad de las personas encuestadas es de 36 años. España e Italia se distinguen por tener una media relativamente baja (33 o 32 años), mientras que en Francia, Grecia y los Países Bajos las personas encuestadas son relativamente mayores (37, 39 y 37 años de media)²⁹.

2- Edad de los encuestados según el país de la encuesta (en %)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	IT	NL	PT	SE	UK	Total
Edad media	36 años	35 años	38 años	39 años	33 años	37 años	32 años	37 años	40 años	35 años	37 años	36 años
Edad mínima	18 años	24 años	18 años	18 años	18 años	18 años	19 años	19 años	19 años	20 años	20 años	18 años
Edad máxima	72 años	47 años	60 años	76 años	72 años	73 años	57 años	63 años	59 años	80 años	72 años	80 años
Franja de edad												
18-24 años	11,6 %	9,1 %	16,7 %	16,9 %	24,5 %	15,6 %	27,6 %	14,7 %	6,5 %	12,7 %	10,2 %	16,9 %
25-29 años	20,5 %	9,1 %	25,0 %	14,4 %	22,7 %	20,6 %	21,4 %	13,7 %	6,5 %	17,6 %	14,8 %	18,6 %
30-34 años	18,8 %	27,3 %	8,3 %	21,2 %	18,1 %	15,6 %	16,3 %	17,6 %	16,1 %	30,4 %	19,4 %	18,9 %
35-44 años	33,0 %	45,5 %	25,0 %	13,6 %	19,7 %	22,6 %	23,5 %	30,4 %	35,5 %	21,6 %	34,3 %	24,6 %
45-54 años	8,0 %	9,1 %	8,3 %	15,3 %	11,1 %	15,1 %	8,2 %	16,7 %	29,0 %	15,7 %	13,9 %	13,3 %
55 años ou +	8,0 %	-	16,7 %	18,6 %	3,7 %	10,6 %	3,1 %	6,9 %	6,5 %	2,0 %	7,4 %	7,7 %
Nº (válido)	112	11	24	118	216	199	98	102	31	102	108	1124

* Debido a que las cifras se han redondeado, la suma de los porcentajes por franja de edad puede no ser igual a 100.

• Nacionalidades

Los países de procedencia de las personas son muy variados. **Aparecen en total 97 nacionalidades distintas** y tres personas son apátridas (ver tabla en el anexo 5).

Casi una de cada tres personas (el 31%) procede de un país del África Subsahariana (sobre todo de Camerún, Nigeria y Senegal). Cerca de una de cada cinco personas (el 18%) proceden de un país de América Latina (sobre todo de Brasil y de Bolivia), mientras que el 14% son magrebíes (el 8% son marroquíes y el 3% de Argelia). El 13% proceden de la Europa no comunitaria (sobre todo de Albania y Ucrania), el 11% de un país asiático (principalmente Filipinas, Mongolia, la India, Bangladesh y China). Por último, el 7% proceden de Oriente Próximo o Medio (sobre todo de Egipto, Afganistán, Irán y Pakistán)³⁰.

En el momento de la realización de esta encuesta, Francia, España y Grecia ya habían transpuesto la directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 29 de abril de 2004 relativa a los derechos de los ciudadanos y las ciudadanas de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y a residir libremente en el territorio de los Estados miembros³¹. Al transponer esta directiva, estos tres países tomaron la decisión (ya que se deja libertad de decisión a los países) de suprimir el derecho a la residencia a los ciudadanos comunitarios sin recursos económicos y sin cobertura sanitaria (considerando que constituyen una carga desproporcionada para el país de acogida). De esta forma, estos ciudadanos europeos entraron en un vacío legal común a las personas sin permiso de residencia. De esta forma, los equipos de España, Francia y Grecia decidieron incluir en la encuesta a los extranjeros ciudadanos comunitarios con los que se encontraron en sus centros. Bélgica también lo hizo, pero al final de la encuesta. Por ello, la proporción de ciudadanos y ciudadanas europeos aparece claramente subestimada en esta encuesta.

3- Distribución por grupos de nacionalidades

	África Subsahariana	América Latina	Magreb	Europa no comunitaria	Asia	Oriente Próximo y Medio	Unión Europea	Apátridas	Total
Efectivos	346	205	152	142	128	80	67	3	1123
%	30,8	18,3	13,5	12,6	11,4	7,1	6,0	0,3	100

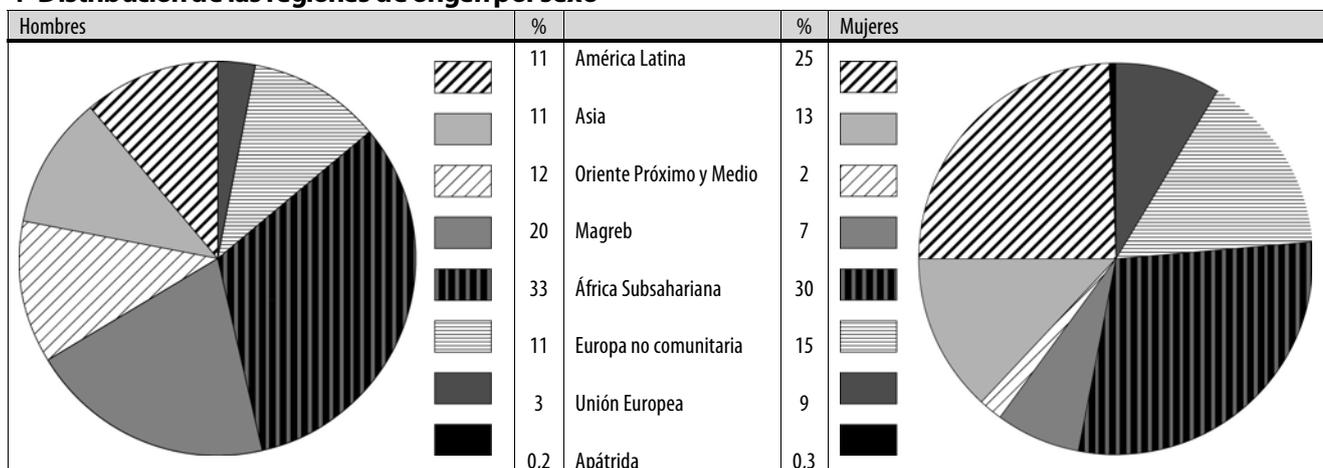
²⁹ Debido a que la encuesta se realiza exclusivamente a personas adultas, estas medias son superiores a la media de edad de los pacientes que suelen recibir atención en los centros de Médicos del Mundo, ya que también atienden a niños y niñas.

³⁰ La clasificación de los países por grupo continental realizada se corresponde con la de *L'Etat du monde*, obra publicada anualmente (véase Badie B., Tolotti S., *L'Etat du monde 2009*, París, La Découverte, 2008, 324 p).

³¹ Desde que se realizó la encuesta, la mayoría de los países han transpuesto la directiva en sus legislaciones.

Dado que la emigración no concierne a los hombres y a las mujeres de forma similar en los distintos países de origen, es normal observar diferencias significativas según el sexo en función del origen geográfico de las encuestas. Si bien tanto los hombres como las mujeres proceden, en la mayoría de los casos, del África Subsahariana (33% y 30% respectivamente), el 20% de los hombres proceden del Magreb (frente a tan sólo un 7% de mujeres), y el 25% de las mujeres proceden de América Latina o del Caribe (frente a un 11% de hombres).

4- Distribución de las regiones de origen por sexo



* Debido a que las cifras se han redondeado, la suma de los porcentajes por franja de edad puede no ser igual a 100.

Asimismo, podemos constatar diferencias significativas en el origen de las personas migrantes entrevistadas en función del país de la encuesta. Estas diferencias están relacionadas principalmente con las características de la inmigración propias de cada uno de los países, relacionadas con su situación geográfica, económica y política, así como con su pasado (en algunos casos, colonial), con la historia de sus flujos migratorios, sus colaboraciones internacionales, etc. Las diferencias observadas dependen también del público destinatario y de los tipos de actividades desarrollados por cada uno de los programas.

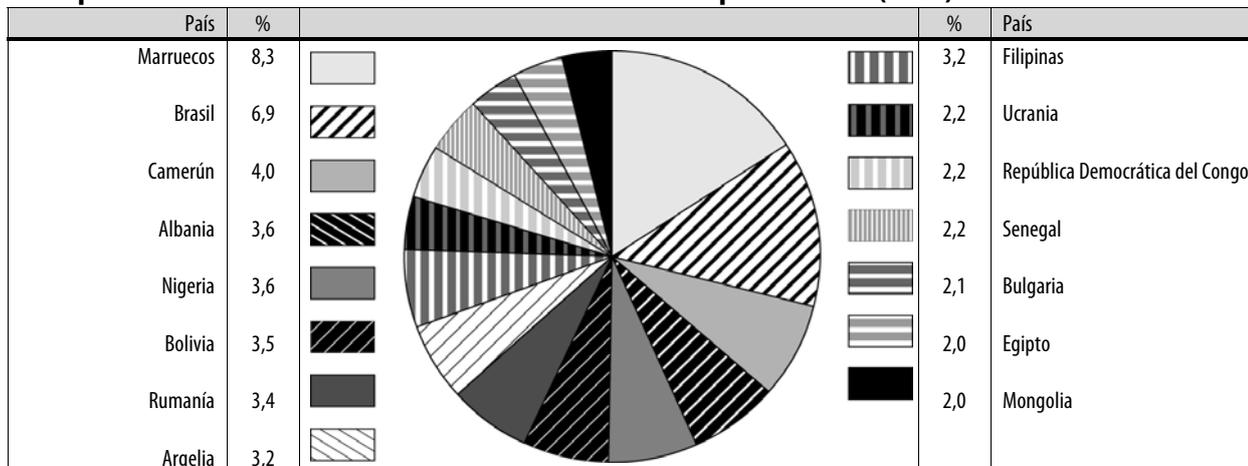
5- Grupos de nacionalidades según el país de la encuesta (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Unión Europea	0,9	20,5	4,6	15,6	1,0	-	-	-
Europa no comunitaria	3,6	41,9	1,9	11,1	27,3	2,9	21,4	2,8
África Subsahariana	28,6	20,5	29,2	49,2	22,2	45,1	5,8	31,5
Magreb	45,5	-	12,5	16,6	24,2	4,9	3,9	4,6
Oriente Próximo y Medio (incluido Pakistán)	2,7	15,4	1,4	4,0	13,1	17,7	7,8	6,5
Asia (incluidas la India y Bangladesh)	5,4 (1,8)	1,7 (1,7)	0,5 (0,0)	1,5 (0,0)	2,0 (1,0)	19,6 (0,0)	41,8 (10,6)	41,7 (15,7)
América Latina	13,4	-	50,0	2,0	10,1	8,8	19,4	13,0
Apátridas	-	-	-	-	-	1,0	-	-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Recordemos que sólo los equipos de Francia, Grecia y, en menor medida, España, incluyeron en la encuesta a los ciudadanos y ciudadanas europeos sin recursos económicos y sin cobertura médica encuestados en sus centros. Esto explica el reducido número de personas europeas comunitarias (un 6%) que aparecen en la encuesta, y no refleja evidentemente la realidad de los programas de Médicos del Mundo, en los que se atiende a numerosos europeos y europeas. Si todos los países los hubieran incluido, las proporciones serían diferentes, tanto en lo que se refiere a los grupos de origen como a las nacionalidades (sobre todo en el caso de la población rumana y los búlgara).

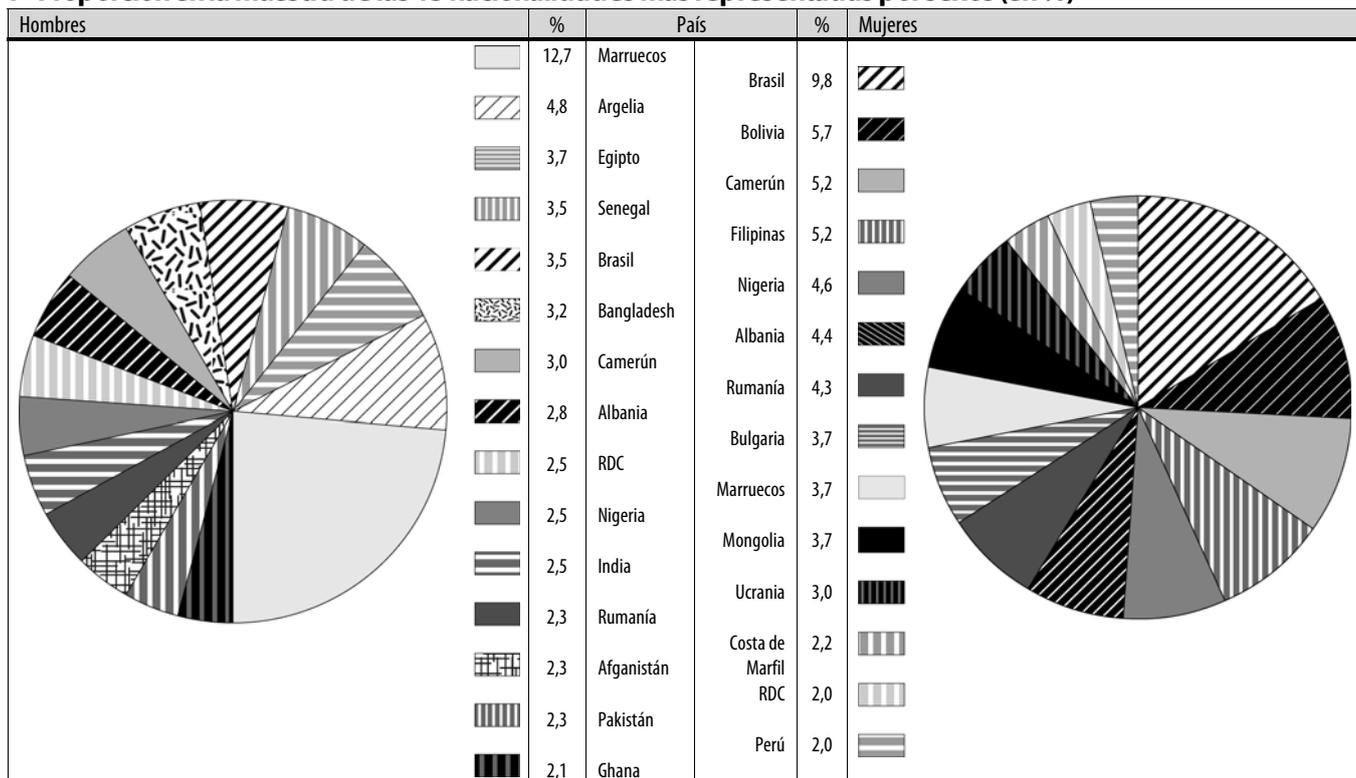
Las siguientes gráficas presentan la distribución de nacionalidades de las 15 nacionalidades más representadas en la muestra (que son también aquellas que representan al menos al 2% de la población), así como la distribución por sexos.

6- Proporción en la muestra de las 15 nacionalidades más representadas (en %)



Las cuatro nacionalidades que más representadas aparecen entre las mujeres son la brasileña (10%), la boliviana (6%), la camerunesa (5%) y la filipina (5%), mientras que en el caso de los hombres son la marroquí (13%), la argelina (5%), la egipcia (4%) y la senegalesa (4%).

7- Proporción en la muestra de las 15 nacionalidades más representadas por sexos (en %)



Cabe señalar que la proporción de personas procedentes de Filipinas en los Países Bajos se debe a que la encuesta se realizó, entre otros lugares, en una asociación filipina.

8- Nacionalidades más representadas según el país de la encuesta (en número de personas) y recordatorio de las principales nacionalidades de la población inmigrante por países*

BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Marruecos: 38 Brasil: 12 República Democrática del Congo: 9 Argelia: 7 Guinea: 5	Albania: 30 Bulgaria: 20 Georgia: 8 Nigeria: 8 Afganistán: 7	Brasil: 28 Bolivia: 25 Senegal: 21 Marruecos: 20 Nigeria: 18	Camerún: 34 Rumanía: 26 Argelia: 16 Costa de Marfil: 14 Congo Brazzaville: 9	Marruecos: 19 Ucrania: 13 Egipto: 11 Albania: 8 Níger: 5 Nigeria: 5 Túnez: 5	Filipinas: 14 Ghana: 10 Sierra Leona: 7 Uganda: 6 Sudán: 5 China: 5 Brasil: 5	Mongolia: 20 Bangladesh: 13 Azerbaiyán: 11 Bolivia: 10 Filipinas: 7	India: 15 Filipinas: 13 República Democrática del Congo: 12 China: 9 Brasil: 7
Principales grupos migratorios por nacionalidades* (en % de la inmigración extranjera total en 2006)							
Países Bajos (12 %) Marruecos (12 %) Francia (12 %)	Albania (42 %) Bulgaria (15 %) Rumanía (6 %)	Rumanía (16 %) Marruecos (10 %) Bolivia (10 %)	Argelia (16 %) Marruecos (13 %) China (6 %)	Rumanía (19 %) Albania (12 %) Ucrania (11 %)	Alemania (11 %) Polonia (10 %) Reino Unido (5 %)	Irak (13 %) Polonia (8 %) Dinamarca (6 %)	Polonia (13 %) India (13 %) China (6 %)

* Fuente: Eurostat 2008.

4. HISTORIAS Y PROYECTOS MIGRATORIOS

• Antigüedad de la migración

Las personas encuestadas dejaron su país de origen hace una media de cuatro años y medio (mediana = 3,3; media = 4,6; desviación típica = 4,8). Esta muestra esconde grandes disparidades, ya que una de cada cinco personas dejó su país hace menos de un año, mientras que una de cada diez lo hizo hace diez años o más.

9- Distribución según la antigüedad de la migración (en %)

	%	% acumulado
Menos de 1 año	21,3	21,3
1 año	14,4	35,7
2 años	9,9	45,6
3 años	10,9	56,5
4-5 años	15,1	71,6
6-9 años	18,6	90,2
10 años y más	9,8	100,0
Total	100	

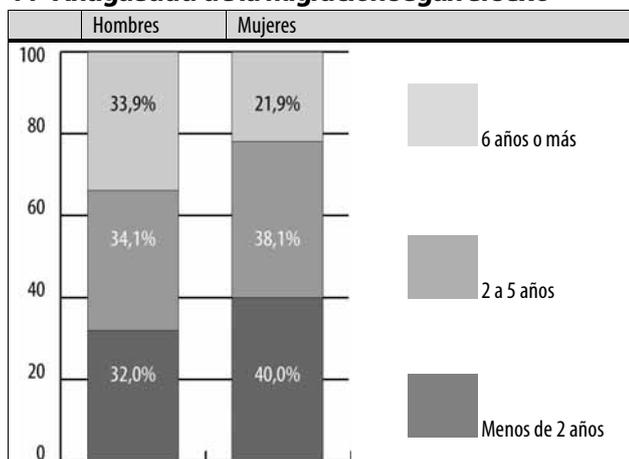
La antigüedad de la migración varía mucho en función del país de la encuesta. Las personas encuestadas en Francia emigraron de forma relativamente reciente (dejaron su país o sus países hace una media de tres años). Sin embargo, las personas encuestadas en los Países Bajos se distinguen por una emigración mucho más antigua (una media de 8 años / mediana = 7,0 años), hecho que se puede relacionar con una política de acogida muy favorable entre los años 70 y 90 en este país.

10- Antigüedad de la migración según el país de la encuesta (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Media	5,2 años	5,7 años	3,6 años	3,0 años	4,0 años	8,0 años	4,4 años	4,4 años
Distribución (%)								
Menos de 2 años	30,6	22,4	45,8	57,3	50,0	10,3	13,6	29,0
2 a 5 años	36,9	33,6	37,5	27,1	22,4	25,8	67,0	45,8
6 años y más	32,4	44,0	16,7	15,6	27,6	63,9	19,4	25,2
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

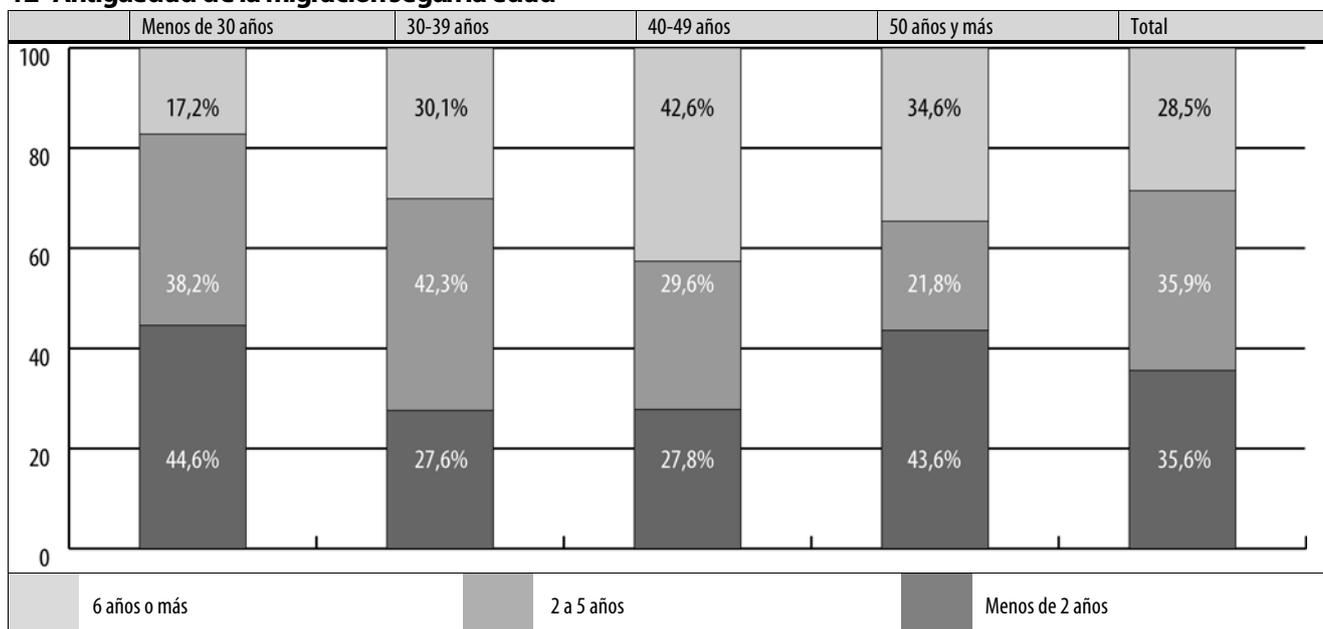
Los hombres hace un año más que emigraron, de media, que las mujeres (5,1 años frente a 4,0 años de media). Asimismo, el número de hombres que dejaron su país hace seis años o más es significativamente superior al de las mujeres (el 34% frente al 22%).

11- Antigüedad de la migración según el sexo



La distribución por antigüedad de la emigración en función de la edad de las personas encuestadas pone de manifiesto que las migraciones afectan a los hombres y a las mujeres de edades muy distintas. Así, el 44% de las personas de 50 años o más dejaron su país hace menos de dos años. Por otro lado, el 17% de las personas de 30 años o más dejaron su país hace seis años o más.

12- Antigüedad de la migración según la edad



La emigración es más antigua en el caso de la población europea, mientras que la africana subsahariana y la magrebí son las que dejaron sus países más recientemente.

13- Antigüedad de la migración según el grupo de nacionalidades

	Europa no comunitaria	África Subsahariana	Magreb	Asia	América Latina	Otra*	Total
Media	5,4 años	4,4 años	5,3 años	4,2 años	3,6 años	4,9 años	4,6 años
Distribución (%)							
Menos de 2 años	29,3 %	41,0 %	34,2 %	21,4 %	41,0 %	35,8 %	35,7 %
2 a 5 años	30,7 %	32,4 %	28,9 %	57,1 %	40,0 %	32,5 %	35,9 %
6 años y más	40,0 %	26,5 %	36,8 %	21,4 %	19,0 %	31,8 %	28,4 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* La categoría "otra" agrupa las nacionalidades de Oriente Próximo y Oriente Medio, de la Unión Europea y a los apátridas. - p<10-3

- **Tiempo pasado sin permiso de residencia**

La mayoría de las personas han pasado la mayoría del tiempo de migración en el país de la encuesta, donde viven, de media, desde hace cuatro años (mediana = 3,0 años, desviación típica = 4,1). Además, vivieron en ese país durante una media de tres años sin permiso de residencia (mediana = 2,0 años, desviación típica = 3,5), los hombres durante más tiempo que las mujeres (3,5 y 2,5 años de media respectivamente). Las medianas se sitúan en 2,3 años y 1,8 años respectivamente. Así, la mitad de los hombres encuestados viven sin documentación desde hace 2,3 años y la mitad de las mujeres se encuentran en esta situación desde hace 1,8 años. Además, el 26% de los hombres y el 17% de las mujeres viven en situación irregular en el país de la encuesta desde hace 5 años o más.

14- Tiempo pasado en situación irregular según el sexo

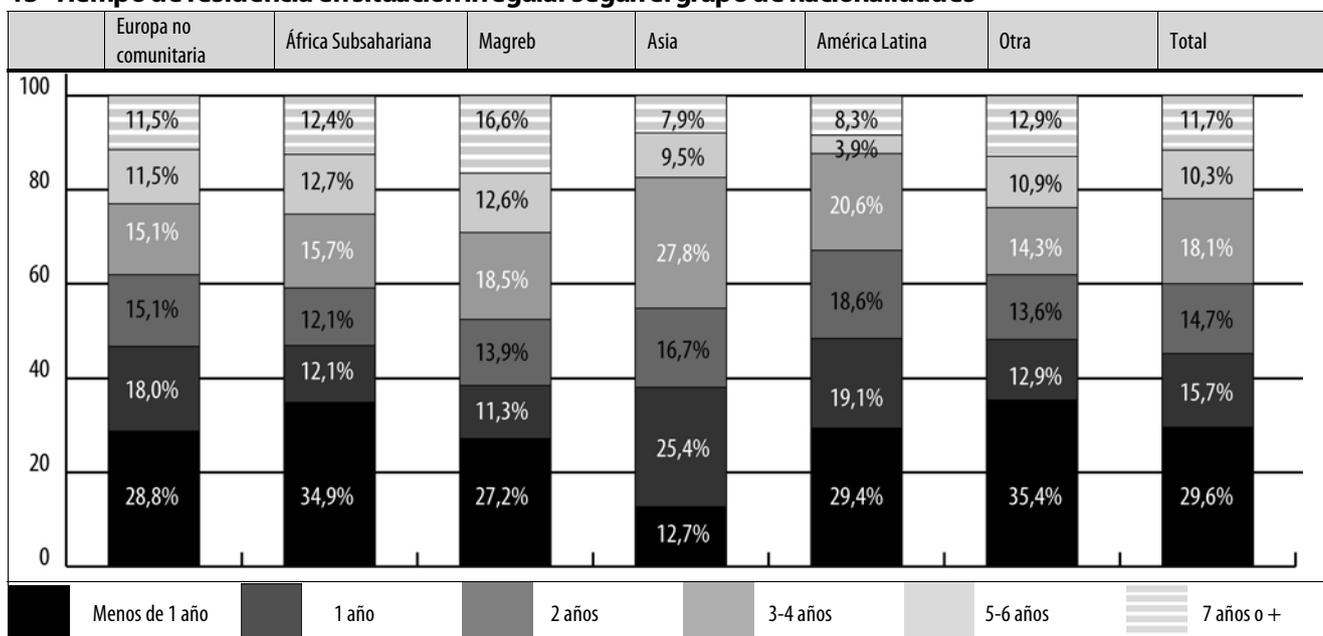
	Hombres	Mujeres	Conjunto
Media	3,5 años	2,5 años	3,0 años
Distribución (%)			
Menos de 1 año	25,2 %	34,3 %	29,6 %
1 año	14,6 %	16,7 %	15,6 %
2 años	15,1 %	14,4 %	14,8 %
3-4 años	18,8 %	17,3 %	18,1 %
5-6 años	12,1 %	8,3 %	10,3 %
7 años o más	14,2 %	8,9 %	11,7 %
Total	100 %	100 %	100 %

Las trayectorias migratorias y las fases por la que pasa su situación legal son variadas. Si bien aproximadamente dos tercios nunca han tenido papeles en el país de acogida o sólo un visado de turismo, la proporción de aquellos que habían estado previamente en situación regular es considerable. Así, el 18% de las personas vivieron al menos dos años en situación regular en el país en el que viven actualmente y, el 6% de estas personas, vivieron en esta situación durante cinco años o más. Se trata principalmente de personas que disfrutaron de un permiso de residencia y se les denegó su renovación o incluso de demandantes de asilo a los que se acabó por desestimar su solicitud.

- > *P. dejó la India y a su familia de forma violenta hace ocho años, cuando sólo tenía 16 años y llegó a Austria. Le rechazaron la solicitud de asilo y ha vivido estos ocho años en la calle. P., indio de 24 años. Vive en Alemania (Múnich).*

El tiempo de residencia en situación irregular varía también en función del origen de las personas encuestadas. Este tiempo es, de media, superior para las personas magrebíes (3,7 años) que para el resto, sobre todo con respecto a la población europea extracomunitaria (2,8 años) y a la americana (2,5 años).³²

15- Tiempo de residencia en situación irregular según el grupo de nacionalidades

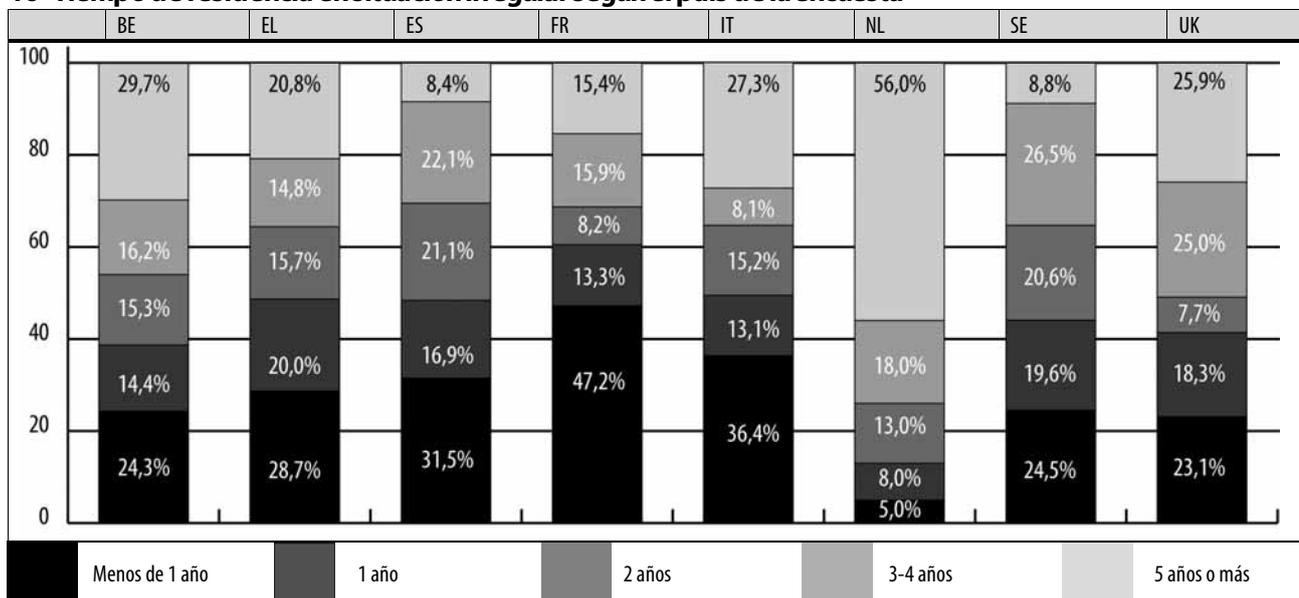


* La categoría "otra" agrupa las nacionalidades de Oriente Próximo y Oriente Medio, de la Unión Europea y a las personas apátridas.

³² La media de estancia en situación irregular de las personas procedentes del África Subsahariana encuestadas es de 3,1 años.

Además (aunque, evidentemente, esto está relacionado con las nacionalidades de origen), el tiempo de estancia en situación irregular varía en función de los países de acogida: en los Países Bajos, este periodo es el más largo de media (5,7 años) y, en Francia y en España, el más bajo (2,4 y 2,3 años). El resto de países se encuentran entre estos dos extremos.

16- Tiempo de residencia en situación irregular según el país de la encuesta



• Motivos de la emigración

Los motivos que mencionan las personas para explicar su emigración son variados pero, en la mayoría de los casos, están relacionados con dificultades vividas en el país de origen³³. Así, el 56% de los encuestados dicen haber dejado su país por razones económicas o para ganarse la vida. Por otro lado, el 26%³⁴ emigraron por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual, o para huir de la guerra, es decir, los tipos de razones que dan teóricamente derecho al asilo político (aunque los países de acogida estén lejos de reconocer a todas estas personas migrantes como refugiadas³⁵).

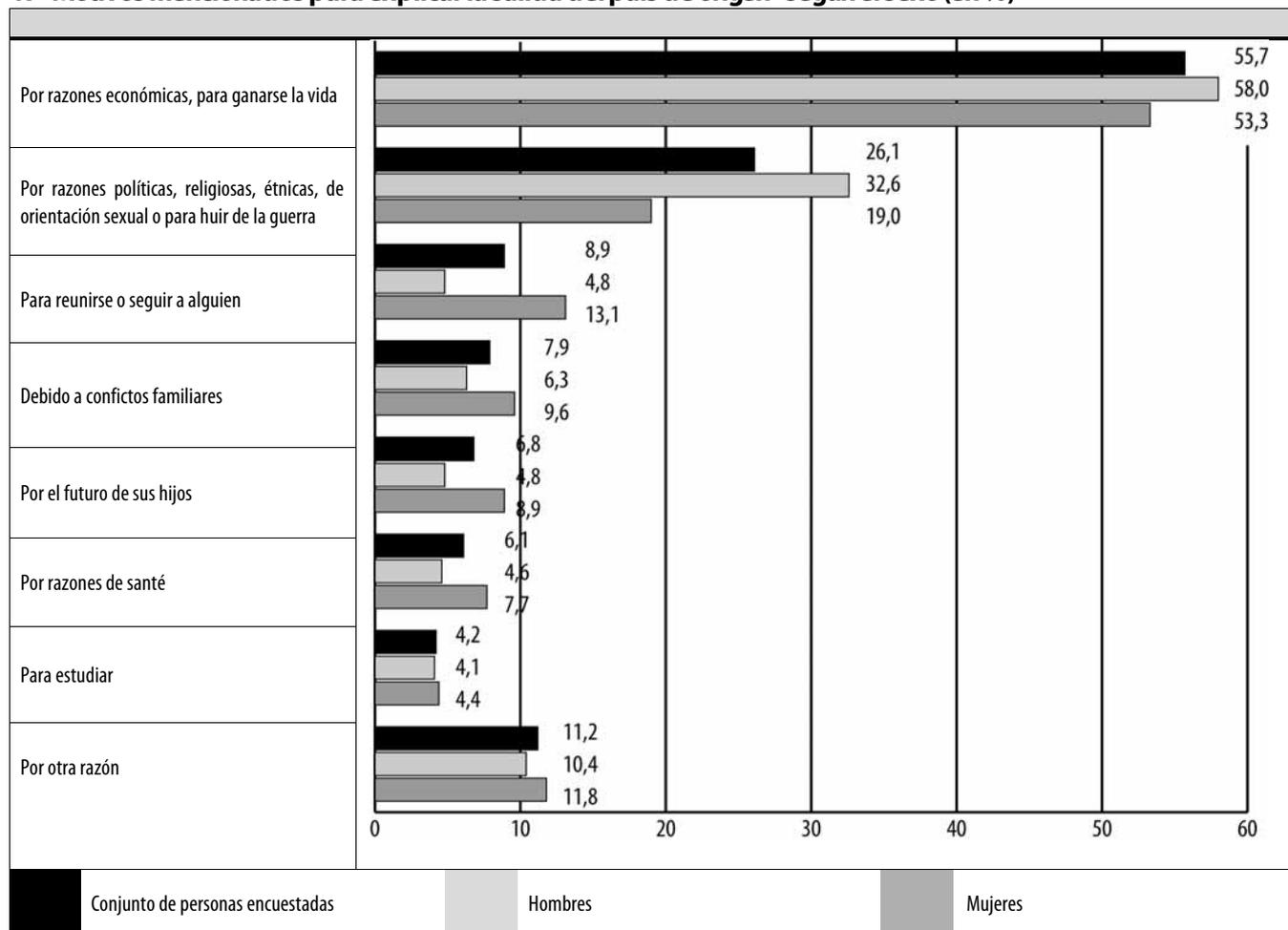
Una pequeña parte de las personas encuestadas dice haber emigrado, no para huir de condiciones especialmente difíciles, sino con la idea de “conocer mundo” (este tipo de motivos forman parte de la categoría “otras razones” del cuadro).

³³ Cabe destacar que esta pregunta provocó que algunas personas se emocionaran, debido al dolor que les provocaba recordar lo que vivieron antes de emigrar. Algunas tuvieron dificultades para explicar las razones de su emigración.

³⁴ El 33% de los hombres y el 19% de las mujeres.

³⁵ Recordemos que el índice de concesión del estatus de refugiado es actualmente muy bajo en todos los países industrializados y, especialmente, en Europa, donde se sitúa entorno al 20%, lo que significa que, en la primera decisión administrativa, el número de personas a las que se les deniega el estatus de refugiado es cuatro veces superior al número de personas a las que se reconoce como refugiados (James R., «L'harmonisation des politiques d'asile en Europe», París, ENA, proyecto de máster, febrero de 2004). Recordemos también que la solicitud de asilo no afecta a todos los países de la misma forma. Así, Francia, Alemania, el Reino Unido y los Países Bajos se encuentran en unos niveles históricamente bajos. Por ejemplo, Alemania se encuentra en el nivel más bajo desde 1977, los Países Bajos desde 1988 y el Reino Unido desde 1989. Por el contrario, en algunos países se están produciendo fuertes aumentos: un 49% más en Suecia, un 105% más en Grecia, un 35% más en Italia y un 41% más en España (Henry P., «Asile: trompe l'œil et désordre», París, France terre d'asile, 2008).

17- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen* según el sexo (en %)



* Debido a que cada persona podía mencionar varios motivos de emigración, la suma de los porcentajes es superior a 100.

- > *M. vivió cuatro años encarcelado en Zimbabue, donde fue torturado debido a su homosexualidad, que no se tolera en este país. Aún le quedan secuelas físicas y psíquicas. M., zimbabuense de 32 años. Vive en los Países Bajos.*
- > *«Ya me habían practicado la ablación³⁶ y me dijeron que me iban a realizar una segunda operación, al igual que le hicieron a mi hermana. Ella murió, tenía 17 años, así que tuve miedo, solicité un visado y llegué aquí.» D., marfileña de 26 años. Vive en Francia.*
- > *«Decidí venir porque hace tres años, en Brasil, atravesamos una crisis. Mi ex-marido estaba en paro y yo tenía muchas deudas. En un principio, quedamos en que yo vendría primero y mi marido y mis dos hijos vendrían después pero, como es difícil adaptarse a la escuela para un niño de 13 años que no habla el idioma, decidí que se quedaran todos allí y que yo trabajaría aquí.» Brasileña de 44 años. Vive en España.*
- > *«Vine al Reino Unido por razones económicas. Hace varios años me sometí a un trasplante renal en Filipinas. La operación me dejó una deuda de 12000 euros. El médico me prescribió unos medicamentos inmunosupresores muy caros. Mi sueldo de funcionaria de gobierno no bastaba ni para empezar a reembolsar mi deuda, por lo que mi única solución era dejar mi país para encontrar un trabajo mejor pagado en otro lugar. No vine al Reino Unido en busca de tratamientos médicos y, de hecho, desde que llegué, nunca he ido al médico.» P., Filipinas. Vive en el Reino Unido.*

³⁶ La ablación es sinónimo de Mutilación Genital Femenina (MGF).

Sólo el 6% de las encuestas mencionan la salud entre las razones de su emigración. En la pregunta de la encuesta, que no lo precisaba, se sobreentendía que se refería a razones de salud personales. Sin embargo, varias personas parecen haber respondido afirmativamente cuando la emigración estaba relacionada con la salud de un familiar. Las mujeres que mencionan razones de salud (el 8%) son más numerosas que los hombres (el 5%), lo que podría explicarse, en parte, por el hecho de que tradicionalmente son ellas quienes se suelen encargar más de la salud de sus familiares (hijos, ascendientes, etc.). **Cabe destacar que los motivos de salud se mencionan con una frecuencia que no está relacionada con el hecho de que las legislaciones sean favorables o no al acceso a la atención sanitaria de los extranjeros en situación irregular.** En particular, si bien en Francia, país relativamente favorable al acceso a la sanidad de todos, el 10,1% de los encuestados citan la salud como un motivo de la inmigración, el 8,5% mencionan este motivo en Grecia y el 7,8% en Suecia, a pesar de que estos dos países se encuentran entre los países cuya situación es menos favorable en este sentido. Asimismo, observamos que en España, país en el que la legislación es más claramente favorable, sólo el 4,2% de las personas citan la salud como razón de migración. **Por lo tanto, en esta encuesta no se refleja el “efecto llamada” de la migración por razones sanitarias, tan escuchado en ciertos discursos políticos**³⁷.

18- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen* según el país de la encuesta (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Moyenne 11 pays
Por razones económicas, para ganarse la vida	46,4	55,9	76,4	51,3	92,9	36,3	27,2	38,0	55,7
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	34,8	22,0	9,3	21,6	7,1	44,1	54,4	46,3	26,1
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	12,5	11,0	4,6	15,1	4,0	3,9	6,8	10,2	8,9
Debido a conflictos familiares	11,6	5,1	5,6	9,5	12,1	4,9	9,7	8,3	7,9
Por el futuro de sus hijos	6,3	11,0	11,6	4,5	1,0	9,8	5,8	4,6	6,8
Por razones de salud	6,3	8,5	4,2	10,1	1,0	4,9	7,8	3,7	6,1
Para estudiar	4,5	1,7	6,0	4,5	3,0	3,9	6,8	2,8	4,2
Por otra razón	18,8	3,4	8,3	15,1	0,0	11,8	11,7	12	11,2

* Debido a que cada persona podía mencionar varios motivos de emigración, la suma de los porcentajes de la columna es superior a 100.

La población europea no comunitaria (Albania, Ucrania, etc.) es la que cita con más frecuencia la salud como razón de su migración.

19- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen según el grupo de nacionalidades* (en %)

	Europa no comunitaria	África Subsahariana	Magreb	Asia	América Latina	Otra
Por razones económicas, para ganarse la vida	50,0	41,6	68,4	53,9	72,7	58,9
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	28,9	39,9	13,2	28,1	6,3	29,8
Debido a conflictos familiares	8,5	7,8	11,2	10,9	4,4	6,6
Por el futuro de sus hijos	9,9	3,8	7,2	8,6	10,7	3,3
Por razones de salud	9,9	8,7	7,9	1,6	2,4	4,0
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	12,7	8,1	8,6	7,0	9,8	7,9
Para estudiar	4,2	3,5	4,6	3,1	7,3	2,0
Por otra razón	4,9	13,6	11,2	14,8	13,2	6,0

* Debido a que cada persona podía mencionar varios motivos de emigración, la suma de los porcentajes de la columna es superior a 100.

- > «Cuando tenía 10 años me encontré, al volver del colegio, a mis padres, mi hermana y mi hermano mayor muertos. Nuestra casa y las diez casas de alrededor se encontraban en una zona en la que los talibanes y otras personas luchaban. Un día, mataron a mi familia y a algunos vecinos porque estábamos en medio. Busqué a mi hermano pequeño pero no lo encontré. Tuve que dejar el colegio y vivir en la calle. A los 12 años, oí hablar de un hombre que transportaba ilegalmente a gente hacia Irán. Le dije que mi hermano mayor estaba allí y que él le pagaría. Tras un viaje en camión y diez días de marcha por las montañas, llegamos a Teherán. El hombre me pegó cuando se dio cuenta de que le había mentado y me hizo trabajar durante mucho tiempo en varias canteras para reembolsarle. Quise inscribirme en la escuela pero me dijeron que los inmigrantes no tenían derecho.

³⁷ Ver también, en el apartado número 8, la descripción de las patologías ya conocidas en los países de origen.

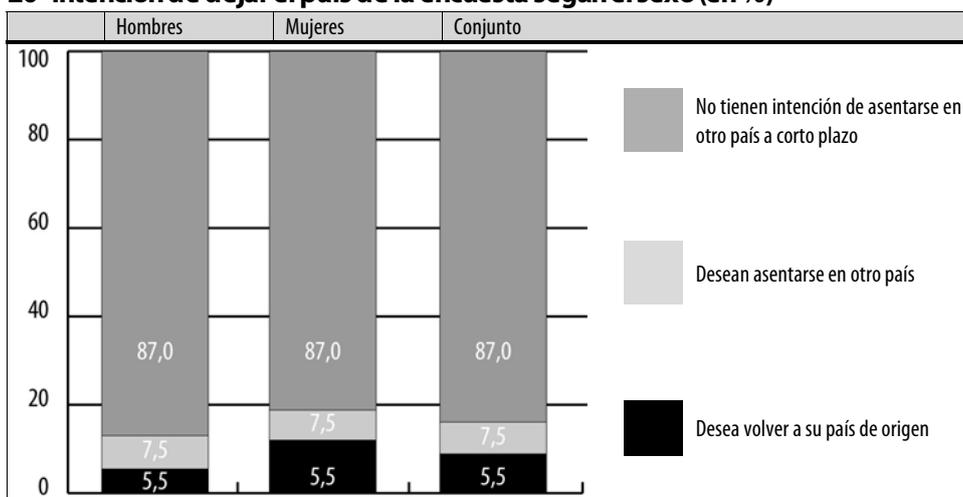
Unos amigos me dijeron que en Europa, era distinto. A los 16 años, conocí a unos traficantes de personas que me metieron junto con otros seis hombres en el maletero de un autobús durante doce horas, hasta llegar a Turquía. Otra vez tuve que atravesar las montañas a pie y coger otro camión. Más tarde, estuve seis días escondido en un establo con otros 50 hombres. Entonces llegó un camión con 30 hombres, con los que ya éramos 80 personas hacinadas en un camión sin agua ni comida. Cuando llegamos a Estambul, nos escondieron en un sótano y no podíamos hablar ni movernos para que no nos detuvieran. Tuve miedo.

Entregué todos mis ahorros y, entre varios, pudimos comprar un bote al traficante. Tras cuatro horas de viaje, helados, en pleno invierno, llegamos a la isla de Lesbos. La policía nos detuvo en el pueblo, nos llevó al hospital y, más tarde, nos encerró en un centro similar a una cárcel durante tres días. Gritamos mucho y, al final, me soltaron. Tomé un barco hacia El Pireo y, de allí, fui a Patras. Soñaba con ir a Francia. Tras tres intentos fallidos, estuve recogiendo naranjas en un pueblo durante cuatro meses, pero las condiciones de vida eran horribles y me dije que yo no merecía esa vida, que mi sueño era poder estudiar y que tenía que conseguirlo. Fui a Atenas, donde me enteré de que podía solicitar asilo. Me enviaron a Tesalónica, donde vivo en un centro de refugiados. Ahora voy a la escuela y quiero ser médico. No quiero dormir en la calle y mendigar. Tengo miedo de llegar a esa situación. Cuando empecé este viaje desde Afganistán, sabía que el camino podía ser muy peligroso para un chico de mi edad. Sabía que podía morir, pero quería alejarme de todos esos malos recuerdos, de esos malos años y vivir una vida normal. En cuanto pueda, quiero intentar encontrar a mi hermano». V., afgano de 17 años. Vive en Grecia. El equipo de Médicos del Mundo de Tesalónica le curó un problema de salud que sufría desde hace años.

- **Planes futuros: la mayoría quieren quedarse en el país de acogida, otros quieren volver a irse**

Al preguntarles si tienen intención de dejar el país de la encuesta en los próximos meses para instalarse en otro país, **menos del 10% de las personas encuestadas dicen querer volver a su país de origen y sólo el 7% quieren mudarse a otro a país**³⁸. Cabe señalar que, evidentemente, se trata de una intención sentida en el momento de la encuesta y que no significa que las personas vayan a tener la voluntad o los medios necesarios para realizar dichos planes. De forma proporcional, son más las mujeres que los hombres que quieren volver a su país (sin embargo, no se producen diferencias significativas según la edad o el estado civil), lo que se debe en gran medida a que tienen hijos que se han quedado en el país de origen.

20- Intención de dejar el país de la encuesta según el sexo (en %)



* Todos los países salvo Italia

³⁸ Esta pregunta afecta a toda la muestra salvo a las personas entrevistadas en Italia.

El deseo de dejar el país de la encuesta varía en función de si las personas encuestadas tienen descendencia o no. **Aquellas que tienen hijos o hijas (menores) con quienes no viven son las que más suelen tener la intención de volver a su país de origen** (el 14% frente al 9% del conjunto de la población encuestada), probablemente para poder reunirse con sus familias.

21- Intención de dejar el país de la encuesta según si tienen hijos o hijas y si viven con ellos/as (en%)

	No tiene hijos menores	Tiene hijos pero no vive con ellos	Tiene hijos y vive, al menos, con uno de ellos	Total *
Desea volver a su país de origen	8,1	14,0	4,9	8,9

* Todos los países salvo Italia

Asimismo, existen diferencias significativas en función del país de acogida y de la encuesta. De esta forma, **Grecia se caracteriza, más que el resto de los países de la encuesta, como un país de tránsito**: el 11% de las personas encuestadas en Grecia pretenden dejar el país próximamente para dirigirse a otro país de emigración (distinto de su país de origen).

Cabe destacar también la gran proporción, en España, de personas con intención de volver a su país de origen, lo que se puede relacionar con el hecho de que los y las migrantes sudamericanos, que son los que más afirman tener esta intención (ver más abajo), representan la mitad de la muestra española (más que en la muestra del resto de países). Además, una parte relativamente elevada de las personas encuestadas en España son mujeres procedentes de Sudamérica cuya familia se ha quedado en su país y que viven la migración como una situación transitoria, para poder ganar un poco de dinero antes de volver con sus familias.

22- Intención de dejar el país según el país de la encuesta (en %)

	BE	EL	ES	FR	NL	SE	UK
Desea volver a su país de origen	2,7	6,8	19,9	4,1	5,1	6,8	8,5
Desean asentarse en otro país	9,1	11,0	7,9	4,6	6,1	1,0	5,7
No tienen intención de asentarse en otro país a corto plazo	88,2	82,2	72,2	91,4	88,8	92,2	85,8
Total	100	100	100	100	100	100	100

En nuestra muestra, las personas procedentes de América Latina (en especial, aquellas de nacionalidad boliviana o brasileña) son las que más suelen afirmar tener la intención de volver a su país de origen en los próximos meses. Además, suelen estar por encima de la media (al igual que las personas procedentes de la Unión Europea y del África Subsahariana) en cuanto a si viven en el país de la encuesta desde hace menos de un año.

23- Intención de dejar el país de la encuesta según el grupo de nacionalidades (en %)

	Europa no comunitaria	África Subsahariana	Magreb	Asia	América Latina
Desean volver a su país de origen	5,2	5,4	3,2	7,2	21,5
Desean asentarse en otro país	2,6	7,6	9,5	2,4	7,7
No tienen intención de asentarse en otro país a corto plazo	92,2	87,1	87,3	90,4	70,8
Total	100	100	100	100	100

• Personas que han dejado su país durante los últimos doce meses

Centrémonos ahora en la situación de las personas que emigraron durante el último año (es decir, hace menos de un año), que representan la quinta parte de la muestra (el 21%)³⁹. En la mayoría de los casos, se trata de mujeres. El 25% de ellas se encuentran en este caso frente a tan sólo el 18% de los hombres. Estas personas tienen, de media, la misma edad que las personas que llegaron hace más tiempo (35 años frente a 34 años). El número de personas menores de 30 años es superior en esta categoría (el 43% frente al 34%), así como el número de personas de 50 años o más (el 16% frente al 11%).

³⁹ Para toda esta parte, podremos consultar los cuadros presentados en anexo.

En Francia, Italia y España la proporción de las personas migrantes llegadas recientemente es la más alta de todas las personas entrevistadas durante la encuesta.

24- Porcentaje de personas que emigraron hace menos de un año (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Total
< 1 año	18,0	14,7	25,5	42,7	31,6	4,1	4,9	8,4	21,3
1 año o +	82,0	85,3	74,5	57,3	68,4	95,9	95,1	91,6	78,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Estas personas se suelen encontrar en una situación social aún más precaria. Se encuentran sin hogar dos veces más que las demás (el 13% y el 6% respectivamente) y se benefician con menor frecuencia de una vivienda estable (el 35% frente al 49%). Asimismo, dentro de esta categoría son más numerosas las personas que no ejercen ninguna actividad profesional (el 59% frente al 44%). Sin embargo, la limitación de los desplazamientos o de la actividad por miedo a ser detenidas no varía de forma significativa en función de si la persona dejó el país durante el último año o hace más tiempo.

- > *«Entramos en Grecia en autobús. Cuando llegamos a Tesalónica, vivimos en la calle durante dos meses, lo que fue muy negativo para los niños.» Mujer búlgara, embarazada. Vive en Grecia desde hace seis meses con su marido y sus dos hijos, de 4 y 6 años.*

Aquellos migrantes en situación irregular que emigraron hace menos de un año suelen afirmar que quieren volver a sus países de procedencia dos veces más que aquellos que salieron de su país hace un año o más (el 13% frente al 7%).

En cuanto al derecho a una cobertura sanitaria, los migrantes que llegaron hace menos de un año reúnen las condiciones necesarias para poder disfrutar de esta con menos frecuencia que el resto, a la vista de las respectivas leyes de los 11 países estudiados. Así, sólo el 64% de estos tienen derecho a esta cobertura sanitaria, frente al 73% de la población migrante más antigua. Asimismo, son menos las personas de esta categoría que conocen sus derechos (cuando los tienen) en la materia (el 50% de los migrantes llegados hace menos de un año frente al 70% de los emigrantes que llegaron hace un año o más). Por último, constatamos que las personas que emigraron hace menos de un año tienen acceso con mucha menor frecuencia a una cobertura efectiva de sus gastos médicos (cuando la tienen). Sólo el 37% disfrutan de esta situación, frente al 65% de la población migrante más antigua.

5. SITUACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR

• Separaciones y reconstitución de la familia debidas a la migración

Debido a que la situación familiar no se entendió de la misma manera en todos los países de la encuesta, es difícil hacer un análisis comparativo preciso⁴⁰. Sin embargo, podemos señalar que los hombres viven solos con más frecuencia que las mujeres (el 45% frente al 34% respectivamente).

25- Situación familiar según el sexo (en %)

	Hombres	Mujeres	Todos
Vive solo (con o sin hijos)	44,8	34,1	39,3
Vive en pareja	13,8	24,7	19,4
Vive con familiares y amigos	41,4	41,2	41,3
Total	100	100	100

Asimismo, existen también diferencias en función del país de residencia. Estas dependen principalmente del tipo de actividad de los programas en los que se realiza la encuesta, que varía según el país.

26- Situación familiar según el país de residencia (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK	Total
Vive solo (con o sin hijos)	49,1	31,4	33,0	61,8	55,6	44,0	15,5	16,7	39,3
Vive en pareja	10,7	25,4	22,3	15,6	9,1	20,0	25,2	22,2	19,4
Vive con familiares o amigos	40,2	43,2	44,7	22,6	35,4	36,0	59,2	61,1	41,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

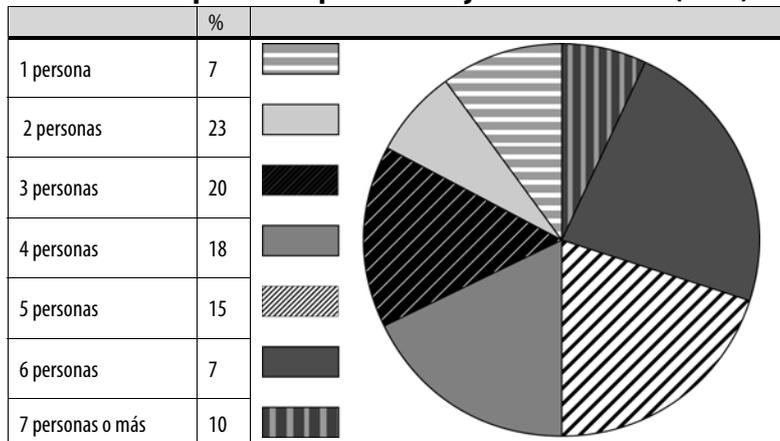
El 42% de todas las personas entrevistadas tienen hijos o hijas menores de 18 años, pero sólo el 41% de ellos afirman vivir con ellos (o, al menos, con alguno de ellos). Dicho de otra forma, **el 59% de los encuestados con hijos o hijas menores de 18 años no viven con ninguno de ellos**. Este porcentaje tan elevado se explica por las condiciones de la emigración y por las condiciones de vida en el país de acogida. Los hombres viven sin sus hijos con más frecuencia que las mujeres (el 72% frente al 50%), pero una de cada dos mujeres tampoco vive con sus descendientes.⁴¹

⁴⁰ Por ejemplo, algunas personas que realizaron la encuesta consideraron que vivir en pareja con sus hijos e hijas debía marcarse como "vive con familiares o amigos", mientras que la mayoría marcaron en estos casos "vive en familia". Asimismo, algunas madres de familias monoparentales respondieron "en familia" y se las contabilizó así en lugar de en la categoría "sola, con o sin hijos".

⁴¹ El tamaño de la muestra de personas con hijos es demasiado reducido como para permitir un análisis comparativo en función del grupo de nacionalidades y el país de residencia.

Así, en total, el 7% de las personas encuestadas viven solas, mientras que la cuarta parte de ellas (el 23%) comparten alojamiento con otra persona. El 53% de las personas viven en una vivienda en la que residen entre tres y cinco personas, y el 17% comparten alojamiento con otras seis o más personas.

27- Número de personas que viven bajo el mismo techo (en %)



- **Sensación de soledad**

Para completar los datos objetivos sobre la vida conyugal y parental, parecía importante interesarse por lo que sienten las personas en cuanto a su posible soledad, planteándoles preguntas más subjetivas. Estos datos nos interesan por dos razones: por un lado, porque sabemos que el aislamiento social está relacionado con un mayor riesgo de contraer enfermedades (no solamente mentales) y, por otro lado, porque el aislamiento social o la escasez de apoyo social de una persona está relacionado con un mayor alejamiento del sistema sanitario y un menor recurso a la sanidad⁴².

Entre las personas encuestadas, **un poco más de la mitad declaran sentirse muy solas** (el 23%) **o bastante solas** (el 29%). Este porcentaje es muy elevado, sobre todo si tenemos en cuenta que la muestra se refiere a personas que están en contacto (a veces, estrecho) con una asociación y, por tanto, excluye a los migrantes más aislados. **Los hombres dicen sentirse solos con más frecuencia que las mujeres**, hecho que podemos relacionar con las condiciones de la migración, que les llevan en la mayoría de los casos a vivir sin pareja y sin descendencia.

28- Sensación de soledad por sexos (en %)

	Hombres	Mujeres	Todos
Muy solo	24,2	22,3	23,3
Más bien solo	32,1	25,0	28,6
Más bien acompañado	28,5	32,4	30,4
No estoy solo	15,1	20,3	17,6
Total	100	100	100

Las personas sin pareja son las que más solas se sienten: el 63% de ellas se encuentran en esta situación, dos veces más que aquellas que viven en pareja (el 32%). La situación parental también parece tener un papel importante: las personas que tienen hijos o hijas menores (menores de 18 años) pero que no viven con ellos, suelen afirmar que se sienten solas (el 56%), frente al 52% de las personas que no tienen hijos y al 43% de las personas que viven, al menos, con uno de sus hijos o hijas.

⁴² Ver un estudio reciente sobre este tema realizado específicamente con inmigrantes en situación irregular en Milán (Devillanova C., «Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan», *J Health Econ* 2008, 27: 265-86).

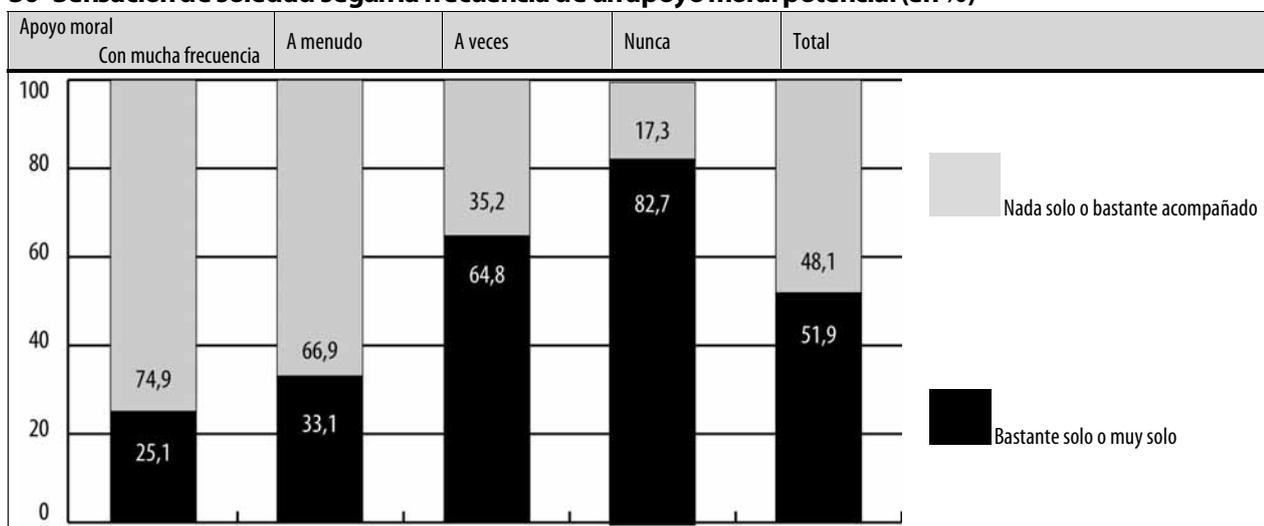
De hecho, la sensación de soledad es más frecuente en el caso de los migrantes que llegaron al país hace más de dos años (el 57%), en comparación con los inmigrantes más recientes. Además, este “efecto” de la antigüedad de la inmigración, al igual que el de la situación parental, persiste incluso cuando realizamos un análisis multivariado si ajustamos por sexo. Esto puede explicarse por situaciones objetivas (la desaparición de la solidaridad inicial entre migrantes recién llegados, por ejemplo) o subjetivas (por el mismo aislamiento objetivo, la “resistencia” a la soledad desaparece con el tiempo).

29- Riesgo de sensación de soledad (análisis multivariado) según el sexo, la situación parental y el tiempo pasado en el país

		OR	IC (95 %)	
			Inferior	Superior
Sexo	Mujeres	ref		
	Hombres	1,35	1,05	1,73
Situación parental	Vive al menos con uno de sus hijos	ref		
	No tiene hijos menores	1,48	1,04	2,09
	No vive con ninguno de sus hijos	1,85	1,24	2,75
Tiempo pasado en el país	Menos de 1 año	ref		
	1-2 años	0,96	0,68	1,36
	3-5 años	1,56	1,10	2,22
	6 años o más	1,54	1,08	2,19

Por último, y como era de esperar, la sensación de soledad está muy relacionada con el apoyo moral potencial del que pueden (o no) beneficiarse las personas encuestadas: este afecta al 83% de las personas, que creen que no pueden contar con nadie que les dé este apoyo (frente al 25% de aquellas que dicen poder contar con ese apoyo “con mucha frecuencia”).

30- Sensación de soledad según la frecuencia de un apoyo moral potencial (en %)



> «Estamos solos. Estoy muerto, ya no tengo ganas de nada, no tengo ganas de vivir. Cuando la gente se levanta por la mañana, tienen ganas de salir. Yo ya no tengo ganas de nada, no puedo trabajar, no tengo papeles, no soy nadie...Esa es mi vida.» H., kurdo de 26 años. Vive en Bélgica desde hace catorce años.

• El apoyo moral

Sólo el 47% de las personas encuestadas dicen poder contar “a menudo” o “con mucha frecuencia” con alguien que les dé apoyo moral y les reconforte en caso de necesidad. Las mujeres de la muestra tienen este potencial apoyo moral con más frecuencia que los hombres. Sin embargo, no se observan diferencias en función de la edad o del tiempo pasado en el país de la encuesta.

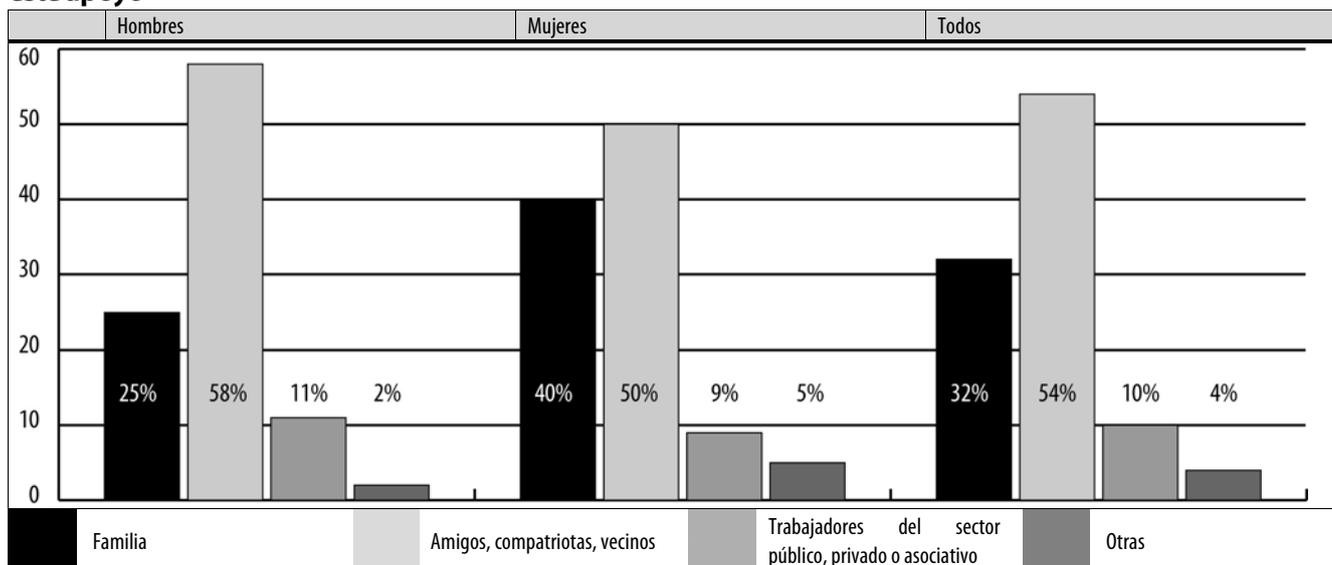
31- Clasificación de las personas encuestadas según el apoyo moral potencial con el que cuentan (en%)

	Hombres	Mujeres	Todos
Con mucha frecuencia	16,2	22,1	19,1
A menudo	25,4	30,2	28,0
A veces	39,0	33,1	35,8
Nunca	19,4	14,6	17,2
Total	100	100	100

Quienes proporcionan este apoyo moral a las personas encuestadas suelen ser amistades, compatriotas y vecinos. El 54% de la población encuestada puede contar (a veces, a menudo o con mucha frecuencia) con estas personas. Los miembros de la familia no suelen constituir este apoyo con la misma frecuencia, ya que sólo un tercio de los encuestados cuentan con su familia para que les apoye, las mujeres más que los hombres (el 40% frente al 25%). Esto se debe, en parte, al hecho de que muchos migrantes no tienen padres en el país en el que se establecen y, por otro lado, a que los hombres se encuentran con más frecuencia en este caso. Por último, cabe señalar que los trabajadores y las trabajadoras (profesionales o voluntarios) del sector público, privado o asociativo desempeñan tan sólo un pequeño papel, ya que sólo el 10% de las personas encuestadas pueden contar con ellos para obtener este apoyo moral (sin diferencias significativas entre hombres y mujeres).

- *«Intento olvidarlo todo por mi hija y mi hijo que, afortunadamente, gozan de buena salud. No tengo ni familia ni vida personal pero, afortunadamente, tengo a mi vecina, una amiga griega, y a su marido, que me ayudan económica y moralmente. No sé lo que haría si no estuvieran ahí.» Mujer moldava de 27 años. Vive en Grecia desde hace ocho años.*

32- Porcentaje de personas que pueden contar con un apoyo moral, según el tipo de personas que les aportan este apoyo



Aunque la ausencia o la escasez de apoyo moral pueden encontrarse en todos los subgrupos de población, algunos perfiles parecen estar especialmente aislados. Así, el 38% de las personas sin hogar y el 30% de las que viven en un centro de acogida afirman no poder contar nunca con nadie que les proporcione un apoyo moral.

En un análisis multivariado, en igualdad de condiciones con respecto al sexo, el estado civil, la situación parental, la nacionalidad (por grupos de países de origen), el tiempo pasado en el país de acogida y la situación con respecto a la vivienda, el riesgo de no poder contar con ningún apoyo moral es:

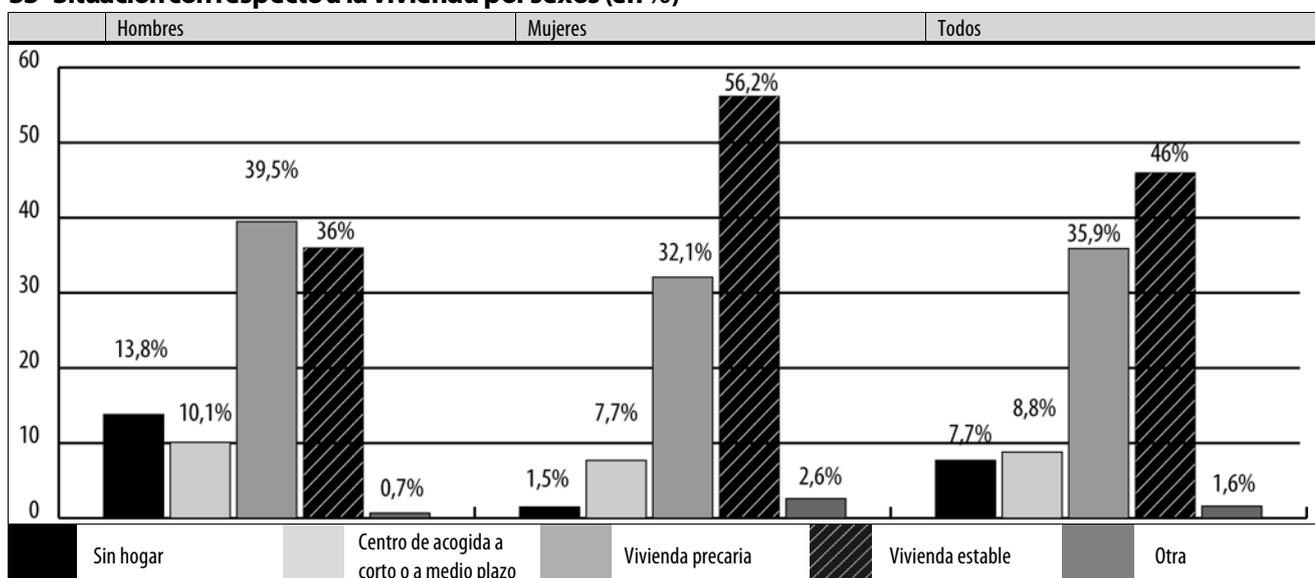
- **2 veces más frecuente en el caso de las personas que tienen hijos e hijas pero que no viven con ninguno de ellos** (con respecto a aquellos que tienen hijos e hijas y viven, al menos, con una parte de ellos: OR = 2,06, IC95 % = [1,10-3,84])
- **2 veces más frecuente en el caso de las personas procedentes del África Subsahariana** (OR = 2,01, IC95 % = [1,15-3,50]) que en el caso de las personas procedentes de América Latina.
- **3 veces más frecuente en el caso de las personas sin hogar** (OR = 3,46, IC95 % = [1,87-6,41]) **o que viven un centro de acogida a corto o medio plazo** (OR = 2,93, IC95 % = [1,69–5,04]) que en el caso de las personas que tienen una vivienda estable.

• Tipos de alojamiento

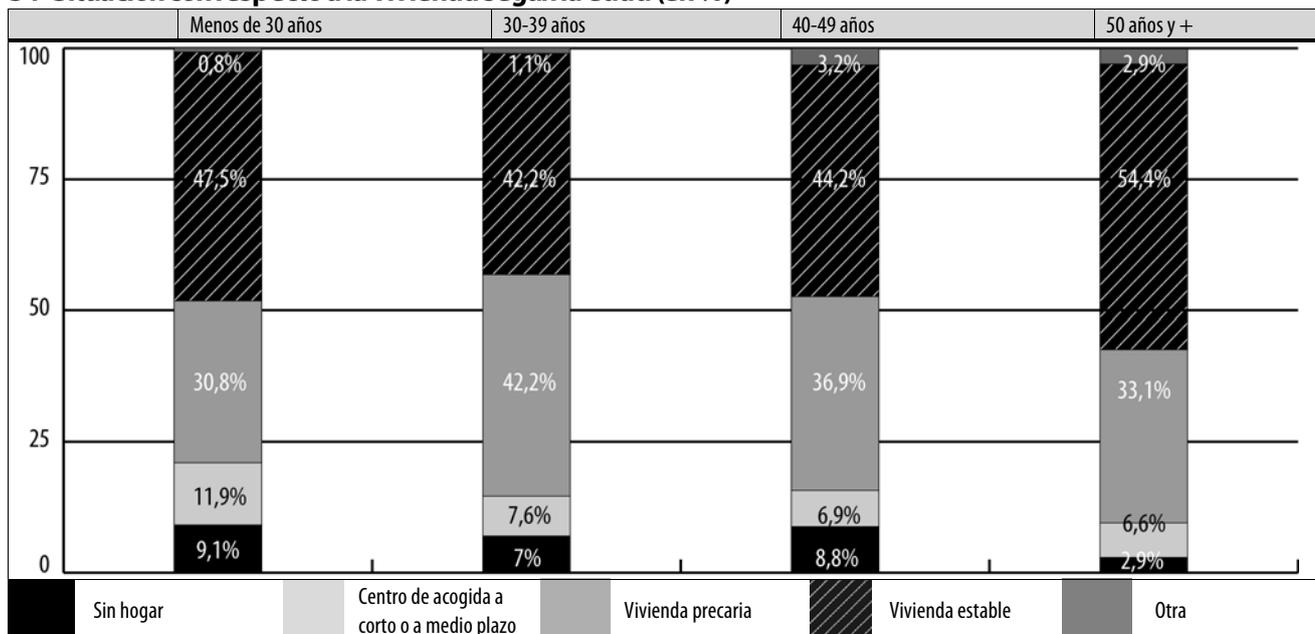
De forma general, las encuestas realizadas en Europa muestran que la situación de la población extranjera con respecto al alojamiento es globalmente peor que la de los ciudadanos del país, tanto en cuanto al tipo de vivienda, como en cuanto a las comodidades de la vivienda y a la superpoblación. Para las personas extranjeras en situación irregular, los obstáculos para acceder a una vivienda digna son aún mayores: escasez o inestabilidad de recursos, ausencia de documentos que acrediten la estancia en el país de residencia o los ingresos, discriminación y abusos de los propietarios, ausencia de derecho a viviendas sociales, escasez de redes sociales, miedo a la denuncia, etc. Sin embargo, la precariedad del alojamiento puede ir acompañada por una superpoblación de la vivienda, por condiciones materiales de alojamiento indignas (insalubridad, plomo, peligros...), por factores que pueden constituir riesgos para la salud o el bienestar de los habitantes, etc.

En el caso de las personas encuestadas, la situación con respecto a la vivienda se muestra especialmente desfavorable. **Menos de la mitad** de ellas (el 46%) disfrutan de una vivienda estable, el 8% no tienen hogar, el 9% viven en un centro de acogida (o corto o a medio plazo), el 36% sólo tienen acceso a una vivienda precaria y el 2% se encuentran en otra situación (principalmente alojados en su lugar de trabajo). La precariedad de la vivienda está relacionada con distintas situaciones. En la mayoría de los casos (el 78%), estas personas se alojan provisionalmente en casa de familiares o amistades, pero también pueden asentarse en una vivienda sin contrato de arrendamiento (el 14% de ellas) u ocupar una vivienda sin derecho ni título (el 6%). Por último, el 2% viven pendientes de la amenaza de expulsión o de embargo de su vivienda. **Cabe destacar que la situación de los hombres encuestados es aun más precaria que la de las mujeres**, ya que el 14% no tienen hogar (frente al 2% de las mujeres) y sólo el 36% de ellos tienen una vivienda estable (frente al 56% de las mujeres).

33- Situación con respecto a la vivienda por sexos (en %)



34- Situación con respecto a la vivienda según la edad (en %)



Recordemos también que, como vimos anteriormente, las personas que llegaron al país de la encuesta hace menos de un año se encuentran en una situación aun más delicada que la media. Así, sólo el 36% de estas personas tienen una vivienda estable, mientras que el 14% no tienen hogar. Sin embargo, una vez superado el pico de un año no se produce una mejora notable en función del tiempo de residencia en el país, ya que las personas sin permiso de residencia viven a largo plazo en una situación precaria.

35- Situación con respecto a la vivienda según el tiempo pasado en el país de la encuesta (en %)

	Menos de 1 año	1-2 años	3-5 años	6 años o más	Todos
Sin hogar	14,0	3,2	3,9	10,1	7,7
Centro de acogida a corto o a medio plazo	10,8	9,7	6,0	8,8	8,8
Vivienda precaria	38,4	33,9	42,0	29,4	35,9
Vivienda estable	35,6	51,3	46,6	49,7	46,0
Otra	1,2	1,8	1,4	2,0	1,6

p<10⁻³

Las diferencias constatadas según el país de residencia y la nacionalidad deben interpretarse teniendo cuenta las características específicas de cada uno de estos países. De esta forma, el gran porcentaje de personas sin hogar en Italia, por ejemplo, se debe al hecho de que, en este país, los programas en los que se realizó la encuesta están dirigidos precisamente a personas sin hogar o a consumidores de drogas. En cuanto al caso de España, cabe destacar el gran porcentaje de vivienda estable, que puede deberse al hecho de que las personas que trabajan en el sector agrícola, los trabajadores del sector doméstico y las personas que trabajan como asistentes de personas mayores suelen alojarse en el lugar de trabajo, al igual que las personas que trabajan en clubes. Por otro lado, en Grecia las condiciones de arrendamiento no están tan formalizadas como en otros países, de forma que la población inmigrante puede tener acceso a alquilar una vivienda una vez que conoce mejor el país.

36- Situación con respecto a la vivienda según el país de residencia (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	NL	SE	UK
Sin hogar	4,5	2,6	3,2	8,0	44,4	2,9	-	0,9
Centro de acogida a corto o a medio plazo	4,5	13,7	6,0	8,5	12,1	14,7	9,7	1,9
Vivienda precaria	49	14,5	12,0	54,3	17,2	27,5	62,1	60,7
Vivienda estable	42,0	65,8	73,1	29,1	25,3	54,9	28,2	35,5
Otra	-	3,4	5,7	-	1,0	-	-	0,9

Además, la variedad de situaciones con respecto al alojamiento muestra que las personas procedentes de Asia son las menos susceptibles a quedarse sin hogar y, por otro lado, las personas procedentes de América Latina (encuestadas, en su mayoría, en España) suelen disfrutar de una vivienda estable.

37- Situación con respecto a la vivienda según el grupo de nacionalidades (en %)

	Europa no comunitaria	África Subsahariana	Magreb	Asia	América Latina	Otra*	Total
Sin hogar	12,1	9,5	12,5	0,8	2,0	7,9	7,7
Centro de acogida a corto o a medio plazo	13,5	8,7	8,6	8,6	3,9	11,9	8,8
Vivienda precaria	29,8	39,3	46,1	47,7	23,5	30,5	35,9
Vivienda estable	44,0	41,9	32,2	43,0	65,7	47,0	46,0
Otra	0,7	0,6	0,7	-	4,9	2,6	1,6

* La categoría "otra" agrupa las nacionalidades de Oriente Próximo y Oriente Medio, de la Unión Europea y a los apátridas.

- > *Sin vivienda hasta la muerte. H. tiene 56 años y vive desde hace ya 20 años en los Países Bajos, sin permiso de residencia ni cobertura médica. Ha perdido todo contacto con su familia de Venezuela. Trabaja como artista y en el sector de la limpieza pero no tiene ingresos fijos.*

En 2006, le diagnosticaron un cáncer de pulmón, por lo que fue hospitalizado y operado: le extirparon una gran parte de un pulmón y tuvo que someterse a una radioterapia. Tras esta intervención médica, H. se sintió mejor durante algún tiempo, hasta principios del año 2008, que volvió a sentirse muy mal. En el hospital le hicieron pruebas y los resultados indicaron la reaparición del cáncer, que había llegado al resto de los pulmones, a los riñones y al hígado. Los médicos le dijeron que no podían hacer nada más por él, que se encontraba en fase terminal y que sólo le quedaban unos meses de vida.

Sin embargo, H. no podía quedarse en el hospital, tenía que volver a su casa y tomar analgésicos para paliar el dolor. El problema es que H. no tiene hogar y vive en la calle. Le gustaría morir en un lugar tranquilo y apacible y piensa en un hospicio. Hay muchos hospicios en el barrio, pero es muy difícil que encuentre plaza porque no tiene seguro médico y no puede cubrir él mismo los gastos. El hospital le manda a una asociación caritativa para personas sin hogar, que se encuentra muy alejada de la ciudad en la que reside. La asociación acepta alojarle durante esta fase terminal, pero a H. le aterroriza la idea de pasar sus últimos días lejos de su ciudad y de sus amigos, por lo que decide no irse.

Le echan del hospital con todas sus cosas y una reserva de medicamentos para dos días. Ya no puede andar y no puede desplazarle solo. Un amigo le consigue una silla de ruedas y le lleva a un centro de acogida para personas sin hogar, que accede a alojarle durante varios días. Allí, nadie puede encargarse realmente de él, y H. no puede irse porque está en el segundo piso y no hay ascensor.

Gracias a la movilización de sus amigos y de varias organizaciones, un hospicio de la ciudad de H. accede a darle alojamiento aunque no tenga seguro. Gracias de Médicos del Mundo, recibe cuidados paliativos y empieza un procedimiento judicial para reembolsar al hospicio y a las organizaciones que le atendieron para cubrir los gastos de la atención sanitaria proporcionada. Varios días después de su llegada al hospicio, H. murió.

Durante los últimos días de su vida, quiso que su experiencia pudiera servir para mejorar los cuidados paliativos de las personas sin permiso de residencia en los Países Bajos. También quiso que el hospital reconozca que no debería haberle echado a la calle y que se comprometa a no volver a actuar así. «No se puede tratar a la gente de este modo, aún menos si están gravemente enfermos y no les queda mucho tiempo de vida.» H., venezolano de 56 años. Vivía en los Países Bajos.

● Condiciones de la vivienda

Las personas migrantes encuestadas se ven afectadas cada vez más por otro problema relacionado con las condiciones de vivienda: la superpoblación de las viviendas. Existen numerosas formas de calcular esta superpoblación pero hemos adoptado la definición que considera que una vivienda está superpoblada cuando ofrece menos de una habitación (principal) por persona⁴³. En total, si excluimos del cálculo a las personas sin hogar, la superpoblación de la vivienda afecta al 68% de las personas encuestadas (sin diferencias significativas en función del sexo o la edad).

Esta situación afecta aún más a las personas que viven en un centro de acogida o en una vivienda precaria, ya que las tres cuartas partes de estas personas sufren el problema de la superpoblación.

38- Porcentaje de personas que viven en una vivienda superpoblada según el tipo de alojamiento (en %)

	%
Centro de acogida a corto o a medio plazo	73,8
Vivienda precaria	74,7
Vivienda estable	62,9
Otra situación (sin contar a las personas sin hogar)	46,4
Muestra total (sin contar a las personas sin hogar)	67,9

Cabe destacar que de las personas que viven con sus hijos e hijas menores (o con algunos de ellos), el 86% residen en una vivienda superpoblada. Sin embargo, sabemos que la superpoblación puede tener consecuencias en el desarrollo de los niños y de las niñas así como de los adolescentes: falta de intimidad, dificultades para separar el espacio de los adultos del de los niños, falta de un espacio tranquilo para poder estudiar, falta de espacio para invitar a amistades, etc. Así, en Suecia, el equipo identificó a bastantes bebés sobrealimentados para evitar que despertaran a los demás habitantes de la casa. Por otro lado, en los Países Bajos, la situación de la superpoblación parece ser la menos grave.

39- Porcentaje de personas que viven en una vivienda superpoblada según el país de la encuesta (en %)

BE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	Muestra total*
59,4	70,5	60,6	79,4	50,0	78,4	76,4	67,9

* Sin contar con las personas sin hogar y sin contar con Italia: los datos obtenidos en Italia no permitieron calcular la superpoblación de la vivienda.

En la encuesta, se plantearon además distintas preguntas sobre algunas características materiales de la vivienda. Así, el 4% de las personas viven en una vivienda sin electricidad y, el mismo porcentaje, sin agua. Por otro lado, el 5% viven sin aseos y el 16% sin calefacción, incluso en los países en los que las temperaturas pueden ser muy bajas en invierno: el 5% en los Países Bajos, el 8% en Bélgica y el 12% en Francia⁴⁴. Además, el 6% de las personas encuestadas no tienen cocina ni hornilla dentro de su vivienda.

40- Condiciones de alojamiento según la situación de la vivienda (en %)

	Centro de acogida a corto o a medio plazo	Vivienda precaria	Vivienda estable	Todas
Sin calefacción	16,0	18,6	11,6	15,6
Sin cocina/hornilla	16,3	8,0	1,6	5,6
Sin aseos	-	8,0	1,6	4,7
Sin electricidad	-	8,0	0,9	3,9
Sin toma de agua	-	7,5	1,4	3,8

* Estas preguntas no se plantearon a las personas sin hogar. Por otro lado, no presentamos los datos de la categoría "otra situación de vivienda" debido a la escasez de efectivos, pero sí se tienen en cuenta para calcular el conjunto de la muestra.

⁴³ Definición que suele utilizar el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos Francés (Insee), aunque seamos conscientes de que este umbral puede diferir de las normas de algunas encuestas sobre lo que es aceptable en materia de vivienda.

⁴⁴ La pregunta sobre el alojamiento no se planteó en Suecia.

Además, un tercio (el 34%) de las personas encuestadas que no se encuentran sin hogar consideran que sus condiciones de vivienda son peligrosas o nefastas para su salud y la de sus hijos e hijas. Cabe destacar que hombres y mujeres tienen esta sensación en porcentajes similares. Sin embargo, este porcentaje aumenta con la edad: el 43% de las personas de 50 años o más se encuentran en este caso (frente al 30% de los menores de 30 años). Por otro lado, las viviendas que sus ocupantes consideran insalubres están también superpobladas con mayor frecuencia y son más a menudo viviendas precarias.

41- Porcentaje de personas que juzgan que sus condiciones de alojamiento son peligrosas o nefastas para su salud (o la de sus hijos e hijas) según distintas características (en %)

		%
Edad	Menos de 30 años	29,7
	30-39 años	34,0
	40-49 años	36,4
	50 años y más	42,9
País de la encuesta*	BE	38,3
	EL	39,8
	ES	34,0
	FR	33,5
	NL	34,4
	SE	43,6
Tiempo pasado en el país de la encuesta	UK	31,4
	Menos de 1 año	31,2
	1-2 años	26,7
	3-5 años	37,0
Tipo de alojamiento	6 años o más	40,1
	Centro de acogida (a corto o a medio plazo)	36,9
	Vivienda precaria	38,7
	Vivienda estable	29,8
Nacionalidad	Otra (sin contar a las personas sin hogar)	41,4
	Unión Europea	46,8
	Europa no comunitaria	44,6
	África Subsahariana	39,9
	Magreb	31,5
	Oriente Próximo y Medio	26,4
Surpeuplement du logement	Asia	23,0
	América Latina	25,6
	Vivienda no superpoblada	24,9
Muestra total (sin contar a las personas sin hogar)	Vivienda superpoblada	37,2
		34,1

* Italia no figura en la lista porque sus datos no eran explotables.

6. ACTIVIDAD PROFESIONAL

- **Diversidad de situaciones**

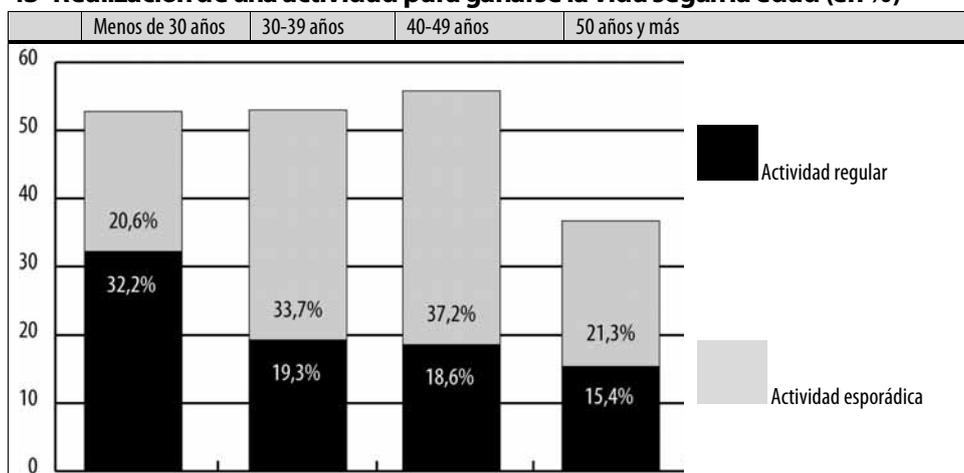
De todas las personas encuestadas, el 19% dicen ejercer una actividad o un trabajo para ganarse la vida de forma regular⁴⁵, el 32 % de forma intermitente y el 47% dicen no tener actividad generadora de ingresos (el 1% no quisieron responder a esta pregunta). Las mujeres de la muestra realizan una actividad regular en el doble de casos que los hombres (el 26% frente al 12%), $p < 0,001$.

42- Realización de una actividad para ganarse la vida según el sexo (en %)

	Hombres	Mujeres	Todos
Actividad regular	12,4	26,0	19,1
Actividad esporádica	35,9	28,0	32,2
Sin actividad	49,7	45,6	47,3
No sabe/no contesta	2,0	0,4	1,3

En el caso de los más jóvenes, el índice de actividad regular es el más elevado (el 32% para los menores de 30 años), pero este índice va disminuyendo con la edad, de forma que sólo el 15% de las personas mayores de 50 años ejercen una actividad regular para ganarse la vida.

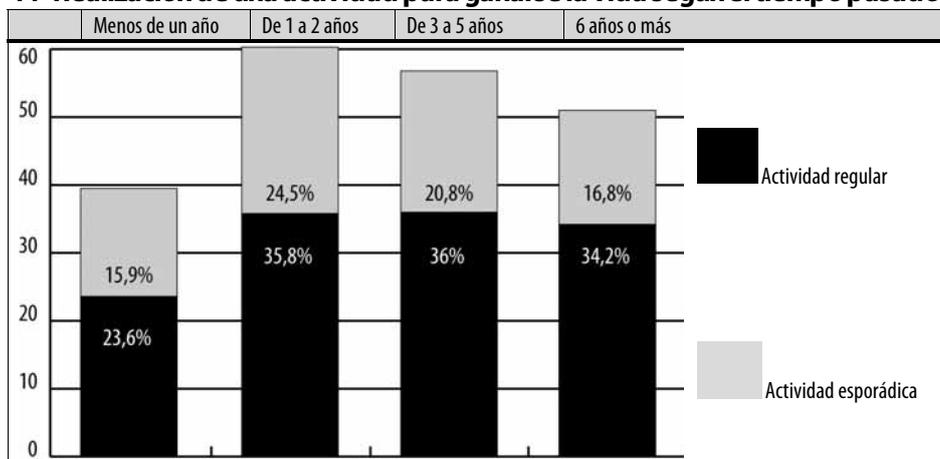
43- Realización de una actividad para ganarse la vida según la edad (en %)



⁴⁵ La expresión "de façon régulière" (de forma regular), utilizada en los cuestionarios en francés, pudo prestarse a confusión para algunos de los encuestados, que posiblemente interpretaron que hacía referencia a la legalidad del contrato en lugar de a la frecuencia.

Si cruzamos el índice de actividad con el tiempo de residencia en el país de acogida, las personas que alcanzan el índice máximo de actividad regular son aquellas presentes en el país entre uno (pasado el primer año) y cinco años (el 36%)⁴⁶.

44- Realización de una actividad para ganarse la vida según el tiempo pasado en el país de la encuesta (en %)



- **Condiciones de trabajo difíciles**

Los sectores de actividad en los que trabaja la población migrante son muy variados. **La limpieza y los servicios a particulares son los sectores en los que trabajan más personas de nuestra muestra (el 23% y el 20% respectivamente)**. El gran número de personas que trabajan en los servicios a particulares se refiere a la cantidad de migrantes que cuidan, a domicilio, a niños, personas mayores o enfermos, así como a quienes trabajan como asistentes.

Muchos de los encuestados trabajan también en el sector de la construcción (el 15%), así como en la hostelería y la restauración (el 9%). La encuesta refleja también que un gran número de en situación de prostitución (el 11%), hecho que está relacionado con la forma en la que se constituyó la muestra, ya que varios de los lugares de la encuesta eran precisamente unidades móviles dirigidas a personas en situación de prostitución. Aunque no sería de extrañar que algunas personas realizaran simultáneamente varias actividades en distintos sectores, esta información no aparece reflejada en la encuesta⁴⁷. Asimismo, la precariedad laboral puede conducir a cambiar de sector de actividad con bastante frecuencia (sin embargo, los datos presentados aquí se refieren únicamente al empleo principal en el momento de la encuesta).

45- Sector de actividad de los encuestados que trabajan (de forma regular o esporádica)(en %)

	%
Limpieza	22,5
Servicios a particulares	20,4
Construcción y obras públicas	15,3
Prostitución	11,0
Hostelería y restauración	9,4
Comercio	4,0
Industrias de bienes de consumo	3,8
Agricultura, silvicultura y pesca	2,7
Venta ambulante	1,8
Transportes	1,6
Industrias agrícolas y alimentarias	0,9
Otras industrias	0,9
Otra	5,8
Total	100

⁴⁶ Si cruzamos este índice de actividad con el tiempo de residencia en situación irregular, estas cifras y la distribución que muestra la gráfica correspondiente son prácticamente idénticas.

⁴⁷ Solo aparecía el sector de actividad principal, por lo que en numerosas ocasiones era difícil de rellenar para las personas que realizan distintos tipos de trabajo simultáneamente.

- > «Como vivimos aquí ilegalmente, mi marido trabaja desde las 7 de la mañana hasta las 3 de la madrugada por 25 euros al día». Mujer argentina de 23 años. Vive en España desde hace diez meses.
- > «Me gustaría dejar de trabajar en la prostitución, pero no encuentro trabajo, es increíble. En los anuncios que se publican en el periódico no hay nada y, como no tengo papeles, la situación es aún más difícil. Busco trabajo tanto de externa como de interna, me da igual. Abres el periódico y en los anuncios de trabajo no hay nada y, sin embargo, en los anuncios de contactos, muchos clubes buscan chicas. Es difícil, hace ya tres semanas que busco y no he encontrado nada. Encontré una oferta de trabajo para cuidar a una mujer mayor que padece Alzheimer, de 12:00 a 19:00. El hijo me dijo que no era mucho trabajo: despertar a su madre, sentarla en el sofá delante de la tele, darle de comer y volver a acostarla. Le dije que no era muy difícil pero que no me dejaba la posibilidad de encontrar un trabajo complementario, porque 500 euros no bastaban para vivir. Envío todo el dinero que gano a Brasil y me quedo con lo justo y necesario para pagar el alquiler y comer. Envío todo lo demás y no me permito ningún capricho. La crisis también afecta a la prostitución y no hay trabajo». Brasileña de 44 años. Vive en España.

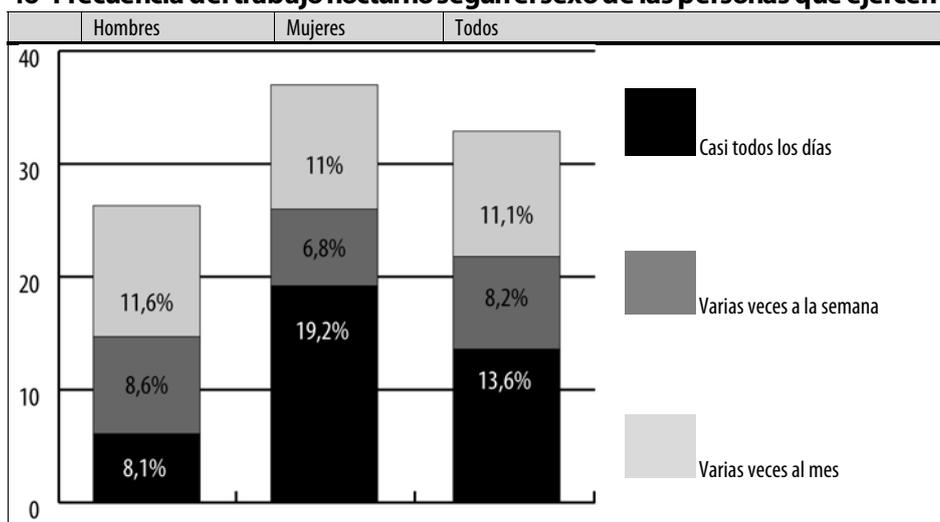
De las personas que trabajan (de forma regular o esporádica), el 37% ejercen su(s) actividad(es) más de diez horas al día (el 16% casi todos los días, el 10% varias veces a la semana y el 12% varias veces al mes). No se han observado diferencias significativas en función del sexo o la edad.

El trabajo nocturno parece ser también relativamente frecuente (a pesar de que la definición adoptada aquí se refiere a una actividad entre las 12 de la noche y las 5 de la mañana, siendo más restrictiva que las definiciones que se suelen utilizar en las encuestas).

Así, el 22% de las personas encuestadas que realizan una actividad remunerada trabajan por la noche casi todos los días o varias veces por semana. Las mujeres se encuentran en esta situación con bastante más frecuencia que los hombres (el 26% frente al 14,7%), sobre todo en lo que se refiere al trabajo nocturno diario (el 19% frente al 6%).

Este trabajo nocturno está relacionado con distintas situaciones: dentro de este grupo se encuentran las personas encuestadas que se encuentran en situación de prostitución, pero también incluye a muchas personas que ofrecen servicios a particulares, como el cuidado de enfermos o de personas mayores, así como aquellos que trabajan en el sector de la limpieza y en los sectores de la hostelería y la restauración⁴⁸.

46- Frecuencia del trabajo nocturno según el sexo de las personas que ejercen una actividad (en %)



⁴⁸. Incluso excluyendo del cálculo a las personas que ejercen la prostitución, la diferencia de la frecuencia del trabajo nocturno diario entre hombres y mujeres sigue siendo grande

- > Tuvo experiencias muy duras en el trabajo. Trabajaba frecuentemente entre doce y catorce horas al día y, al final, tenía que pelearse para obtener la cantidad que le habían prometido (por ejemplo, 150 euros al mes). En varias ocasiones la gente la presionaba, amenazándola con denunciarla a las autoridades si no aceptaba. Actualmente trabaja con varios particulares, limpiando casas, limpiando cristales y realizando trabajos de jardinería. L. ucraniana de 58 años. Vive en Alemania desde hace ocho años.

Otro indicio que demuestra las difíciles condiciones de trabajo es el hecho de que **el 8% de las personas encuestadas hayan sido víctimas de accidentes de trabajo desde su llegada al país de acogida**. Evidentemente, esta frecuencia depende de la duración de la estancia en el país de la encuesta⁴⁹ (de 7 años de media para las personas que afirman haber sido víctimas de un accidente de trabajo, y de cuatro años y medio para el resto, $p=0,002$). Tras compararla con el tiempo de residencia, la frecuencia no varía en función del sexo ni de la edad de las personas encuestadas. El siguiente cuadro muestra las frecuencias brutas de accidentes de trabajo. Además, tras ajustar los datos por tiempo de residencia, no se observa ninguna otra diferencia significativa entre los distintos países de la encuesta (debido a al reducido número de muestras). **Sin embargo, el riesgo de haber sufrido un accidente de trabajo se revela más alto en España y en los Países Bajos, mientras que en Francia es más bajo.**

47- Porcentaje de personas que han sido víctimas de un accidente de trabajo desde su llegada al país de la encuesta (en %)

NL	ES	EL	BE	FR	Muestra total
16,5	12,7	9,4	6,3	2,5	8

- > Tuvo un primer accidente de trabajo en Italia, antes de llegar aquí con una fractura en el puño. Más tarde, se cayó de un andamio y le tuvieron que dar puntos. Marroquí de 30 años. Vive en Suiza.
- > J. tuvo un accidente de trabajo y se rompió un pie. Un amigo le llevo a un médico español, que le dijo que le tenían que operar inmediatamente. Lo intentaron en varios hospitales pero en todos les pedían, en la recepción de urgencias, que pagara, ya que no tiene un seguro médico. Al ver como sufría J., su amigo acabó por prestarle su tarjeta del seguro y le llevó a una clínica donde le debían operar al día siguiente. Por la noche, J. abandonó la clínica antes de la operación por miedo a que le detuvieran o a perjudicar a su amigo. J., nicaragüense de 53 años. Vive en Alemania.

⁴⁹ Lo que impide toda comparación con el número de personas de la población general que han sido víctimas de accidentes de trabajo.

7. ACCESO AL DERECHO A LA COBERTURA SANITARIA⁵⁰

- **El derecho a la cobertura sanitaria varía en función del país**

Según las leyes respectivas de los países en los que viven⁵¹, el 70% de las personas encuestadas pueden disfrutar de una cobertura sanitaria a la vista de su situación (teniendo en cuenta que los límites y las modalidades de esta cobertura sanitaria varían mucho de un país a otro⁵²). Los datos por país sólo están disponibles y son analizables en Bélgica, España, Francia, Grecia e Italia⁵³.

48- Acceso teórico a la cobertura sanitaria (en %)

	BE	EL	ES	FR	IT	Total
Cumple las condiciones	98,2	2,7	72,7	88,9	55,3	69,8
No cumple las condiciones	1,8	93,6	22,7	11,1	44,7	28,2
No se sabe	0,0	3,6	4,6	0,0	0,0	1,9

- **Desconocimiento relativo de la cobertura sanitaria**

En la encuesta, se preguntó a las personas sobre su conocimiento de su derecho teórico a disfrutar de una cobertura sanitaria⁵⁴. En total, las tres cuartas partes de las personas encuestadas (el 76%) que tienen derecho a una cobertura sanitaria conocen sus derechos. Sin embargo, **la cuarta parte de estas personas no saben que pueden disfrutar de una cobertura sanitaria**. El porcentaje en el Reino Unido es aún mayor: más de la mitad de las personas encuestadas desconocen esta posibilidad. En España, al contrario, la cuasi totalidad de las personas encuestadas conocen esta posibilidad.

49- Conocimiento del derecho a la cobertura sanitaria de las personas que teóricamente pueden ser beneficiarias (en %)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Sí	58,2	94,3	76,7	65,4	47,7	76,5
No	41,8	5,7	23,3	34,6	52,3	23,5

De estas personas que conocen sus derechos, **sólo un poco más de la mitad conocen lo suficientemente bien todos los trámites necesarios para hacerlos valer**. El número de personas que peor informadas están sobre estos trámites es especialmente alto en Francia, en Italia y en España, mientras que un tercio de los encuestados y las encuestadas en Bélgica y en el Reino Unido desconocen por completo los trámites que deben realizar.

50- Conocimiento de los trámites necesarios para hacer valer el derecho a la cobertura sanitaria de las personas que conocen sus derechos teóricos (en %)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Sí, perfectamente	54,7	61,9	53,5	59,0	55,1	57,5
Sí, pero no estoy seguro	9,4	28,2	26,8	41,0	14,3	24,9
No	35,9	9,9	19,7	0,0	30,6	17,7

⁵⁰ Según los países, la cobertura sanitaria significa que los gastos derivados de las prestaciones sanitarias están total o parcialmente cubiertos o que se atiende a las personas gratuitamente.

⁵¹ Ver primer apartado sobre las diferentes legislaciones relativas al acceso a la sanidad por países.

⁵² Cattacin S., Chimienti M., «Difference sensitivity in the field of migration and health: national policies compared», Ginebra: Research report of the Department of Sociology of the University of Geneva, 2006.

⁵³ Este "diagnóstico de la situación" no se realizó ni en Londres (considerando que, en teoría, todas las personas pueden inscribirse en un médico generalista y tener acceso a la atención primaria), ni en los Países Bajos (donde los profesionales sanitarios se encargan directamente de gestionar la cobertura sanitaria que les puede reembolsar), ni en Suecia (donde no existe ningún sistema de cobertura sanitaria). En Alemania, Portugal y Suiza no se ha podido realizar ningún análisis debido a que las muestras eran demasiado pequeñas (ver primer apartado, sobre la presentación los resultados).

⁵⁴ Esta pregunta, al contrario que la anterior, sí se planteó en el Reino Unido.

• Unos trámites repletos de obstáculos

Sólo dos tercios de las personas que conocen sus derechos han empezado los trámites para conseguirlos. El porcentaje más reducido lo encontramos en Bélgica y en Francia (sólo un tercio y la mitad de las personas respectivamente han empezado, solos o acompañados, dichos trámites), dos países en los que los trámites burocráticos para hacer valer sus derechos son de los más complicados para la población extranjera en situación irregular. Sin embargo, en los países del sur de Europa y en el Reino Unido, las personas, una vez que conocen sus derechos, suelen en su mayoría iniciar los trámites necesarios.

51- Porcentaje de personas que han iniciado los trámites necesarios para hacer valer el derecho a la cobertura sanitaria entre las personas que conocen sus derechos teóricos (en %)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Sí	34,4	75,7	54,7	84,6	84,0	65,9
No	62,5	23,2	45,3	15,4	16,0	33,1
No sabe	3,1	1,1	0,0	0,0	0,0	1,0

De entre las personas que han iniciado los trámites para hacer valer sus derechos, más de la mitad dicen haber encontrado al menos un obstáculo durante estos trámites. Se trata, por orden de frecuencia decreciente de los siguientes:

- Problemas administrativos en el 74% de los casos (dificultades para reunir los justificantes, exigencias abusivas, horarios inadaptados, envío de oficina en oficina, etc.).
- Desconocimientos del sistema y de sus mecanismos (23 %)
- Problemas lingüísticos (21 %).

Un tercio de las personas señalan también en este punto experiencias y obstáculos que, aunque más subjetivos, no por ello son menos problemáticos. Así, el 16% dice tener miedo a que le denuncien o le detengan, el 8% señala el rechazo de ayuda por parte de los servicios sociales o de los profesionales sanitarios, e incluso el 6% dice tener miedo a la discriminación o al mal recibimiento.

A fin de cuentas, de todas estas personas que han realizado los trámites, en el momento de la encuesta sólo el 60% habían conseguido obtener la cobertura sanitaria. **Una vez más, en Bélgica y Francia se registran los porcentajes más reducidos** (el 50% y el 24% respectivamente), **datos que muestran la carrera de obstáculos que se impone a las personas en situación irregular que defienden sus derechos⁵⁵**. La situación más favorable se da en España y en Italia.

52- Cobertura sanitaria efectiva en el momento de la encuesta entre las personas que han realizado los trámites (en %)

	BE	ES	FR	IT	UK	Total
Sí	50,0	67,2	24,0	100,0	60,0	59,8
Rechazado	22,7	3,6	5,3	0,0	35,0	8,6
Pendiente	27,3	27,7	66,7	0,0	2,5	29,8
No sabe	0,0	1,5	4,0	0,0	2,5	1,8

- > C. está en Francia desde hace seis meses. Dio a luz en el hospital hace tres meses y a su bebé le están atendiendo en un centro de Protección materno-infantil. Desde que llegó, ninguno de los profesionales que la han atendido (médico, matrona, personal del hospital...) le ha propuesto que solicite la Ayuda Médica del Estado para ella y su familia. Nos muestra varias facturas de consultas médicas y de medicamentos, junto con las hojas de cobertura de gastos de la Seguridad Social francesa que no sabe para qué sirven. Solicita una cobertura sanitaria el día que acude a Médicos del Mundo en París. C., rumana de 21 años. Vive en Francia desde hace seis meses.

⁵⁵ Recordatorio: estos porcentajes se refieren a las personas que, teóricamente, tienen derecho a una cobertura sanitaria según la ley de estos dos países (ver descripción de las condiciones de acceso a la sanidad por países al principio del informe).

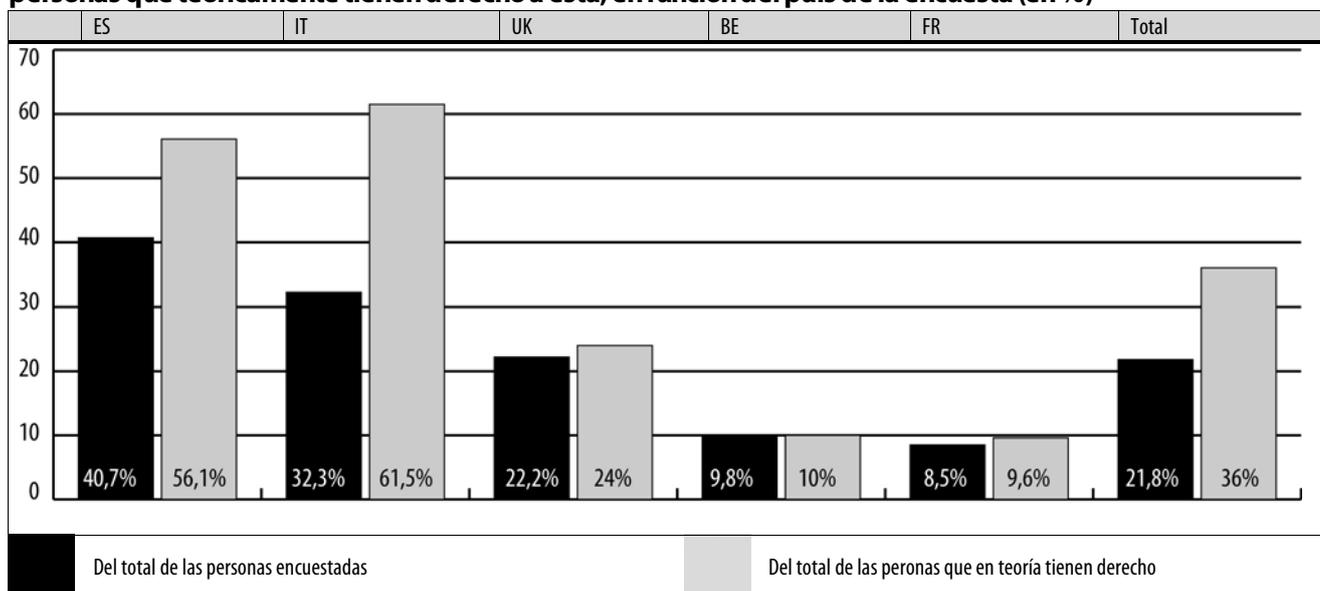
En total, el porcentaje de personas que han logrado obtener una cobertura sanitaria efectiva se ha estudiado de dos formas: 1) A partir de todas las personas en situación irregular encuestadas en cada país y 2) A partir de todos aquellos que, en teoría, tendrían derecho a esta cobertura sanitaria a la vista de su situación y de las condiciones de acceso previstas por las leyes nacionales de cada país.

De todas las personas en situación irregular encuestadas, sólo el 22% disfrutaban de una cobertura sanitaria efectiva, sin que haya diferencias significativas en función del sexo, la edad o la situación familiar de las personas. Este porcentaje es semejante al que observamos en la anterior encuesta del Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, publicada en 2007 (el 24%)⁵⁶. En un principio, el porcentaje aumenta a la vez que el tiempo de residencia en situación irregular en el país de acogida. Así, sólo el 9,5% de las personas en situación irregular desde un periodo inferior a un año tienen cobertura sanitaria, mientras que el porcentaje, en el caso de las personas en situación irregular durante un año, aumenta al 15,6%. Sin embargo, tras un periodo de dos años, este porcentaje deja de aumentar (un 23%, aproximadamente) entre las personas encuestadas. Este hecho está probablemente relacionado con el sesgo de selección propio de la encuesta (aquellas personas que, tras dos años, disfrutaban de una cobertura sanitaria tienen menos razones para acudir a los programas asociados al Observatorio).

- **Un derecho a la cobertura sanitaria poco efectivo**

En total, sólo una pequeña minoría (una quinta parte) de las personas en situación irregular encuestadas disfruta de cobertura sanitaria. En los casos en los que esta cobertura sanitaria está prevista por la ley y en los que las personas deberían poder acceder, en la práctica, sólo un tercio tiene acceso (el 36%), con grandes diferencias entre países.

53- Porcentaje de personas que disfrutaban de cobertura sanitaria efectiva dentro del total de la muestra y entre las personas que teóricamente tienen derecho a esta, en función del país de la encuesta (en %)



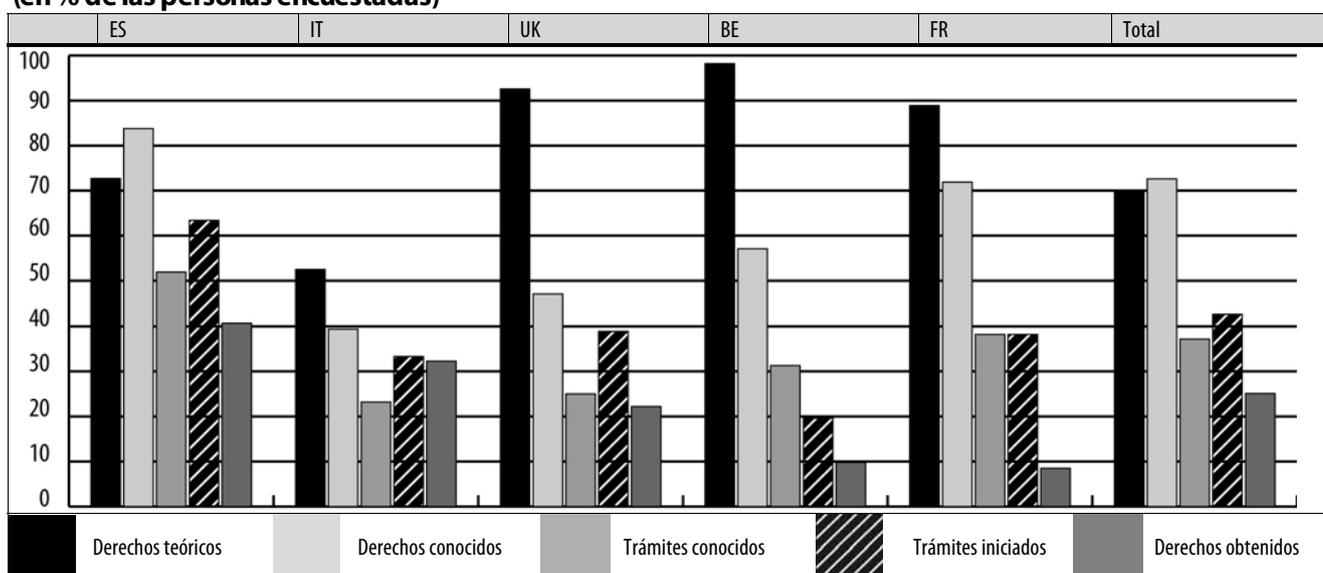
Para resumir el abanico de dificultades y de restricciones que sufren las personas en situación irregular para obtener una cobertura sanitaria, todos los análisis anteriores se pueden relacionar con el total de las personas encuestadas.

⁵⁶ European Observatory on Access to Health Care. «European survey on undocumented migrants' access to health care», París, Médicos del Mundo, 2007: http://www.mdm-international.org/index.php?id_rubrique=10.

Podemos observar varios perfiles de países:

- Países en los que, en teoría, más de las tres cuartas partes de las personas en situación irregular encuestadas disfrutaban de cobertura sanitaria, pero, en la práctica, esta es muy poco efectiva (menos de una persona de cada cuatro, e incluso menos de una sobre diez). Es decir, los países en los que el desfase entre los derechos teóricos y los derechos efectivos es mayor: el Reino Unido, Bélgica y Francia⁵⁷.
- Un país en el que la cobertura sanitaria cubre, en teoría, a casi tres tercios de las personas encuestadas pero, en la práctica, menos de una de cada dos personas disfrutaban de ella, es decir, su diferencial es algo inferior a un medio: España.
- Un país en el que la cobertura sanitaria sólo cubre, en teoría, a una de cada dos personas y, en la práctica, sólo un tercio de las personas disfrutaban de esta. Es decir, un diferencial, una vez más, inferior a un medio: Italia.

54- De los derechos teóricos al acceso real a la cobertura sanitaria: síntesis de los resultados (en % de las personas encuestadas)



Nota: en determinados casos, el porcentaje de personas que dicen conocer los trámites es inferior al de las personas que han empezado a realizarlos, de forma que algunas personas pueden haber empezado los trámites (por medio de trabajadores sociales, de asociaciones, etc.) sin saber ni siquiera en qué consisten.

⁵⁷ Por si fuera poco, desde 2002, el Gobierno francés pone cada vez más trabas a la regularización de la residencia por razones médicas que prevé la ley para algunas situaciones en las que el hecho de volver a su país de origen podría tener consecuencias graves para su salud debido a la falta de acceso efectivo a las prestaciones sanitarias adecuadas (véase «La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant», París, Observatoire du droit à la santé des étrangers, collectif ODSE 2008). <http://www.odse.eu.org>.

8. EL ESTADO DE SALUD

- **El estado de salud percibido**

Sabemos que el estado de salud percibido por la población es un indicador subjetivo, pero la mayoría de los estudios muestran (a escala global o a escala individual) una buena correlación entre este indicador y los indicadores objetivos (y/o medicalizados) de salud⁵⁸. Entre las personas entrevistadas, **un tercio de los hombres (el 34%) y la cuarta parte de las mujeres (el 23%) perciben su salud como mala o muy mala, un porcentaje muy superior al de la población en general**, sea cual sea la población nacional o europea con la que se comparen estas cifras.

Si bien existe una variabilidad notable en la distribución de este indicador en los distintos países europeos (que presenta un doble gradiente norte-sur y oeste-este⁵⁹), las personas inmigrantes en situación irregular encuestadas declaran que **se encuentran en mal estado o en muy mal estado de salud, tres veces más que la población europea** de los 25 países de la Unión Europea: entre 4 y 7 veces más que la población británica, holandesa o sueca, hasta 8 veces más que la población belga y 16 veces más que la alemana⁶⁰.

No hemos podido comparar sistemáticamente el estado de salud que las personas en situación irregular consideran que tienen con el de los y las inmigrantes en situación regular, ya que los datos sobre estos últimos son bastantes fragmentarios en la mayoría de los países europeos. Así, la literatura científica cuenta con pocas encuestas europeas representativas sobre el estado de salud de los inmigrantes. Un estudio sueco⁶¹ de 2006 (sobre datos recogidos en 1996, en el primer estudio nacional sueco sobre inmigrantes) destacaba que, con la misma edad, los inmigrantes kurdos tenían el doble de riesgo de encontrarse en mal estado de salud que los suecos, e incluso el triple de posibilidades de presentar trastornos de sueño. En Francia, según los datos de la Encuesta Decenal de Salud realizada en 2002-2003, las personas inmigrantes⁶² declaran encontrarse en peor estado de salud que las personas nacidas en Francia. Las condiciones socioeconómicas degradadas de estas personas explican, en parte, este peor estado de salud percibido.⁶³ Asimismo, cabe citar el estudio realizado en 2005 en el País Vasco con una muestra representativa de inmigrantes⁶⁴.

⁵⁸ Kaplan G.A., Goldberg D.E., Everson S.A. et al., «Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study», *Int J Epidemiology* 1996, 25: 259-65; DeSalvo K.B., Bloser N., Reynolds K., He J., Muntner P., «Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis», *J Gen Internal Med* 2005, 21:267-75.

⁵⁹ Carlson P., «Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide», *Soc Sci Med* 1998, 46: 1355-66.

⁶⁰ Datos procedentes del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (2004), Eurostat, 2007.

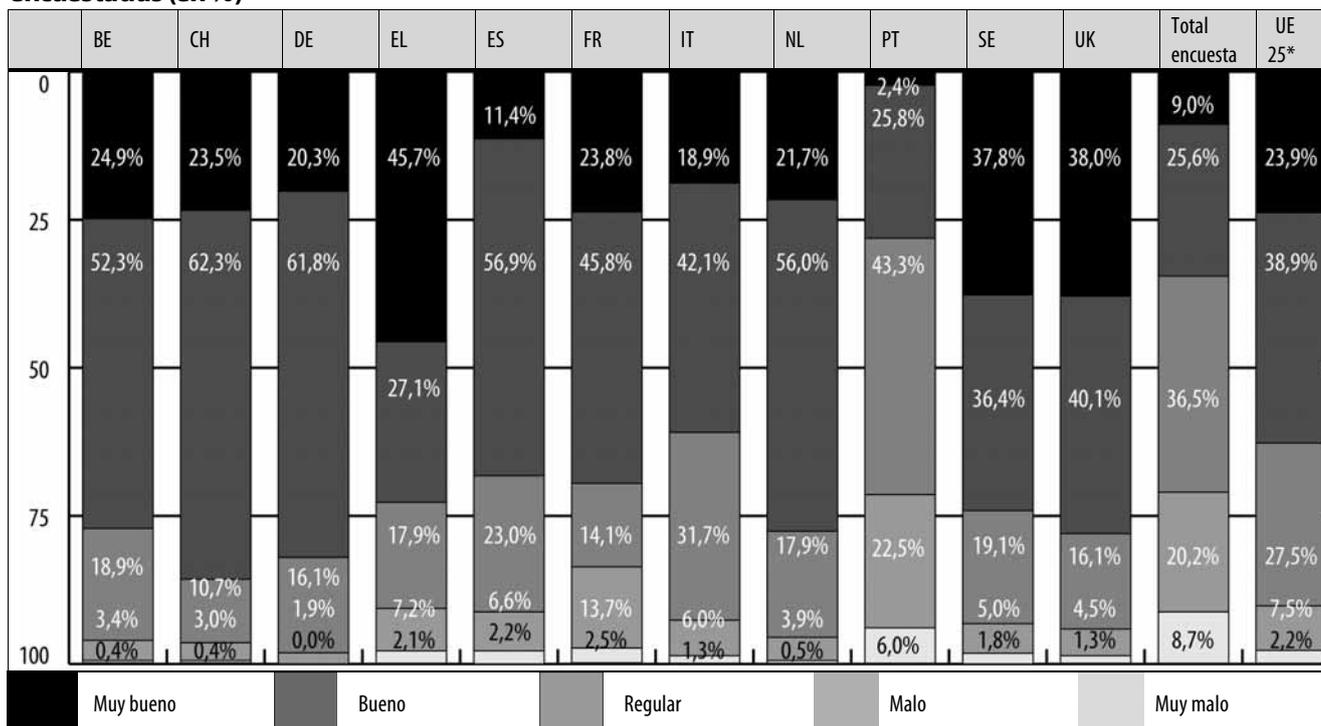
⁶¹ Taloyan M., Johansson L.M., Johansson S.E., Sundquist J., Koctürk T.O., «Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden», *Transcult Psychiatry* 2006, 43:445-61.

⁶² Es decir, las personas nacidas en el extranjero, sean o no francesas actualmente.

⁶³ Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., «La Santé perçue des immigrés en France», París, Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 2008, n. 133.

⁶⁴ Rodríguez E., Lanborena N., «Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco», Universidad del País Vasco y Médicos del Mundo-Munduko Medikak, España, 2006.

55- Comparación de la distribución del estado de salud percibido por la población general de los 11 países de la encuesta y de la Unión Europea en total con la observada en la muestra de personas en situación irregular encuestadas (en %)**



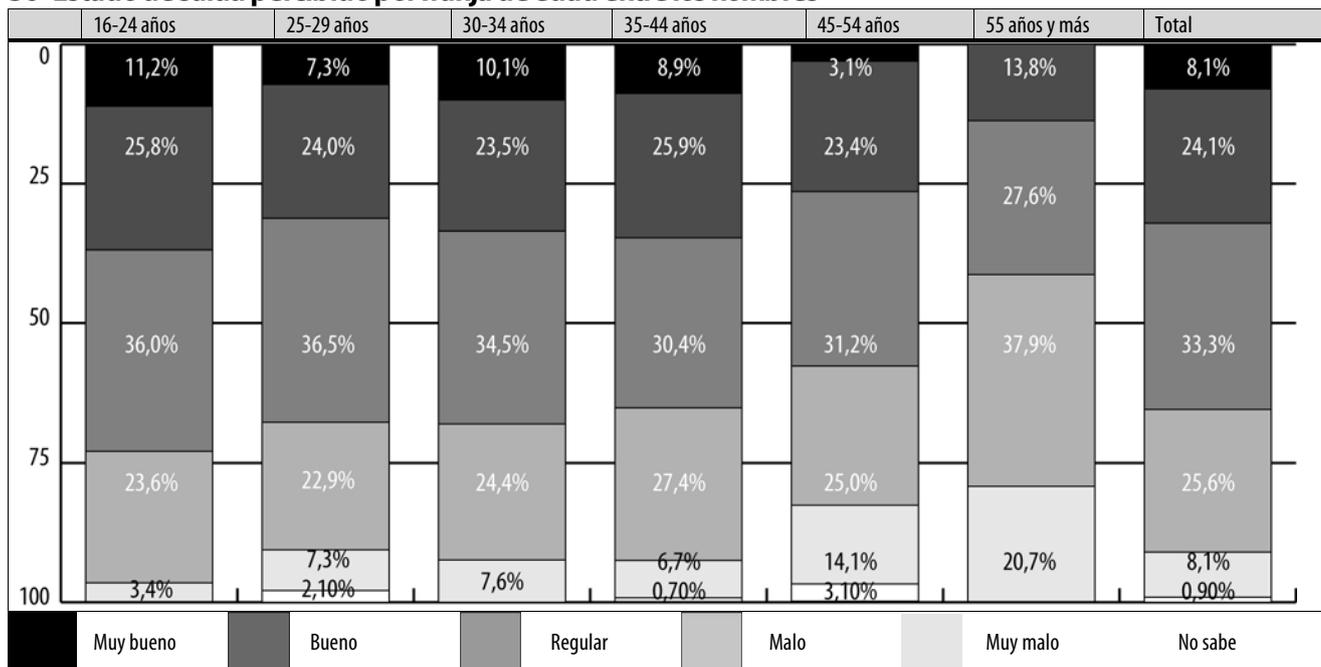
*Países de la Unión Europea, **Fuente: National Health Interview Surveys (round 2004), Eurostat, 2007.

Al contrario de lo que se suele observar en la población general, los hombres encuestados tienen un estado de salud percibido peor que el de las mujeres, sea cual sea la franja de edad, salvo más allá de los 55 años, ya que casi un tercio de las mujeres de esta edad declaran encontrarse en muy mal estado de salud. Este peor estado de salud percibido por los hombres inmigrantes, ha sido observado también en un estudio reciente realizado en la población general en Barcelona (pero, en ese caso, no se estudiaba específicamente a los inmigrantes sin permiso de residencia⁶⁵).

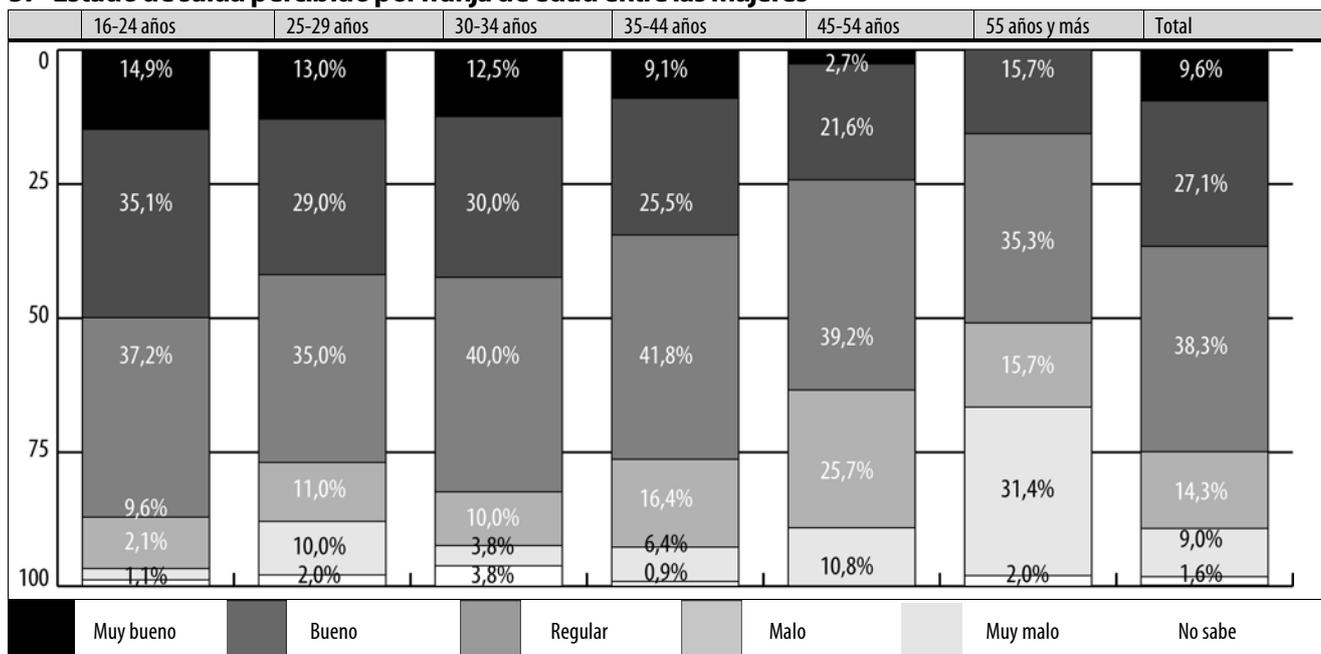
Es normal que el estado de salud se deteriore con la edad. Sin embargo, cabe destacar que **entre la población más joven (de 18 a 25 años), el 27% de los hombre y el 12% de las mujeres declaran ya que su estado de salud es malo o muy malo.**

⁶⁵ Borrell C., Muntaner C., Solè J., et al., «Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household Labour». *J Epidemiol Community Health*, 2008, 62: e7.

56- Estado de salud percibido por franja de edad entre los hombres



57- Estado de salud percibido por franja de edad entre las mujeres



- **Patologías diagnosticadas**

Sólo el 20% de las personas encuestadas no señalan ningún problema de salud en el momento de la encuesta⁶⁶. En total, se han contado 1 457 síntomas, quejas o enfermedades. Estas enfermedades aparecen clasificadas por aparatos o regiones anatómicas, con una distribución similar a la que podemos encontrar en cualquier centro de salud generalista.⁶⁷ el aparato digestivo, el sistema osteoarticular y la esfera psicológica son los que resultan afectados con más frecuencia.

⁶⁶ En muchos de los programas de Médicos del Mundo en los que se realizó la encuesta, las personas no acuden específicamente por razones médicas.

⁶⁷ Una publicación médica española constata que los motivos de consulta de las personas inmigrantes son similares, en su diversidad y frecuencia, a los de las personas a las que se suele atender en los servicios de urgencias. Los autores de dicha publicación, aún reconociendo que ciertos diagnósticos suelen estar más relacionados con el origen geográfico de los inmigrantes (especialmente en el caso de algunas enfermedades infecciosas o parasitarias, o de enfermedades crónicas, como la diabetes), subrayan que,

58- Frecuencia de las enfermedades y problemas de salud por aparato o categoría en la población encuestada (en%)

Aparato	%	Enfermedad/ problema de salud	%	Aparato	%	Enfermedad / problema de salud	%
Osteoarticular	19,13	Otros sig/sin osteoarticulares	6,94	Enfermedades infecciosas	6,39	Hepatitis vírica	1,51
		Sig/sin de la columna vertebral	5,34			Infecciones urinarias / renales	0,89
		Traumatismos	2,94			Enfermedades infecciosas no especificadas	0,71
		Otros diagnósticos locomotores	2,58			Infecciones cutáneas	0,71
		Síndrome dorsolumbar	1,33			Infecciones oculares	0,62
Psicológico, salud mental	16,29	Ansiedad-Estrés-Trastornos somáticos	4,72			VIH ⁶⁸	0,44
		Síndrome depresivo	4,36			Infecciones del aparato auditivo	0,44
		Abuso de sustancias psicoactivas (drogas)	4,00			Tuberculosis	0,44
		Otros problemas psicológicos	2,14			Infecciones gastrointestinales	0,36
		Abuso de sustancias psicoactivas (alcohol)	0,98			ETS femeninas	0,27
		Abuso de sustancias psicoactivas (tabaco, medicamentos)	0,09				
Digestivo	12,27	Sig/sin sistema digestivo	8,27	Endocrinología, nutrición	7,37	Diabetes (insulinodependientes y no insulinodependientes)	4,00
		Otros diagnósticos del sistema digestivo	3,38			Otros diagnósticos metabólicos	1,60
		Patologías ulcerosas	0,62			Sobrepeso y obesidad	1,33
Respiratorio	11,13	Infecciones respiratorias superiores	2,94	Neurología	6,05	Sig/sin neurológicos	4,18
		Asma	2,05			Epilepsia	0,98
		Otras enfermedades del aparato respiratorio	2,05			Otros diagnósticos neurológicos	0,89
		Infecciones respiratorias inferiores	1,78	Dermatológico	5,16	Sig/sin cutáneos	2,05
		Otros Sig/sin respiratorios	1,60			Otras patologías cutáneas	1,69
		Tos	0,71			Dermatitis atópicas y de contacto	0,53
Ginecológico y obstétrico	9,44	Embarazo y parto no patológico	4,36	Estomatológico	3,91	Parasitosis / candidiasis	0,53
		Sig/sin del aparato genital femenino	2,05			Erupciones cutáneas / inflamación	0,36
		Trastornos menstruales	1,33	Urinario	2,58	Enfermedades de los dientes y encías	3,91
		Otros diagnósticos del aparato genital femenino	1,07			Sig/sin del aparato urinario	1,87
		Embarazo y parto patológico	0,36	Oftalmología	1,78	Otros diagnósticos urinarios y nefrológicos	0,71
		Sig/sin del embarazo, parto y planificación familiar	0,18			Otros diagnósticos oculares	1,16
		Anticonceptivos	0,09			Sig/sin oculares	0,62
Cardiovascular	9,69	Hipertensión arterial	4,27	Otorrinolaringología	1,52	Sig/sin del aparato auditivo	0,98
		Patologías vasculares	1,69			Sig/sin nasales y de los senos paranasales	0,27
		Otros diagnósticos cardiovasculares	1,42			Otros diagnósticos auditivos	0,27
		Sig/sin cardiovasculares	1,33	Hematología inmunología	1,43	Anemias	0,89
		Cardiopatías y trastornos del ritmo cardiaco	0,98			Otros diagnósticos del sistema hematológico/inmunológico	0,27
General y no especificado	9,16	Sig/sin generales	3,11	Aparato genital masculino	0,98	Sig/sin del sistema hematológico/inmunológico	0,27
		Diagnósticos no especificados	1,42			Otros diagnósticos del aparato genital masculino	0,62
		Miedos y preocupaciones	1,07	Sig/sin del aparato genital masculino	0,36		
		Seguimiento	0,71				
		Tratamientos con medicamentos	0,62				
		Otras razones de consulta	0,44				
		Exploración médica	0,44				
		Pruebas complementarias	0,36				
		Consejo y escucha	0,36				
		Atención sanitaria	0,36				
Cancer	0,27						

El 45% de las personas que señalan al menos un problema (es decir, el 32% de todas las personas encuestadas) sufren al menos un problema de salud crónico (ver tabla en el anexo 5). Estos porcentajes aumentan, evidentemente, con la edad y son superiores en los hombres que en las mujeres de la muestra (hecho coherente con las diferencias señaladas anteriormente sobre la salud percibida). Así, a edades iguales, los hombres tienen una vez y media más el riesgo de presentar (al menos) una enfermedad crónica que las mujeres (OR = 1,38, IC95 % = [1,03-1,84]). Cabe destacar que el 35% de las personas que sufren un problema de salud crónico viven en una vivienda precaria (incluidas todas las categorías⁶⁹), que la mitad de ellas se sienten solas (muy solas: el 23,5%, bastante solas: el 28,0%) y que el 17% no puede contar con nadie que le apoye moralmente.

a pesar de la juventud de la población inmigrante que acude a las consultas, los motivos de su consulta no difieren notablemente de los de la población general. (Junyent M., Nunez S., Miro O., «Medical emergencies in the adult immigrants», *An Sist Sanit Navar*, 2006, 29 (S1): 27-34).

⁶⁸ Une infection à VIH ou un sida est relevé chez cinq personnes seulement: trois hommes et deux femmes, originaires d'Argentine, du Brésil, du Libéria, du Nigeria et de Moldavie. Aucun d'entre eux ne connaissait sa séropositivité avant d'immigrer. Tous sont sous traitement antirétroviral.

⁶⁹ El 9% no tiene hogar y el 7% vive en un centro de acogida a corto o a medio plazo.

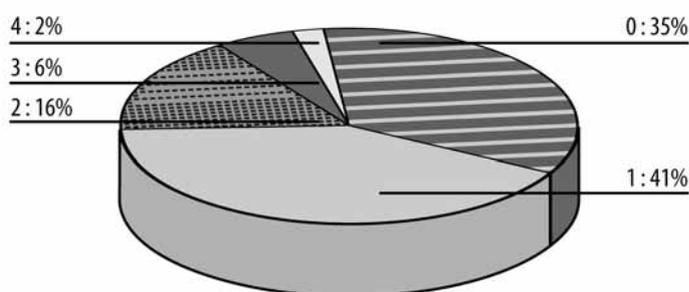
• Necesidad de seguimiento médico y de tratamientos

A partir de los síntomas y diagnósticos expresados y codificados⁷⁰, podemos estimar que **al menos el 24% de las personas encuestadas necesitan atención sanitaria a medio o a largo plazo**⁷¹ y que al menos el 17% de la población necesita atención sanitaria a corto plazo (partiendo de que el 18% necesita atención cuya ejecución no ha podido estimarse sólo con el título codificado). **Sin embargo, sin distinciones por sexo ni por edad, las personas que sufren un problema de salud crónico no reciben un mayor seguimiento médico que las demás.**

Las necesidades sanitarias de esta población son muy elevadas. Según los y las profesionales sanitarios que realizaron la encuesta, **dos tercios de las personas encuestadas (el 65%) tienen al menos un problema salud cuyo tratamiento es conveniente, o incluso necesario (el 29%) o indispensable (el 21%)**. Menos de uno de cada diez pacientes (el 8%) presenta un problema de salud cuyo tratamiento se considera accesorio. Cabe destacar que algunas personas sufren al mismo tiempo problemas de salud serios y condiciones de vida muy negativas. Así, el 8% de las personas encuestadas que sufren una patología cuyo tratamiento ha sido juzgado por un profesional sanitario como indispensable viven sin hogar y el 7 % de las mismas viven en un centro de acogida a corto o a medio plazo. Además, el 15 % no pueden contar con nadie que les apoye moralmente.

En un tercio (el 33,5%) de las personas enfermas⁷², se observan comorbilidades que afectan al menos a dos aparatos distintos (el 21%), e incluso a tres o más (12,5%). Así, **el 24% de las personas encuestadas presentan, al menos, dos problemas de salud cuyo tratamiento se juzga deseable** (y el 6% presentan problemas cuyo tratamiento se juzga indispensable). Estas elevadas frecuencias en una población globalmente joven son el signo de los retrasos en el acceso a la atención sanitaria.

59- Reparto de la población en función del número de enfermedades cuyo tratamiento se juzga, al menos, deseable



Nota: el 16% de los encuestados presentan dos problemas de salud cuyo tratamiento se considera (al menos) deseable.

- > *M. vivió durante cuatro años en la cárcel en Zimbabue, un periodo que le dejó secuelas físicas y psicológicas. Cuenta que fue torturado debido a su homosexualidad, que no se tolera en Zimbabue. Nos dice que sufre terribles dolores en las piernas y en las rodillas. «Estos dolores aparecen de repente durante la noche y me hacen pasarlo realmente mal», dice. El médico del centro de detención le recetó analgésicos en un principio cuyo resultado dejó bastante que desear, por lo que no continúa con dicho tratamiento. No se le realizaron ningunas pruebas para determinar el motivo de sus quejas. M. señala también que pasa muy malas noches, que tiene muy poco apetito y que se siente muy débil. Las secuelas que le dejó la tortura que sufrió en Zimbabue son enormes, y confiesa haber pensado en quitarse la vida. Dice: «Pensé que era mejor morir que vivir con tanto dolor y sufrimiento y sin esperanzas en el futuro». M., zimbabuense de 32 años. Vive en los Países Bajos.*

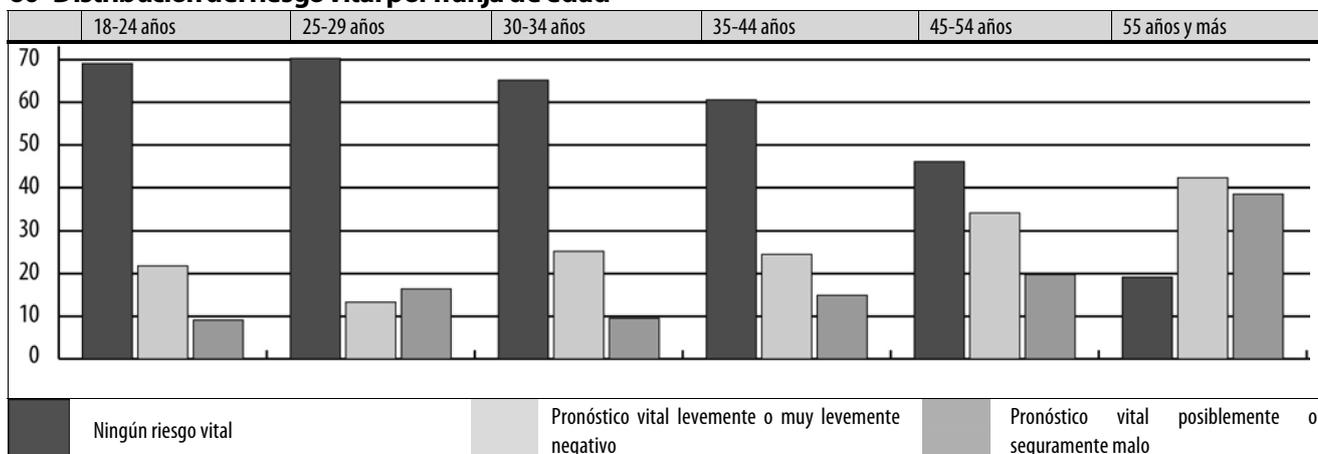
⁷⁰ Los autores agradecen su ayuda a Georges Fahet, del Observatorio Regional de Salud de Midi-Pyrénées y a Michel Verdier, del servicio de informática de Médicos del Mundo Francia, que pusieron a su disposición las herramientas informáticas de análisis de la CISP que han creado.

⁷¹ La atención sanitaria a medio y a largo plazo se refiere, en este informe, a un tiempo superior a seis meses (definición dada en los informes del Observatorio de Acceso a la Sanidad en Francia de Médicos del Mundo).

⁷² Entendemos por "personas enfermas" el 80% de las personas que revelan al menos un síntoma, queja o enfermedad del conjunto de las personas encuestadas.

Por lo tanto, el 16% de la población presenta un pronóstico vital⁷³ posiblemente, probablemente o seguramente malo en ausencia de tratamiento. Evidentemente, este porcentaje aumenta notablemente con la edad, ya que el 39% de las personas de 55 años o más se encuentran en esta situación (con un 17,3% de personas en esta franja de edad que tienen un pronóstico vital probablemente o seguramente malo).

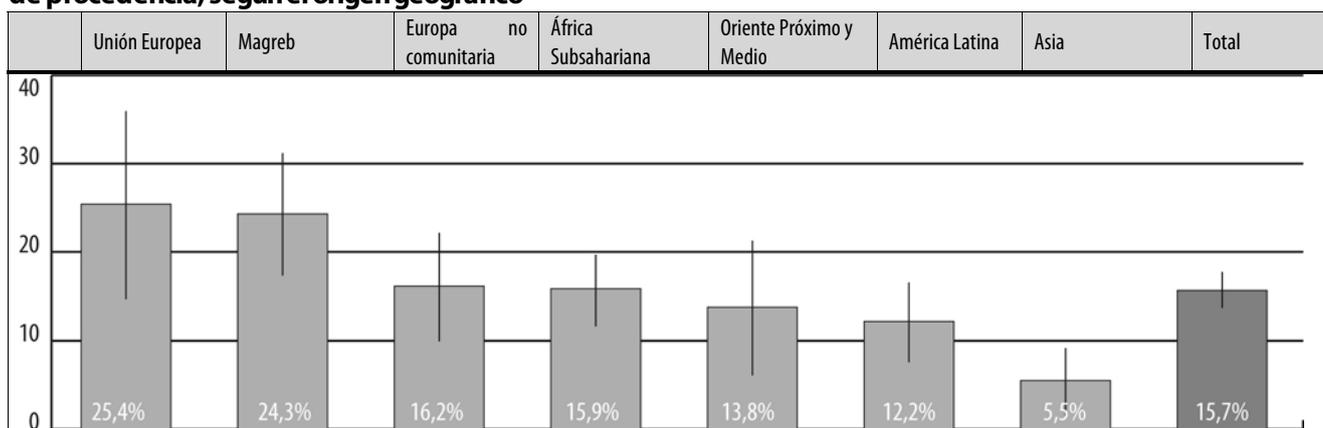
60- Distribución del riesgo vital por franja de edad



- **Una necesidad de atención sanitaria que no está relacionada con su emigración a Europa**

De toda la población encuestada, el 15,7% de las personas sufrían (en el momento de la encuesta) un problema de salud crónico que conocían incluso antes de su viaje a Europa, sin diferencias notables en función del origen geográfico. Sólo las personas procedentes de la Unión Europea y del Magreb se encuentran con más frecuencia en este caso, de forma que casi la cuarta parte de las personas procedentes de estas regiones del mundo se ven afectadas.

61- Porcentaje de la población que sufre actualmente al menos una enfermedad crónica que ya conocía en su país de procedencia, según el origen geográfico



⁷³ El riesgo vital, estimado por los y las profesionales sanitarios, se estableció en un 57% de la población encuestada. No se ha indicado en el Reino Unido, en Italia, ni en Portugal. En los demás países, el índice de respuesta varía entre el 100% (en Bélgica) y el 71% (en Francia). Este riesgo vital se calcula recopilando los datos sobre los problemas de salud que sufría la persona en el momento de la encuesta y cualificándolos (agudo y crónico, principalmente). En ausencia de tratamiento, se evalúa con un cuestionario único dividido en seis clases (ver la gráfica siguiente), utilizando una metodología adaptada y simplificada a partir de la que utiliza en Francia el instituto de investigación y documentación sobre la economía de la salud (cf. Perronnin M, Rochaix L, Tubeuf S., «Construction d'un indicateur continu d'état de santé agrégeant risque vital et incapacité», *Questions d'économie de la santé*, Paris, Irdes, 2006, n. 107).

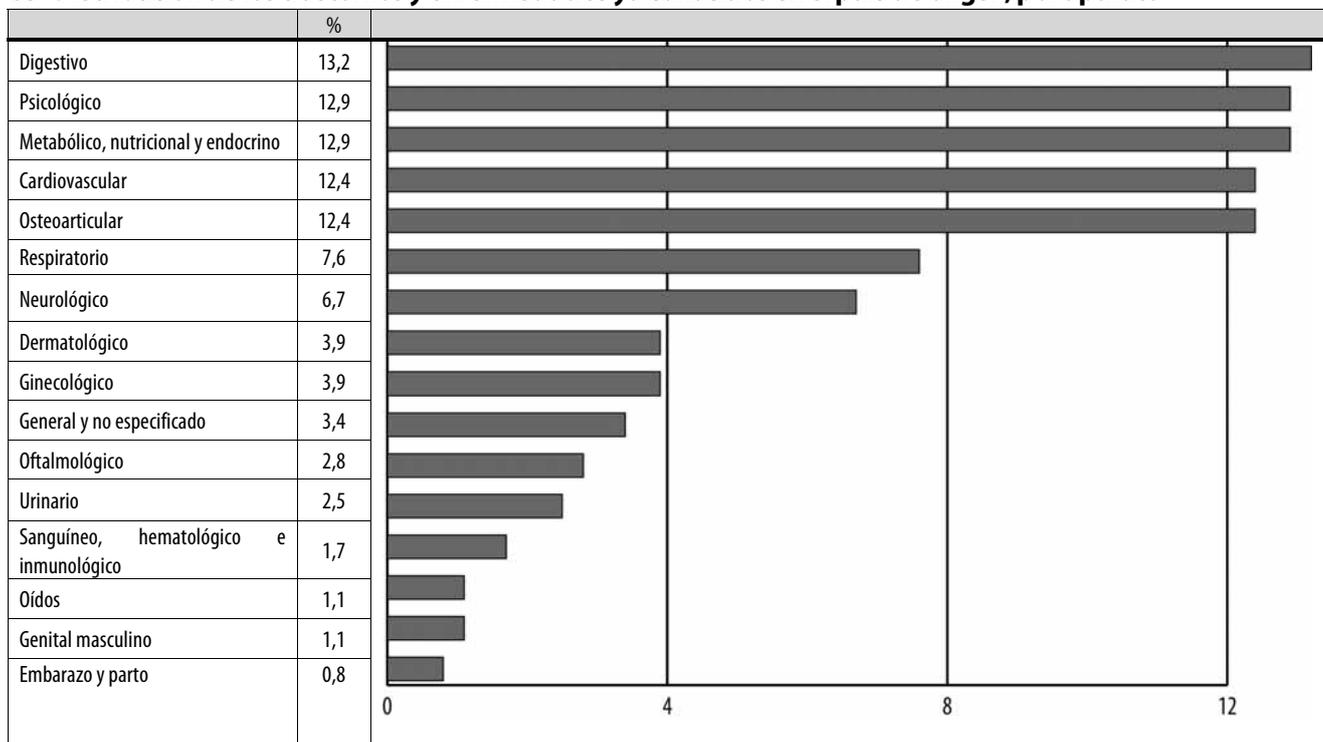
Estas frecuencias deben relativizarse estudiando de forma precisa los problemas citados. La siguiente lista enumera, por orden de frecuencia decreciente, todos los trastornos y diagnósticos conocidos en los países de origen y citados al menos dos veces (es decir, por el 2% de las personas como mínimo)⁷⁴.

62- Distribución de los trastornos y enfermedades ya conocidos en el país de origen más frecuentes (citados al menos dos veces*)

	n	%	% acumulado	continuación	n	%	% acumulado
otros trastornos psicológicos	15	4,3	4,3	otra enfermedad cardiovascular	2	0,6	49,1
hipertensión complicada	14	4,0	8,4	otra enfermedad cutánea	2	0,6	49,7
disuria	11	3,2	11,6	otra enfermedad urinaria	2	0,6	50,3
hipertensión no complicada	11	3,2	14,7	otra úlcera péptica	2	0,6	50,9
diabetes no insulino dependiente	10	2,9	17,6	cefaleas	2	0,6	51,4
gastralgias	10	2,9	20,5	depresión	2	0,6	52,0
dolor osteoarticular	9	2,6	23,1	dolor cardíaco	2	0,6	52,6
rinitis alérgica	9	2,6	25,7	dolor cutáneo	2	0,6	53,2
comportamiento irritable	8	2,3	28,0	dolor epigástrico	2	0,6	53,8
algia facial	7	2,0	30,1	embarazo no deseado	2	0,6	54,3
otra enfermedad digestiva	7	2,0	32,1	hemorroides	2	0,6	54,9
diabetes insulino dependiente	6	1,7	33,8	hipotensión postural	2	0,6	55,5
dolor rectal/anal	6	1,7	35,5	laringitis	2	0,6	56,1
lumbalgias	5	1,4	37,0	enfermedad bucal	2	0,6	56,6
migraña	5	1,4	38,4	nauseas	2	0,6	57,2
ceguera	4	1,2	39,6	otitis externa	2	0,6	57,8
dolor dorsolumbar	4	1,2	40,8	parálisis facial	2	0,6	58,4
gota	4	1,2	41,9	intento de suicidio	2	0,6	59,0
sobrepeso	4	1,2	43,1	síndrome cervical	2	0,6	59,5
estrés postraumático	4	1,2	44,2	tos	2	0,6	60,1
douleur du pied	3	0,9	45,1	trastornos de la deglución	2	0,6	60,7
dolor de pie	3	0,9	46,0	trastornos somatoformes	2	0,6	61,3
dolor de rodillas	3	0,9	46,8	tumor genital benigno	2	0,6	61,8
flebitis	3	0,9	47,7	úlceras duodenales	2	0,6	62,4
trastornos de ansiedad	3	0,9	48,6	enfermedad valvular cardíaca	2	0,6	63,0

* El resto de enfermedades aparecen citadas con una frecuencia inferior a 2 por 1000 individuos.

63- Distribución de los trastornos y enfermedades ya conocidos en el país de origen, por aparato



⁷⁴ Estos 224 trastornos representan el 63% del total de los problemas señalados como conocidos en el país de origen.

A partir del estudio de esta larga lista tan llena de contrastes y de la gráfica por aparatos, podemos realizar varias observaciones:

- La frecuencia de trastornos y quejas puramente sintomáticos, que no han sido objeto de diagnósticos precisos.
- La frecuencia de síntomas crónicos o de enfermedades muy banales (dolores digestivos o osteoarticulares, rinitis alérgicas, gota, úlcera péptica, etc.), que no podemos imaginar que hayan llegado a motivar una emigración y, aún menos, una instalación en unas condiciones de vida tan precarias como las que vive la población migrante en situación irregular en los países de acogida.
- Por el contrario, destaca la escasez de diagnósticos conocidos de enfermedades crónicas potencialmente graves (las tres enfermedades citadas con más frecuencia, la hipertensión arterial y dos tipos de diabetes, representan, juntas, menos del 12% de los trastornos conocidos antes de la migración y conciernen a menos del 3% de la población encuestada).⁷⁵
- La alta frecuencia de los trastornos psicológicos (el 13% de los casos), sobre todo depresión, ansiedad, irritabilidad o incluso síndromes postraumáticos.

A la vista de estos datos, recordemos que, tal y como vimos anteriormente, sólo el 6% de las personas encuestados citan razones de salud entre los motivos de la emigración.

Dicho de otra forma, la situación que denuncian ciertos discursos políticos que afirman que los extranjeros migran clandestinamente para “venir a curarse a Europa” (lo que se conoce como “inmigración sanitaria”) es una fantasía que no se corresponde con la realidad observada. Dichas situaciones aparecen raramente o de forma excepcional en la población encuestada, como también lo demuestran algunos informes nacionales en distintos países europeos⁷⁶.

- > *L. acudió a la consulta de Médicos del Mundo porque se sentía cansada y tosía desde hacía varias semanas. Acababa de terminar un curso para poder trabajar como costurera y tenía que empezar a trabajar pronto (un trabajo no declarado), pero se sentía demasiado débil para ello. Presentaba una alteración del estado general y el examen clínico evocaba una posible tuberculosis pulmonar. Se le mandó y se le realizó una radiografía pulmonar en 24 horas, así como una analítica general. Se le propuso que se hiciera las pruebas de detección de la hepatitis y del VIH y ella aceptó, sonriendo y dando las gracias a todos amablemente. Un mes después volvió al CASO: acababa de recibir el alta tras una hospitalización de tres semanas en un servicio de enfermedades infecciosas. Había sido hospitalizada justo después de su radiografía pulmonar, anormal y que presentaba indicios de tuberculosis. Además de la tuberculosis, las pruebas complementarias mostraron la presencia de dos patologías crónicas de un gran potencial de gravedad: una diabetes y una hepatitis B. L., china de 30 años. Vive en Francia.*

• Violencia sufrida antes de la migración y en el momento de la encuesta

La cuestión de la violencia durante la trayectoria de la migración es objeto de un reconocimiento y una preocupación crecientes, sobre todo por parte de los y las profesionales sanitarios que están en contacto con este público. Esta cuestión va más allá de la tortura y de la violencia política que sufren los demandantes de asilo⁷⁷ y faltan estudios representativos de calidad, más generales, sobre este tema⁷⁸.

⁷⁵ En concreto, como destacamos anteriormente, ninguna de las cinco personas infectadas por el VIH/sida conocían su enfermedad antes de llegar al país de acogida.

⁷⁶ En los Países Bajos, podemos citar un informe estatal: Smeets R.M.W., de Beaufort I.D., Entzinger H., «Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid», Nijmegen: Landelijke Commissie Medische Especten van het Vreemdelingenbeleid, 2004.

⁷⁷ Loutan L., Bierens de Haan D., Subilia L., «La santé des demandeurs d'asile: des maladies transmissibles aux syndromes post-traumatiques». *Bull Soc Pathol Exot* 1997, 90: 233-7.

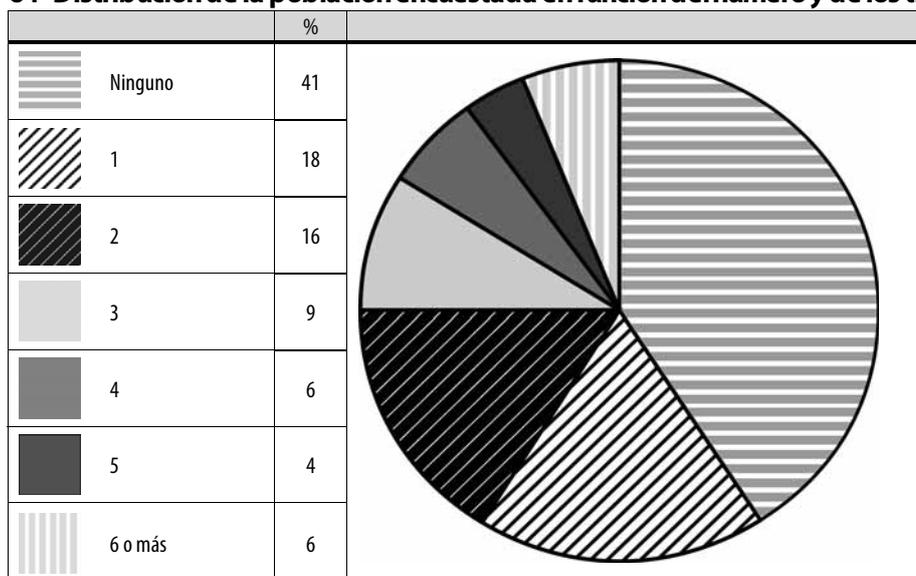
Gerritsen A.A., Bramsen I., Devillé W., van Willigen L.H., Hovens J.E., van der Ploeg H.M., «Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41: 18-26.

⁷⁸ Lindert J., Brähler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S., «Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview [in German]», *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008, 58: 109-22.

Nuestra encuesta incluía una parte de preguntas sobre la posible violencia sufrida antes, durante y después de llegar a Europa de diez tipos: pasar hambre o no tener suficiente comida, haber vivido en un país en guerra, violencia física (familiar u otra), que se le haya impedido ganar dinero o se le haya privado del dinero ganado, haber sido víctima de violencia por parte de las fuerzas del orden, que se le haya vigilado o espiado, que se le haya amenazado físicamente o se le haya encarcelado por sus ideas, la tortura, las agresiones sexuales y un último apartado que incluía “otros tipos de violencia”. Debido a que se trata de un tema delicado, sólo algunos equipos decidieron plantearlas. En total, se preguntó sobre la violencia sufrida a lo largo de su vida a menos de la mitad de la población encuestada, en Alemania, Bélgica, Francia, Grecia e Italia.⁷⁹.

Muchas de las personas encuestadas han sufrido algún tipo violencia: **el 59% de la población dice haber sufrido al menos uno de los 10 tipos de violencia mencionados** (ver tabla). Además, suele tratarse de experiencias múltiples, ya que el 40% dicen haber sufrido varios de estos tipos de violencia y el 18%, sólo un tipo de violencia.

64- Distribución de la población encuestada en función del número y de los tipos de violencia sufridos



- > *B. me cuenta que vino para trabajar, que está un poco sola pero que no está mal porque tiene amigos. Sonríe. Dice que está angustiada, que tiene un problema en la cabeza y duerme mal. Abordamos con prudencia el capítulo de la violencia. Dice que está bien, pero su sonrisa ha desaparecido y empieza a llorar. Intenta sonreír pero se nota que le cuesta. Dice que le cuesta expresarse en francés, pero se expresa. Cuenta que tenía un novio en Francia cuando ella era virgen todavía. Hace un año, le pegó y la violó. Desde entonces no le ha vuelto a ver pero tiene pesadillas por las noches, duerme mal, tiene ataques de ansiedad y le duele la cabeza. Sí, le gustaría hablar con un psicólogo pero en francés no es fácil. B., Marroquí de 25 años. Vive en Francia.*
- > *«Cuando vivía en Mali, perdí a mi papá cuando éramos todas pequeñas. Nuestra mamá iba al mercado a vender condimentos para poder ocuparse de nosotras. Somos ocho hijos. Yo soy la mayor de la familia. Cuando iba al colegio, durante las vacaciones, iba a trabajar a casas particulares para poder pagar los cuadernos y las mochilas. Estoy en contra de la ablación porque he sido víctima de ella, porque me cortaron mal en Mali. El hombre con el que me casé siempre me decía “no tienes bien hecha la ablación”⁸⁰. Él utilizaba un término en bambara que no puedo decir en francés: los hombres dicen que eres como un hombre si no estás bien cortada. Me sentó muy mal y le dejé. Siempre que le decía eso a sus amigos me sentía avergonzada. En Mali, muchas mujeres han sido víctimas de la ablación, y sufren muchos dolores y problemas en el parto debido a ello. Si mantienes relaciones también te duele.*

⁷⁹ En estos países, el índice de respuesta a estas preguntas es excelente: un 84% en el programa belga, un 88% en el programa alemán, un 87% y un 97% en los dos programas franceses y un 100% en el resto de programas.

⁸⁰ Mutilación genital femenina.

No quiero que mis hijas lo sufran como yo. No quiero. Mi hija fue víctima de ello. Vine para que mis futuras hijas no tengan que pasar por eso. En Mali, no quieren dejar de hacerlo, hay mujeres que sólo se dedican a eso. Si dices que no quieres, te dicen que te comportas como los blancos. Si tengo los medios necesarios, me gustaría volver para crear un proyecto de lucha contra la ablación.» S., maliense de 29 años. Vive en Francia, en Saint-Denis.

Si seguimos refiriéndonos a los 10 tipos de violencia tratados, el 41% de las personas encuestadas dicen haber sufrido algún tipo de violencia en su país de origen y, el 24%, desde su llegada al país de acogida, mientras que el 7% fueron víctimas de algún tipo de violencia durante su trayecto migratorio. Así, la migración a Europa parece haber permitido a muchas personas escapar de la violencia que sufrían en sus países de origen, sin protegerles, sin embargo, de la violencia en el país de acogida. Cabe señalar que se trata de datos declarativos, que pueden verse afectados por el sesgo de declaración (que podemos ver en toda la encuesta). Además, parece que se subestima en la encuesta la violencia sufrida durante el trayecto migratorio, ya que los equipos de Médicos del Mundo conocen la trayectoria migratoria de las personas que frecuentan sus programas.

Existen tres tipos de violencia que se sufren tanto en el país de origen como en el país de acogida: las agresiones sexuales, la confiscación económica y "otros tipos de violencia" (categoría heterogénea, utilizada por algunos encuestados para referirse, principalmente, a la violencia psicológica o moral). La privación alimentaria es claramente menos frecuente en el país de acogida que en el de origen pero, sin embargo, muchas personas la sufren también en el primero: el 15% de la población encuestada no ha tenido suficiente comida desde su llegada al país de acogida. Las demás categorías de violencia se sufren más en los países de origen.

Hombres y mujeres han sido víctimas de la violencia en la misma proporción, tanto durante toda su vida como durante el periodo anterior a la migración, o después de su llegada al país de acogida. Sin embargo, existen diferencias significativas según la edad para cuatro tipos de violencia. Hay más hombres que han sufrido amenazas físicas o que han sido encarcelados por sus ideas (un 14% se encuentran en este caso, frente al 6% de las mujeres). El número de hombres que han sido víctimas de la violencia de las fuerzas del orden es tres veces superior al de las mujeres (el 22% frente al 7% respectivamente) y son también más los hombres a los que se les ha impedido trabajar o se ha privado del dinero ganado (el 22% frente al 16% de las mujeres). Las mujeres, por su parte, declaran con mucha más frecuencia haber sido víctimas de agresiones sexuales (el 12% se encuentran en este caso, frente al 1% de los hombres)⁸¹.

65- Porcentaje de personas que han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de toda su vida, antes, durante, o después de la migración

	Toda la vida		Antes de la migración	Durante el trayecto	Después de llegar
	%	IC (95 %)			
Ha sufrido hambre o no ha tenido suficiente comida	35,5	31,3-39,8	21,1	4,6	14,7
Ha vivido en un país en guerra	27,4	23,7-31,4	26,1	1,6	-
Violencia física (violencia familiar u otros tipos de agresión)	20,0	18,6-25,8	16,0	0,8	4,2
Se le ha impedido ganar dinero / se le ha privado del dinero ganado (confiscación financiera)	19,5	16,2-23,1	9,4	0,9	9,4
Violencias de las fuerzas del orden	16,5	13,4-20,0	11,4	1,5	4,1
Actos vigilados o prohibidos	12,8	10,1-16,1	10,8	0,0	2,0
Amenazas físicas o encarcelamiento por sus ideas (ataque a la libertad de expresión)	11,0	8,5-14,1	10,2	0,3	0,5
Tortura	7,0	5,0-9,6	6,1	0,6	0,3
Agresiones sexuales	6,4	4,4-8,9	3,2	0,0	3,2
Otros tipos de violencia (sin precisar)	8,4	6,1-11,1	3,2	0,9	4,3

Comentario sobre el cuadro: el 35,5% de las personas dicen haber sufrido hambre o no haber tenido suficiente comida. Además, el 21,1% todas de las personas encuestadas sufrió la privación alimentaria antes de la migración, el 4,6% durante el trayecto y el 14,7% desde su llegada al país de residencia actual.

- > *«En mi país, trabajaba como taxista y un día me atracaron unos bandidos que hacen estragos en mi pueblo, un pueblecito tranquilo. Fui con mis padres a poner una denuncia y desde entonces no pudimos volver a vivir en el pueblo por miedo a las represalias de estos bandidos. Tuvimos que huir para escondernos y mi padre decidió que yo debía salir del país para salvar mi vida. Se reunieron y encontraron dinero para enviarme a Dubai, donde me quedé un año. Entonces me enteré de que mi pueblo había sido*

⁸¹ Cabe destacar que es muy posible que exista, en este punto, un sesgo de declaración si consideramos que, tras sufrir una agresión sexual, los hombres tienen menos tendencia que las mujeres a declararlo en una encuesta de este tipo.

*bombardeado y toda mi familia había muerto».*Hombre, indio de 31 años. Vive en Bélgica desde hace un año.

- > *A. Llegó de Irán al Reino Unido hace seis meses para pedir asilo. Es artista y estuvo preso durante tres meses y fue torturado por publicar dibujos y caricaturas políticas críticas. Su cuerpo está marcado con grandes cicatrices. Una vez liberado, vivió diez años bajo vigilancia constante, bajo escucha telefónica y sin documentos de identidad (confiscados) y, además, le perseguían constantemente. En cuanto pudo recuperar un pasaporte, huyó de Irán, donde las amenazas de muerte a él y a su familia eran constantes. Tres de sus primos fueron asesinados. A., iraní, vive en el Reino Unido.*

Para concluir este capítulo, hay que destacar que las frecuencias hay que entenderlas probablemente como frecuencias mínimas, ya que conocemos el sesgo de subdeclaración habitual en este tipo de encuestas "rápidas" sobre asuntos tan íntimos. Por otro lado, las preguntas planteadas de forma sistemática se referían únicamente a la violencia física, sin tener en cuenta la violencia moral y psicológica. Sin embargo, según una encuesta realizada a migrantes (demandantes de asilo, refugiados y extranjeros con o sin permiso de residencia) en los Países Bajos y en Bélgica⁸², la mayoría de los casos de violencia que habían sufrido las personas encuestadas eran casos de violencia psicológica, de humillaciones, etc.

- > *«Tuve una infancia difícil y dolorosa. Mi padre era ladrón y le encerraban en la cárcel con mucha frecuencia. Cuando salía le pegaba a mi madre, que se había alcoholizado, y nos pegaba también a mí, a mi hermano pequeño y a mi hermana. Les dejé cuando tenía 19 años y me fui a Grecia de forma ilegal. Había oído decir que la vida en Grecia era mejor, más humana. Fui a lo que pensaba que era una agencia de viajes, pero no era así. Un hombre me compró, al igual que a otras 19 chicas de mi país y de Ucrania. Nos llevó en coche hasta Bulgaria y luego andando hasta Grecia, a través de las montañas. En Tesalónica, nos encerraron en una casa para que trabajáramos como prostitutas. Mi chulo me pegaba y me amenazaba con encontrarme si huía y con echarme del país. Abusaba de nosotras sexualmente, tanto de mí como de las otras, además de todos los demás. Huí seis meses después de llegar, con un hombre al que conocí allí. No estaba enamorada pero me caía bien y confiaba en él. Me llevó a Atenas, a casa de sus padres, a los que no les gusté y no me querían porque soy moldava. Cinco o seis meses después me quedé embarazada y me enteré de que era seropositiva (VIH). Era el resultado, evidentemente, de mi vida anterior. Intenté suicidarme en varias ocasiones tomando medicamentos, pero mi suegra me encontró y me salvó en cada uno de mis intentos. No me gustaba nada mi vida. Quería morir.»* Mujer moldava de 27 años. Vive en Grecia, en Tesalónica.

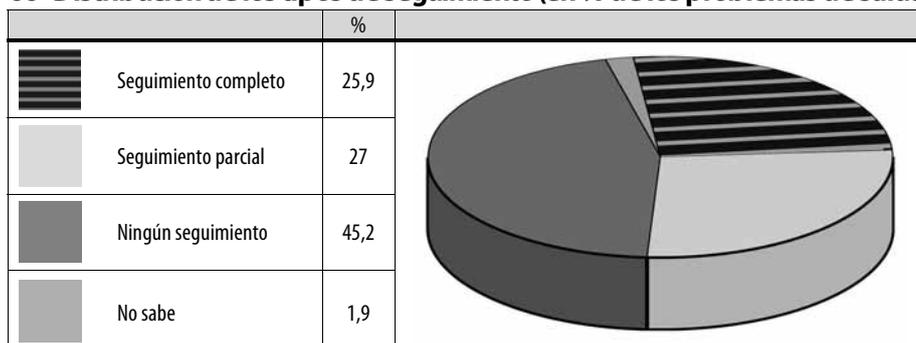
⁸² Keygnaert I, Wildon R, Dedoncker K. et al., «Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe, a participatory approach report», Ghent, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, 2008.

9. EL ACCESO A LA SANIDAD Y A LA PREVENCIÓN

Falta de atención médica y de seguimiento

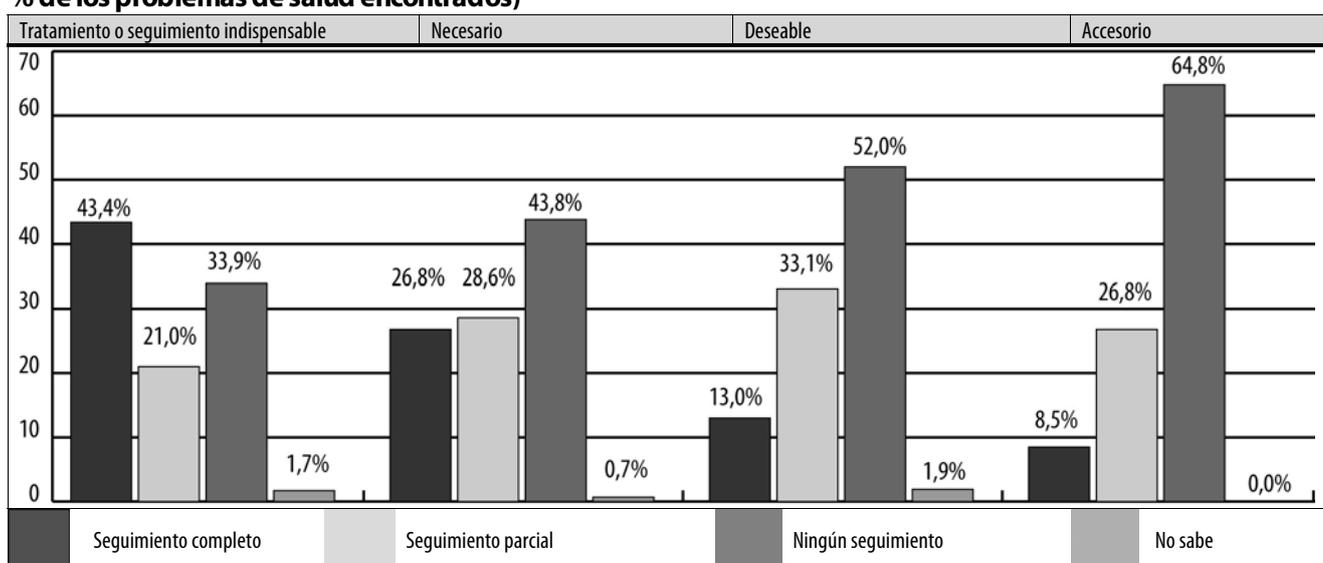
Entre los 1 371 problemas de salud identificados entre la población encuestada, sólo la cuarta parte (el 26%) reciben un tratamiento o un seguimiento completo, la cuarta parte (el 27%) sólo parcialmente y casi la mitad (el 45%) no recibían ningún tratamiento ni seguimiento el día de la encuesta.

66- Distribución de los tipos de seguimiento (en % de los problemas de salud identificados)



De forma general, cuanto más importante se considera el tratamiento (a juicio del profesional sanitario⁸³), más se realiza, afortunadamente, el tratamiento y el seguimiento apropiado de los problemas de salud. Sin embargo, un tercio (el 34%) de los problemas de salud para los que el tratamiento es indispensable no reciben ningún tipo de seguimiento y un quinto reciben tan sólo un tratamiento parcial en el momento de la encuesta. Menos de uno de cada dos problemas de salud (el 43%) cuyo tratamiento se considera indispensable recibe un seguimiento completo. Cuando el tratamiento se considera "solamente" necesario, casi uno de cada dos problemas (el 44%) no recibe ningún seguimiento. Por último, sólo el 13% de los problemas de salud menos graves, pero cuyo tratamiento se considera aún así deseable reciben un seguimiento completo. En total, el 38% de la población presenta al menos un problema de salud que no recibe ningún tipo de seguimiento (y más del 10%, al menos dos).

67- Frecuencia de los tipos de seguimiento en el momento de la encuesta según la necesidad del tratamiento (en % de los problemas de salud encontrados)



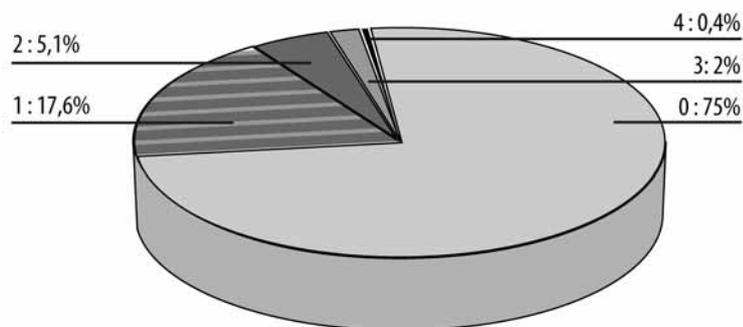
⁸³ El apartado de salud del cuestionario lo rellenaron profesionales sanitarios en el 85% de los casos. En el 58% de los casos se trataba de un médico, en el 12% de un enfermero, en el 15% de otro profesional sanitario (psicólogo, auxiliar de enfermería o matrona), en el 7,5% de los casos de un estudiante de medicina de último curso y, por último, en el 7,7% de los casos, de otra persona.

Cabe destacar el hecho de que el seguimiento médico de las patologías sea escaso en la encuesta, así como la prevalencia de enfermedades crónicas. Además, es importante subrayar que el estado de salud percibido por las personas encuestadas es mucho peor que el de la población en general (ver apartado anterior). La falta de seguimiento médico es un factor adicional y debería mejorarse tanto por razones de salud pública como por la igualdad de acceso a la sanidad. La OMS en Europa subraya que “la distribución de los índices de enfermedades no transmisibles y de sus causas es mayor entre la población pobre y las personas más vulnerables. Los individuos que pertenecen a las categorías socioeconómicas inferiores tienen un riesgo, al menos dos veces superior, de padecer una enfermedad grave o una muerte prematura que las personas que pertenecen a las categorías socioeconómicas superiores. Las mejoras que se producen no se reparten igual, ya que las personas que pertenecen a las categorías socioeconómicas superiores suelen disfrutar de más intervenciones sanitarias. Una estrategia conjunta para luchar contra las enfermedades no transmisibles ayudaría a los sistemas sanitarios de los países a tomar medidas de promoción de la salud y a prevenir enfermedades en el conjunto de la población. Asimismo, sería importante identificar a las personas que corren un mayor riesgo y mejorar las prestaciones sanitarias para las personas que ya están enfermas. Además, se debería incluir también entre todas estas medidas el trabajar para reducir las desigualdades que existen en materia de salud.»⁸⁴

• Retraso del recurso a la sanidad

La cuarta parte de las personas encuestadas (el 25%) ha tenido al menos un problema de salud que se le ha tratado demasiado tarde, al menos una vez desde su llegada al país de acogida. Este porcentaje es aún mayor cuando se trata de problemas de salud crónicos ya que el 33% de ellos se han tratado, al menos una vez, demasiado tarde. Esto es lógico (la probabilidad de que se trate la enfermedad demasiado tarde aumenta “naturalmente” con la duración de la enfermedad), pero no por ello deja de ser preocupante.

68- Frecuencia del número de enfermedades tratadas demasiado tarde al menos una vez en el país de acogida



Nota: el 5% de las personas encuestadas tienen dos problemas de salud actuales que se les trató demasiado tarde al menos una vez en el país de acogida.

Los trastornos y enfermedades que se han tratado demasiado tarde al menos una vez son muy variados. El cuadro que aparece en el anexo 5 indica la frecuencia de los 69 diagnósticos citados al menos dos veces por los médicos y las médicas, lo que representa el 70% de los casos. Sin contar los síntomas, las enfermedades crónicas y/o potencialmente graves, algunos de los trastornos y enfermedades que se han tratado demasiado tarde son los siguientes: diabetes, hipertensión arterial complicada, síndrome postraumático, hipotiroidismo, pielonefritis, VIH/sida, cardiopatía isquémica, cáncer, depresión, etc.

- > *La primera vez que vino a Open Med (programa de Médicos del Mundo), E. tenía dolores abdominales desde hacía varias semanas y no se había atrevido a pedir ayuda a nadie. Era la primera vez que se ponía enferma desde su llegada a Alemania. En realidad, un año antes, cuando volvió a Croacia, le diagnosticaron una ovaritis, pero cuando volvió a Alemania no fue al médico por falta de recursos. Además, dice que habla muy mal alemán y que no se sentía capaz de ir a un médico alemán, pero*

⁸⁴ Página web de la OMS: www.euro.who.int/mediacentre/PR/2006/20060908_1?language=French (información en francés o en inglés).

entonces el dolor se hizo insoportable. Pidió ayuda a una vecina que la acompañó a Médicos del Mundo. El médico de MDM le diagnosticó un tumor de ovario y le recomendó que se operara urgentemente. Ahora no sabe dónde operarse ni cómo pagar la operación. E, croata de 38 años. Vive en Alemania desde hace varios años (de forma discontinua).

• Seguimiento del embarazo

De todas las mujeres encuestadas, el 11% están embarazadas (55 mujeres), y **menos de la mitad de ellas (el 48%) reciben un seguimiento de su embarazo** (la encuesta no permite saber desde cuándo están embarazadas). Este porcentaje es más o menos idéntico en todos los países salvo en Suecia, donde más del 80% de las mujeres embarazadas reciben un seguimiento (pero el reducido número de efectivos impide toda comparación estadística rigurosa)⁸⁵

El índice de seguimiento depende mucho de la atención sanitaria que se les proporcionó “la última vez que estuvieron enfermas”. **Así, al 80% de las mujeres embarazadas en el momento de la encuesta que habían recibido atención sanitaria previamente se les realizaba un seguimiento, frente al 44% de las mujeres que no habían recibido atención sanitaria** antes (estadísticamente no es significativo pero los efectivos son escasos. El índice de atención sanitaria es aún menor en el caso de las mujeres embarazadas que habían inmigrado hacía un año o menos al país de la encuesta (el 30%).

- > *«Mi hermana estaba embarazada. Fuimos al hospital 20 días antes de que diera a luz a un niño y le dijeron que no tenía derecho a ninguna atención médica porque estamos en situación irregular y que teníamos que pagar.» O, romaní albanés. Vive en Grecia desde hace un año.*

- > *«Cuando acudí a Project London (Médicos del Mundo), mi embarazo estaba ya muy avanzado, en el sexto mes. No me habían realizado ningún seguimiento del embarazo y no estaba inscrita en ningún médico generalista. Había intentado ir a un centro médico el tercer mes del embarazo, pero querían mi pasaporte y saber si tenía derecho a recibir atención sanitaria del sistema sanitario nacional. Más tarde, fui a inscribirme en el hospital para el parto porque me tenían que realizar una cesárea. El personal de contabilidad fue extremadamente agresivo y desagradable conmigo. Me dijeron que si no tenía dinero y no podía pagar, que me fuera. Hubo un momento en el que una de las responsables de pago empezó a gritar y me dijo: “¡Siéntate y hablemos del dinero!” El embarazo estaba muy avanzado y me sentía pesada y con ganas de llorar. Me amenazó con denunciarme si no pagaba y me dijo que si intentaba salir del país me buscarían en Ecuador. No pude soportar más sus gritos y me desmoroné. Me senté en el suelo acurrucada y me puse a llorar y nadie vino a hablar conmigo. Intenté explicarles que, sencillamente, no tenía dinero para el parto y que no tenía trabajo ni familia aquí. Les dije que vivía gracias a unos bonos de 28 euros semanales que me daba una organización caritativa. Me dijeron que fuera a vender los bonos y trajera el dinero al hospital. Tuve un parto traumático y problemas de hígado por culpa de los antibióticos y los analgésicos recibidos. Estuve cinco meses enferma, con dolores tan fuertes que no podía andar, fiebre, dolor de cabeza y temblores y, por supuesto, estaba muy preocupada por mi hijo: ¿Qué sería de mi bebé si a mí me pasara algo?». D., ecuatoriana, estudiante. Vive en el Reino Unido.*

⁸⁵ Durante el periodo de la encuesta, en Médicos del Mundo Suecia había un programa dirigido a mujeres embarazadas que les realizaba el seguimiento de su embarazo.

- **Ejemplo: el acceso a la sanidad durante la última enfermedad**

La última vez que estuvieron enfermas, el 80% de las personas no recibieron ninguna atención sanitaria⁸⁶, sin diferencias en función del sexo, la edad o la situación familiar. Los porcentajes por país confirman los análisis del apartado anterior, aunque no sean estrictamente iguales.

En Francia, los porcentajes de personas que no disponían de una cobertura sanitaria la última vez que estuvieron enfermas y en el momento de la encuesta se asemejan en un 90%, al igual que en Bélgica (con varias personas que habían perdido la Ayuda Médica Urgente durante este tiempo). El porcentaje se parece también al de las personas encuestadas en España entre la última vez que estuvieron enfermas y el momento de la encuesta (el 60% aproximadamente).

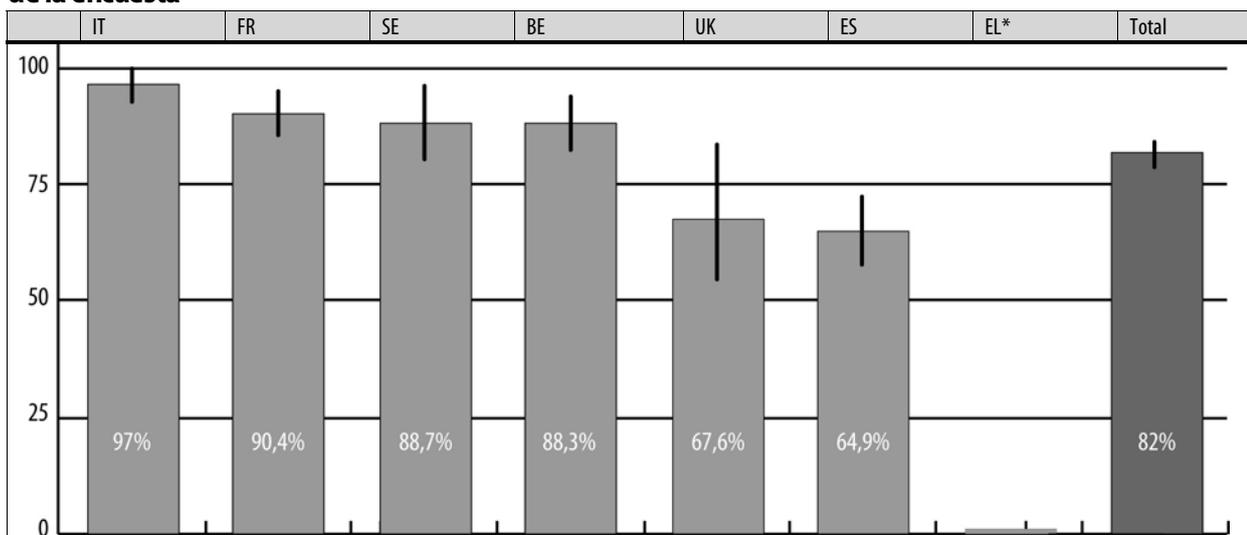
En el Reino Unido, el 10% de las personas perdieron esta cobertura sanitaria entre la última vez que estuvieron enfermas y día de la encuesta. En este caso, podría tratarse de personas que se habían mudado y no se habían inscrito en un nuevo médico generalista.

El porcentaje más alto de personas que no recibieron atención sanitaria durante su última enfermedad lo encontramos en Italia. En 2004, una encuesta realizada por Médicos Sin Fronteras observaba que, en otra región (en la Campania), el 89% de los inmigrantes sin permiso de residencia no disponían de ningún tipo de cobertura sanitaria⁸⁷. En nuestra encuesta, casi el 30% de las personas que no disfrutaban de una cobertura sanitaria la última vez que estuvieron enfermas (la mayoría se encontraban en esa situación), sí la tenían en el momento de la encuesta. Esto puede deberse al seguimiento particular realizado por los programas en los que se realizan las encuestas.

En Suecia, el 13% de las personas que disponían de una cobertura sanitaria la última vez que estuvieron enfermas son personas que entonces eran demandantes de asilo y que, tras denegarles la solicitud, se encuentran actualmente en situación irregular.

Por último, recordemos que en Grecia no existe ningún sistema de cobertura sanitaria a parte de los servicios de urgencias.

69- Porcentaje de personas sin cobertura sanitaria efectiva la última vez que estuvieron enfermas, según el país de la encuesta



* En Grecia, no se planteó la pregunta debido a la ausencia de mecanismos de cobertura sanitaria, como nos recuerda esta gráfica (ver el apartado sobre los derechos teóricos). En los Países Bajos tampoco se planteó, ya que la solicitud de cobertura sanitaria la realiza automáticamente el médico generalista.

⁸⁶ El 20% de la muestra que nunca ha sufrido ninguna enfermedad están excluidos de los siguientes cálculos.

⁸⁷ Virgilio A., Defilippi L., Moschochoritis K., Ravinetto R., «Right to health care for vulnerable migrants», *The Lancet*, 2007 ; 370: 827-28.

Al preguntarles sobre el comportamiento adoptado la última vez que estuvieron enfermas, el 71% de las personas dicen que consultaron a un profesional sanitario, porcentaje que, a primera vista, puede resultar satisfactorio.

70- Comportamiento adoptado la última vez que estuvieron enfermos

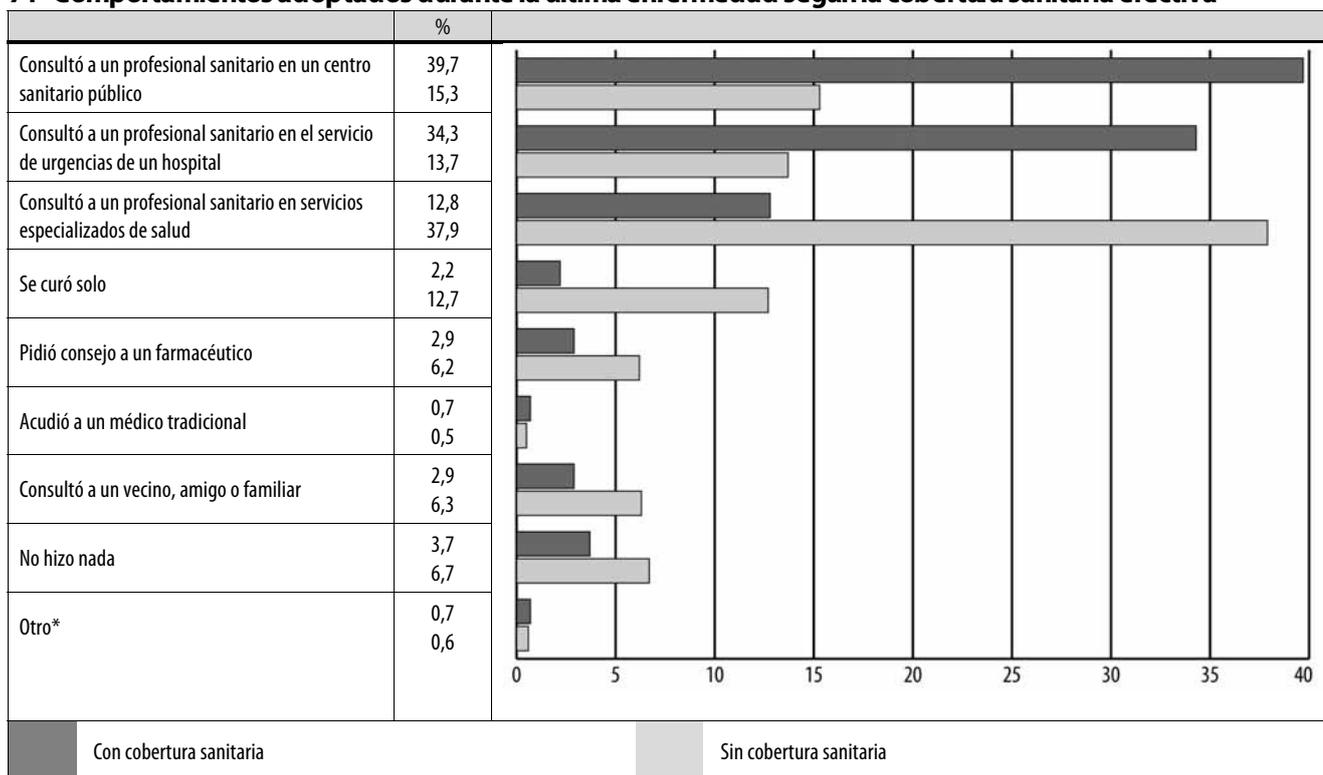
	n	%		n	%
Consultó a un profesional sanitario	646	71,3	Ni hizo nada	51	5,6
Se curó solo	101	11,1	Otro*	8	0,9
Se dirigió a un vecino, amigo o familiar	54	6,0	Consultó a un médico tradicional	5	0,6
Pidió consejo a un farmacéutico	52	5,7			

* La mitad de las personas respondieron "consultó a los servicios sociales no médicos" y la otra mitad "viajó a un país vecino para la consulta" (a partir de Grecia)

En realidad, los comportamientos adoptados dependen en gran medida de la existencia, o no, de una cobertura sanitaria en ese momento. Así, las personas que disfrutaban de una cobertura sanitaria consultaron, con más frecuencia que las otras, a un o una profesional sanitario (el 87% frente al 67%, es decir, 20 puntos de diferencia). A la inversa, las personas que no tienen cobertura sanitaria se curan solas con más frecuencia (el 13% frente al 2% de las personas que sí la tienen). **Además, las personas que disfrutaban de una cobertura sanitaria acudieron con más frecuencia al sistema sanitario público (el 46%) o a los servicios de urgencias (el 40 %) que a servicios especializados de salud (el 15 %),** mientras que las personas sin cobertura sanitaria⁸⁸ acudieron mayoritariamente a servicios especializados de salud para personas excluidas del sistema sanitario público⁸⁹ (el 57 %⁹⁰).

Al no poder acudir a una consulta médica, las personas que no gozan de una cobertura sanitaria se dirigieron con el doble de frecuencia a un farmacéutico (el 6% frente al 3%), a una persona de su entorno (el 6% frente al 3%), o no hicieron nada (el 7% frente al 4%). La frecuencia de consulta a un médico o una médica tradicional es muy reducida (menos del 1% de los casos), y no varía significativamente en función de la cobertura sanitaria⁹¹.

71- Comportamientos adoptados durante la última enfermedad según la cobertura sanitaria efectiva



⁸⁸ Ya sean personas pobres, sin papeles, o personas que viven en situaciones precarias.

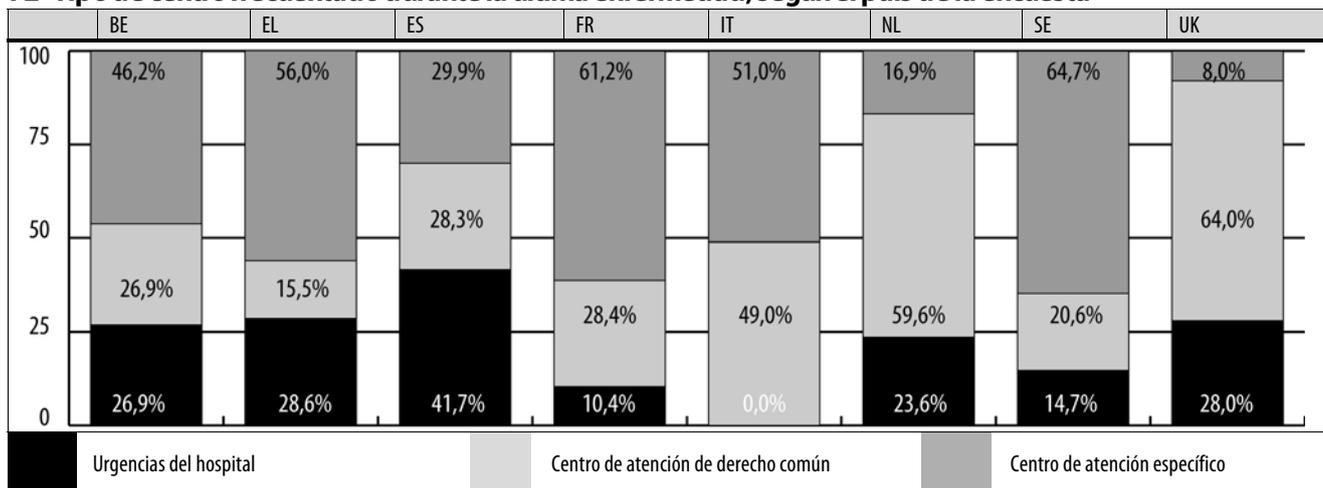
⁸⁹ Se trata de servicios dirigidos a las personas más vulnerables, como las personas excluidas del sistema sanitario y las personas sin hogar. Se trata de centros o de programas asociativos (como los de Médicos del Mundo y otras ONG) pero también de otro tipo de organizaciones, como las *Permanences d'accès aux soins de santé* (PASS) en los hospitales públicos franceses o los *Walk-in Centers* británicos.

⁹⁰ Sin diferencias según el sexo o la edad (ni en función del tipo de sistema de salud al que acuden, ni relacionando la cobertura sanitaria con el tipo de sistema de salud).

⁹¹ Por lo tanto, no se observa una sustitución de la medicina occidental por la medicina tradicional. Estos datos se corresponden con resultados de otros estudios que muestran que, generalmente, en las poblaciones inmigrantes, incluso recientes, los dos tipos de medicina se compaginan en un sistema "mixto", en lugar de hacerse la competencia.

Las diferencias entre países en los sistemas sanitarios consultados deben interpretarse con prudencia, principalmente en el Reino Unido y en Italia, donde los efectivos de las respuestas son bastante reducidos. Sin embargo, en estos dos países, así como en los Países Bajos, el porcentaje de personas que consultaron los sistemas sanitarios públicos la última vez que estuvieron enfermas es el más elevado (entre el 49% y el 64% de las personas). El porcentaje más reducido (el 16%) lo encontramos en Grecia, mientras que los demás países se encuentran en una situación intermedia (una quinta parte y una cuarta parte de las personas acudieron al sistema sanitario público). Para esta población encuestada en los centros o en los programas específicos, el recurso a los servicios de urgencias es especialmente reducido en Italia, pero también en Francia y en Suecia. Sin embargo, precisamente en Francia, Suecia, Grecia e Italia, la mayoría de las personas acuden a unos servicios especializados de salud.

72- Tipo de centro frecuentado durante la última enfermedad, según el país de la encuesta



• Ejemplo de la detección del VIH/sida: desconocimiento generalizado

Numerosos obstáculos culturales, sociales y estructurales dificultan a las personas que emigran a Europa Occidental la realización de una prueba de detección del VIH. Cabe señalar, entre otros, el desconocimiento de la enfermedad y de las posibilidades terapéuticas disponibles, el desconocimiento de los centros de detección y de tratamiento del VIH/sida, o incluso el miedo a la estigmatización. Las personas migrantes sin permiso de residencia suman, sin duda, a estos factores una distancia aún mayor con los programas y los centros de prevención y tratamiento. Esto es especialmente cierto en los países en los que el discurso político dominante de “la lucha contra la inmigración sanitaria” utiliza el sida como emblema de la supuesta “inmigración sanitaria”⁹², a pesar de que este sea extremadamente marginal y, sobre todo, en el caso de las personas que viven en una situación precaria (trataremos este tema más adelante). **En el conjunto de la población encuestada, sólo un tercio (el 35,4%) de las personas encuestadas saben que una persona en situación irregular tiene derecho a una prueba de detección del VIH gratuita, el 12,9% dicen que no es así y el 50,1% no saben responder a la pregunta.**

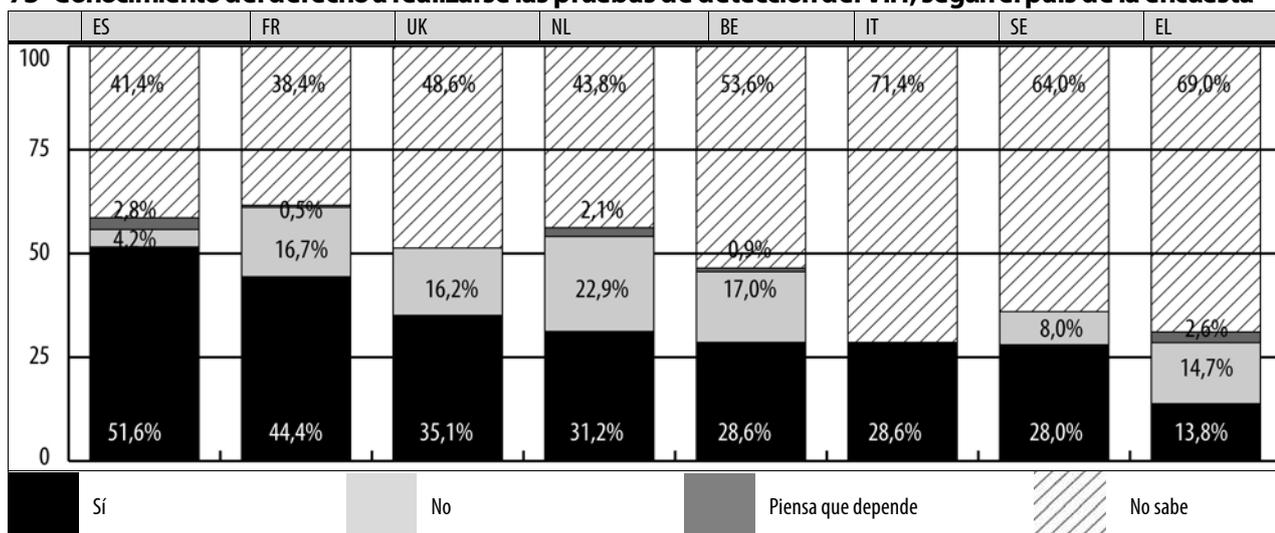
Las respuestas varían mucho en función del país. **Así, en España y en Francia es donde mejor se conoce la existencia de una prueba de detección gratuita.** Se trata de dos países en los que se dan dos factores positivos que explican esta diferencia: por un lado, la población inmigrante domina frecuentemente el idioma del país de acogida (hispanohablantes latinoamericanos en España y francófonos procedentes del Magreb y del África Subsahariana en Francia) y es, por ello, potencialmente más receptiva a la información proporcionada a la población sobre este tema. Por otro lado, en estos países se realizan, a distintos niveles, campañas de promoción de la detección dirigidas específicamente a los y las inmigrantes (sobre todo en los programas que han participado en la encuesta en estos dos países).

⁹² Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I, «Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe», *HIV Med*, 2008, 9(S2): 23-5.

Por el contrario, el desconocimiento de este derecho es ampliamente mayoritario entre las personas en situación irregular encuestadas en Bélgica, Italia, Suecia y Grecia:

- En los dos últimos países, el contexto legislativo general, que es extremadamente restrictivo en el ámbito del acceso a la sanidad de las personas en situación irregular, influye en este desconocimiento masivo de la posibilidad de realizar una prueba de detección del VIH gratuita.
- En el Reino Unido, el hecho de que los tratamientos antirretrovirales no sean accesibles a las personas en situación irregular⁹³ no favorece, evidentemente, la promoción de la prueba de detección. Sin embargo, la disponibilidad de tratamientos y el acceso a tratamientos en las primeras fases de la infección son poderosos motores de detección, tal y como se ha demostrado en los países en vías de desarrollo desde la difusión de los antirretrovirales.

73- Conocimiento del derecho a realizarse las pruebas de detección del VIH, según el país de la encuesta

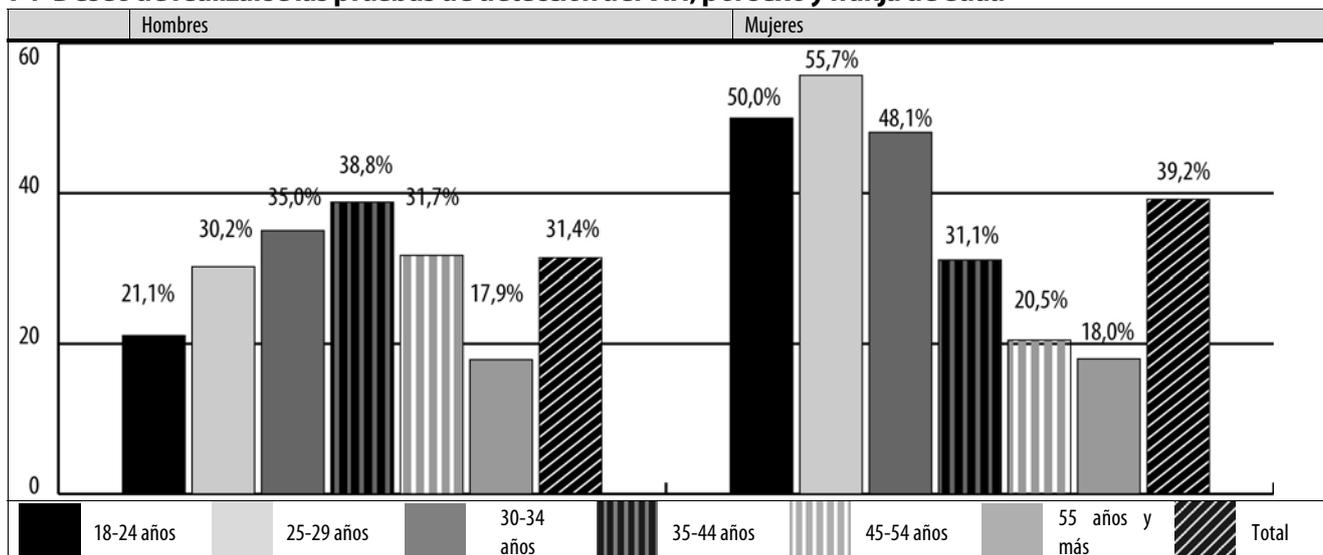


- > X. Llegó a Francia a los 18 años en busca de trabajo. Se dedica a cuidar niños y vive en casa de una amiga. Cuando llegamos al tema de la violencia, nos cuenta que la violaron cuando tenía 13 años. Habiendo ido a ver a un médico porque está cansada, le duelen las articulaciones desde hace tiempo y duerme mal. Los síntomas nos hacen pensar en una patología psicósomática y, a modo de prevención, le proponemos que se haga las pruebas de detección del VIH y de las hepatitis. Ella está de acuerdo y no parece estar nada preocupada, ya que no ha asumido ningún riesgo. La prueba del VIH resultó ser positiva. X., marfileña de 25 años. Vive en Francia.

⁹³ Cf. Terrence Higgins Trust & National Aids Trust, «Note on access to HIV treatment for undocumented migrants and those refused leave to remain», THT, February 2006 y National AIDS Trust. «The myth of HIV health tourism», NAT, octubre de 2008.

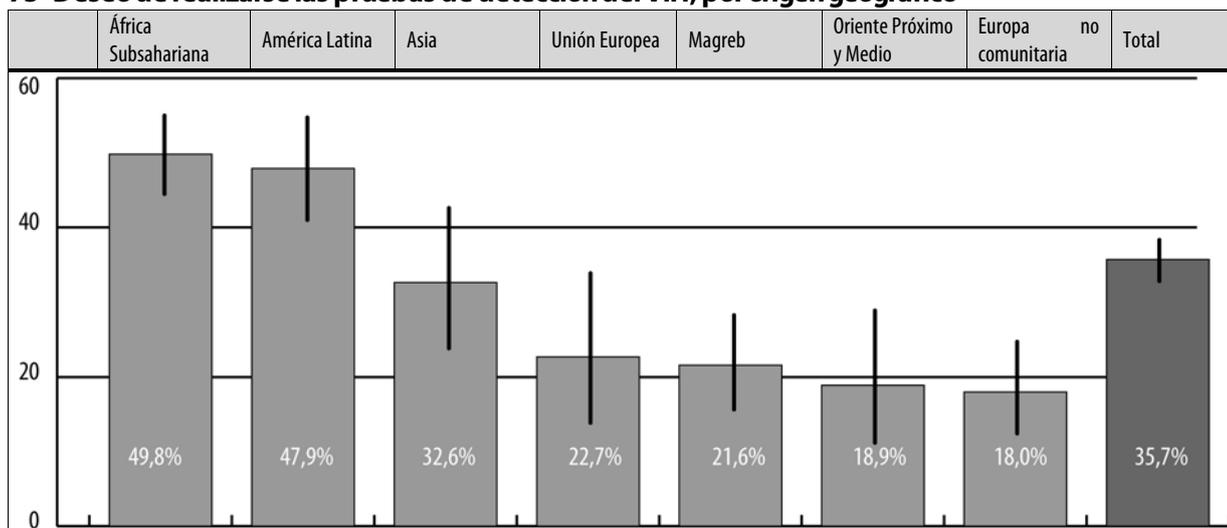
Más de un tercio (el 35,7%) de las personas encuestadas ya habían querido someterse a alguna prueba de detección en el país de la encuesta, por lo que la demanda de pruebas de detección es considerable. Las mujeres suelen encontrarse en este caso con más frecuencia que los hombres (el 39,1% frente al 31,3% de estos, $p = 0,01$). Incluso son más las mujeres que quisieron realizarse una prueba de detección entre los 18 y los 29 años. El índice máximo es más tardío en el caso de los hombres (en la franja de edad de 35 a 44 años), y nunca son más del 38,8% los que desean realizarse las pruebas, independientemente de la franja de edad. En cuanto a las mujeres, el índice se reduce rápidamente a partir de los 45 años (es importante destacar hasta qué punto el deseo de realizarse las pruebas está más relacionado con la maternidad que con la sexualidad), mientras que en el caso de los hombres no disminuye hasta los 55 años, para alcanzar un valor idéntico en ambos sexos después de esta edad (el 18%).

74- Deseo de realizarse las pruebas de detección del VIH, por sexo y franja de edad



Este deseo es más frecuente en el caso de las personas procedentes del África Subsahariana y de América Latina, incluyendo el Caribe (casi la mitad de las personas encuestadas), y es menos frecuente en las personas procedentes del Magreb, Oriente Medio, Oriente Próximo y Europa (menos de la cuarta parte de las personas encuestadas).

75- Deseo de realizarse las pruebas de detección del VIH, por origen geográfico

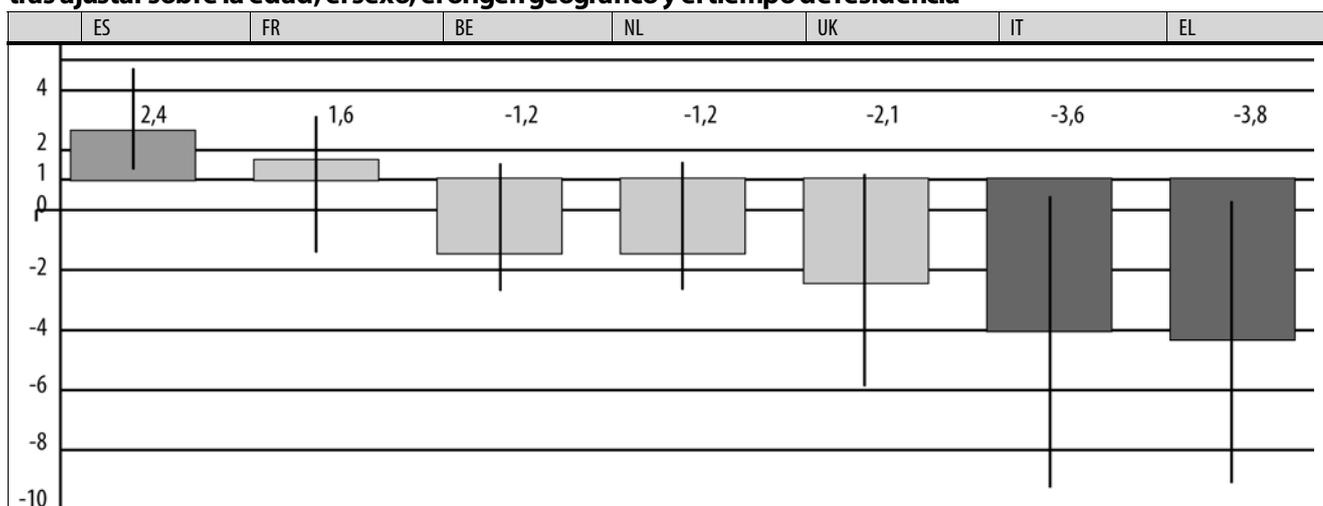


Cabe destacar en este punto la poca frecuencia de deseo de realizarse las pruebas de las personas europeas encuestadas, tanto comunitarios como no comunitarios, a pesar de que el porcentaje de la transmisión heterosexual en la juventud de Europa Central sea mayoritario, y de que la incidencia de la infección de VIH en Europa del Este sea muy alta (cuatro veces superior, en 2006, a la observada en la Unión Europea)⁹⁴.

El deseo de realizarse las pruebas de detección depende también de la duración de la estancia en el país de la encuesta, de forma que las personas que ya habían querido realizarse las pruebas viven en el país de acogida, como era de esperar, desde hace más tiempo que las demás (57 meses de media frente a 47 meses, $p = 0,005$). Por lo tanto, este deseo varía mucho en función de la edad, el sexo, el origen geográfico y la duración de la estancia de las personas encuestadas. Por lo tanto, las diferencias que se puedan observar entre los distintos países de la encuesta deben analizarse teniendo en cuenta estas cuatro características.

De esta forma, en un análisis multivariado, **en igualdad de situación en cuanto al sexo, la edad, la duración de la estancia y el origen geográfico, la probabilidad de haber deseado realizarse las pruebas resulta ser significativamente superior en España⁹⁵**, donde las personas tienen 2,4 veces más de posibilidades de haber deseado realizarse las pruebas que en Suecia (países elegidos arbitrariamente como países de referencia para clasificar a todos los demás). **En Italia y Grecia, sin embargo, este deseo es significativamente inferior**, de forma que las personas tienen entre 3 y 4 veces menos de probabilidad de haber deseado realizarse una prueba de detección (en relación con Suecia)⁹⁶. En Francia, la probabilidad es similar a la estimada en Suecia, así como en Bélgica y en los Países Bajos, mientras que en el Reino Unido es dos veces inferior (pero, debido al tamaño de la muestra, la diferencia no es significativa).

76- Probabilidad estimada de haber deseado realizar un test de detección del VIH, según el país de la encuesta, tras ajustar sobre la edad, el sexo, el origen geográfico y el tiempo de residencia



OR estimados por regresión logística. Referencia = Suecia

Nota: en comparación con Suecia, las personas encuestadas en Italia tienen 3,6 veces menos de posibilidades de haber deseado realizarse una prueba de detección, y 2,4 veces más en España (en gris, las relaciones que no son significativas desde el punto de vista estadístico).

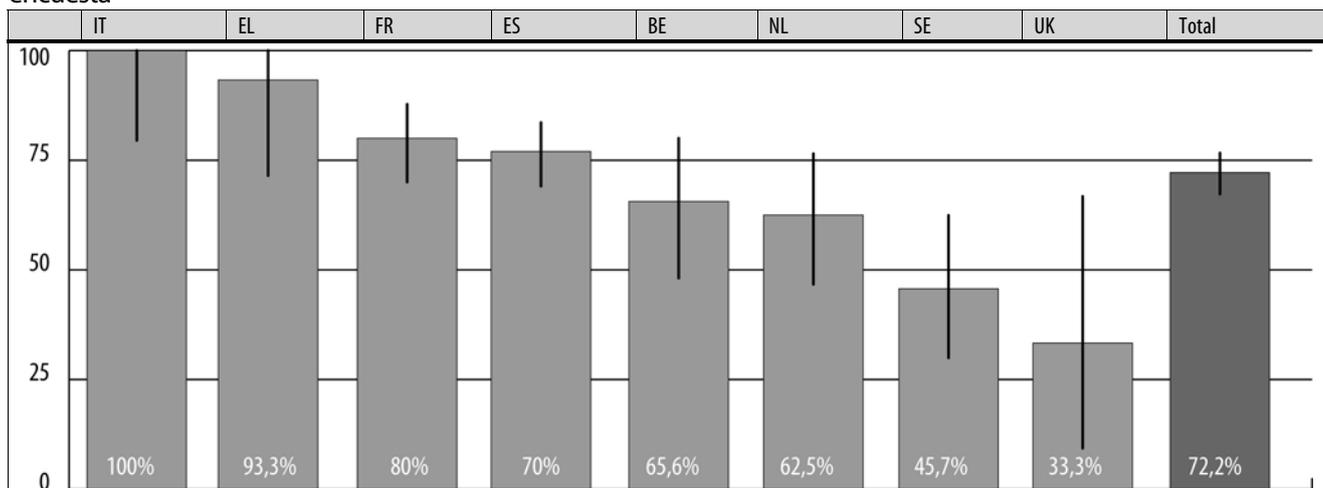
⁹⁴ EuroHIV, «HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006», Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, n.75.

⁹⁵ La mayoría de los programas españoles trabajan en la prevención del VIH/sida.

⁹⁶ No existe una diferencia significativa entre estos tres países y Suecia.

Entre las personas que habían deseado realizarse una prueba de detección, el 72% se la hicieron, mientras que un tercio de estas personas no llegó a hacerlo. Este porcentaje aumenta con la edad y la duración de la estancia en el país de acogida, pero no varía en función del sexo. El porcentaje de personas que no llegaron a realizarse las pruebas tiende a ser algo superior en el caso de la población magrebí, pero la diferencia no es significativa. A igualdad de datos de edad, sexo y origen geográfico (al igual que en un análisis comparativo “simple”, tal y como muestra la siguiente gráfica) **el índice más alto de realización de una prueba lo encontramos en España, Francia, Italia y Grecia, mientras que Suecia y el Reino Unido⁹⁷ (los dos países en los que los tratamientos antirretrovirales no son accesibles gratuitamente para las personas en situación irregular) tienen el menor porcentaje.**

77- Porcentaje de personas que querían realizar una prueba de detección del VIH y se la hicieron, según el país de la encuesta



Entre las razones mencionadas para justificar la falta de ganas de realizarse una prueba de detección del VIH, la falta de necesidad (percibida) es, con diferencia, la mencionada con más frecuencia. Aunque ningún dato por sí solo permita ir más lejos para juzgar el nivel de riesgo de exposición al VIH de los encuestados, la frecuencia de esta ausencia de necesidad percibida resulta muy elevada. De hecho, sin contar con las razones lingüísticas, el 16% de las razones citadas (desconocimiento, miedo o creencias erróneas) se podrían tener en cuenta y “corregir” con una información adecuada. **Estos resultados reflejan globalmente la escasez de información y de promoción de las pruebas entre las personas en situación irregular.** Queda patente que queda mucho trabajo por hacer en este ámbito con este sector de la población.

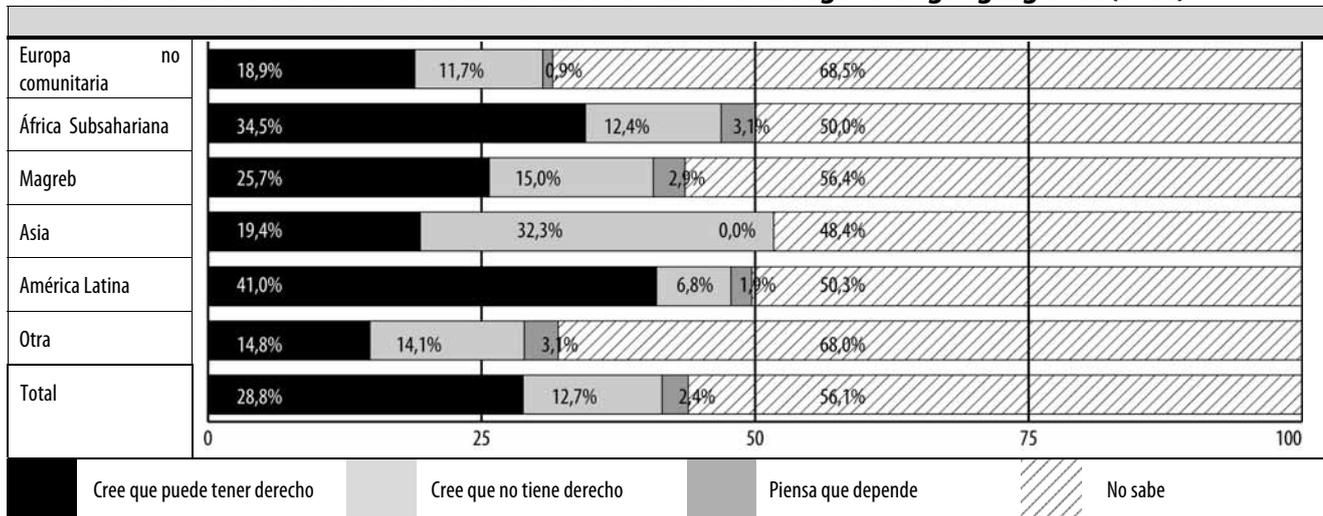
78- Frecuencia de las razones mencionadas para explicar la ausencia de deseo de realizar una prueba de detección del VIH

Razón	%
No lo cree necesario	82,8
Ya lo ha realizado y conoce los resultados	6,5
Es demasiado caro o pensaba que había que pagar	5,9
Desconocimiento de la enfermedad y de la prueba	3,0
Miedo a los resultados, prefiere no saberlo	2,6
Miedo a una denuncia o detención	2,1
Barrera lingüística	1,6
No sabría qué hacer si el resultado fuera positivo	1,0
Miedo a la discriminación o a ser mal recibido	1,0
Miedo a la falta de confidencialidad de los resultados	0,8
No sabe	1,7
Otras razones	3,6

⁹⁷ El intervalo de confianza de este porcentaje es especialmente amplio en este país (y el resultado, poco preciso) debido a la escasez de efectivos entre las personas encuestadas afectadas.

Otro problema de información identificado es que, en el conjunto de la población encuestada en nueve de los once países⁹⁸, sólo un tercio (el 29%) de las personas encuestadas saben que una persona en situación irregular tiene derecho a beneficiarse gratuitamente de un tratamiento contra el sida, el 13% dicen (desacertadamente) que no es así y el 56,1% no saben responder a la pregunta. Cabe destacar que no existen diferencias de conocimiento sobre el acceso gratuito a los tratamientos entre hombres y mujeres. Por otro lado, las personas que tienen entre 35 y 44 años son las que mejor informadas están, así como las personas procedentes de América Latina (incluido el Caribe) y del África Subsahariana. Grecia es el país en el que las personas están menos informadas de la posibilidad de recibir un tratamiento (el 10,4%), pero las diferencias entre países de residencia no son significativas tras ajustar por origen geográfico.

79- Conocimiento del derecho a los tratamientos antirretrovirales según el origen geográfico (en %)



Más allá de los tratamientos antirretrovirales, la frecuencia de las respuestas erróneas sobre esta enfermedad grave refleja el gran desconocimiento de las personas encuestadas y la falta de información sobre sus derechos en materia de atención médica y de tratamientos.

⁹⁸ Esta pregunta no se planteó en el Reino Unido (donde las personas sin papeles deben pagar íntegramente los tratamientos) ni en Suecia (circuitos específicos).

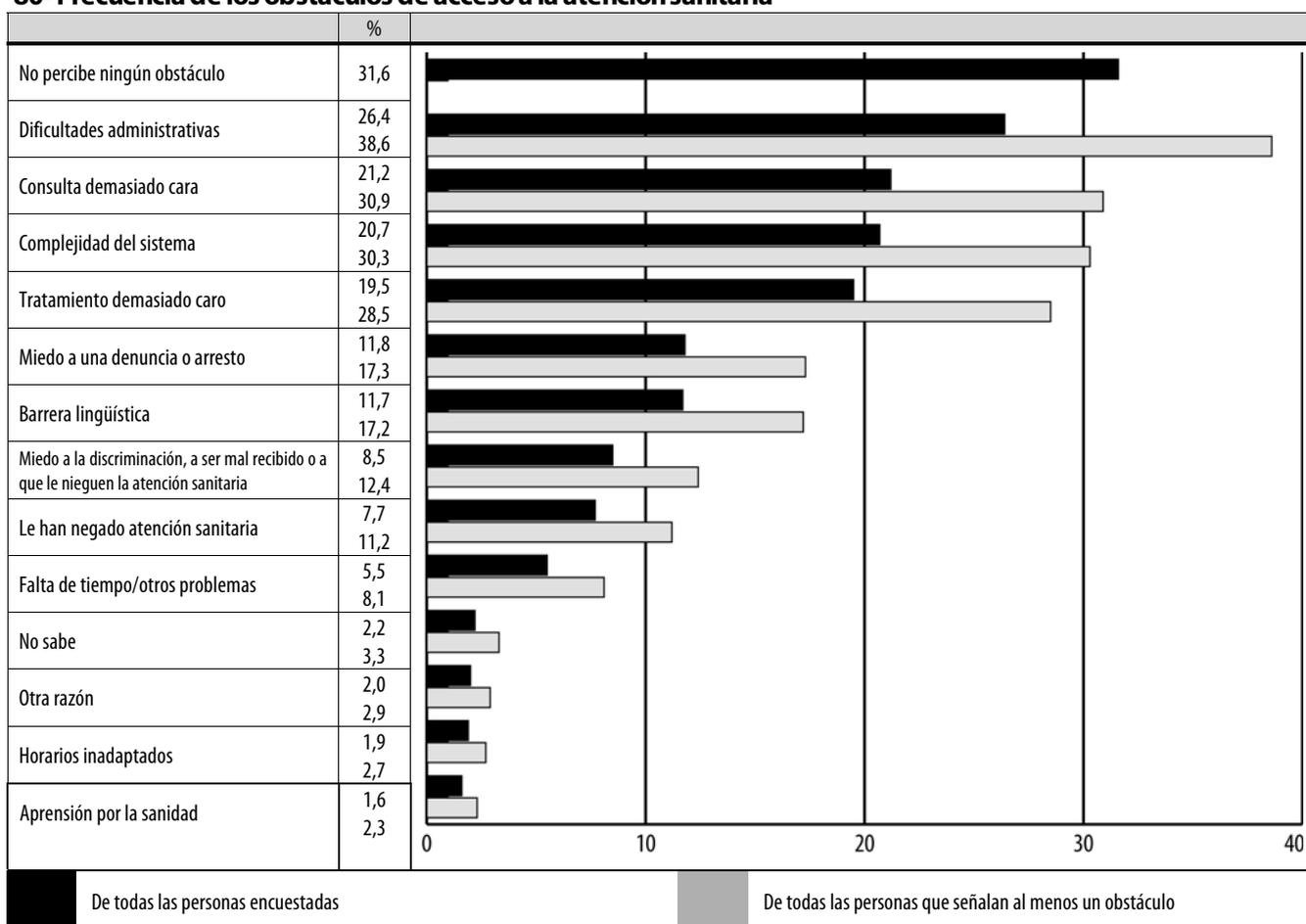
10. OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A LA SANIDAD Y A SU CONTINUIDAD

• Obstáculos mencionados por las personas encuestadas

Casi el 70% de la población encuestada ha tenido algún obstáculo para acceder a la atención sanitaria. Su frecuencia aparece representada en la siguiente gráfica (entre toda la población encuestada y entre aquellos que mencionan al menos un obstáculo). Recordemos que la pregunta sobre los obstáculos era una pregunta abierta, sin propuestas de respuesta (el encuestador o la encuestadora recogía y apuntaba directamente los obstáculos citados espontáneamente y, en ocasiones, podía completar este apartado si se volvían a mencionar estos obstáculos en otro momento de la entrevista).

Los obstáculos administrativos y económicos son, con diferencia, los dos obstáculos más citados. Asimismo, podemos observar que el miedo (esté o no fundado en una mala experiencia) a ser denunciado, arrestado, discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria es también muy frecuente.

80- Frecuencia de los obstáculos de acceso a la atención sanitaria

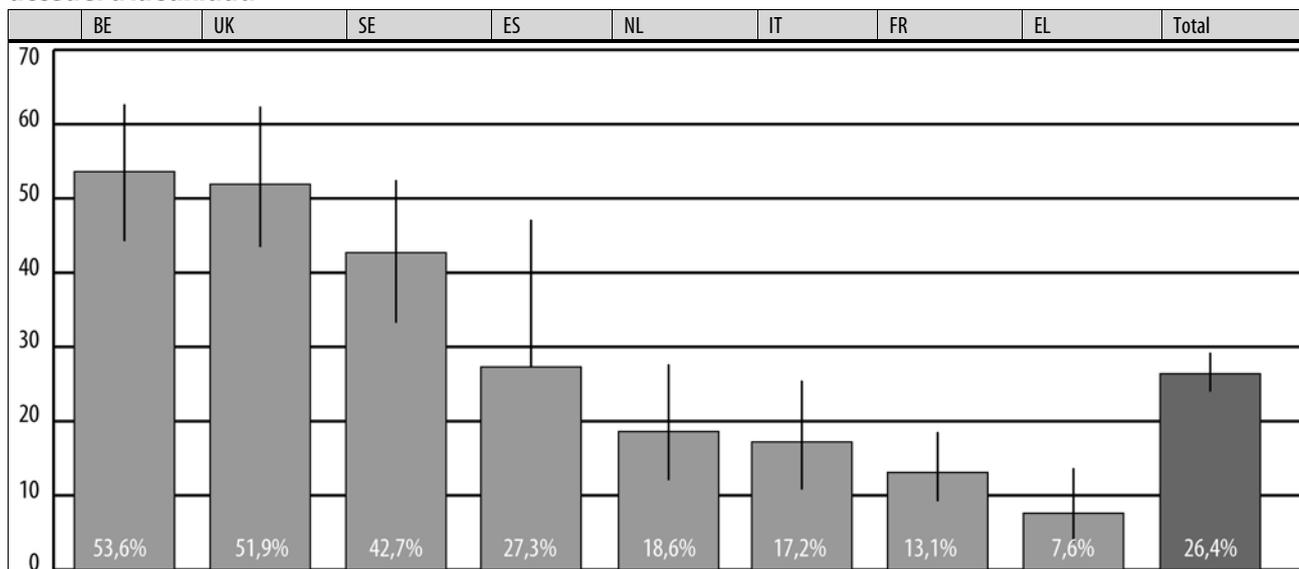


Nota: el 26,4% del total de las personas encuestadas citan dificultades administrativas como obstáculos para acceder a la sanidad. Este motivo lo citan el 38,6% de las personas que señalan al menos un obstáculo.

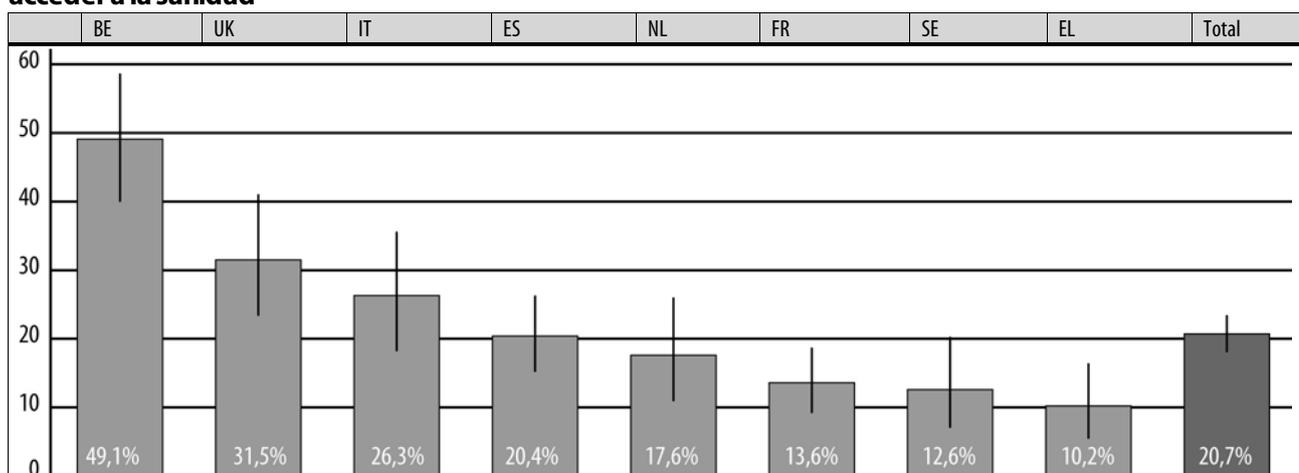
Los principales obstáculos de acceso a la atención sanitaria se citan con una frecuencia significativamente diferente en los distintos países de la encuesta. Los países en los que más se mencionan las dificultades administrativas (la mitad de las personas, aproximadamente) son Bélgica, el Reino Unido y Suecia. Asimismo, la mitad de las personas encuestadas en Bélgica consideran que el sistema es complicado, al igual que un tercio de las personas encuestadas en España y la

cuarta parte de las encuestadas en Italia. Por otro lado, los países en los que se citan estos dos obstáculos con menos frecuencia son Francia y Grecia.

81- Porcentaje de personas encuestadas que mencionan las dificultades administrativas como un obstáculo para acceder a la sanidad



82- Porcentaje de personas encuestadas que mencionan la complejidad del sistema como obstáculo para acceder a la sanidad



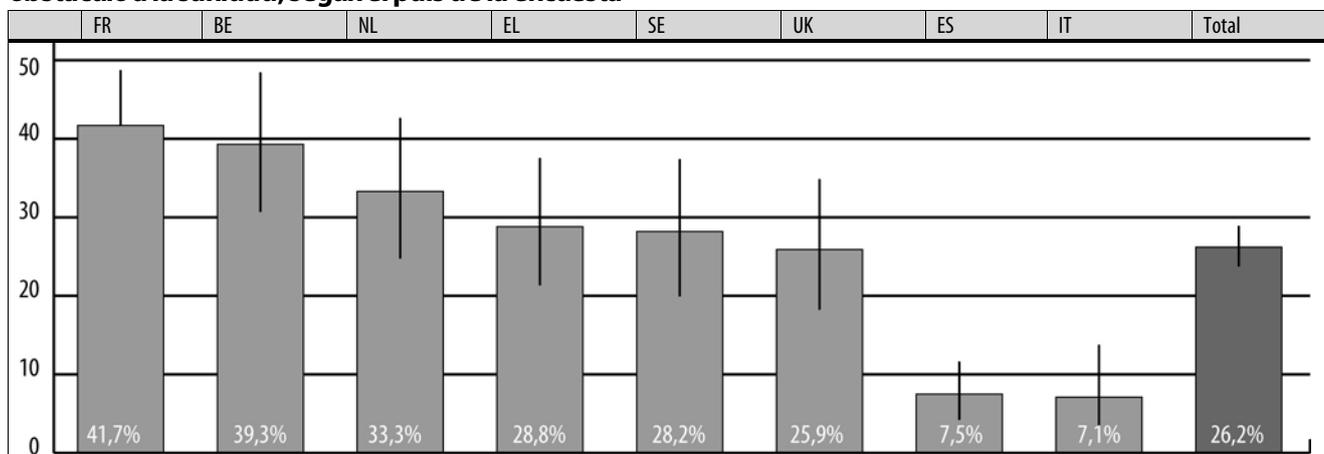
> «Me dolían la rodilla y el estómago. Les dije que tenía muchas tarjetas sanitarias pero no la de Valencia, y me contestaron que no podían hacer nada hasta que no tuviera la tarjeta valenciana, que solicité hace cuatro meses.» Q., maliense de 28 años. Vive en España.

España e Italia (países en los que existen centros sanitarios públicos) son los países en los que se cita con menos frecuencia el coste de las consultas y de los tratamientos como obstáculo del acceso a la sanidad. Es importante precisar que, en España, la parte del importe de los medicamentos que queda a cargo del paciente varía de una región a otra, siendo nulo en la Comunidad Valenciana y del 40% en la mayoría de las comunidades autónomas.

Sin embargo, Bélgica y Francia son los países en los que más se menciona el obstáculo económico (el 40% de las personas). Esto se explica por el hecho de que, como vimos anteriormente, menos del 10% de las personas encuestadas se benefician realmente de una cobertura sanitaria. En Francia, la remuneración de los médicos y las médicas generalistas sobre la marcha (y el reembolso cada vez más difícil de las deudas hospitalarias) contribuye también a esta opinión de las personas sin cobertura sanitaria. En Bélgica (más exactamente en Bruselas, donde se realizó la encuesta), la

existencia de distintos centros médicos (donde la atención sanitaria es gratuita y los medicamentos a veces se dispensan gratuitamente caso por caso) no impide que se mencionara este obstáculo económico con mucha frecuencia. En los Países Bajos, donde la cobertura sanitaria se realiza, por petición de los médicos, caso por caso para las personas sin permiso de residencia, este obstáculo económico lo mencionan un tercio de las personas encuestadas.

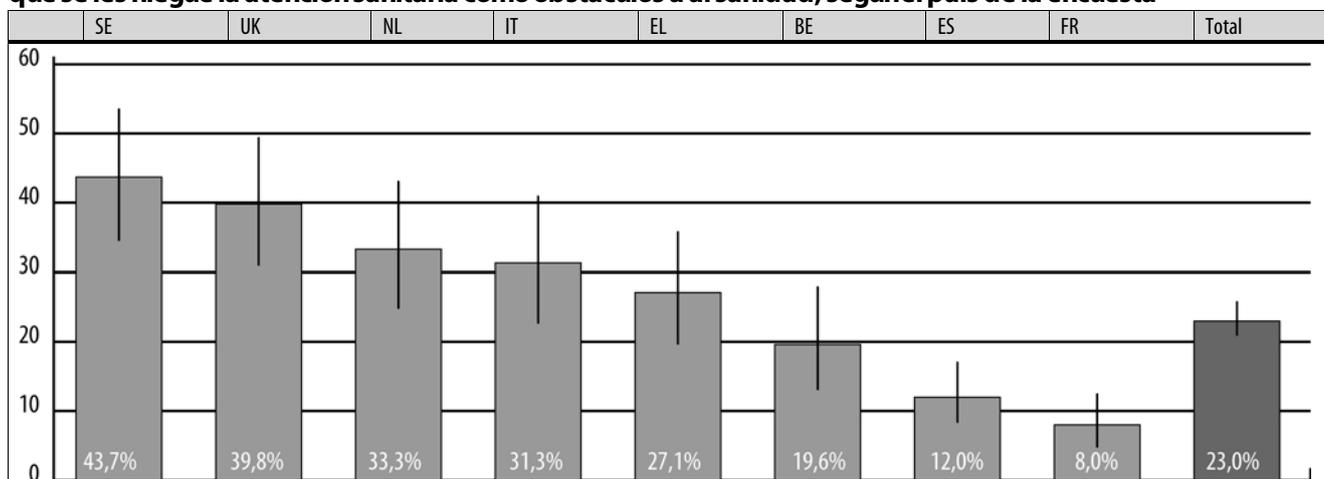
83- Porcentaje de personas encuestadas que citan el coste de las consultas o de los tratamientos como un obstáculo a la sanidad, según el país de la encuesta



- » «Fue la ginecóloga quien dijo que a las mujeres embarazadas con una urgencia hay que ayudarlas, pero yo tenía visado y no funcionó. Mi padre tuvo que pedir préstamos a distintas personas para poder pagar todos los gastos (casi 800 euros) por las visitas, las ecografías que tenía que realizar cada quince días debido a mi enfermedad y el parto (otros 1145 euros). Di a luz a las 3:00 de la mañana y a las 10:00 salí. No quería quedarme porque creía que tendría que pagar más (me dijeron que me podía quedar hasta las doce de la noche sin pagar más pero yo estaba preocupada). Me recetaron medicamentos (inyecciones para quince días) que no pude comprar.» B., argelina de 36 años. Vive en Francia desde hace cuatro meses.

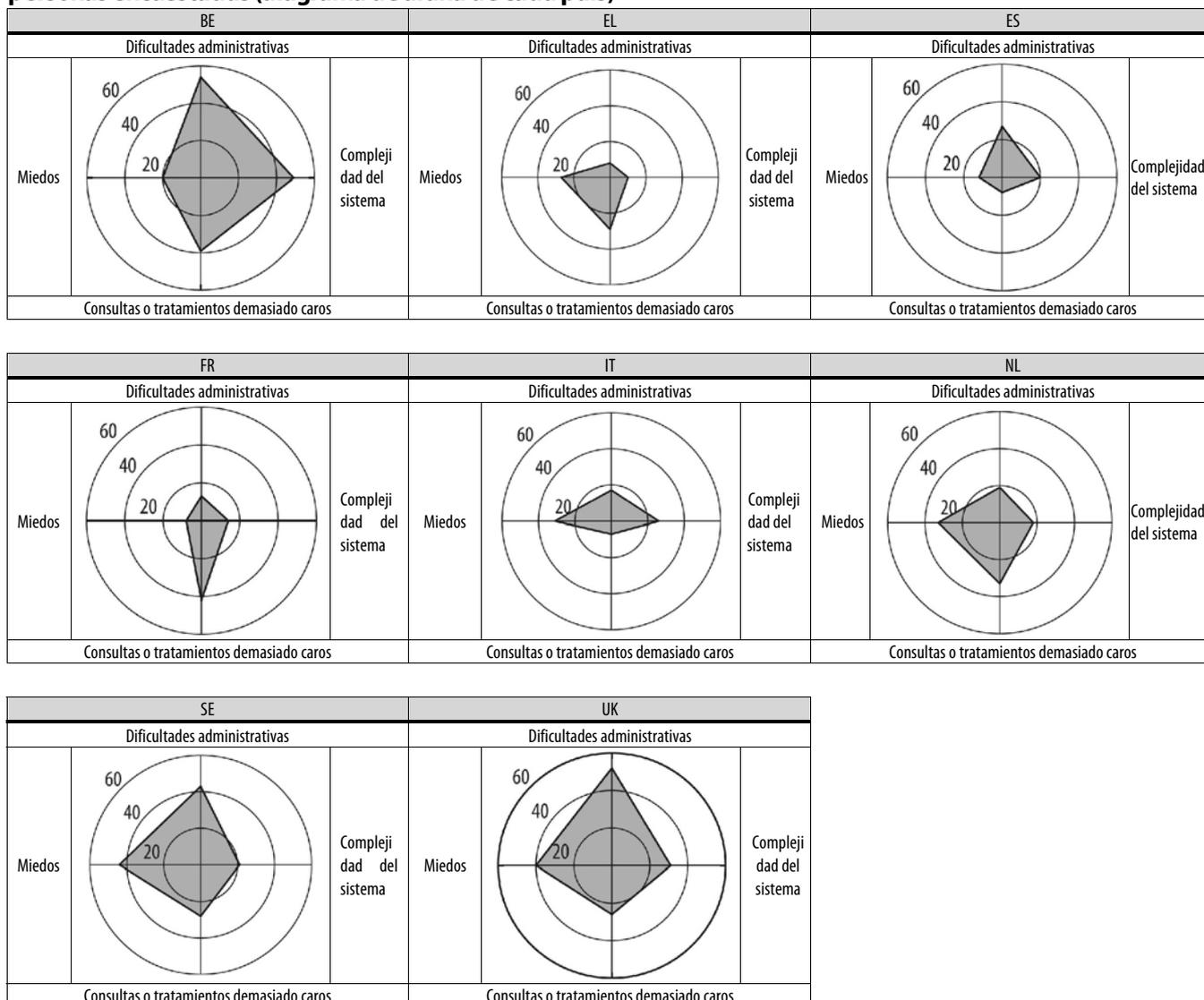
Lógicamente, la distribución de la frecuencia del miedo a la denuncia, al arresto o a la discriminación, o a que se le niegue la atención sanitaria en los distintos países es bastante similar a la observada en el apartado sobre el racismo o la discriminación en los centros de salud. Suecia, el Reino Unido y los Países Bajos son los tres países donde se cita esta categoría de obstáculos con más frecuencia. Asimismo, en estos países es donde las personas encuestadas mencionaban con más frecuencia estas situaciones, mientras que España, Bélgica y Francia son los países en los que la frecuencia de estos dos indicadores es menor.

84- Porcentaje de personas encuestadas que citan el miedo a las denuncias, detenciones y discriminaciones o a que se les niegue la atención sanitaria como obstáculos a la sanidad, según el país de la encuesta



La situación de los distintos países puede también resumirse y compararse con las siguientes gráficas.

85- Frecuencia de las cuatro categorías principales de obstáculos en el acceso a la sanidad mencionados por las personas encuestadas (diagrama de araña de cada país)



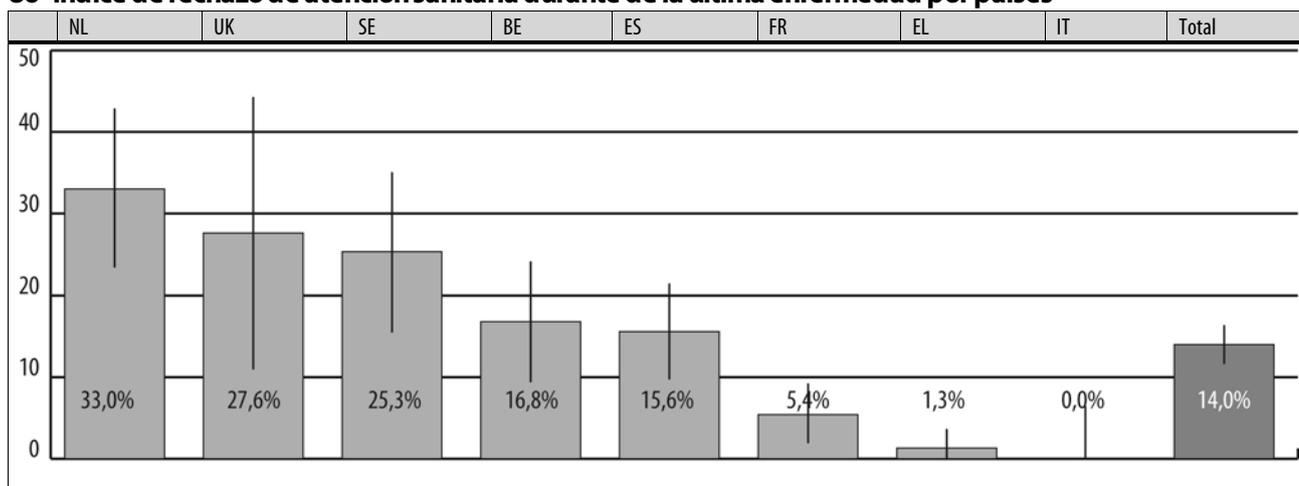
Nota: las superficies coloreadas son proporcionales a la frecuencia de los obstáculos citados en cada país sobre las cuatro dimensiones que ponen de relieve las distintas gráficas. El tamaño y la forma de estas superficies permiten visualizar y comparar directamente la situación descrita por los encuestados en cada país.

• El rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad

La cuestión del rechazo de atención sanitaria se centró en la última vez que la persona estuvo enferma. En esa ocasión, el 14% de las personas declaran que se les rechazó la atención sanitaria⁹⁹. Este índice, idéntico en el caso de hombres y mujeres, es significativamente distinto en los países de la encuesta: los más elevados los encontramos en los Países Bajos (un tercio de estas personas), donde no existen estructuras especiales para las personas en situación irregular, así como en el Reino Unido y en Suecia (la cuarta parte). En España y Bélgica gira entorno al 15%, mientras que en otros países es inferior o nulo. Los equipos griegos, por su parte, indican que las personas ni siquiera acuden a los mismos centros públicos, ya que saben que no serán aceptadas, hecho que podría explicar el reducido índice de rechazo de atención sanitaria en Grecia.

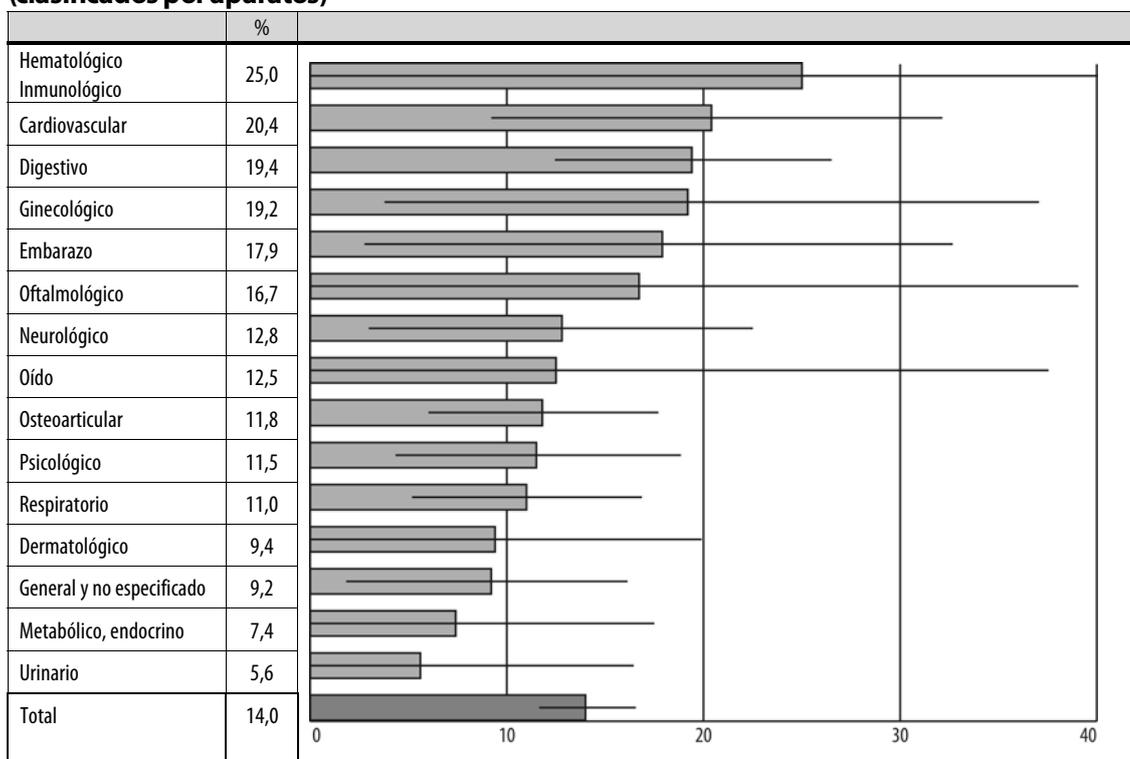
⁹⁹ Este índice que representa la última enfermedad hay que relacionarlo con el porcentaje de personas (el 8%) que citan el rechazo de atención sanitaria como obstáculo para el acceso a la atención sanitaria de forma general (ver más abajo).

86- Índice de rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad por países



El rechazo de atención sanitaria es especialmente frecuente en el caso de síntomas o enfermedades relacionados con cuadros cardiovasculares, digestivos o ginecológicos. Desgraciadamente, constatamos también que no son excepcionales en el caso del embarazo, ya que al 18% de las mujeres que han tenido problemas de salud relacionados con su embarazo se les ha negado la atención sanitaria. Sin embargo, debido al reducido número de efectivos, este porcentaje está lleno de incertidumbre estadística. Igualmente grave es el hecho de que el rechazo de atención sanitaria no se produzca en el caso de enfermedades o síntomas banales, sino que, al contrario, podemos observar (no sólo por aparato sino también en el detalle de los diagnósticos) que cuanto más relacionado está el aparato con las funciones vitales (cardiología, hematología, etc.) o más grave es el diagnóstico, mayor es el índice de rechazo de atención sanitaria.

87- Porcentaje de rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad, según el diagnóstico (clasificados por aparatos)



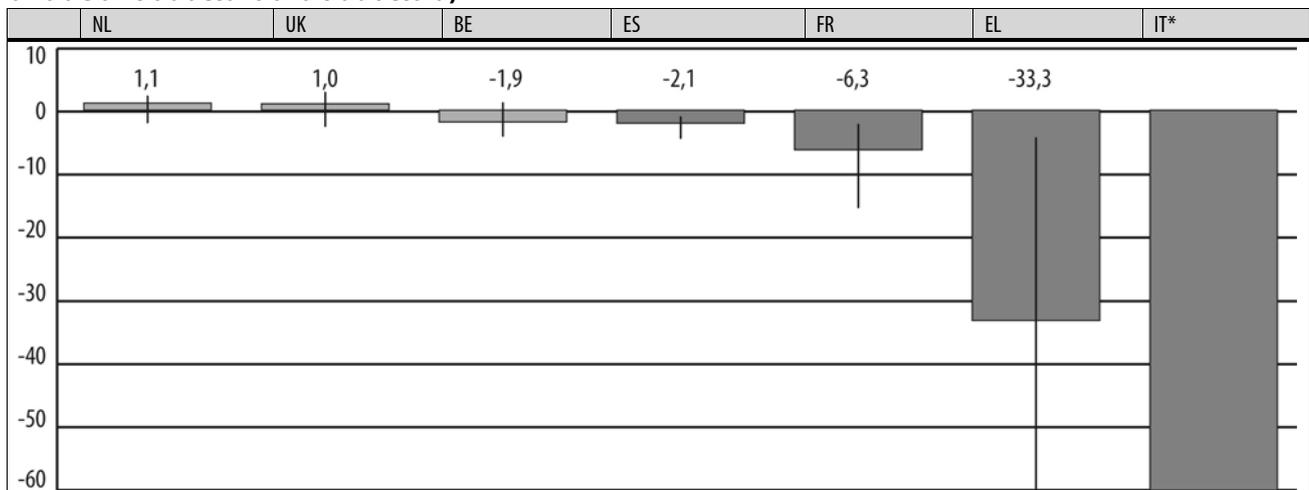
Nota: de las personas que acudieron por un problema psicológico la última vez que estuvieron enfermas, al 11,8% se les rechazó la atención sanitaria, pero este porcentaje se refiere a un reducido número de personas, que nos remitiría a un índice de rechazo de atención sanitaria que puede variar entre un 4% y un 18% (ver la línea que señala el intervalo de confianza).

> «Fui a un centro médico de mi ciudad. Dije que ya había realizado los trámites para obtener una tarjeta sanitaria y que tenía un certificado que me permitía acudir a urgencias. Tenía fiebre y parecía ser una gripe, pero no tenía medicamentos ni información sobre lo que podía tomar, así que acudí a un centro médico. La mujer de la recepción me preguntó de dónde era, miró mi certificado (F6) y me dijo que no podían atenderme, que mi caso no era una urgencia y que para eso está Médicos del Mundo. Le contesté que cuando hice los papeles me dijeron que podía venir a urgencias y que, como no me encontraba bien, había decidido ir. Aparte de Médicos del Mundo, estoy muy sola y no sabría dónde llevar a mis hijas. Le pregunté por qué no podían atenderme y me contestó: “no es gratis, lo pagamos nosotros con nuestro trabajo”. Le dije que ese servicio era público y que era indispensable para la gente, y me dijo que no creyera que ellos iban a pagar todo lo que quisieran los inmigrantes. Me quedé impresionada con su respuesta. Era la primera vez que me sentía rechazada». Mujer argentina de 23 años. Vive en España desde hace diez meses.

En realidad, no es tanto el diagnóstico (ni siquiera su gravedad) el que determina el rechazo de atención sanitaria, sino el tipo de estructura al que se acude. Aunque la posibilidad de respuestas múltiples sobre el o los lugares frecuentados impide toda imputabilidad directa, podemos observar que **las personas que han acudido (al menos una vez) al sistema sanitario público o a los servicios de urgencias afirman haber sufrido el rechazo de atención sanitaria con el doble de frecuencia que aquellas personas que acudieron (al menos una vez) a servicios especializados de salud.** Así, el índice de rechazo es del 20,9%, 20,5% y 11,5% respectivamente.

Si ajustamos por tipo de estructura sanitaria, antigüedad en el país de acogida y presencia o no de un traductor durante la realización del cuestionario¹⁰⁰, podemos observar siempre la misma clasificación de los países de la encuesta en cuanto a frecuencia de rechazo de atención sanitaria.

88- Estimación del rechazo de atención sanitaria durante la última enfermedad, según el país de la encuesta, tras ajustar por tipo de estructura sanitaria, antigüedad de la inmigración y características de la entrevista (presencia o no de un traductor o una traductora)



(OR estimados por regresión logística. Referencia: Suecia)

* Desde un punto de vista estadístico, el riesgo es “infinitamente” reducido en Italia y su intervalo de confianza es inestimable, ya que no se ha señalado ningún caso de rechazo de atención sanitaria.

Nota: si las comparamos con Suecia, las personas encuestadas en España tienen 2,1 veces menos de probabilidad de que se les haya negado la atención sanitaria (en gris, las relaciones no significativas desde un punto de vista estadístico).

¹⁰⁰ La presencia de un traductor o una traductora se relaciona con un porcentaje significativamente superior del rechazo de atención sanitaria: el 20,5% frente al 12,7%, p=0,02.

Sin embargo, es difícil interpretar las diferencias que existen entre los distintos países de la encuesta. Es muy probable que muchas personas extranjeras en situación irregular consideren de antemano que se les va a negar la atención sanitaria y que, por ello, ni siquiera intenten consultar a los servicios sanitarios, sobre todo al sistema sanitario público. Por lo tanto, el índice de rechazo de atención sanitaria refleja también la interiorización de la discriminación por las propias personas, sobre todo, probablemente, en los países en los que este índice es muy reducido. **Por el contrario, el principio de la universalidad del acceso a la atención sanitaria en los sistemas sanitarios de inspiración beveridgeana¹⁰¹, quizás disuada menos a las personas en situación irregular de acudir al sistema sanitario público, pero parece quedar en entredicho a la vista de la frecuencia con la que se rechaza la atención sanitaria a las personas en situación irregular.**

- > *«Fue prácticamente imposible recibir atención sanitaria durante mi embarazo. La gente que conocía me asustaba diciendo “si vas al hospital, te expulsarán”. Un día, me encontraba realmente mal y acudí a una consulta de acceso libre (Walk-in Centre) para un control. Me dijeron que no podían ayudarme y que, si la cosa empeoraba, tendría que ir a urgencias. Intenté entonces acudir a la consulta de un médico generalista (entonces estaba ya embarazada de cinco meses), donde se negaron a inscribirme debido a mi situación irregular. Una mujer dejó incluso una nota diciendo que, si volvía, no debían atenderme porque no tenía derecho. Me dijo: “Tiene usted que pagar 2800 euros y le buscaremos una matrona”. Fui directamente al hospital pero, desgraciadamente, no me fue mejor. Me dijeron cosas como “¿Por qué tienes un hijo en este país”, y la persona responsable del reembolso de gastos a extranjeros me amenazó con mandarme en un avión de vuelta a Uganda. Me dijo que si no pagaba 2 800 euros me expulsarían y que, cuando rompiera aguas, no podría llamar a una ambulancia o tendría que pagar 340 euros. Cuando intenté explicar que no tenía tanto dinero me contestó simplemente “Pues muy bien, no tienes más que parir en tu país.” Por eso no recibí ningún seguimiento del embarazo.»F., ugandesa. Vive en el Reino Unido desde hace dos años (vino a ver a su hermana moribunda).*

En septiembre de 2006, O. tuvo un accidente. Desde entonces tiene dolores en la parte inferior de la espalda. Su médico de cabecera la mandó al hospital para que se hiciera unas radiografías pero en el hospital se negaron a hacerle dichas pruebas porque no está asegurada y no tenía suficiente dinero para pagar el coste íntegro de las pruebas. Varias semanas más tarde, el médico de cabecera vuelve a enviar a su paciente al hospital, esta vez para hacerse un análisis de sangre. Una vez más, O. no puede hacerse este análisis por las mismas razones que la primera vez. A pesar de que, en una ocasión anterior, una asociación había negociado un compromiso económico con la administración de finanzas del hospital tras una visita a urgencias de O., el hospital se niega a realizarle el análisis de sangre. Varios meses después, O. sufre palpitaciones. Al médico de cabecera le gustaría que se hiciera unas pruebas para precisar el diagnóstico, pero ella no se atreve a volver al hospital en el que la rechazaron dos veces. Ni ella ni el médico de cabecera saben qué hacer. Al final, el médico se pone en contacto con un compañero cardiólogo que accede a recibirla gratuitamente. O, ghanesa de 48 años. Vive en los Países Bajos desde hace cinco años.

En octubre de 2007, Z. padece fuertes dolores de estómago. El médico de cabecera piensa que puede tratarse de cálculos renales y le manda al hospital a hacerse unas pruebas. Va al hospital pero se niegan a hacerle las pruebas porque no está asegurada y no puede pagar el precio. El médico de cabecera le receta medicamentos analgésicos fuertes, pero los dolores persisten. Un mes y medio después, el médico vuelve a mandar a Z. al hospital después de llamar al personas de urología. En la recepción de urología, le vuelven a decir que no pueden realizarle las pruebas si no paga. Diez meses después, sigue estando enferma y no tiene acceso a la sanidad. Z., armenia de 32 años. Vive en los Países Bajos desde hace cuatro años.

¹⁰¹ En un sistema beveridgeano (por William Beveridge, 1876-1963), la protección social universal está basada en la solidaridad y se aplica a toda la población “desde la cuna hasta la tumba” (como, por ejemplo, en el Reino Unido, Suecia y algunos países mediterráneos que se inspiraron en el sistema beveridgeano en los años 70, como España, Italia, Grecia y Portugal).

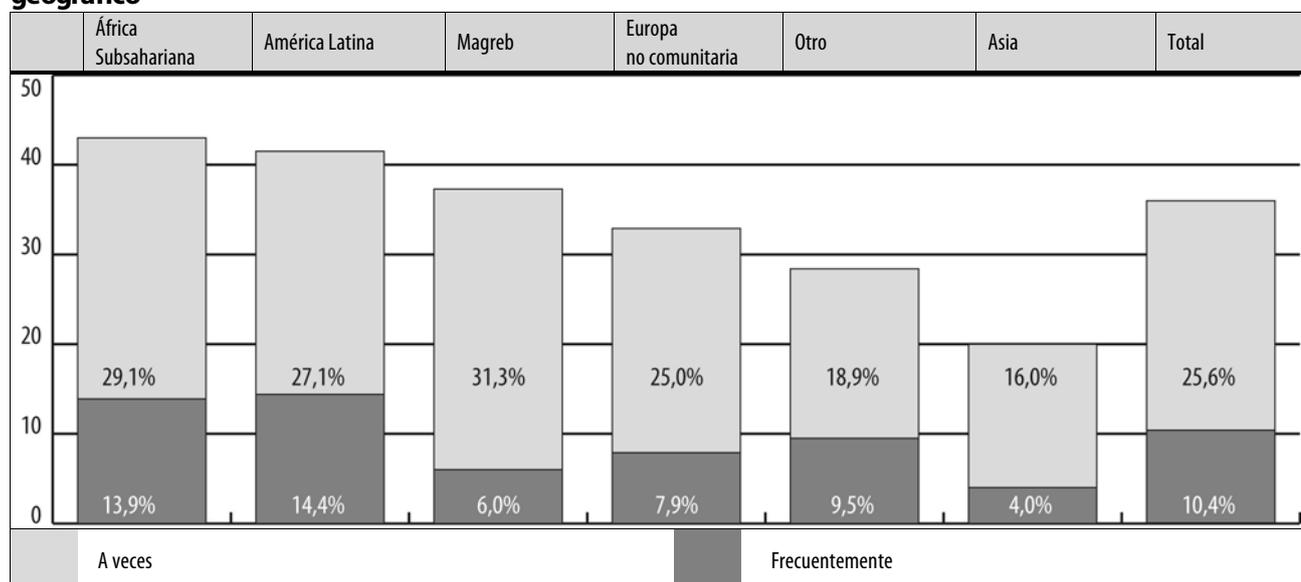
● El racismo en las estructuras sanitarias

Desde hace quince años¹⁰², se están realizando cada vez más estudios epidemiológicos en el sistema de salud público sobre el racismo y sus repercusiones en la salud que plantean la cuestión del racismo en su dimensión subjetiva. A pesar de que este eje de reflexión sólo tenga en cuenta una de las facetas de un fenómeno mucho más complejo y de que los resultados de estos estudios no concuerden, la gran mayoría de ellos están de acuerdo en sus efectos nefastos para la salud (por supuesto, para la salud mental, pero también para ciertos comportamientos relacionados con la salud y para la salud cardiovascular, por ejemplo)¹⁰³.

A toda la población encuestada se le hizo una pregunta relacionada con el racismo¹⁰⁴. **Un tercio de las personas encuestadas han sido víctimas de racismo en primera persona durante el último año** (el 36%, IC95% = [33,1%-38,9%]). El 10% dicen haberlo sido "a menudo" y el 26% "de vez en cuando", sin diferencias significativas según el sexo.

De todas las personas encuestadas, **quienes más dicen haber sido víctimas del racismo son los africanos, las personas procedentes de América Latina y el Caribe y los magrebíes**, mientras que la población de origen europeo y asiático parecen estar menos expuestas al racismo.

89- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año, según el origen geográfico



- > *«Me siento excluida todos los días. Hoy, por ejemplo, como siempre en el mercado, no querían que me atendieran a mí primero porque soy negra. También ocurre lo mismo cada día en el autobús. Creo que pasa esto porque, como hay crisis, creen que es culpa de los inmigrantes que están aquí.» Mujer nigeriana de 24 años. Vive en España (en Palma de Mallorca) desde hace tres años.*

¹⁰² El primer artículo sobre las repercusiones sanitarias del racismo en el marco de la salud pública fue publicado por Krieger et coll. en 1993 (Krieger N., Rowley D., Hermann A.A., Avery B., Phillips M.T., «Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease, and well-being», *Am J Prev Med*, 1993 ; 9: 82-122).

¹⁰³ En 2006, se encontraron 138 artículos en la literatura, de los cuales solo 12 eran europeos... (Paradies Y., «A systematic review of empirical research on self-reported racism and health», *Int J Epidemiol*, 2006, 35: 888-901.)

¹⁰⁴ "En el transcurso de este año (desde que se encuentra en España), en los diversos ámbitos de su vida personal y social, ¿ha sido personalmente víctima de racismo (discriminación por color, origen geográfico, etc.)?"

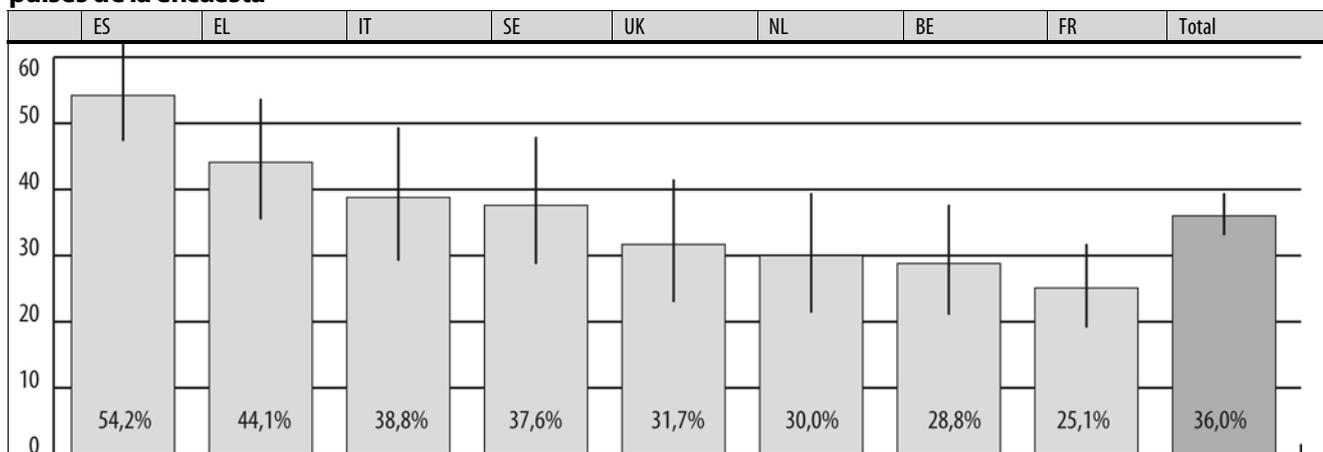
En un análisis multivariado, si tenemos en cuenta simultáneamente el sexo, la edad, el origen geográfico y la antigüedad de la migración en el país de la encuesta, podemos observar que:

- Afecta a los hombres y a las mujeres en la misma proporción.
- Las personas de entre 25 y 54 años sufren más el racismo que las personas más jóvenes o las más mayores.
- **El riesgo de ser víctima del racismo está relacionado con el tiempo de residencia siguiendo una “curva en forma de U”:** se encuentra en su punto máximo durante el primer año de estancia, en su punto mínimo entre los dos y los tres años de estancia y, más tarde, vuelve a aumentar de forma regular para alcanzar un nuevo máximo después de seis años.
- Esto podría explicarse por la suma de dos fenómenos que evolucionan en sentido contrario: conforme va avanzando el tiempo, van disminuyendo progresivamente las situaciones en las que las personas se tienen que enfrentar a personas racistas y/o ella misma suscita manifestaciones hostiles (por medio del aprendizaje de estrategias para evitar y/o integrar las normas culturales del país de acogida) y una susceptibilidad frente al racismo (que, por tanto, hace que se sienta víctima del racismo) que aumenta con el tiempo de residencia en el país de acogida.
- **El riesgo es dos veces superior en el caso de la población africana subsahariana (OR = 1,88, IC95% = [1,22-2,90]) y es también mayor en el caso de la magrebí (OR = 1,40, aunque la diferencia no sea significativa: IC95 % = [0,84-2,34]).** Sin embargo, el riesgo es dos veces inferior en el caso de la población latinoamericana (OR = 0,51, IC95% = [0,28-0,91]).

Estos porcentajes son significativamente distintos según el país de la encuesta, de forma que el índice más bajo lo encontramos en Francia. Los grandes porcentajes observados en España, Grecia e Italia pueden, sin duda, estar relacionados con que se trata de tres países donde el fenómeno de la inmigración es reciente tras varias décadas de emigración. Además, parece que en España las personas que realizaron la encuesta ampliaron la pregunta y se refirieron a la discriminación en lugar de solamente al racismo.

A modo de comparación, podemos señalar, por ejemplo, que el 7% de la población sueca de entre 18 y 84 años (el 5% de los hombres y el 8% de las mujeres) afirmaban, en 2006, que habían sido víctimas de discriminaciones (contando todos los tipos de discriminación) durante los tres últimos meses¹⁰⁵ y un porcentaje equivalente decía haberse sentido discriminado en el ámbito médico. En Francia, una encuesta realizada en 2005 a una muestra representativa de la población de 18 años y más en la aglomeración de París (donde viven el 14% de las personas inmigrantes), mostraba que le 3% de las personas declaraban haber sido víctimas de comportamientos racistas “a menudo” y el 11% “a veces”, a lo largo del año anterior¹⁰⁶.

90- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año en los distintos países de la encuesta

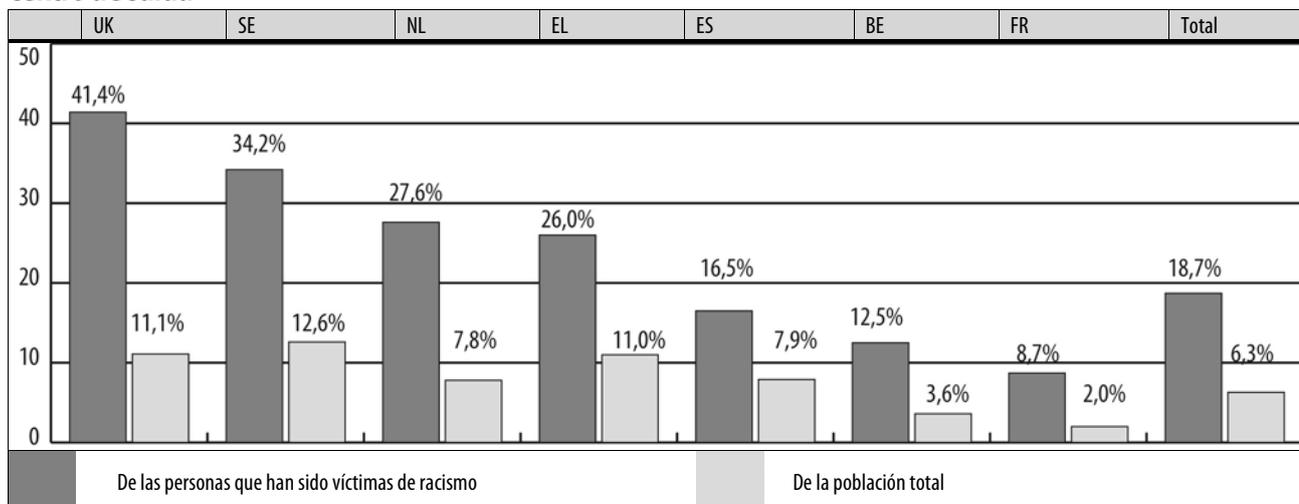


¹⁰⁵ Health and Discrimination Project, «Discrimination, a threat to public health», Estocolmo, National Institute of Public Health, 2007.

¹⁰⁶ Chauvin P., Parizot I., «Les inégalités territoriales de santé dans l'agglomération parisienne», París, Editions de la DIV (colección Etudes et recherches), 2008.

Para el 19% de las personas que consideran que han sido víctimas de comportamientos racistas, esta situación se produjo, al menos una vez, al consultar un centro de salud a un profesional sanitario.

91- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año al consultar un centro de salud



Los países en los que más personas se han considerado víctimas de un comportamiento racista en el sistema sanitario son Suecia (el 13% de las personas encuestadas), el Reino Unido y Grecia (el 11%). Sin embargo, donde se ven menos casos de racismo en el sistema sanitario es en Francia (el 2%) y en Bélgica (el 4%), mientras que los Países Bajos¹⁰⁷ y España se sitúan en una posición intermedia¹⁰⁸. Estas cifras podrían relacionarse con las respectivas legislaciones de los distintos países sobre el derecho de acceso a la sanidad de la población sin permiso de residencia. Así, podemos constatar que en los países en los que esta legislación es más restrictiva, las personas encuestadas suelen sentirse con más frecuencia víctimas de comportamientos racistas durante las consultas médicas. Evidentemente, estos resultados y estas diferencias deben interpretarse con prudencia, debido a la forma en la que se ha constituido nuestra muestra (en los centros y programas especiales de salud). Además, la encuesta no permite saber en qué tipo de centros o con qué tipo de profesionales estas personas se han enfrentado a comportamientos racistas. Por lo tanto, podemos observar que **existe una fuerte interrelación entre el hecho de haber sido víctima de un comportamiento racista en un centro de atención sanitaria durante el último año, y el hecho de que se les negara la atención sanitaria la última vez que padecieron alguna enfermedad** (el 43,4% frente al 7,7% de rechazo de atención sanitaria a los que no señalan haber sufrido racismo, OR = 5,67, IC95% = [3,30-9,72]).

• Limitación de los desplazamientos y de las actividades por miedo a la detención

Más de la mitad de las personas encuestadas (el 60%) dicen que a veces tienen que limitar su actividad o sus desplazamientos por miedo a ser arrestadas¹⁰⁹. El 26% de las personas se encuentran en este caso “con mucha frecuencia”, el 17% “a menudo” y el 17% “a veces”. En este punto no existen diferencias significativas en función del sexo y de la edad (a pesar de la que la limitación de actividad parece ser menos frecuente conforme aumenta la edad). Esta restricción puede referirse a ámbitos muy variados. Así, varios testimonios mencionan también el miedo a desplazarse en transporte público, a ir al médico, a ir a buscar a sus hijos e hijas al colegio, etc.

> *Una mujer está esperando, escondida a la sombra en la esquina de la calle, y hay que convencerla de que no hay peligro para que se atreva a entrar en nuestro local. Tiene una cistitis, necesita gafas y tiene la tensión ocular alta. Además, su nivel de azúcar en la sangre es muy alto, tiene hipertensión arterial y necesita una*

¹⁰⁷ En los Países Bajos, solo un reducido número de profesionales sanitarios acepta atender a personas sin papeles, ya que la cobertura sanitaria se realiza caso por caso, por iniciativa del profesional sanitario (Oort M. van, et al., «Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen in Spoedeisende Hulpafdelingen», Utrecht, NIVEL, 2001).

¹⁰⁸ En Italia, los resultados de la pregunta sobre el racismo en el sistema sanitario no son explotables.

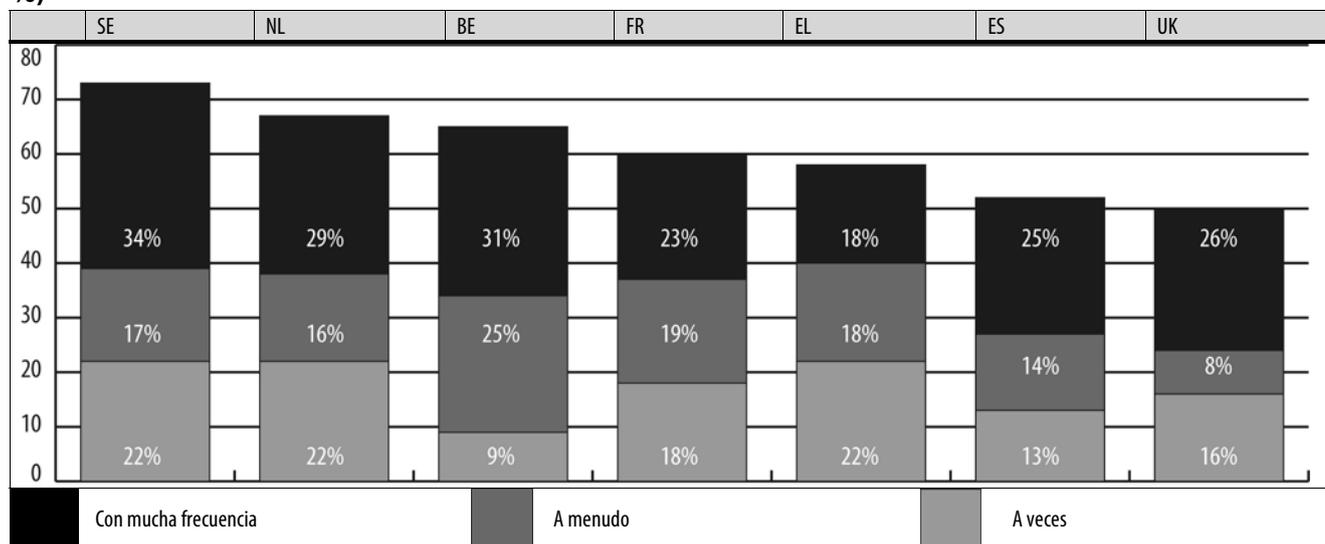
¹⁰⁹ Estas cifras se aplican a la totalidad de la muestra salvo a las personas encuestadas en Italia, donde no se realizó esta pregunta.

revisión ginecológica. Cuando le preguntamos cómo ha hecho hasta ahora con sus problemas de salud, responde: “me las he apañado yo sola”. Vive escondida y cambia de domicilio constantemente. No se atreve a ir al centro por miedo a los policías. M., peruana de 44 años. Vive en Alemania desde hace trece años.

- > Cuando R. vino la primera vez a Médicos del Mundo Alemania, su preocupación nos llamó la atención. Tuvo que pasar un tiempo para que estuviera menos asustada. Hace un año, fue a un hospital católico donde le dieron medicamentos para su diabetes y su hipertensión. Los estuvo tomando durante dos meses, pero no tiene dinero para comprarlos y no se atrevió a volver al hospital. Su estado general es muy malo y hay que tratarla inmediatamente. R., croata. Vive en Alemania desde hace catorce años.
- > «Hoy me encuentro fatal. Si estoy enfermo, no puedo trabajar. Tengo miedo, no salgo mucho, sólo a las dos calles de alrededor de mi casa. Echo de menos a mi familia pero quiero vivir, soy una persona que ama la vida, quiero vivir.» Indio de 31 años. Vive en Bélgica desde hace un año.
- > Tres meses después de su llegada a los Países Bajos, B. se encuentra en una estación de metro. Ve a dos policías que se dirigen hacia él. Debido a la mala experiencia que tuvo con la policía en Malta (le pegaron con una maza y aún le quedan secuelas en los hombros y en las rodillas) está asustadísimo y sale pitando. En la carrera, se cae por las escaleras y se rompe los dos tobillos. La policía llama a una ambulancia que le lleva al servicio de urgencias del hospital más cercano. B., marfileño de 35 años. Vive en los Países Bajos.

Podemos constatar que existen diferencias importantes según el país de la encuesta. Así, en Bélgica y Suecia, más de la mitad de las personas encuestadas (el 56% y el 51% respectivamente) limitan su actividad “a menudo” o “con mucha frecuencia” por miedo a ser arrestados.

92- Limitación de los desplazamientos o de la actividad por miedo a la detención, según el país de la encuesta (en %)



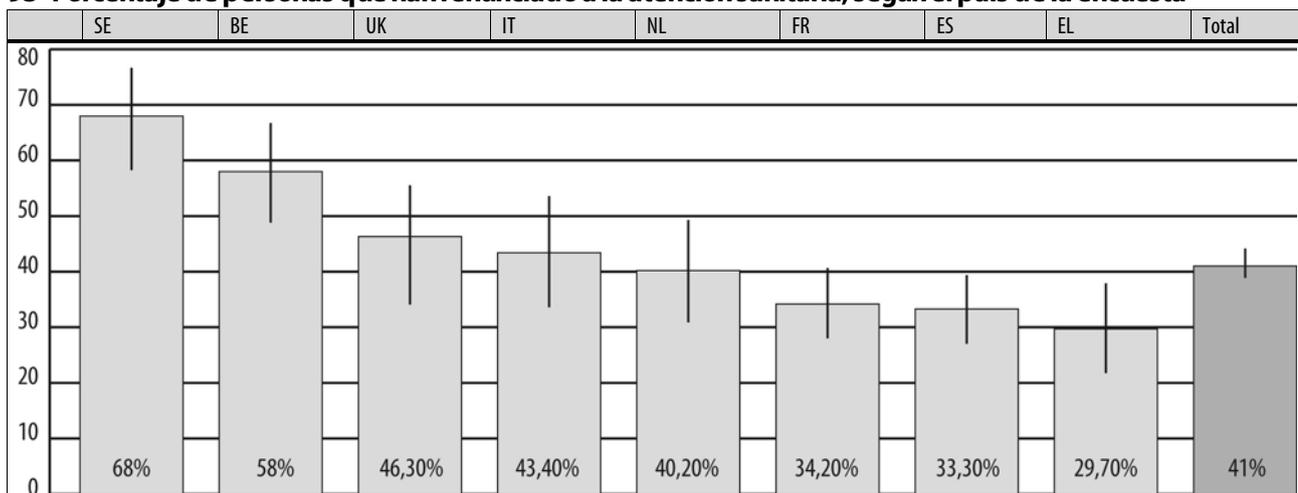
Al ajustar los datos por el país de la encuesta, los distintos grupos de nacionalidades no se diferencian los unos de los otros de forma significativa en la limitación de su actividad (“a veces” o “a menudo”) por miedo a la detención. Las personas encuestadas de nacionalidad sudamericana son una excepción, ya que su riesgo de limitar su actividad es dos veces inferior al de los otros grupos.

- **La renuncia a la atención sanitaria**

De toda la población encuestada, el 41% de las personas han renunciado alguna vez a la atención sanitaria en los doce últimos meses (el 53% señalan al menos un obstáculo en el acceso a la sanidad), sin diferencias significativas en función del sexo o de la edad.

La proporción de personas que han renunciado a la atención sanitaria en los últimos doce meses supera los dos tercios en Suecia y la mitad en Bélgica, mientras que se trata de un tercio de las personas encuestadas en Francia¹¹⁰ y en España.

93- Porcentaje de personas que han renunciado a la atención sanitaria, según el país de la encuesta



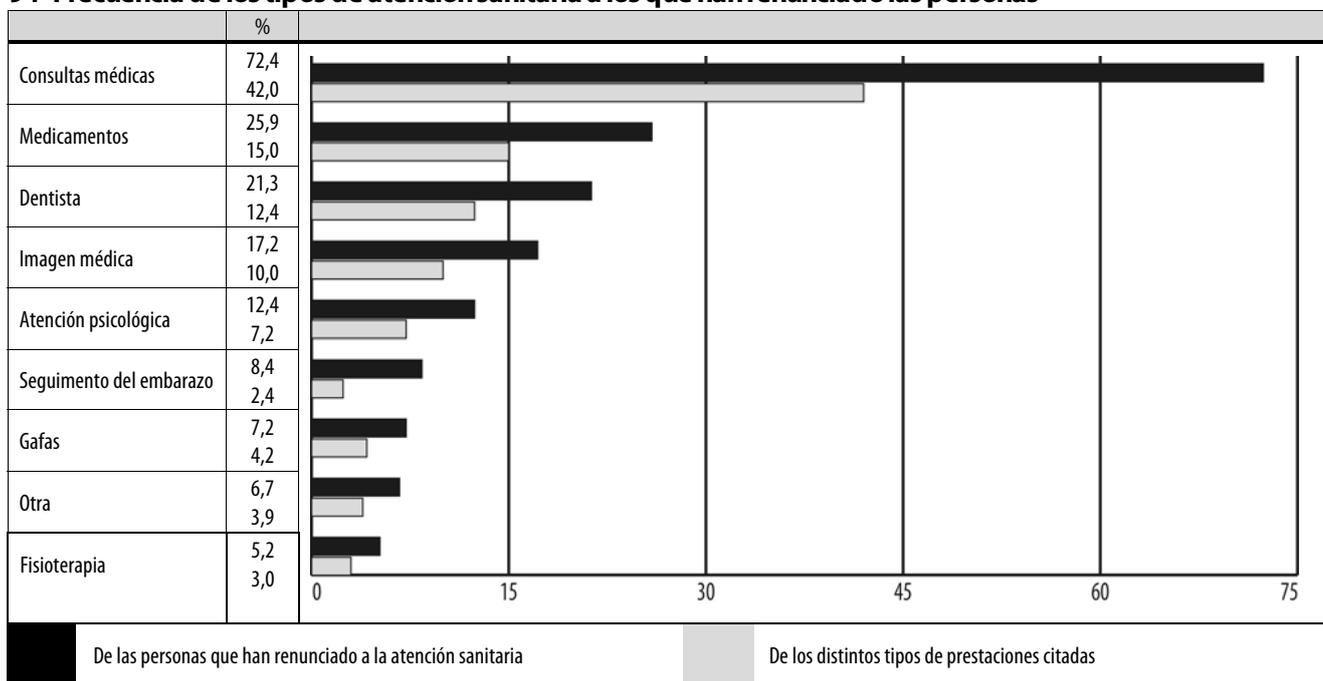
El hecho de haber renunciado a la atención sanitaria durante los últimos doce meses está íntimamente relacionado con si la persona se beneficia o no, en la práctica, de una cobertura sanitaria en el momento de la encuesta. **Las personas sin cobertura sanitaria han renunciado a la atención sanitaria tres veces más que aquellas que sí disfrutaban de esta** (OR = 3,07, IC95 % = [1,83 – 5,13]). Si tenemos en cuenta la cobertura sanitaria, no en el momento de la encuesta sino durante la última enfermedad, podemos observar una asociación idéntica (OR = 3,00, IC95% = [1,91 – 4,65]), como lo confirma este resultado. Esta ausencia de cobertura sanitaria explica bastantes de las diferencias internacionales observadas, pero no todas: tras ajustar por situación personal de cobertura sanitaria, podemos observar que las personas encuestadas en España y en Francia han renunciado entre cuatro y cinco veces menos a la atención sanitaria que aquellas encuestadas en Bélgica o en el Reino Unido (pero las diferencias no son más significativas debido a la escasez de efectivos).

- > «Entonces tenía 16 años y me vine sola desde Nigeria. Cuando llegué a Londres pedí asilo pero, seis meses después, recibí una carta del Gobierno anunciándome su desestimación. Entonces empecé a cambiar constantemente de lugar, alojándome en casa de personas que conocía. No recibí ningún seguimiento médico durante todo ese tiempo. Si me ponía enferma y tenía un poco de dinero, iba a la tienda de la esquina a comprar medicamentos, pero la mayoría de las veces no tenía dinero, por lo que me quedaba en casa, apretaba los dientes y aguantaba el dolor. Ningún médico de cabecera me inscribía porque siempre piden un pasaporte y yo no tengo. Si no tienes pasaporte en este país, no te hablan igual.» T., nigeriana de 22 años. Vive en el Reino Unido desde hace seis años.

¹¹⁰ Es decir, un porcentaje idéntico al observado en la población general francesa sin un seguro médico complementario (el 32% en 2006, fuente: Irdes, 2008) pero con renuncias muy distintas (en la población francesa, las primeras que se destacan son el dentista y la óptica, mientras que para los inmigrantes en situación irregular, se trata de las consultas de medicina general).

La atención sanitaria a la que más han renunciado las personas encuestadas son las consultas médicas (el 30% de las personas encuestadas), los medicamentos (el 10% e las personas encuestadas) y el dentista (el 9% de las personas encuestadas). El 8% de las mujeres que han renunciado a la sanidad mencionan la renuncia al seguimiento del embarazo (el 4% de las personas encuestadas)¹¹¹.

94- Frecuencia de los tipos de atención sanitaria a los que han renunciado las personas



* Frecuencia en el caso de las mujeres que han renunciado a atención sanitaria.

Nota: el 25,9% de las personas que han renunciado a la atención sanitaria han renunciado a comprar medicamentos, que representan el 15% de los tipos de atención sanitaria a los que se ha renunciado.

Además, el 29% de los padres y las madres han tenido que renunciar a algún tipo de atención sanitaria para sus hijos durante los últimos doce meses. La atención sanitaria a la que renuncian suelen ser las consultas, las visitas o tratamientos médicos y las vacunas: el 14% de las personas que viven con sus hijos e hijas menores dicen haber renunciado a vacunas para sus hijos e hijas durante los últimos doce meses. El reducido número de efectivos no permite analizar estos datos con mayor precisión¹¹²

95- Frecuencia de los tipos de atención sanitaria para sus hijos a los que han renunciado las personas

	% de personas que han renunciado	% del total de los padres
Consultas, visitas o curas médicas	45	18
Vacunas	35	14
Dentista	23	10
Imagen médica	22	9
Farmacia y medicamentos	15	6
Gafas	12	5
Sesiones de fisioterapia	10	5
Salud mental o psicológica	7	3
Otros tipos de atención sanitaria o desconocidos	5	2

La suma de los porcentajes es superior a 100 porque las personas podían renunciar a varios tipos de atención sanitaria.

¹¹¹ Un reciente estudio suizo, realizado en el hospital universitario de Ginebra, observó que las inmigrantes sin permiso de residencia acudían a la consulta una media de cuatro semanas más tarde que las demás para la visita inicial del embarazo y solo el 63% realizan esta primera visita durante el primer trimestre del embarazo (Wolff H, Piney M, Lourenco A.P. et al., «Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention», *BMC Public Health* 2008, 8:93).

¹¹² Recordemos los resultados de la primera encuesta del Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, publicada en 2007. De todas las personas a las que afecta la cuestión de la vacunación de sus hijos (que respondieron a las preguntas relacionadas), solo un poco más de las mitad (el 53,5%) sabían que sus hijos podían beneficiarse gratuitamente de la vacuna y/o dónde podían dirigirse para ello (el 51,5%). Entre los obstáculos de la vacuna se encontraban el desconocimiento de los lugares en los que estaba disponible (el 56%) y el miedo a la denuncia (el 24%).

Segunda parte:
Encuesta cualitativa realizada a los padres y las madres sin permiso de residencia sobre el acceso a la sanidad de sus hijos e hijas

1. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

La encuesta estadística realizada en 2008 por el Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo se centraba esencialmente en las condiciones de vida, en la salud y en el recurso a la salud de los extranjeros adultos que viven en Europa sin permiso de residencia. Por ello, parecía importante completar estos resultados y análisis con información sobre el acceso a la sanidad de los hijos de padres en situación irregular. Así, paralelamente a la encuesta cuantitativa, se fueron recogiendo entrevistas y testimonios de personas sin permiso de residencia que viven en Europa con uno o varios hijos. El objetivo era entender mejor el acceso de estos niños a la sanidad, entrevistando a los padres sobre la forma en la que se las arreglan para que les curen y sobre cómo viven esta situación.

La idea no era realizar un diagnóstico cuantificable sobre la aplicación real de la legislación que regula el acceso a la sanidad de los hijos de extranjeros en situación irregular en los distintos países, sino recoger el punto de vista de algunos padres sobre la forma en la que gestionan y entienden el recurso a la sanidad para sus hijos.

Estas personas fueron entrevistadas en distintos programas de Médicos del Mundo, algunos de los cuales atienden a sus hijos. La idea era diversificar la muestra para poder recoger también los testimonios de padres que han conseguido defender el derecho de sus hijos a que se les atienda en el sistema sanitario público.

Durante las entrevistas, se trataban temas como la situación y las condiciones de vida de la familia, el estado de salud de los niños y el recurso a la salud. La duración de las entrevistas fue muy variable y durante ellas se profundizó más o menos en los temas según la situación y las ganas de la persona entrevistada.

En total, se realizaron 32 entrevistas en ocho países¹¹³ para este informe:

- **Francia** 8 entrevistas (7 en Saint-Denis y 1 en París).
- **Grecia** 8 entrevistas (4 en Atenas y 4 en Tesalónica).
- **Suecia** 5 entrevistas en Estocolmo.
- **Bélgica** 3 entrevistas en Bruselas.
- **Países Bajos** 3 entrevistas en Ámsterdam.
- **Reino Unido** 2 entrevistas en Londres.
- **Suiza** 2 entrevistas en Friburgo.
- **España** 1 entrevista en Canarias.

Al igual que en la encuesta cuantitativa, la muestra de las personas entrevistadas en los programas de Médicos del Mundo no incluye a las personas más excluidas de la sanidad (que ni siquiera consultan este tipo de centros) ni a las personas mejor integradas en el sistema sanitario público (que no tienen que recurrir a este tipo de programas).

¹¹³ La lista de las entrevistas y las características de las personas encuestadas se encuentran en un anexo.

2. CONDICIONES DE VIDA QUE PUEDEN PERJUDICAR LA SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

El derecho a la sanidad no incluye solamente el derecho de acceso, sino que se trata también de poder vivir en condiciones que no sean perjudiciales para la salud. Sin embargo, la población inmigrante sin permiso de residencia y sus familias viven, a menudo, en situaciones críticas. Muchos de los padres y las madres entrevistados constatan y lamentan que sus condiciones de vida repercuten en la salud de sus hijos e hijas, de forma que pueden perjudicar tanto su salud mental como física.

- **Condiciones de vivienda a menudo nefastas**

La mayoría de las personas entrevistadas mencionan las **dificultades económicas**, relacionadas sobre todo con la prohibición legal de trabajar. De esta pobreza económica se derivan, con mucha frecuencia, dificultades en materia de vivienda. Aunque puedan contar con un gran apoyo de la familia, las amistades o la comunidad, el alojamiento en casa de personas cercanas no es siempre posible ni estable. El acceso a la vivienda es aún más difícil cuando la ausencia de permiso de residencia o de una nómina se suman a la situación precaria de estas personas. Además, muchas de ellas se encuentran en viviendas particularmente insalubres, viejas y superpobladas.

Varios padres confiesan que no pueden vivir en un lugar que no sea una **vivienda insalubre**. Algunos de los problemas mencionados son las humedades y el moho y las dificultades para caldear la vivienda, pero podemos citar también la exposición a productos tóxicos (como, por ejemplo, la pintura de plomo que es la causante de casos de saturnismo), o incluso problemas de infraestructura de las viviendas, como la calefacción y las instalaciones higiénicas defectuosas.

Un ejemplo de esta situación es el caso de una mujer de 30 años que vive en Grecia con su hijo de 15 meses, los tres hijos de su hermana y su madre, de 65 años. Las seis personas viven en un apartamento de dos habitaciones que ella describe como muy viejo, oscuro, húmedo y muy frío en invierno. La mujer considera que el estado de esta vivienda es perjudicial para la salud de los niños que tiene a su cargo, pero se ha visto obligada a vivir allí desde hace siete años porque el alquiler es muy bajo:

- > *«Los niños están siempre enfermos, incluso en verano. Las humedades y el moho son como un cáncer para los niños, se los come poco a poco...pero no me puedo permitir nada mejor.» S., albanesa. Vive en Grecia desde hace doce años con su hijo de un año, tres sobrinos y su madre.*

Otra mujer menciona las condiciones en las que vivía cuando su hijo era pequeño:

- > *Entonces vivía con sus dos hijos y el padre de estos en un pequeño estudio: «los aseos estaban en la habitación principal, los niños estaban siempre en la cama porque no había más sitio en el estudio. [...] Había mucho polvo.» Cree que las alergias de su hijo, que entonces era muy pequeño, se derivan de estas condiciones de vivienda. A., albanesa. Vive en Bélgica desde hace ocho años con su marido y sus dos hijos de siete y cinco años.*

Además, **la superpoblación de las viviendas** parece ser muy frecuente¹¹⁴. Esto puede tener consecuencias nefastas para la salud y el desarrollo de los niños, las niñas así como de los y las adolescentes debido, entre otras razones, a la falta de intimidad, a las dificultades para disponer de un lugar tranquilo para hacer la tarea, o a la falta de espacio para invitar a amistades.

¹¹⁴ Según la encuesta, la superpoblación afecta al 86% de las personas adultas encuestadas que viven con uno o varios de sus hijos e hijas (y no se encuentran sin hogar).

Los encuestadores de Suecia recogieron el testimonio de unos padres que sobrealimentan a su bebe para que no despierte a los demás habitantes de su vivienda compartida, ya que esto podría conducir a que les echaran de la vivienda.

Cabe mencionar también la situación de una mujer de 29 años y de sus dos hijos en los Países Bajos.

- > *Después de haberse alojado en distintos lugares con sus hijos durante cortos periodos desde hace años, ahora vive por primera vez en un lugar estable desde hace seis meses, que paga con sus propios recursos económicos. Viven en una habitación subalquilada en una casa. Sin embargo, la falta de espacio y de intimidad siguen resultando problemáticas para unas condiciones de vida saludables, dado que vive con un niño autista de nueve años y con una niña de siete años. V., nigeriana. Vive en los Países Bajos desde hace once años con sus dos hijos de nueve y siete años.*

La superpoblación de la vivienda no permite tampoco el seguimiento de tratamientos que necesiten reorganizar el lugar de residencia, ni hace posible disfrutar de la tranquilidad y la intimidad necesarias para una convalecencia.

La situación es aún peor cuando las personas no tienen hogar.

- > *Este es el caso de C., que llegó hace poco a Bruselas con su marido y sus seis hijos. Pasaron veinte días en una tienda de campaña en otoño, cuando hacía mucho frío. La mujer señala también que, durante tres días, no pudo darle a sus hijos nada más que el pan que tiraban los demás. C., rumana. Vive en Bélgica desde hace varios meses con sus seis hijos.*

• **La falta de vivienda estable es perjudicial para los niños y las niñas**

La **falta de vivienda estable** también puede perjudicar a los niños y las niñas. Muchas personas en situación irregular deben cambiar regularmente de vivienda, debido a expulsiones, al alojamiento temporal en casa de personas cercanas o al alojamiento proporcionado por las instituciones, o a que las posibilidades de trabajo requieran trasladarse. Muchas personas han sido alojadas sucesivamente por amistades, familiares o conocidos, centros de acogida, iglesias o asociaciones. **La inestabilidad residencial puede provocar estrés a los niños y las niñas, así como dificultades para sentirse con seguridad o adaptarse.** Asimismo, puede ser perjudicial para su salud.

Una mujer de 22 años menciona su preocupación por no tener una vivienda estable, viviendo con su hija de tres meses.

- > *De momento vive en casa de unos amigos que no quieren seguir alojándola. «Con este frío tengo mucho miedo porque el frío hace que los bebés se pongan enfermos.» Pronto tiene que irse de casa de sus amigos pero no sabe dónde ir. Actualmente se está informando sobre los centros de acogida para madres jóvenes, pero lo que más desea es encontrar una vivienda estable y dejar de mudarse de casa constantemente. «Al menos necesito un rincón estable, encontrar un rincón en el que poder dormir. El hecho de dormir un día aquí y otro allí con un bebé, me da miedo...» G., marfileña. Vive en Francia desde hace dos años con su hija de tres meses.*

Los traslados constantes pueden dificultar, e incluso poner en peligro, el seguimiento médico de los niños y las niñas, como cuenta una mujer procedente de Eritrea entrevistada en Londres refiriéndose a su hijo de cuatro años.

- > *S.F dejó a su marido, que la maltrataba verbal y físicamente, y se fue con su hijo de dos años. Vivieron en centros de acogida para demandantes de asilo, donde nunca podían quedarse más de unos meses, y estos cambios de residencia la obligaban a inscribirse regularmente en un nuevo médico de cabecera. Su hijo tuvo que cambiar de guardería, conocer a nuevos profesores y hacer nuevos amigos. La mujer considera que esta falta de estabilidad resultó ser muy perjudicial para el desarrollo de su hijo, y se indigna por la forma en*

la que se trata a las personas a las que se les deniega el derecho de asilo en las instituciones, que les envían de un centro a otro sin permitirles que se preparen para el cambio: «Dicen que cuando estamos en la “sección IV” no tenemos elección, que tenemos que mudamos y no hay más que hablar. Yo respondo que somos seres humanos. Tenemos muchos contactos aquí, tenemos amigos, tenemos médicos y conocemos al personal sanitario visitante. Conocen nuestra situación y nos conocemos desde hace mucho tiempo. Entonces nos trasladan, avisándonos dos o tres días antes. ¡Somos seres humanos, no animales! ... Dicen que deberíamos estar contentos de que no nos echen del país, contentos de no ser expulsados y que tenemos suerte.» S.F., mujer eritrea. Vive en el Reino Unido con su hijo de cuatro años nacido en el Reino Unido.

También podemos mencionar el caso del hijo de I., un joven de 18 años a quien se le ha interrumpido el tratamiento médico por haberse mudado.

- > *El joven nació en Rumanía y vive en Francia desde que tenía 15 años. Hace dos años, debido a que se le retrasaba la pubertad, su madre le llevó al médico, que le recetó un tratamiento hormonal de tres inyecciones semanales durante dos años. Al final, sólo llevó a cabo el tratamiento durante seis meses, debido a que la familia volvió a Rumanía antes de que la madre encontrara la dirección del médico para renovar la receta. Ahora están de vuelta en Francia y a ella le gustaría que su hijo retomara el tratamiento, pero para ello deben esperar a volver a disfrutar de la Ayuda Médica del Estado (AME), que perdieron al volver a Rumanía. Los problemas de organización de I. relacionados con el seguimiento médico de su hijo parecen estar, en parte, relacionados con sus condiciones de vida precarias y, sobre todo, con la obligación de mudarse frecuentemente de forma urgente en función de las expulsiones de los campamentos de romaníes. Además, su falta de dominio del francés, que entiende bastante bien pero lo habla muy poco, acentúa aún más sus dificultades para controlar su situación. I., romaní rumana. Vive en Francia desde hace tres años con sus tres hijos de entre 14 y 20 años.*

● Problemas de salud relacionados con la ansiedad

Más allá de las dificultades económicas y de vivienda, **la situación irregular les lleva a “tener que esconderse”, a vivir bajo la amenaza latente de un arresto o con el miedo a la separación familiar, lo que constituye un ambiente problemático para el desarrollo de los niños y las niñas.** Algunos padres y madres consideran que todo esto repercute en la salud mental o física de sus hijos e hijas.

En esta situación se encuentra una mujer que vive en Suiza desde hace nueve años con su hijo de 15 años. La mujer considera que los problemas gástricos y los problemas de sobrepeso de su hijo, así como los problemas cardíacos, están relacionados con el estrés generado por la irregularidad.

- > *«Mi hijo fue detenido por tres policías vestidos de civiles y nos expulsaron, así que le obligo a no decir nada por si ocurriera lo mismo. No debe decir nada sobre dónde vivimos para proteger también a las personas que nos subalquilan el apartamento. [...] Está muy estresado y se desahoga comiendo [...] Yo siempre estoy alerta. Cada vez que oigo que se cierra la puerta de un coche, corro a la ventana para ver quién es. Estoy muy nerviosa, lo cual me ha producido un trastorno cardíaco.» S.D., ?, vive en Suiza desde hace nueve años con su hijo de 15 años.*

Asimismo, la confianza y la autoestima de los niños y las niñas pueden verse perjudicadas por la precariedad de las condiciones de vida de la familia, por la falta de derechos y de consideración y por la discriminación que sufren. Incluso los padres y madres que han conseguido unas condiciones de vida relativamente estables no consiguen liberar a sus hijos e hijas del estrés, de los trastornos psicológicos o de los problemas de salud mental.

Tal es el caso de una familia boliviana que vive en Suecia desde hace dos años, pero que perdió su permiso de residencia hace algo más de seis meses.

- > *Los padres y los cuatro hijos viven en un apartamento con otra pareja. El padre trabaja y la madre considera que tienen suerte de poder quedarse en ese apartamento durante un largo periodo de tiempo. Las dos hijas adolescentes van a la escuela pero, según cuenta su madre, tienen miedo y a veces se deprimen. X., boliviana. Vive en Suecia desde hace dos años con su marido, cinco de sus hijos de entre 3 y 16 años y varios familiares.*

Una mujer lamenta que sus hijos tengan que enfrentarse a situaciones de racismo y de discriminación.

- > *Sobre todo su hijo de siete años, que se peleó dos veces con un compañero de clase que le llamaba "clandestino". B., argelina. Vive en Bélgica desde hace cuatro años con su marido y sus dos hijos de 4 y 7 años.*

● Una relación entre padres e hijos marcada por la ausencia de permiso de residencia

El estado de salud de las personas adultas y el de los niños y las niñas están a menudo relacionados. A pesar de los esfuerzos de los padres para proteger a sus hijos, sus respectivas dificultades se entremezclan. A veces, sus preocupaciones y su desarraigo son tan fuertes que afectan a su propia salud mental, hecho que los niños y las niñas perciben y les afecta.

- > *Un niño de nueve años nacido en Armenia llegó a Suecia cuando tenía tres años. Tiene graves problemas de salud debidos a la situación incierta de su familia y a sus traslados constantes. Han vivido en distintas ciudades de Suecia y después en Finlandia, y volvieron a Suecia tras el Convenio de Dublín. El niño lleva varios años sin hablar y muestra signos de depresión. Sus problemas pueden deberse a numerosos factores, pero podemos imaginar que la grave depresión que sufre su madre (que ha intentado suicidarse varias veces) no ayuda a mejorar su estado de salud. Actualmente, va a la escuela y recibe atención psicopedagógica junto con sus padres. Su hermana tiene problema crónico de riñones. Su padre está muy preocupado por la salud de sus hijos y cree que la depresión de su mujer dificulta que encuentre un trabajo, agravando así sus dificultades económicas. A pesar de su difícil situación, su actitud es muy positiva y está muy agradecido por la ayuda que le han dado en Suecia, sobre todo en Médicos del Mundo y en el Comité de Asilo. S.B., mujer armenia. Vivió en Suecia durante seis años con su marido, sus dos hijos de 9 y 6 años y con varios familiares. Fueron expulsados varios meses después de la encuesta.*

Además, las dificultades sociales y económicas, el poco dominio del idioma del país de acogida o el aislamiento de los padres y las madres pueden poner a los niños y las niñas en una situación delicada, sobre todo cuando tienen que desempeñar el **papel de intermediarios** entre sus padres y la sociedad en la que viven. Es bastante frecuente que los niños y las niñas, que van al colegio y dominan mucho mejor que sus padres y madres el idioma del país de acogida, desempeñen el **papel de traductores o de intérpretes**. Así, algunos constituyen un verdadero apoyo para sus padres y, de esta forma, asumen **responsabilidades de adultos**.

- > *U. dejó a su hija M. en Maruecos cuando fue a Europa, prometiéndole que volverían a reunirse. Tras cuatro intentos, consiguió traerla a los Países Bajos hace dos años. Su madre dice que, desde ese momento, su hija, que ahora tiene 14 años, se convirtió en su "mano derecha". Así, su hija le ayudaba a solucionar los problemas relacionados con la vida en situación irregular, con su hijo que sufre un retraso mental y con el otro, que tiene problemas de atención y de hiperactividad. U. está muy preocupada por el futuro de su hija, a quién le gustaría dar la posibilidad de continuar sus estudios después de la enseñanza secundaria (algo que no es posible para los inmigrantes en situación irregular en los Países Bajos). Se preocupa también por lo que su hija sufre en silencio y por las heridas de su pasado, de las que se siente responsable. U., marroquí. Vive en los Países Bajos desde hace seis años con sus tres hijos de entre 3 y 14 años.*

Muchos padres expresan un cierto malestar por no poder ofrecer a sus hijos e hijas lo que les gustaría para ellos a pesar de los esfuerzos realizados para hacer todo lo posible. Se preocupan por el presente, pero también por el futuro de sus descendientes.

- > *R. vive en Grecia con sus cuatro hijas y lamenta «no tener recursos para comprarles ropa y otras cosas que necesitarían para el colegio o para su tiempo libre...» Está contento de que gocen de buena salud pero, sin embargo, insiste en que «el único problema [de salud] de sus hijas es que están demasiado delgadas. Las cuatro están demasiado delgadas porque no tenemos mucho dinero para comida [...] En Grecia, nuestra vida es difícil pero estamos seguros. No tenemos por nuestra vida, pero nos preocupa la incertidumbre de si tendremos qué comer.» R., yemení. Vive en Bélgica desde hace dos años con su mujer y sus cuatro hijas de entre 1 y 9 años.*

Cuando sus condiciones de vida son especialmente difíciles, los padres y las madres se dividen entre la preocupación o el sentimiento de culpa por la situación de sus hijos e hijas, y el miedo a tener que volver a su país de origen. Así, a pesar de las dificultades, muchas personas insisten en la importancia de quedarse en el país en el que se han asentado. Por supuesto, las motivaciones son siempre complejas y distintas en cada caso, pero podemos identificar dos tipos de argumentos generales, según si mencionan problemas en el país de origen o ventajas del país de acogida. Una parte de las motivaciones para quedarse en el país de acogida están específicamente relacionadas con el futuro de sus hijos. Se trata de ofrecerles un futuro mejor que el que podrían tener en su país de procedencia. Algunas personas mencionan problemas de salud que, si no fuera por los tratamientos que los niños reciben en Europa, pondrían incluso en peligro la vida de sus hijos e hijas. Muchas personas destacan también las mejores condiciones de vida, el mejor acceso a la educación y las libertades que existen en el país de acogida, e incluso la posibilidad de escapar de la guerra o de la violencia en su país de origen:

- > *S.C. es de Mongolia y vive desde hace seis años en Suiza, donde, en un principio, vino para estudiar. Insiste en la libertad que tienen las mujeres en Suiza, al contrario de lo que ocurre en la cultura de su país. Quiere que sus hijas puedan vivir en un país en el que la situación de la mujer no esté degradada: «Me gustaría que se queden aquí, aquí son libres. [...] Aunque yo tuviera que irme de Suiza, me gustaría que mi hijas se quedaran aquí.» S.-C., mujer procedente de Mongolia, vive en Suiza desde hace seis años con su marido, sus hijas de 10 y 2 años y otros padres.*
- > *S.-D., vive en Suiza desde hace nueve años con su hijo. La mujer lamenta el estrés que sufre su hijo debido a su situación irregular, pero insiste en que la situación sería mucho peor en su país de origen. La guerra dispersó a su familia y sus condiciones de vida eran peligrosas: ella alquilaban un rincón de un apartamento a unas personas con problemas de alcohol y enfermedades psiquiátricas. Probablemente su hijo habría acabado por tener problemas con las drogas, o le podrían haber agredido «sólo por coger su chaqueta vieja». S.-D., ?, vive en Suiza desde hace nueve años con su hijo de 15 años.*

● **Repercusiones del estado de salud en la situación social**

Al igual que muchas personas mencionan la repercusión de sus condiciones de vida en el estado de salud de sus hijos e hijas y en la suya propia, otras señalan también que, al contrario, un mal estado de salud puede contribuir a empeorar la situación social de la familia. Este riesgo afecta a toda persona, sea o no inmigrante y sea cual sea su clase social, pero es especialmente importante para las personas extranjeras sin permiso de residencia que viven en situaciones precarias, que a menudo no tienen mucho apoyo social y que disfrutan de menos ayudas institucionales que el resto de la ciudadanía.

Cuando son las personas adultas las que están enfermas, puede producirse una incapacidad para trabajar y, por lo tanto, para garantizar unos ingresos. Cuando se trata de los y las menores, se puede perjudicar el apoyo social o complicar el alojamiento en casa de familiares, por ejemplo. Así, las repercusiones pueden afectar a todos los ámbitos de la vida social.

En el siguiente ejemplo, los problemas de salud del hijo de V. contribuyen a empeorar su situación social, ya problemática por no disfrutar de acceso a la sanidad y por trabajar ilegalmente.

- > *V. tiene dificultades para encontrar alojamiento debido a su situación irregular y a su falta de recursos económicos. Estas dificultades se ven incrementadas debido al comportamiento de su hijo autista de 9 años. Así, estos problemas han agotado más de una vez a las personas que les alojaban, obligándoles a dejar su casa y a buscar un nuevo alojamiento. De forma general, el propio hecho de no tener papeles tiene muchas consecuencias en su salud y en la de sus hijos. Si tuviera un seguro médico, su familia tendría acceso a unos tratamientos mejores, sobre todo su hija, que tiene un problema en la cadera que necesitaría un tratamiento que no cubre el sistema holandés de cobertura sanitaria de personas en situación irregular. Asimismo, si tuviera un permiso de trabajo podría ganar dinero y ofrecer a sus hijos una vivienda estable, espaciosa, digna y saludable para su hijo autista. La mujer resume su situación con estas palabras: «Cuando te niegan todos los derechos, vives en condiciones de miseria, mendigas dinero y comida...¿cómo no va a afectar esta situación a tu salud?» V., nigeriana. Vive en los Países Bajos desde hace once años. Vive con sus dos hijos, de 9 y 7 años.*

3. LA TRAYECTORIA DE LOS PADRES Y DE LAS MADRES EN EL SISTEMA SANITARIO

- **Relación de los padres y las madres con el sistema de cobertura sanitaria**

El análisis de los testimonios y entrevistas nos lleva a distinguir entre tres tipos de situaciones en relación con la cobertura sanitaria de los hijos¹¹⁵.

- **La desorientación:** este tipo de relación se refiere a las personas que se sienten “perdidas” en el sistema sanitario y/o administrativo del país. No conocen ni sus derechos ni los de sus hijos en materia de acceso a la sanidad. Cuando sus hijos e hijas están enfermos, rara vez consultan a un profesional sanitario y, cuando lo hacen, suele ser en casos de urgencias.
- **La adaptación:** este tipo de relación incumbe a las personas que no consiguen curar a sus hijos recurriendo a la medicina con la frecuencia que lo juzgan necesario, sino que se enfrentan a dificultades (obstáculos, reticencias, etc.) de distinta índole.
- **La integración:** este tercer tipo de relación se refiere a las personas que no tienen problemas particulares para proporcionar una atención sanitaria a sus hijos e hijas. Se sobreentiende que conocen y controlan bien el sistema sanitario del país en cuestión y el sistema de cobertura sanitaria para los hijos y las hijas de los extranjeros sin permiso de residencia.

El objetivo de esta tipología no es clasificar de forma categórica a las personas en situación irregular, sino permitir entender cómo viven la situación de la cobertura sanitaria de sus hijos e hijas, identificando distintos tipos de comportamientos generales. Es importante señalar que estos tipos de comportamientos varían en función del problema de salud y, sobre todo, que evolucionan en función del tiempo pasado en el país y de las repetidas ocasiones en que se recurre al sistema sanitario. **Muchas de las personas entrevistadas afirman haber pasado por los tres tipos de relación con el sistema sanitario desde su llegada al país en cuestión:** en un principio estuvieron desorientadas y sin saber qué hacer y, más tarde, fueron aprendiendo progresivamente a adaptarse y a defender el derecho de sus hijos e hijas a acceder a la atención sanitaria, de forma que algunas ya no tienen ninguna dificultad para acceder a las consultas y tratamientos (al menos, corrientes) de sus hijos e hijas.

- > *El hijo de U. nació en Mamuecos, donde le diagnosticaron un síndrome nefrótico cuando tenía dos años. El niño estaba en tratamiento, pero U. sufría por los límites de la atención sanitaria proporcionada en Mamuecos y decidió venir a Francia con el niño. Después de que la obligaran a salir del país, se trasladó a los Países Bajos, a casa de su familia política. Durante los primeros meses en Ámsterdam, no consultó a ningún médico sobre la enfermedad de su hijo. Su familia política le explica que no puede acceder a la atención sanitaria porque no tiene papeles. Ella ni siquiera conoce el sistema sanitario holandés, no habla neerlandés y el único apoyo que tiene es su familia. De esta forma, sigue dando a su hijo el tratamiento que le habían prescrito en Mamuecos, que le traen algunos compatriotas. Siete meses después de su llegada, el niño sufre una “crisis”. Su madre, preocupada, acude a un centro de salud para personas desfavorecidas, que la envían al hospital. Con grandes dificultades, consigue ver a un médico que ausculta al niño y le da una carta de recomendaciones médicas para el médico de Mamuecos: «Le ayudarán, pero en su país». Las crisis de su hijo se repiten y tienen que acudir frecuentemente al hospital, donde les atiende el mismo médico «siempre igual de antipático».*

Al no tener cobertura médica, tiene que pagar cada una de las consultas en efectivo sin que le ofrezcan una cobertura económica, tal y como recoge la legislación existente para los extranjeros pobres en situación irregular. Sólo cuando acudió a otro hospital por una urgencia, y después de ver a dos trabajadores sociales, la mujer se enteró de su derecho a disponer de una cobertura médica gratuita, debido a su situación

¹¹⁵ Estos tipos de relación no deben entenderse como el reflejo exacto de la situación de las personas, sino como tendencias generales características. Esta distinción proporciona una herramienta para entender las experiencias que viven los migrantes sin papeles en relación con la cobertura médica de sus hijos.

económica y social. Actualmente, los hijos de U. disfrutan de un acceso a la sanidad satisfactorio, tras un largo periodo de búsqueda de atención sanitaria lleno de dificultades que costó a la familia mucha energía, tiempo, preocupación, y un coste en términos de salud. Ahora disfrutan de una atención médica básica, necesaria y adaptada a la situación de cada uno: médico de cabecera, pediatra, ortopedista. U., marroquí. Vive en los Países Bajos desde hace seis años con sus tres hijos de entre 3 y 14 años.

- **El papel esencial de la información**

Las dificultades del acceso a la sanidad son numerosas y variadas. **Una de las principales conclusiones del análisis destaca la importancia capital de la información sobre la salud, el sistema sanitario y los derechos de las personas inmigrantes.**

La información sobre el sistema sanitario y la protección social suele proceder de fuentes muy distintas: personas allegadas, compatriotas, personas a las que se conoce por casualidad, etc., pero también de personas a las que conocen en instituciones, en los lugares en los que se pide asilo y en las asociaciones para inmigrantes o personas en dificultad. Hay quien se dirige directamente a un hospital para informarse pero, aunque logren obtener alguna información, el **conocimiento incompleto del sistema** y la **complejidad de los trámites** necesarios para hacer valer sus derechos pueden provocar dificultades para acceder a los tratamientos o a la sanidad.

Además, la dependencia de la información escuchada de forma puntual en alguna conversación con personas del mismo entorno puede provocar distintos problemas. **En ocasiones, la información es errónea, contradictoria, incompleta**, o no se corresponde con la situación específica de la persona o del hijo o la hija. Además, como hemos visto anteriormente, **incluso en las instituciones públicas o en las asociaciones, los profesionales o las personas voluntarias no siempre (o muy pocas veces) están informados de los derechos de acceso a la sanidad de los extranjeros sin permiso de residencia**, ni de sus posibilidades concretas de conseguir atención sanitaria. Es decir, algunas personas resultan ser poco propensas a ayudar o apoyar a estos extranjeros que recurren a ellas.

El hecho de que no siempre se respeten los derechos de los niños y las niñas, confunde aún más a los padres y las madres sobre la forma de proporcionarles atención sanitaria. Cuando ven que se les niega la atención sanitaria en los lugares en los que, teóricamente, deberían haber atendido a sus hijos e hijas, algunos llegan a dudar sobre si realmente tienen derechos.

Las dificultades relacionadas con la falta de información llevan, a veces, **a una renuncia o a un retraso de la atención sanitaria**. Esta situación se presenta principalmente, pero no únicamente, durante la primera temporada después de asentarse en el país. En estos casos, los y las inmigrantes todavía no han tenido tiempo para conocer y entender el sistema sanitario vigente y el hecho de que, a menudo, no hablen el idioma del país complica aún más no sólo el acceso a la información sino también el contacto con las y los profesionales sanitarios. No obstante, estos retrasos pueden tener consecuencias evidentes en términos de deterioro del estado de salud.

A veces, las consecuencias son también administrativas y sociales, como en el caso de un joven minusválido de 18 años que perdió la posibilidad de atención sanitaria a la que tienen derecho los y las menores:

- > *El hijo de S.-A, de 18 años, sufre una enfermedad muscular. Es minusválido y va en silla de ruedas, pero esta silla le queda pequeña porque es de cuando era niño. Sus padres no se atrevieron a pedir ayuda por miedo y falta de información. Hace muy poco, una persona les informó por primera vez de las oportunidades existentes, pero el joven ya tiene más de 18 años y, por lo tanto, ya no puede disfrutar de los derechos de los menores, gracias a los cuales habría podido disfrutar de una silla de ruedas adaptada a su situación. Una de sus hermanas, de 8 años, tiene graves problemas de vista que tampoco le han tratado durante mucho tiempo, también por falta de información. El médico de Médicos del Mundo la envió a un oculista para niños pero, a pesar de la carta de recomendación del médico, y a pesar de la obligación de proporcionarle atención sanitaria, no quisieron atenderla en un principio por no tener permiso de residencia. Tras varios contactos con Médicos del Mundo, por fin la atendieron en este centro especializado en el que le*

diagnosticaron tres problemas muy graves que, si no se hubieran tratado, habrían podido dejarla ciega. S-A, salvadoreña. Vive en Suecia desde hace tres años con su marido y sus ocho hijos, cinco de los cuales tienen entre 2 y 18 años.

El ejemplo de estos dos hermanos pone de relieve hasta qué punto el retraso en el tratamiento de problemas de salud puede tener consecuencias nefastas para la salud o la minusvalía. Asimismo, la falta de conocimientos sobre el derecho de acceso a la atención sanitaria, mezclado con el miedo o la vergüenza de pedir ayuda, puede deteriorar la situación sanitaria y social de las familias.

En ausencia de información sobre sus derechos de acceso a la sanidad, algunos adoptan la solución de **automedicarse**. En esos casos, dan a sus hijos e hijas, sin consultar con un médico, los medicamentos restantes de enfermedades anteriores o de amistades cuyos hijos o hijas tuvieron los mismos síntomas.

Algunos padres que insisten en que sus hijos e hijas vean a un médico pagan las consultas y los tratamientos, **pagando ellos mismos unas prestaciones a las que deberían tener derecho de forma gratuita**. Además, no siempre pueden proporcionar todo el tratamiento del niño o la niña y estos gastos pueden ser elevados y poner en peligro la situación económica, ya de por sí frágil, de la familia.

- > *F. vive en Francia desde hace once años sin permiso de residencia, con su mujer y sus cinco hijos nacidos en Francia. Aunque, en teoría, tenga acceso a la Ayuda Médica del Estado, no conoce realmente sus derechos a una cobertura sanitaria. Cuando una maestra le informó de los problemas de visión que sufría su hija, de 9 años, la llevó a un oftalmólogo de la ciudad, que pagó él mismo. También pagó de su bolsillo las gafas que le recetaron, que ascendían a 300 euros. Poco después, la niña rompió las gafas y su padre ya no tenía dinero para comprar unas nuevas. En el colegio le mandaron a Médicos del Mundo, donde consiguió unas gafas nuevas. F., guineano. Vive en Francia desde hace once años con su mujer y sus cinco hijos de entre 8 meses y 11 años.*

A veces, **las redes de ayuda y solidaridad se movilizan para hacer frente a estos gastos**, pidiendo ayuda a familiares, compatriotas o miembros de una comunidad religiosa para financiar puntualmente algún tratamiento. Sin embargo, en los casos de problemas de salud a largo plazo, estas peticiones pueden agotar o debilitar las relaciones familiares o de amistad con estas personas.

- > *V. es nigeriana y llegó a los Países Bajos cuando tenía 18 años. Durante su primer embarazo, hace nueve años, recibió el seguimiento de una ginecóloga y dio a luz en el hospital. Su iglesia pagó todos los gastos médicos a pesar de que tenía la posibilidad de recibir una compensación económica del gobierno, que se otorga a los profesionales sanitarios para cubrir los gastos de seguimiento del embarazo de una mujer en situación irregular que no pueda pagar. V., nigeriana. Vive en los Países Bajos desde hace once años con sus dos hijos de nueve y siete años.*

- **Dificultades para obtener cobertura médica para los hijos y las hijas**

Una gran cantidad de personas tienen diversas dificultades para acceder a la sanidad para sus hijos e hijas. Es imposible tratar en este espacio todos los obstáculos de forma exhaustiva. Además, las situaciones varían dependiendo de las personas, del problema de salud, de la legislación del país, del tipo de centro, etc. Sin embargo, mencionaremos algunos puntos importantes para entender **cómo se va consiguiendo, poco a poco, entrar en el sistema sanitario y obtener una cobertura sanitaria para los niños y las niñas y cuáles son los obstáculos que van encontrando los padres, en mayor o menor medida, a lo largo de este proceso**.

Sea cual sea la naturaleza de los derechos de acceso a la sanidad, en todos estos países, **lo menos que podemos decir de la aplicación de estos derechos es que no es sistemática**. Así, muchas personas cuentan cómo **se les ha negado la cobertura sanitaria o se les ha rechazado la atención médica**, o relatan cómo su hijo o hija pudo acudir a la consulta médica **pero a cambio de discriminaciones, humillaciones o incluso consultas que consideran “chapuceras”**:

- > *«En el sistema Ika¹¹⁶, no nos dan consejos sobre lo que tenemos que hacer por nuestros hijos ni sobre cómo hacerlo. A los médicos parece que les aburren nuestros problemas. La verdad es que no me gustaría acudir al sistema Ika, aunque tuviera la posibilidad, porque me preocupan los tratamientos. Por otro lado, parecía que a la pediatra no le gustaban mis hijas, ni siquiera nos miró. Afortunadamente, las niñas no enfermaban con mucha frecuencia y no teníamos que acudir a Ika constantemente. En la policlínica de Médicos del Mundo, el ambiente es acogedor y agradable, mis hijos sonríen y parecen sentirse bien. A los pediatras les gusta realmente su trabajo. Creo que tenían ganas de trabajar como voluntarios y que les gustan los niños...» R., yemení. Vive en Grecia (en Tesalónica) desde hace dos años, con su mujer y sus cuatro hijas de entre 1 y 9 años.*

Los padres y las madres subrayan que, más allá de que el sistema sanitario sea más o menos hospitalario en los distintos países, **el recibimiento que se les da, al igual que la atención sanitaria y la cobertura sanitaria, dependen en gran medida de su interlocutor** (ya sea un médico, un recepcionista o un trabajador social). Estas diferencias están relacionadas, por un lado, con el conocimiento que tienen estos profesionales de los derechos vigentes y, por otro lado, con su sensibilidad y su actitud con las personas extranjeras sin permiso de residencia. En este contexto, a veces la población inmigrante en situación irregular sólo consigue que se respeten sus derechos con la ayuda de una persona o de una asociación.

- > *En Suecia, a un joven de 14 años se le curó un principio de tuberculosis gracias a la implicación y a la tenacidad del médico escolar. La enfermera escolar que le había atendido (poco después de que su familia perdiera el permiso de residencia) sospechó que podía tratarse de una tuberculosis. El médico escolar envió al niño a un gran hospital infantil para que le hicieran una radiografía de los pulmones, pero se negaron a atenderle. El médico escolar llamó entonces por teléfono al hospital pero el niño sufrió una respuesta negativa por segunda vez. Para que le realizaran la radiografía, fue necesario que el director del colegio llamara al médico del hospital y le informara de lo que dispone la ley sueca sobre el acceso a la sanidad para los niños, que tienen derecho con la condición de que sean antiguos demandantes de asilo. Z., boliviana. vive en Suecia con su marido y su hijo de 14 años.*
- > *U. ha conocido las dos caras de la moneda del acceso a la sanidad en los Países Bajos para las personas en situación irregular: por un lado, el rechazo y la humillación por no tener una cobertura sanitaria y no poder pagar, por otro, la obtención de la cobertura sanitaria, el apoyo y la confianza cuando se consiguió que se respetaran sus derechos. La mujer considera que las cosas pueden ir «más o menos bien y pueden ser más o menos fáciles» según la persona con la que tengamos que tratar. Concluye diciendo que en los Países Bajos existen muchas posibilidades para las personas en situación irregular en términos de atención sanitaria pero, a pesar de la existencia de estos derechos, hay que “luchar para conseguirlos”. Su hijo de 9 años recibe atención sanitaria y un seguimiento en el hospital desde hace cinco años, de forma mensual o semanal, según las necesidades. El niño padece un síndrome nefrótico y un retraso mental agudo. Sin embargo, a pesar del tiempo que llevan atendiendo al niño, el hospital sigue enviando facturas reclamando el pago de la atención sanitaria dispensada. Actualmente, U. recibe el apoyo de una asociación, que responde sistemáticamente al hospital con una carta recordándoles la situación y el derecho del niño a disfrutar de una cobertura sanitaria para su tratamiento. A pesar de este trámite, el hospital sigue facturando y la deuda de U. con el hospital no deja de aumentar. U., marroquí. Vive en los Países Bajos desde hace seis años con sus tres hijos de entre 3 y 14 años.*

¹¹⁶ Seguro social de trabajadores de Grecia.

La falta de respeto del derecho de los niños y las niñas a recibir atención sanitaria perturba la confianza en el sistema de salud en general y en los servicios que ofrece. Hay quien cuestiona incluso el diagnóstico que se les realiza o duda de las prescripciones que les realizan:

- > *A y su marido han esperado dos horas en el servicio de urgencias de un hospital de Bruselas para que les vea un médico. Cuando por fin llega su turno, el médico les comunica que no les va a atender porque no tienen papeles. Su marido se enfada y dice que le tienen que atender. Al final el médico les recibe en su consulta, le diagnostica una infección y le prescribe unos medicamentos. Sin embargo, A. no confía en él y no quiere darle a su hijo los medicamentos que le han recetado. Al día siguiente lleva a su hijo a otro médico. A., albanesa. Vive en Bélgica desde hace ocho años con su marido y sus dos hijos de siete y cinco años.*

Tras constatar cómo se ningunean sus derechos, algunas personas se alejan del sistema sanitario público, ya que prefieren no arriesgarse a que se les vuelva a rechazar la atención sanitaria o a volver a ser víctimas de discriminaciones o de estigmatizaciones. **El miedo a que la policía les controle o les arreste también condiciona el recurso a la atención sanitaria.** Los centros asociativos, como Médicos del Mundo, tienen la ventaja de que se consideran más acogedores, no discriminatorios y más seguros que los centros públicos:

- > *«Para las vacunas u otros problemas de salud de los niños, venimos a la policlínica de Médicos del Mundo. He ido varias veces al hospital pero nos tratan con indiferencia. Los hospitales son fríos y la situación es difícil. No entiendo cómo trabajan y, sinceramente, me da miedo que me denuncien. En Médicos del Mundo me siento especial y respetada. Además, no me fío de los médicos de los hospitales. El año pasado, tuve que ir a urgencias porque mi hijo estaba muy enfermo y era de noche. Llevaba dos días tosiendo y gritando, no comía nada y tenía mucha fiebre. Estaba preocupadísima, así que le llevé a un centro de pediatría que estaba abierto aquella noche. El pediatra no nos ayudó nada. Dijo que el niño no tenía nada preocupante, que estaba exagerando, y me echó. El niño no durmió en toda la noche y lloró hasta la semana siguiente (estaba morado). Afortunadamente, le llevé a Médicos del Mundo a la mañana siguiente temprano y le diagnosticaron una bronquitis.» S., albanesa. Vive en Grecia desde hace doce años con su hijo de un año, cuatro sobrinos de 6 a 17 años y su madre.*

Las distintas cualidades que se atribuyen a los centros sanitarios de Médicos del Mundo subrayan las dificultades o las molestias que sufren algunos padres en el sistema sanitario público y, sobre todo, su falta de confianza en este sistema, la falta de adaptación de los horarios a sus obligaciones y la falta de escucha y de respeto. Por el contrario, estas personas destacan especialmente, en los centros de atención sanitaria asociativos, las relaciones personalizadas y una atención sanitaria múltiple y coordinada (médica, social, psicológica, apoyo moral, etc.).

- > *Una mujer de 29 años, procedente de Mongolia, lleva a sus dos hijas a FriSanté¹¹⁷ donde le dicen «pero si no es grave» y «que vaya al médico» si su estado de salud es más preocupante. Ha establecido una relación más personal con una trabajadora de FriSanté: «En el colegio, mi hija sabe las respuestas pero es muy tímida porque en casa no puede hablar mucho. No tiene muchos amigos. X., de FriSanté se lleva a veces a mi hija con la suya. El otro día, fueron a ver la montaña. Fue como un sueño.» A., albanesa. Vive en Suiza desde hace seis años con su marido y sus dos hijas de 10 y 2 años.*

Tal y como se ha mencionado anteriormente, **el hecho de no dominar el idioma del país de residencia complica, no sólo el acceso a la información, sino también la trayectoria por el sistema sanitario.** Algunas personas responsables de la salud de sus hijos e hijas piden a familiares (a veces, a sus propios hijos) que les acompañen a la consulta médica para desempeñar el papel de intérpretes, situación que requiere una organización específica. Esta solución puede crear más problemas, sobre todo cuando los padres desean mantener en secreto sus problemas de salud (se trate o no de enfermedades estigmatizadas). En algunos casos, la red asociativa se moviliza para conseguir la ayuda de traductores.

¹¹⁷ FriSanté ofrece consultas de enfermería (ver explicaciones sobre Suiza al principio del informe).

- > *M. R., por ejemplo, explica que es su deber acompañar a sus hijas al médico, pero que sus horarios de trabajo son difícilmente compatibles con los de las estructuras de salud: «En el sistema Ika, los pediatras sólo dan cita por las mañanas, por lo que es muy difícil para nosotros porque yo trabajo todas las mañanas. Soy el único que acompaña a niñas al médico porque mi mujer no habla griego.» M. R., yemení. Vive en Grecia (en Tesalónica) desde hace dos años. Es padre de cuatro hijas de entre 1 y 9 años.*
- > *La familia de O. Llegó a Grecia hace dos meses y ninguno de sus miembros habla griego. Cuando el hijo se puso enfermo, su madre le acompañó a una organismo para demandantes de asilo y refugiados, que les envió a un centro de salud con un intérprete. O., afgano de 12 años. Vive en Grecia desde hace dos meses con sus padres y sus cinco hermanos.*

- **La autonomía de algunos padres en el sistema sanitario**

No todas las personas se sienten perdidas y desfavorecidas frente al sistema sanitario. La capacidad de entender el sistema sanitario y de poder entrar en él sin problemas depende, en parte, de los derechos acordados en los distintos países. Asimismo, depende también de la antigüedad de la inmigración en el país, del apoyo social del que disfrutaban las personas y de las competencias y la fuerza de cada uno. El hecho de haber vivido varios años en situación regular puede constituir también una ventaja, ya que estas personas ya conocen el sistema sanitario y el hecho de haber estado en contacto con médicos del país hace que conozcan la posibilidad de que se atiende a sus hijos e hijas.

Así, muchas de las personas entrevistadas señalan que no han tenido dificultades particulares para acudir a una consulta médica y consideran que su situación administrativa y las dificultades relacionadas con esta no afectan de ninguna manera a la forma en la que se atiende a la salud de sus hijos e hijas. **Estas personas, que están informadas sobre sus derechos y conocen más o menos bien el sistema administrativo, unas veces conocen relativamente bien el sistema sanitario del país y, otras, conocen un centro de salud o a un médico o una médica que les sirve de referencia.**

Además, disfrutaban de una cobertura sanitaria, y llevan a sus hijos al médico cada vez que les parece necesario. Una madre considera que no tienen ningún problema, e incluso añade bromeando:

- > *«De hecho, yo soy más bien de las que van demasiado. En cuanto mi hija empieza a sentirse mal, voy al médico.» L., filipina. Vive en Francia desde hace tres años con su marido y su hija de 6 años.*

Veamos la situación de otra mujer que conoce bien el sistema sanitario francés. La cobertura médica de la Ayuda Médica del Estado (AME), la buena información, el hecho de que domina bien el francés y la existencia de un médico de cabecera de referencia, contribuyen a que sus hijos disfruten de una buena atención sanitaria.

- > *Los hijos de K., que disfrutaban de la cobertura médica de la AME, reciben atención sanitaria con un médico de cabecera y en el centro de protección materno-infantil (PMI) de su municipio. La mujer está satisfecha con el médico que les trata, «un médico que está cerca de casa y atiende con la AME» y que presta atención a no prescribir medicamentos que no nos reembolsan. «Siempre elige los medicamentos que nos receta junto con la AME». Para los servicios más caros y que cubre menos la AME, K. ha sabido movilizar a la red asociativa: a su hijo le tratan los problemas de visión en Médicos del Mundo. Dice no haber sentido nunca discriminación alguna por parte del personal sanitario o médico, ni por ella ni por sus hijos. K., argelina. Vive en Francia desde hace ocho años con su pareja y sus tres hijos de entre 4 y 7 años.*

Al igual que esta mujer, algunos padres recurren puntualmente a centros de atención sanitaria dirigidos a personas en situaciones precarias o en situación irregular. Esta puede ser una de las opciones para garantizar la buena cobertura sanitaria de sus hijos e hijas. Así, algunos acuden a Médicos del Mundo para los servicios sanitarios caros que no quedan bien cubiertos por la cobertura sanitaria. Otros recurren también a Médicos del Mundo para pedir información sobre salud o sobre el sistema sanitario para entenderlo mejor y poder situarse. A veces se trata de completar la información que les ha proporcionado un profesional sanitario pero que no han entendido bien o no se les ha explicado con suficiente detalle.

- > *La hijastra de H. recibe atención sanitaria regularmente en un centro de protección materno-infantil. Su compañera acababa de ser hospitalizada por una tuberculosis pleuropulmonar y él acudió a Médicos del Mundo para pedir consejo sobre las pruebas de detección que debían realizarse tanto él como su hijastra. H., camerunés. Vive en Francia desde hace seis meses con su pareja y su hijastra de 3 años.*

El hecho de disfrutar de una cobertura médica y de conocer el sistema sanitario les permiten **ser autónomos en la gestión de la salud de sus hijos e hijas**. Al observar el sistema sanitario con perspectiva, e incluso de forma crítica, hay quien puede comparar las ventajas y los inconvenientes de las distintas posibilidades de atención sanitaria para sus hijos e hijas. De esta forma, muchas personas evalúan los distintos centros según sus propios criterios y prioridades, y eligen acudir a un tipo de centro determinado en función del problema o de cómo se encuentren:

- > *A. conoce bien el sistema sanitario y el sistema de cobertura médica de Bruselas. La mujer explica que la ventaja de acudir a urgencias es que, para ello, no es necesario tener un papel que indique que se tiene una necesidad de atención sanitaria urgente. Ella intenta siempre llevar este papel y prefiere acudir a su médico de cabecera en lugar de a urgencias (salvo, excepcionalmente, los fines de semana, cuando este no está disponible). A., albanesa. Vive en Bélgica desde hace ocho años con su pareja y sus dos hijos de siete y cinco años.*
- > *«Elijo al pediatra en función de la primera impresión que tengo. Tuve que ver a tres pediatras para encontrar al que más me gustaba y mejor me asesoraba. [...] Por ejemplo, fui a un pediatra porque un cachorro le había mordido a mi hija y el pediatra no me dijo nada, así que cambié.» D., argentina. Vive en España desde hace diez meses con su pareja y sus dos hijos de 2 y 5 años.*

Sin embargo, el hecho de que no se señale ningún problema para acceder a la sanidad no significa necesariamente que no haya surgido ninguna dificultad a lo largo del proceso. **De hecho, es probable que algunos padres se hayan mentalizado de que, como inmigrantes sin permiso de residencia, deben superar una serie de obstáculos o problemas administrativos.** Algunas personas se sienten tan aliviadas al poder curar a sus descendientes que “olvidan” (o no saben) que la situación es más difícil para ellas que para otras.

- > *A., por ejemplo, disfruta de la Ayuda Médica Urgente (AMU) para ella y para sus hijos. Gracias a la tarjeta sanitaria puede acceder gratuitamente a la atención sanitaria y a los tratamientos “sin dificultades”. La mujer considera que los trámites para disfrutar de la AMU son complejos y pesados, sobre todo la cantidad de trámites administrativos necesarios, como la justificación trimestral de necesidad de atención urgente y la renovación anual de la cobertura sanitaria: «Es muy cansado pero, sin este papel, ¿de dónde saco dinero para pagar estos servicios». A., albanesa. Vive en Bélgica desde hace ocho años con su pareja y sus dos hijos de siete y cinco años.*

Además, incluso cuando los niños disfrutan de una cobertura médica, pueden surgir dificultades cuando aparecen problemas de salud complejos, ya que la atención básica para problemas de salud graves es más fácilmente accesible que los tratamientos especializados. Por otro lado, los profesionales y los centros no saben si estos últimos son reembolsables o no y, además, en algunos países no están cubiertos. Esta es la situación en la que se encuentra V., una mujer que vive en los Países Bajos:

- > Los hijos de V. tienen problemas de salud graves. Su hijo padece autismo y eccemas y su hija tiene un problema en la cadera. Los dos niños están escolarizados, él en un centro especializado y ella en un colegio normal. Tras muchos años sembrados de obstáculos para acceder a la sanidad e incluso tras varias renunciadas a la atención médica, desde ahora gozan de un acceso gratuito a la atención sanitaria básica. La familia acude desde hace un año a un médico de cabecera que no les cobra ni por las consultas ni por los tratamientos (recurre a los fondos previstos por el sistema holandés para estos casos). No obstante, sí tienen dificultades para acceder a una atención sanitaria especializada, sobre todo para un tratamiento fisioterapéutico que le han prescrito a su hija para el problema de la cadera. Esto se debe a que los fondos destinados a cubrir los gastos médicos de los extranjeros en situación irregular no reembolsan este tipo de tratamientos (al menos no muchas sesiones). V., nigeriana. Vive en los Países Bajos desde hace once años con sus dos hijos de nueve y siete años.

- **Momentos clave en la trayectoria de acceso a la sanidad**

En numerosas entrevistas, las personas encuestadas mencionan “momentos clave” que han constituido distintas etapas por las que han pasado para mejorar el acceso a la sanidad y a la salud. En muchos casos, coinciden con el encuentro con una persona que les proporciona información importante sobre los derechos a una cobertura sanitaria o les habla de un centro de salud que recibe a inmigrantes sin permiso de residencia. A menudo, se trata también del encuentro con un profesional o un centro que envía a la persona al sistema sanitario, le da consejos apropiados o le ayuda a realizar los trámites necesarios para mejorar su situación administrativa y social.

- > El embarazo de G. constituye uno de estos momentos clave. La mujer vive en Francia desde hace dos años y nunca había acudido al médico, ya que no sabía dónde ir ni qué hacer cuando estaba enferma. «Cuando estoy enferma, me acuesto y espero hasta que me curo». Cuando se quedó embarazada, su novio se negó a reconocer a su hija y se separaron. Ella quiso tener a la niña pero no recibió ningún seguimiento médico. «No sabía dónde ir, estaba muy preocupada». Sólo en el octavo mes del embarazo, una de sus amigas la llevó al médico porque estaba enferma. El médico quiso enviarla al hospital pero ella se negó y finalmente la atendieron en el servicio de urgencias de un hospital parisino. A partir de ese momento empezó el seguimiento del embarazo y, cuando dio a luz, un trabajador social le ayudó a realizar los trámites para que obtuviera la Ayuda Médica del Estado. Le informaron también de que a su hija podían atenderla gratuitamente en un centro de protección materno-infantil (PMI). Desde entonces, a su hija la atienden en el PMI cercano a su domicilio. «Cuando mi bebé está enferma, la traigo aquí.» En cuanto a su propia salud, en el PMI le informaron de que podían atenderla gratuitamente en el centro de acogida, atención y orientación (CASO) de Médicos del Mundo mientras se tramita su solicitud de la AME. G., marfileña. Vive en Francia desde hace dos años, con su hija de 3 meses.

Las asociaciones como Médicos del Mundo desempeñan un papel muy importante en materia de información y de orientación, ayudando a las personas a ser más autónomas frente al sistema sanitario.

- > E. vive en Francia desde hace ocho meses sin permiso de residencia. Aunque tiene problemas de piel, nunca hasta ahora había consultado con ningún médico en Francia. «No sabía dónde ir ni a quién podía dirigirme.» Un compatriota le habló de Médicos del Mundo, donde la habían ayudado a obtener la AME. Esta información parece que fue el punto de inflexión hacia una mejora del acceso a la sanidad de E. y de su familia. Acudió a la asociación, donde le explicaron el funcionamiento del CASO y empezaron los trámites para la obtención de la AME. Asimismo, dice estar muy agradecido por la información que le dieron sobre su hijo de dos años: el niño recibía un seguimiento médico regular en Moldavia por su médico de cabecera pero no le había visto ningún médico desde su llegada a Francia, hace ocho meses, ya que sus padres no sabían a quién dirigirse. El personal de Médicos del Mundo le informó de la posibilidad de que atendieran a su hijo en un PMI. E., hombre moldavo. Vive en Francia desde hace meses con su mujer y su hijo de dos años.

Estos ejemplos dan testimonio de hasta qué punto son decisivas la información y el apoyo para mejorar la vida y la salud de los niños y las niñas así como de sus familias. Por otro lado, lamentan el gran número existente de **“ocasiones perdidas”**, es decir, de momentos en los que estas personas han estado en contacto con personas que habrían podido informarles pero que no se les ocurrió, no quisieron, o no tenían tiempo para darles la información apropiada. Otras “ocasiones perdidas” son las que se producen cuando estas personas entran en contacto con instituciones o con asociaciones que no disponen de información que podría resultarles útil. Un ejemplo de esto es el hecho de que la mayoría de las personas entrevistadas tienen a sus hijos e hijas escolarizados en el país de residencia, pero pocas de ellas han recibido consejos del personal socioeducativo o información sobre el acceso a la sanidad de la población inmigrante sin permiso de residencia.

Conclusión

Esta nueva encuesta del Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo constituye, ante todo, una fantástica aventura colectiva.

Una aventura colectiva de unas cuarenta personas, trabajadores y trabajadoras de terreno en su inmensa mayoría, que contaron con la ayuda de dos investigadores de reconocido prestigio que se han implicado en este proyecto desde 2007. Entre todos y todas han transformado su experiencia en preguntas y sus preguntas en encuesta, identificando los elementos que era imprescindible documentar. A continuación, compararon los resultados brutos con la realidad de las zonas de la encuesta con objeto de mejorar el análisis de cara a la redacción del informe.

Ni conocimientos académicos, ni ideologías, ni prejuicios, ni pretensiones. El Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo se alimenta diariamente de los proyectos que realizan sobre el terreno los equipos de once asociaciones que trabajan en Europa, con sus inconformismos individuales y colectivos frente al sufrimiento de aquellos a quienes se quiere despojar de su legitimidad como seres humanos tachándolos de ilegales.

Este segundo informe se centra, una vez más, únicamente en las personas en situación irregular que viven en unas condiciones de vida precarias, con objeto de precisar las conclusiones de la primera encuesta. El informe pone de relieve la avalancha de obstáculos que se interponen a la protección de la salud de las personas inmigrantes encuestadas en los distintos programas.

Todas los pilotos de alarma de los determinantes de la salud están en rojo: la vivienda, el trabajo, el aislamiento, la violencia, la pobreza y la falta de información. Las condiciones de vida de las personas sin permiso de residencia en Europa son patógenas, cuando precisamente la trayectoria anterior de muchas de ellas también presentaba riesgos importantes para su salud (carencias, conflictos armados, violencia física y psicológica, peligros del trayecto migratorio, etc.). Las cifras y los testimonios que se recogen en este informe lo demuestran: no, las personas en situación irregular entrevistadas no son personas enfermas que vienen a Europa para curarse, sino que se trata de gente por lo general joven que viene a Europa a construir un futuro y que enferman, ni más ni menos, a causa de las condiciones de vida que les reservamos aquí.

Para una población tan poco numerosa (según las estimaciones más elevadas se trataría de un 1,5% con respecto a la población del país), podríamos esperar de estos países una respuesta de salud pública más coherente y unos sistemas sanitarios más abiertos y más eficientes para ayudar a estas personas tan maltratadas.

Sin embargo, lejos de ser así, podemos constatar que hoy en día existen numerosos obstáculos que se interponen al acceso a la atención preventiva y curativa. Las personas en situación irregular a las que atienden los equipos de Médicos del Mundo con mucha frecuencia no tienen acceso a la sanidad. Cuando lo tienen, suele deberse a patologías graves y después de haber esperado bastante tiempo antes de acudir a la consulta. Además, casi la mitad de estas personas no consiguen recibir un buen seguimiento. Podría resultar útil realizar estudios más específicos sobre las consecuencias sanitarias de estas patologías sin tratar.

Un hecho que llama especialmente la atención de estas encuestas cualitativas y cuantitativas es la constatación de que, a menudo, **a los niños y las niñas tampoco se les proporciona atención sanitaria**. Y ello a pesar de estar protegidos por la Convención sobre los Derechos del Niño (1989)¹¹⁸, que enuncia claramente en su artículo 24 que «los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por garantizar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios».

¹¹⁸ http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

La otra sorpresa negativa es la de que el 48% de las mujeres embarazadas no reciben ningún seguimiento médico y los terribles testimonios que nos aportan estas mujeres. Ellas también deberían estar igual de protegidas según esta misma Convención sobre los Derechos del Niño, en la que el mismo artículo estipula que los Estados Partes deberán «asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres» (párrafo D).

Esperamos de los gobiernos europeos que adopten medidas concretas para que se garantice el respeto de estos derechos.

Tanto la frecuencia de la violencia que sufren las mujeres como sus dificultades específicas para acceder a la sanidad subrayan la necesidad de que se investigue más en profundidad sobre la protección de la salud de las mujeres más vulnerables, sobre todo de las romaníes, que sufren discriminaciones específicas, pero también de las mujeres sin hogar y de las demandantes de asilo.

Este informe saca a la luz la realidad, tantas veces oculta, de las personas en situación irregular que acuden diariamente a nuestros centros. Con su valentía y su perseverancia y con las estrategias de supervivencia que han sabido desarrollar, estas personas demuestran que a todos —de forma colectiva e individual— nos conviene más aprender de ellas que rechazarlas o relegarlas a la sombra y a la ausencia de derechos que su situación administrativa acarrea.

Como hemos visto, no son los problemas de salud los causantes de la emigración hacia Europa. En cambio, las condiciones de vida y los obstáculos que encuentran las personas sin permiso de residencia para acceder a la sanidad son nefastos para su salud y atentan contra los derechos humanos y la deontología médica.

Esperamos que, en todos los Estados europeos, el acceso a la prevención y a la atención sanitaria sea igual para todos, tanto para las personas en situación irregular como para las demás, sin discriminación alguna por la situación o por el poder adquisitivo de estas personas.

Para ello, reclamamos a los gobiernos europeos que dejen de someter las políticas sanitarias a la influencia de las políticas migratorias y, en particular, **que protejan el secreto médico**, indispensable para la confianza entre la persona enferma y el personal sanitario. Por lo tanto, no aceptamos ninguna posibilidad de denuncia en el marco de la atención sanitaria, sea del tipo que sea.

Nuestras peticiones implican que los gobiernos europeos pongan en marcha o refuercen sus dispositivos de cobertura sanitaria y de acceso a la sanidad para las personas que viven en situación de precariedad, incluidos los inmigrantes en situación irregular.

Sólo así podremos construir un acceso justo a la sanidad y al sistema sanitario.

Bibliografía

- B, Tolotti S., L'Etat du monde 2009, París, La Découverte, 2008, 324 p.
- Bischoff A., Schneider M., Denhaerynck K., Battégay E., «Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study», *Eur J Public Health*, 2009, 19: 59-64.
- Borrell C., Muntaner C., Solè J., et al., «Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household Labour». *J Epidemiol Community Health* 2008, 62: e7.
- Carballo M., Mboup M., «International migration and health, a paper prepared for the Policy analysis and research programme of the GCIM», Ginebra, Global Commission on International Migration, 2005.
- Carlson P., «Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide», *Soc Sci Med* 1998, 46: 1355-66.
- Cattacin S., Chimienti M., «Difference sensitivity in the field of migration and health: national policies compared», Ginebra: Research report of the Department of Sociology of the University of Geneva, 2006.
- Chauvin P., Parizot I., «Les inégalités territoriales de santé dans l'agglomération parisienne», París, Editions de la DIV (colección Etudes et recherches), 2008.
- Chauvin P., the Europromed Working Group (eds.), «Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe», Amsterdam, IOS Press, 2002.
- Colectivo, «La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant», París, Observatoire du droit à la santé des étrangers, 2008.
- DeSalvo K.B., Blosier N., Reynolds K., He J., Muntner P., «Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis», *J Gen Internal Med* 2005, 21: 267-75.
- Devillanova C., «Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan», *J Health Econ* 2008, 27: 265-86
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., «La Santé perçue des immigrés en France», París, Irdes, Questions d'économie de la santé, 2008, n. 133.
- Editorial: «Access to health care for undocumented migrants in Europe». *The Lancet*, 2007, 370: 2070.
- EuroHIV, «HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006», Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, n. 75.
- European observatory on access to health care. «European survey on undocumented migrants' access to health care». París, Médicos del Mundo, 2007.
- Fakoya I., Reynolds R., Caswell G., Shiripinda I., «Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe», *HIV Med*, 2008, 9(S2): 23-5.
- Gerritsen A.A., Bramsen I., Devillé W., van Willigen L.H., Hovens J.E., van der Ploeg H.M., «Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006, 41: 18-26.
- Gissler E. (dir.), «Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat», París, IGF et Igas, 2007.
- Health and Discrimination Project, «Discrimination, a threat to public health», Estocolmo, National Institute of Public Health, 2007.
- Huber M., Stanciole A., Bremner J., Wahlbeck K. (eds.), «Quality in and equality of access to healthcare services», Bruselas, Comisión Europea, DG Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, marzo de 2008, pp. 196-201.
- Informe del Senado francés sobre la inmigración irregular.
- James R., «L'harmonisation des politiques d'asile en Europe», París, ENA, proyecto de fin de máster, febrero de 2004.
- Junyent M., Nunez S., Miro O., «Medical emergencies in the adult immigrants», *An Sist Sanit Navar* 2006, 29 (S1): 27-34.
- Kaplan G.A., Goldberg D.E., Everson S.A. et al., «Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study», *Int J Epidemiology* 1996, 25: 259-65.
- Keynaert I., Wildon R., Dedoncker K. et al., «Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe, a participatory approach report», Ghent, International Centre for Reproductive Health, Ghent University, 2008.
- Krieger N., Rowley D., Hermann A.A., Avery B., Phillips M.T., «Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease, and well-being», *Am J Prev Med*, 1993; 9: 82-122.
- Lindert J., Brähler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S., «Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview [en alemán]», *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2008, 58: 109-22.
- Loutan L., Bierens de Haan D., Subilia L., «La santé des demandeurs d'asile: des maladies transmissibles aux syndromes post-traumatiques». *Bull Soc Pathol Exot* 1997, 90: 233-7.
- Mehta C., Theodore N., Mora I., Wade J., «Chicago's undocumented immigrants: an analysis of wages, working conditions, and economic contributions», Chicago, University of Illinois, Center for Urban Economic Development, 2002.
- National AIDS Trust. «The myth of HIV health tourism», NAT, octubre de 2008.
- Norredam M., Mygind A., Krasnik A., «Access to health care for asylum seekers in the European Union: a comparative study of country policies», *Eur J Public Health*, 2005, 16: 285-89.
- Oort M. van, et al., «Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen», Utrecht, NIVEL, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. «International migration, health and human rights». Ginebra, OMSA (Health and human rights publication series), 2008, n. 4.
- Organización Mundial de la Salud. «Migrations internationales, Santé et Droits humains», Ginebra, OMS, 2005.
- Paradies Y., «A systematic review of empirical research on self-reported racism and health», *Int J Epidemiol*, 2006, 35: 888-901.
- Perronnin M., Rochaix L., Tubeuf S., «Construction d'un indicateur continu d'état de santé agrégeant risque vital et incapacité», Questions d'économie de la santé, París, Irdes, 2006, n. 107).
- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. «Access to health care for undocumented migrants in Europe», PICUM, Bruselas, 2007.
- Rodriguez E., Lanborena N., «Encuesta de salud de los diferentes colectivos de inmigrantes asentados en la Comunidad Autónoma del País Vasco», Universidad del País Vasco y Médicos del Mundo-Munduko Medikak, España, 2006.
- Smeets R.M.W., de Beaufort I.D., Entzinger H., «Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid», Nijmegen: Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, 2004.
- Taloyan M., Johansson L.M., Johansson S.E., Sundquist J., Koctürk T.O., «Poor self-reported health and sleeping difficulties among Kurdish immigrant men in Sweden», *Transcult Psychiatry* 2006, 43: 445-61.
- Terrence Higgins Trust & National Aids Trust, «Note on access to HIV treatment for undocumented migrants and those refused leave to remain», THT, febrero de 2006.
- Verbruggen N. (ed.), «Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom», Bruselas, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.
- Virgilio A., Defilippi L., Moschochoritis K., Ravinetto R., «Right to health care for vulnerable migrants», *The Lancet*, 2007; 370: 827-28.
- Wolff H., Epiney M., Lourenco A.P. et al., «Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention», *BMC Public Health* 2008, 8: 93).



Tabla de cuadros y gráficas

1- Reparto por sexo según el país de la encuesta (en %)	42
2- Edad de los encuestados según el país de la encuesta (en %).....	43
3- Distribución por grupos de nacionalidades	43
4- Distribución de las regiones de origen por sexo	44
5- Grupos de nacionalidades según el país de la encuesta (en %).....	44
6- Proporción en la muestra de las 15 nacionalidades más representadas (en %)	45
7- Proporción en la muestra de las 15 nacionalidades más representadas por sexos (en %).....	45
8- Nacionalidades más representadas según el país de la encuesta (en número de personas) y recordatorio de las principales nacionalidades de los inmigrantes por países*	46
9- Distribución según la antigüedad de la migración (en %)	47
10- Antigüedad de la migración según el país de la encuesta (en %)	47
11- Antigüedad de la migración según el sexo	47
12- Antigüedad de la migración según la edad.....	48
13- Antigüedad de la migración según el grupo de nacionalidades.....	48
14- Tiempo pasado en situación irregular según el sexo.....	49
15- Tiempo de residencia en situación irregular según el grupo de nacionalidades.....	49
16- Tiempo de residencia en situación irregular según el país de la encuesta.....	50
17- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen* según el sexo (en %).....	51
18- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen* según el país de la encuesta (en %).....	52
19- Motivos mencionados para explicar la salida del país de origen según el grupo de nacionalidades* (en %)	52
20- Intención de dejar el país de la encuesta según el sexo (en %).....	53
21- Intención de dejar el país de la encuesta según si tienen hijos y si viven con ellos (en %)	54
22- Intención de dejar el país según el país de la encuesta (en %).....	54
23- Intención de dejar el país de la encuesta según el grupo de nacionalidades (en %)	54
24- Porcentaje de personas que emigraron hace menos de un año (en %).....	55
25- Situación familiar según el sexo (en %)	56
26- Situación familiar según el país de residencia (en %)	56
27- Número de personas que viven bajo el mismo techo (en %)	57
28- Sensación de soledad por sexos (en %)	57
29- Riesgo de sensación de soledad (análisis multivariado) según el sexo, la situación parental y el tiempo pasado en el país.....	58
30- Sensación de soledad según la frecuencia de un apoyo moral potencial (en %)	58
31- Clasificación de los encuestados según el apoyo moral potencial con el que cuentan (en %)	59
32- Porcentaje de personas que pueden contar con un apoyo moral, según el tipo de personas que les aportan este apoyo	59
33- Situación con respecto a la vivienda por sexos (en %)	60
34- Situación con respecto a la vivienda según la edad (en %)	61
35- Situación con respecto a la vivienda según el tiempo pasado en el país de la encuesta (en %)	61
36- Situación con respecto a la vivienda según el país de residencia (en %)	61
37- Situación con respecto a la vivienda según el grupo de nacionalidades (en %)	62
38- Porcentaje de personas que viven en una vivienda superpoblada según el tipo de alojamiento (en %).....	63
39- Porcentaje de personas que viven en una vivienda superpoblada según el país de la encuesta (en %)	63
40- Condiciones de alojamiento según la situación de la vivienda (en %)	63
41- Porcentaje de personas que juzgan que sus condiciones de alojamiento son peligrosas o nefastas para su salud (o la de sus hijos) según distintas características (en %).....	64
42- Realización de una actividad para ganarse la vida según el sexo (en %).....	65
43- Realización de una actividad para ganarse la vida según la edad (en %).....	65
44- Realización de una actividad para ganarse la vida según el tiempo pasado en el país de la encuesta (en %)	66
45- Sector de actividad de los encuestados que trabajan (de forma regular o esporádica)(en %).....	66
46- Frecuencia del trabajo nocturno según el sexo de las personas que ejercen una actividad (en %).....	67
47- Porcentaje de personas que han sido víctimas de un accidente de trabajo desde su llegada al país de la encuesta (en %)	68
48- Acceso teórico a la cobertura sanitaria (en %)	69
49- Conocimiento del derecho a la cobertura sanitaria de las personas que teóricamente pueden ser beneficiarias (en %).....	69
50- Conocimiento de los trámites necesarios para hacer valer el derecho a la cobertura sanitaria de las personas que conocen sus derechos teóricos (en %).....	69
51- Porcentaje de personas que han iniciado los trámites necesarios para hacer valer el derecho a la cobertura sanitaria entre las personas que conocen sus derechos teóricos (en %)	70
52- Cobertura sanitaria efectiva en el momento de la encuesta entre las personas que han realizado los trámites (en %)	70
53- Porcentaje de personas que disfrutaron de cobertura sanitaria efectiva dentro del total de la muestra y entre las personas que teóricamente tienen derecho a esta, en función del país de la encuesta	71

54- De los derechos teóricos al acceso real a la cobertura sanitaria: síntesis de los resultados (en % de las personas encuestadas).....	72
55- Comparación de la distribución del estado de salud percibido por la población general de los 11 países de la encuesta y de la Unión Europea en total** con la observada en la muestra de personas en situación irregular encuestadas (en %)	74
56- Estado de salud percibido por franja de edad entre los hombres	75
57- Estado de salud percibido por franja de edad entre las mujeres	75
58- Frecuencia de las enfermedades y problemas de salud por aparato o categoría en la población encuestada (en%).....	76
59- Reparto de la población en función del número de enfermedades cuyo tratamiento se juzga, al menos, deseable.....	77
60- Distribución del riesgo vital por franja de edad.....	78
61- Porcentaje de la población que sufre actualmente al menos una enfermedad crónica que ya conocía en su país de procedencia, según el origen geográfico	78
62- Distribución de los trastornos y enfermedades ya conocidos en el país de origen más frecuentes (citados al menos dos veces*).....	79
63- Distribución de los trastornos y enfermedades ya conocidos en el país de origen, por aparato.....	79
64- Distribución de la población encuestada en función del número y de los tipos de violencia sufridos	81
65- Porcentaje de personas que han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de toda su vida, antes, durante, o después de la migración	82
66- Distribución de los tipos de seguimiento (en % de los problemas de salud identificados).....	84
67- Frecuencia de los tipos de seguimiento en el momento de la encuesta según la necesidad del tratamiento (en % de los problemas de salud encontrados)	84
68- Frecuencia del número de enfermedades tratadas demasiado tarde al menos una vez en el país de acogida	85
69- Porcentaje de personas sin cobertura sanitaria efectiva la última vez que estuvieron enfermas, según el país de la encuesta	87
70- Comportamiento adoptado la última vez que estuvieron enfermos	88
71- Comportamientos adoptados durante la última enfermedad según la cobertura sanitaria efectiva	88
72- Tipo de centro frecuentado durante la última enfermedad, según el país de la encuesta.....	89
73- Conocimiento del derecho a realizarse las pruebas de detección del VIH, según el país de la encuesta	90
74- Deseo de realizarse las pruebas de detección del VIH, por sexo y franja de edad	91
75- Deseo de realizarse las pruebas de detección del VIH, por origen geográfico.....	91
76- Probabilidad estimada de haber deseado realizar un test de detección del VIH, según el país de la encuesta, tras ajustar sobre la edad, el sexo, el origen geográfico y el tiempo de residencia.....	92
78- Frecuencia de las razones mencionadas para explicar la ausencia de deseo de realizar una prueba de detección del VIH	93
79- Conocimiento del derecho a los tratamientos antirretrovirales según el origen geográfico (en %).....	94
80- Frecuencia de los obstáculos de acceso a la atención sanitaria	95
81- Porcentaje de personas encuestadas que mencionan las dificultades administrativas como un obstáculo para acceder a la sanidad	96
82- Porcentaje de personas encuestadas que mencionan la complejidad del sistema como obstáculo para acceder a la sanidad	96
83- Porcentaje de personas encuestadas que citan el coste de las consultas o de los tratamientos como un obstáculo a la sanidad, según el país de la encuesta.....	97
84- Porcentaje de personas encuestadas que citan el miedo a las denuncias, detenciones y discriminaciones o a que se les niegue la atención sanitaria como obstáculos a la sanidad, según el país de la encuesta.....	97
85- Frecuencia de las cuatro categorías principales de obstáculos en el acceso a la sanidad mencionados por las personas encuestadas (diagrama de araña de cada país)	98
86- Índice de rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad por países	99
87- Porcentaje de rechazo de atención sanitaria durante de la última enfermedad, según el diagnóstico (clasificados por aparatos)	99
88- Estimación del rechazo de atención sanitaria durante la última enfermedad, según el país de la encuesta, tras ajustar por tipo de estructura sanitaria, antigüedad de la inmigración y características de la entrevista (presencia o no de un traductor).....	100
89- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año, según el origen geográfico.....	102
90- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año en los distintos países de la encuesta	103
91- Porcentaje de personas que afirman haber sido víctimas del racismo durante el último año al consultar un centro de salud	104
92- Limitación de los desplazamientos o de la actividad por miedo a ser detenido, según el país de la encuesta (en %)	105
93- Porcentaje de personas que han renunciado a la atención sanitaria, según el país de la encuesta	106
94- Frecuencia de los tipos de atención sanitaria a los que han renunciado las personas.....	107
95- Frecuencia de los tipos de atención sanitaria para sus hijos a los que han renunciado las personas.....	107
96- Nacionalidad de las personas encuestadas (efectivos, por orden decreciente).....	154
97- Lista de problemas y diagnósticos crónicos	155
98- Lista de trastornos y diagnósticos en los que más retrasos se han producido en los países de acogida, por orden decreciente (citados al menos dos veces)	156

Anexos

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE 2008



Encuesta 2008 del Observatorio Europeo del acceso a la sanidad

N de cuestionario: _____

PRESENTACIÓN DE LA ENCUESTA:

No gustaría invitarte a participar en esta encuesta. Recuerda que no estás obligado a participar.

Tu participación no tendrá influencia alguna en las prestaciones que te ofrece Médicos del Mundo. Eres libre de responder o no responder a cualquiera de las preguntas.

Esta encuesta es completamente libre y confidencial

Queremos usar los resultados de esta encuesta para mejorar el acceso a los servicios sanitarios para inmigrantes en situación irregular en Europa.

El cuestionario comienza haciendo referencia a diferentes temas relacionados con la salud, condiciones de vida, nivel de ingresos, inmigración y violencia experimentada.

Recuerda que eres totalmente libre de elegir si deseas contestar a cualquier pregunta y que puedes detenerte en cualquier momento si así lo deseas.

INSTRUCCIONES:

en negrita y cursiva: para completar directamente por el encuestador

PP: Preguntas opcionales: cada país (ou ciudad) decidirá si hacer o no estas preguntas

opción única opción múltiple

País: **Ciudad:**

Programa:

Nombre del/de los encuestador(es):

Nombre del médico:

Presencia de un traductor:

1 Sí

2 No

1. N° de registro (software): ___ / ___ / ___ / ___

El código será insertado por la persona a cargo de introducir la información en el programa informático y será posteriormente usado para localizar el cuestionario

2. Fecha de la encuesta: ___ / ___ / ____ (dd/mm/aaaa)

3. Hora de inicio de la encuesta: ___ / ___

En formato 24 horas (p.ej.: 20:30 y no 08:30 pm)

DATOS GENERALES

4. Género:

1 M

2 F

3 Transexual

(Nota: si la persona es transexual, será obligatorio dar 2 respuestas: su modalidad transexual y el sexo aparente, masculino o femenino)

5. Fecha de nacimiento:

Nota: Sólo introducir el mes y el año

___ / ____ mm/aaaa o edad ___ años (o edad aproximada)

6. ¿Cuál es su nacionalidad (se incluye apátrida)? _____

PP: 7. Si estás de acuerdo, ¿podrías decirnos a qué grupo étnico perteneces?: _____

SITUACIÓN SOCIAL Y CONDICIONES DE VIDA

8. ¿Vive Ud.:

1 solo (con o sin hijos)

2 en pareja

3 con familiares o amigos

9. ¿Tiene hijos (menores de 18 años)?

1 sí

2 no

En caso afirmativo:

10. ¿Vive Ud. con alguno de ellos?

1 sí

2 no

11. En cuanto a su alojamiento, ¿cuál es su situación actual? (a elegir sólo 1 respuesta)

1 A la intemperie (en la calle o en un albergue de urgencia durante una noche)

2 En una residencia de acogida a corto plazo (hoteles, casas de acogida para mujeres, inmigrantes, etc.; durante un periodo menor de un mes)

3 En una residencia de acogida a medio plazo (idem, por una duración de un mes o más)

4 En alojamiento precario

4.1 Reside temporalmente con la familia o amigos

4.2 Ocupa un alojamiento sin alquiler (ocupa)

4.3 Ocupa un terreno sin derecho (ocupación ilegal)

4.4 Bajo amenaza de una sentencia de expulsión o un desahucio

5 En alojamiento estable

6 Otro: indicar _____

Si la persona no se encuentra en la calle:

12. ¿En el interior de su alojamiento tiene acceso a:

Nota: Si el aseo está en un pasillo común con otras viviendas, entonces la respuesta es no

12.1. Agua Corriente 1 sí 2 no

12.2. Aseos 1 sí 2 no

12.3. Un hornillo o una cocina 1 sí 2 no

PP: 12.4. Calefacción... 1 sí 2 no

PP: 12.5. Electricidad... 1 sí 2 no

13. ¿Cuántas habitaciones hay en su alojamiento? (sin incluir la cocina, el baño ni la entrada)

(Instrucción: si el encuestado vive en una residencia, contar sólo su habitación)

_____ habitaciones

14. En total, ¿cuántas personas viven en dicho alojamiento? (incluido Ud.)

(nota: mínimo 1 persona, ya que se incluye al encuestado - si el encuestado vive en una residencia, contar solamente las personas que viven en la misma habitación)

_____ personas

15. En su opinión, ¿sus condiciones de alojamiento son perjudiciales para su salud y la de sus hijos? (humedad, moho, la pintura se descascarilla...)

1 sí

2 no

16. ¿Realiza Ud. alguna actividad de manera permanente o temporal para ganarse la vida?

1 sí, de manera regular

2 sí, esporádicamente

3 no

4 (no quiere responder)

Si tiene trabajo u otra actividad económica:

17. ¿De qué actividad se trata? (Instrucción: la más frecuente)

18. ¿En qué sector?

(no formular la pregunta tal cual al entrevistado; el encuestador deberá pedir más detalles respecto a la pregunta 17 y elegir una opción o especificar "otro")

01 Agricultura, silvicultura, pesca (sector primario)

02 Industria agrícola y alimentaria (trabajo industrial)

03 Industria de bienes de consumo (incluido textil)

04 Otras industrias: _____

05 Construcción, obras públicas

06 Comercio

07 Hostelería / Restauración

08 Limpieza

09 Transportes

10 Servicios a particulares

11 Otro: _____

PP-Preguntas País: Cada país (o ciudad) deberá optar por formular estas preguntas o no en lo concierne al trabajo . . .

PP: 19. ¿Trabaja Ud. de noche (entre medianoche y las 5 de la mañana)?

- 1 Casi todos los días
- 2 Varias veces a la semana
- 3 Varias veces al mes
- 4 Casi nunca o nunca

PP: 20. ¿Trabaja Ud. más de 10 horas al día?

- 1 Casi todos los días
- 2 Varias veces a la semana
- 3 Varias veces al mes
- 4 Casi nunca o nunca

Para todos:

PP: 21. Desde su (primera) llegada a España, ¿ha sufrido algún accidente de trabajo? (Instrucción: accidente ocurrido en el marco de trabajo, declarado o no)

- 1 sí
- 2 no

En caso afirmativo:

PP: 22. ¿Cuánto tiempo después de tu llegada? _____

23. ¿Tienes otras fuentes de ingresos (apoyo de amigos o familiares, de organizaciones sociales o subsidio estatal)?

- 1 sí
- 2 no
- 3 (no desea responder)

24. ¿Tiene tu vivienda otras fuentes de ingresos (generados por otros miembros de la vivienda)?

- 1 sí
- 2 no
- 3 no lo sé
- 4 (no desea responder)

PP: Cada país (o ciudad) deberá optar por formular las preguntas 25, 26 y 27 o no

PP: 25. Teniendo en cuenta todos los ingresos de todos los miembros de tu vivienda (incluyendo apoyo de familiares, subsidios del estado, etc. . .): ¿cuál fue el ingreso en tu vivienda durante el último mes?

0 bien: alrededor de _____ (moneda local) al mes

0 bien: no lo sé

0 bien: no deseo responder

PP: 26. En total, ¿cuánta gente vive con estos ingresos mencionados arriba (incluyéndote a ti)?

(Nota: al menos 1 persona dado que el encuestado es tenido en cuenta - cualquiera con quien compartas tus gastos diarios cuenta como un miembro de tu vivienda)

_____ personas

PP: 27. Entre estas personas, ¿cuántos niños tienen menos de 14 años?

(Instrucción: comprobar que en el cálculo de los ingresos del hogar se han incluido a todas las personas mencionadas)

_____ niños con menos de 14 años

APOYO SOCIAL

28. En general, diría que se siente. . .

- 1 Muy solo
- 2 Más bien solo
- 3 Más bien acompañado
- 4 No me siento solo

29. Aquí en España, ¿cuenta con alguien que le apoye moralmente y le reconforte en caso de que lo necesite?

- 1 Muy frecuentemente
- 2 Frecuentemente
- 3 Algunas veces
- 4 Nunca

En caso afirmativo:

30. ¿De quién se trata? (varias respuestas posibles)

- 1 Familiar
- 2 Amigos, compatriotas, miembros de la comunidad, vecinos
- 3 Trabajadores del sector público, privado o asociativo
- 4 Otro, indicar _____

31. ¿Cuándo emigró de su país de origen?

(nota: incluir solamente el mes y el año)

___/____ mm/aaaa

32. En total (incluyendo todas las estancias), ¿cuánto tiempo ha permanecido en España?
_____ meses o _____ años

33. Y, ¿cuánto tiempo sin permiso de estancia?

_____ meses o _____ años

34. ¿Por qué motivo (o motivos) dejó su país? (varias respuestas posibles)

- 1 Por motivos económicos, para ganarse la vida
- 2 Por motivos políticos, religiosos, étnicos, de orientación sexual o para escapar de la guerra...
- 3 Por conflictos familiares
- 4 Por el porvenir de sus hijos
- 5 Por motivos de salud
- 7 Para reencontrarse con alguien o seguirle
- 8 Para estudiar
- 9 Otro, especificar: _____

35. ¿Tiene intención de dejar España en los próximos meses para instalarse en otro país? (voluntariamente)

- 1 sí
- 2 no

36. En caso afirmativo, ¿dónde quiere ir? _____

37. En la actualidad, ¿limita sus desplazamientos o actividades por temor a ser detenido?

- 1 Muy a menudo
- 2 A menudo
- 3 A veces
- 5 Nunca

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE EL DERECHO DE ACCESO A LA SALUD

DERECHOS TEÓRICOS SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

38. Esta pregunta debe ser adaptada a cada contexto nacional: El objetivo es recapitular las condiciones exigidas para el acceso a los servicios sanitarios dentro del parámetro previsto por la ley

39. Resumen de los derechos teóricos. La pregunta debe ser adaptada a lo previsto por la ley nacional; teniendo en cuenta las respuestas a la pregunta anterior, ¿la persona reúne las condiciones teóricas para acceder a la asunción prevista por la ley?

40. Conocimiento del derecho teórico: La pregunta debe ser adaptada a lo previsto por la ley nacional

40. ¿Sabe Ud. que las personas en su situación ("sin papeles") tienen la posibilidad de obtener la tarjeta sanitaria?

- 1 sí
- 2 no o no sé nada al respecto

38. ¿Esta Ud inscrito en el padron municipal?

- 1 Sí = pregunta 44
- 3 NO = pregunta 43
- 3 no sabe

A rellenar directamente por el encuestador

39. Dada la respuesta anterior ¿reune el encuestado los requisitos para obtener la tarjeta sanitaria?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé

Si Sí en la 40:

41. ¿Conoce los trámites administrativos necesarios para obtenerla (la tarjeta sanitaria)?

- 1 sí, estoy seguro
- 2 sí, creo saberlo pero no con seguridad
- 3 no

42. ¿Ha iniciado Ud. (u otra persona por Ud) alguno de estos trámites?

- 1 sí = pregunta 44
- 2 no
- 3 no sé, no estoy seguro

Si NO en pregunta 42:

43. ¿Por qué?

(Instrucción: no citar nada, sino formular "se ha encontrado con otras dificultades" dos veces)

01 ninguna dificultad

02 no sabe

03 complejidad burocrática, no sabe a quién dirigirse, horarios inadecuados, dificultades para reunir los justificantes, exigencias abusivas. . .

04 desconocimiento de sus derechos, no sabía que el derecho existiera

05 coste de los trámites (traducciones, intermediarios, . . .)

06 barrera lingüística

07 rechazo de ayuda por parte de los servicios sociales

08 rechazo de ayuda por parte de los profesionales de la salud

09 miedo a ser discriminado o mal atendido

10 miedo a una denuncia o detención

11 otro motivo, especificar:

Si SI en la 42:

44. ¿Estos trámites han sido satisfactorios?

1 <input type="radio"/> sí	Si 1: A partir del momento en que comenzaste los trámites (rellenar los papeles, reunir los documentos), ¿cuánto tiempo ha tenido que esperar para obtener un resultado satisfactorio? <input type="radio"/> ____ meses (si menos de un mes, indicar 00) <input type="radio"/> No sabe
2 <input type="radio"/> no, los han rechazado	Si 2: A partir del momento en que comenzaste los trámites (rellenar los papeles, reunir los documentos), ¿cuánto tiempo ha pasado hasta que le informaron del rechazo? <input type="radio"/> ____ meses (si menos de un mes, indicar 00) <input type="radio"/> No sabe
3 <input type="radio"/> no, todavía estoy esperando	Si 3: A partir del momento en que comenzó los trámites (rellenar los papeles, reunir los documentos), ¿cuánto tiempo lleva esperando? <input type="radio"/> ____ meses (si menos de un mes, indicar 00) <input type="radio"/> No sabe
4 <input type="radio"/> no sé	Si 4: ¿Hace cuánto tiempo inició los trámites (rellenar los papeles, reunir los documentos)? <input type="radio"/> ____ meses (si menos de un mes, indicar 00) <input type="radio"/> No sabe

Si SI en la 42:

45. ¿Cuáles son las principales dificultades con las que se ha encontrado en el transcurso del procedimiento? (varias respuestas posibles)

(Instrucción: no citar nada, sino formular "se ha encontrado con otras dificultades" dos veces)

01 ninguna dificultad

02 no sabe

03 complejidad burocrática, no sabe a quién dirigirse, horarios inadecuados, dificultades para reunir los justificantes, exigencias abusivas. . .

04 desconocimiento de sus derechos,

05 coste de los trámites (traducciones, intermediarios, . . .)

06 barrera lingüística

07 rechazo de ayuda por parte de los servicios sociales

08 rechazo de ayuda por parte de los profesionales de la salud

09 miedo a ser discriminado o mal atendido

10 miedo a una denuncia o detención

11 otro motivo, especificar: _____

ACCESO A LA PREVENCIÓN, A LA ATENCIÓN Y A LOS TRATAMIENTOS

46. La última vez que se sintió enfermo/a en España, ¿Qué le ocurría?

1 nunca se ha sentido enfermo en España = pasar a la pregunta 51

o _____

código CISP ____

47. Cuando le ocurrió el problema de salud, ¿tenía la tarjeta sanitaria?

(la pregunta debe ser adaptada al contexto nacional)

1 sí

2 no

3 no sabe

48. ¿Qué hizo en relación a este último problema de salud a quién consultó sobre este problema? (varias respuestas posibles)

1 lo trató individualmente

2 consultó a un médico / dentista / enfermera u otro profesional sanitario

3 siguió los consejos de un farmacéutico

4 consultó a un practicante tradicional

5 pidió ayuda a un vecino, amigo, familiar

6 no hizo nada en absoluto

7 otro, indicar: _____

49. Si consultó a un profesional sanitario (respuestas 2 ó 3) en la pregunta anterior preguntan lo siguiente: ¿Dónde acudió? (varias respuestas posibles)

1 a urgencias del hospital

2 a un centro de atención de derecho común

3 a un centro de atención específico (para las personas pobres, precarias o sin papeles)

50. Aún en relación a ese último problema de salud, ¿algún profesional sanitario o centro de atención (incluyendo el personal administrativo, por ej. el secretariado o la recepción) se ha negado a atenderle?

1 sí

2 no

ACCESO A LA PRUEBA DE DETECCIÓN Y AL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH / SIDA

Sólo preguntar en ciudades donde la prueba del VIH es gratuita:

51. Hasta lo que Ud. sabe, ¿una persona sin papeles puede beneficiarse gratuitamente de una prueba de detección del VIH-sida? (en España)

1 sí, puede beneficiarse de una prueba gratuita

2 no, no puede beneficiarse

3 (no citar) "depende"

4 (no citar) no sabe

Preguntar en todas las ciudades:

52. Desde que está en España, ¿ha deseado en algún momento someterse a la prueba de detección del VIH- sida?

1 sí

2 no

Si no en 52:

53. ¿Por qué? (Instrucción: no citar ninguna)

01 ya sabía o había descubierto que era seropositivo

02 no sentía la necesidad

03 temor a que no se respete la confidencialidad de los resultados

04 la prueba es demasiado cara o pensaba que tenía que pagar

05 temor a los resultados, prefiere no saberlo

06 no sabría qué hacer en caso de que el resultado fuera positivo (desconocimiento del tratamiento o reticencia al mismo)

07 barrera lingüística

08 miedo a ser discriminado mal atendido

09 miedo a una denuncia o detención

10 otro motivo: _____

Si sí en la 52:

54. ¿Ha podido someterse a la prueba?

1 sí

2 no

Encuestador: en función de la situación, informar a la persona de que tiene derecho a una prueba de detección gratuita, e indicarle el lugar a los lugares a los que debe acudir.

La siguiente pregunta debe ser preguntada únicamente en países donde el tratamiento es gratuito:

55. Según Ud., ¿una persona sin papeles puede beneficiarse gratuitamente de un tratamiento para el VIH-sida? (en España)

1 sí, puede beneficiarse de un tratamiento gratuito

2 no, no puede beneficiarse

3 (no citar) "depende"

4 (no citar) no sabe

Encuestador: en función de la situación, informar a la persona si puede acceder al tratamiento o no, así como de las condiciones para hacerlo

PROBLEMAS DE SALUD / ACCESO A LA ATENCIÓN Y A LOS TRATAMIENTOS

56. ¿Cómo describiría Ud. su estado general de salud? Diría que es . . .

1 muy bueno

2 bueno

3 regular

4 malo

5 muy malo

6 (no citar) no sabe

Preguntar a mujeres únicamente:

57. ¿Está embarazada?

1 sí (registrar en la tabla siguiente, incluso si no es un embarazo patológico)

2 no

3 no sabe

58. En caso afirmativo, ¿le están realizando un seguimiento del embarazo?

- 1 sí
2 no

P. 60 a 70: A formular y rellenar por un profesional sanitario preferiblemente

63. Informaciones obtenidas por:

- 1 médico
2 dentista

3 enfermero/a

4 otro profesional sanitario

¿Qué enfermedades o problemas de salud padece actualmente?

Comentario: No olvide preguntar al entrevistado sobre otras posibles enfermedades crónicas, incluso si estas no son la razón de la consulta de hoy.

	1º pb/diagnóstico	2º pb/diagnóstico	3º pb/diagnóstico	4e pb/diagnostic
60. Diagnóstico (indicar el diagnóstico si se conoce o si no, los síntomas)				
60 bis. Código CISP				
61. ¿El problema está siendo tratado o seguido actualmente?	1 <input type="radio"/> Sí, totalmente 2 <input type="radio"/> Sí, en parte 3 <input type="radio"/> No 4 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Sí, totalmente 2 <input type="radio"/> Sí, en parte 3 <input type="radio"/> No 4 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Sí, totalmente 2 <input type="radio"/> Sí, en parte 3 <input type="radio"/> No 4 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Oui complètement 2 <input type="radio"/> Oui, en partie 3 <input type="radio"/> Non 4 <input type="radio"/> Ne sait pas
62. Desde que está en España, ¿alguna vez dicho problema se ha tratado demasiado tarde?	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Ne sait pas
63. ¿La patología es aguda o crónica?	1 <input type="radio"/> Aguda 2 <input type="radio"/> Crónica 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Aguda 2 <input type="radio"/> Crónica 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Aguda 2 <input type="radio"/> Crónica 3 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Aiguë 2 <input type="radio"/> Chronique 3 <input type="radio"/> Ne sait pas
64. El tratamiento y seguimiento médico es... (Instrucción: tanto si se realiza como si no)	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Imprescindible 3 <input type="radio"/> Necesario 4 <input type="radio"/> Aconsejable 5 <input type="radio"/> Inútil/inexistente 6 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Imprescindible 3 <input type="radio"/> Necesario 4 <input type="radio"/> Aconsejable 5 <input type="radio"/> Inútil/inexistente 6 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Imprescindible 3 <input type="radio"/> Necesario 4 <input type="radio"/> Aconsejable 5 <input type="radio"/> Inútil/inexistente 6 <input type="radio"/> No sabe	1 <input type="radio"/> Indispensable 2 <input type="radio"/> Nécessaire 3 <input type="radio"/> Souhaitable 4 <input type="radio"/> Accessoire 5 <input type="radio"/> Inutile/inexistant 6 <input type="radio"/> Ne sait pas
65. ¿Tenía constancia de este problema de salud antes de venir a Europa? (Instrucción: ya estaba padeciéndolo y lo sabía)	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No pertinente/no aplicable	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No pertinente/no aplicable	1 <input type="radio"/> Sí 2 <input type="radio"/> No 3 <input type="radio"/> No pertinente/no aplicable	1 <input type="radio"/> Oui 2 <input type="radio"/> Non 3 <input type="radio"/> Non concerné(e)

Si el tema de VIH / AIDS no ha sido tratado, preguntar:

¿Padece sida o está infectado por el VIH?

- 1 sí
2 no
3 no sabe

En caso afirmativo, complete la tabla de abajo y las tres preguntas siguientes

66. ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que es necesario que se someta a un tratamiento antiviral / medicación?

- 1 Sí
2 No (no es necesario)
3 No sabe

67. Si la respuesta es afirmativa, ¿sigue Ud. algún tratamiento antiviral o toma alguna medicina?

- 1 sí
2 no

68. Si 2: Si no sigue ningún tratamiento antiviral, ¿por qué?

- 1 tratamiento no ordenado por el médico
2 el tratamiento es demasiado caro
3 miedo a los efectos secundarios
4 miedo a la estigmatización
5 dificultades para cumplir lo ordenado por el médico
6 rechazo a la terapia
7 otro: _____

Resumen médico: a rellenar obligatoriamente por un médico (o un profesional socio-sanitario)

Información: Esta pregunta puede ser codificada en el expediente sin haber revisado al paciente

69. En total: Clase de riesgo vital global (en ausencia de tratamiento): consultar guía

- 0 Ningún riesgo vital. No hay amenaza para la vida
1 Pronóstico vital muy débilmente peyorativo
2 Pronóstico vital débilmente peyorativo
3 Pronóstico vital posiblemente negativo
4 Pronóstico vital probablemente negativo
5 Pronóstico vital seguramente negativo (Instrucción: fallecimiento casi seguro en 5 años)

PP- Violencias (no preguntado en MdM España)

A continuación abordaremos preguntas sobre diversas formas de violencia que algunas personas han podido sufrir antes o después de su llegada a Europa...

PP: 70. Usted, en el transcurso de su vida... (rodrear los números de las respuestas)

Tipo de violencia	Non	Oui	Si sí, cronología con respecto a la llegada al país		
			Antes	Durante trayecto	Desde llegada
PP: 70.1. ¿Ha vivido en un país en guerra?	1	2	3	4	-
PP: 70.2. ¿Ha sido golpeado o herido durante disputas familiares o a una agresión?	1	2	3	4	5
PP: 70.3. ¿Se le ha impedido ganar dinero o tener acceso al dinero ganado?	1	2	3	4	5
PP: 70.4. ¿Ha padecido hambre o ha tenido escasez de alimentos?	1	2	3	4	5
PP: 70.5. ¿Ha sido amenazado/a físicamente o detenido por sus ideas?	1	2	3	4	5
PP: 70.6. ¿Han vigilado o prohibido sus actos? (incluyendo por parte de un cercano o dentro del ámbito familiar)	1	2	3	4	5
PP: 70.7. ¿Ha sido víctima de violencias por parte de las fuerzas del orden (policía, ejército, etc)?	1	2	3	4	5
PP: 70.8. ¿Ha sido víctima de una agresión sexual?	1	2	3	4	5
PP: 70.9. ¿Ha sido torturado?	1	2	3	4	5
PP: 70.10. ¿Se ha visto involucrado en un acto violento que no aparezca en las cuestiones anteriores?	1	2	3	4	5
PP: 70.11. ¿Cuál? Indicar si procede: _____					

71. En el transcurso de este año (desde que se encuentra en España), en los diversos ámbitos de su vida personal y social, ha sido personalmente víctima de racismo (discriminación por color, origen geográfico, etc)?

- 1 Sí, a menudo
2 Sí, de vez en cuando
3 No

Si SI en la pregunta 71:

72. ¿Ocurrió alguna vez cuando estuviste buscando consejo médico (médico, hospital, sistema de seguridad social)?

- 1 Sí
2 No

OBSTÁCULOS AL ACCESO Y A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

73. En términos generales, ¿cuáles son los principales obstáculos a los que has hecho frente cuando has intentado acceder a los servicios sanitarios (para ti o para tus hijos) desde que llegaste a España?

(Instrucción: no menciones la lista de obstáculos que aparece abajo; haga las preguntas 2 veces más "Encuentras algún tipo de problemas")

- 01 ningún obstáculo percibido
02 la consulta médica es demasiado cara
03 el tratamiento es demasiado caro
04 horarios inadecuados de los servicios de salud
05 no tiene tiempo, o tiene otras preocupaciones más importantes (alojamiento, alimentación, etc.)
06 dificultades administrativas (se incluyen todos los motivos)
07 complejidad del sistema (desconocimiento de sus derechos, no sabe a dónde acudir)
08 barrera lingüística
09 ha sufrido un rechazo por parte de los sanitarios a atenderle
10 miedo a ser discriminado, mal atendido o a un rechazo por parte de los sanitarios
11 miedo a una denuncia o detención
12 aprensión hacia los cuidados médicos y los reconocimientos, no le gusta ir al médico
13 otros motivos expresados, especificar: _____
14 No sabe

73 bis. Resumen de la entrevista: ¿cuáles son los principales obstáculos identificados a todo lo largo de la entrevista (no mencionados espontáneamente por el encuestado en la respuesta anterior)?

- 01 ningún obstáculo percibido
02 la consulta médica es demasiado cara
03 el tratamiento es demasiado caro
04 horarios inadecuados de los servicios de salud
05 no tiene tiempo, o tiene otras preocupaciones más importantes (alojamiento, alimentación, etc.)
06 dificultades administrativas (se incluyen todos los motivos)
07 complejidad del sistema (desconocimiento de sus derechos, no sabe a dónde acudir)
08 barrera lingüística
09 ha sufrido un rechazo por parte de los sanitarios a atenderle
10 miedo a ser discriminado, mal atendido o a un rechazo por parte de los sanitarios
11 miedo a una denuncia o detención
12 aprensión hacia los cuidados médicos y los reconocimientos, no le gusta ir al médico

13 otros motivos expresados, especificar: _____

14 No sabe

Si existe al menos un obstáculo:

74. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que renunciar a la búsqueda de servicios sanitarios para usted por este obstáculo/s?

(Instrucción: si la persona lleva en España menos de un año, preguntarle sólo sobre el periodo de estancia "desde que está en España"; si la persona no ha necesitado ningún servicio sanitario, marcar "no")

- 1 sí
2 no

En caso afirmativo:

75. ¿A qué clase de servicios sanitarios ha renunciado en los 12 últimos meses?

(Instrucción: no citar ninguno de los servicios que aparecen abajo, formular "¿ha renunciado a otros servicios?" dos veces)

- 1 Cuidados dentales
2 Gafas, lentillas (servicios ópticos)
3 Sesiones de fisioterapia
4 Consultas, visitas o cuidados médicos
5 Seguimiento del embarazo
6 Análisis de laboratorio, análisis de sangre, resonancias o radiografías
7 Farmacia, medicamentos
8 Cuidados de salud mental o psicológicos de cualquier tipo
9 Otros cuidados

76. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que renunciar a los servicios sanitarios para sus hijos por este obstáculo/s?

- 1 sí
2 no
3 no procede, no tiene hijos, ni necesidad de cuidados

En caso afirmativo:

77. ¿A qué clase de servicios sanitarios para sus hijos ha renunciado en los 12 últimos meses?

(Instrucción: no citar ninguno de los servicios que aparecen abajo, formular "¿ha renunciado a otros servicios?" dos veces).

- 1 Vacunas
2 Cuidados dentales
3 Gafas, lentillas
4 Sesiones de fisioterapia
5 Consultas, visitas o cuidados médicos
6 Análisis de laboratorio, análisis de sangre, resonancias o radiografías
7 Farmacia, medicamentos
8 Cuidados de salud mental o psicológicos de cualquier tipo
9 Otros cuidados

ANEXO 2: METODOLOGÍA Y FICHA SINTÉTICA DE LOS DATOS SOBRE LAS PERSONAS ENCUESTADAS POR PAÍSES

• **BE / BÉLGICA**

PROTOSCOLOS MDM BÉLGICA

Ciudad(es)	BRUSELAS
Programa(s)	Centro de acogida, atención y orientación (CASO) de Médicos del Mundo
Nº de cuestionarios rellenos	112
Fechas de principio y fin	Du 23/04/2008 au 04/08/2008
Días seleccionados	Martes y jueves (mañana y tarde); 4 consultas de 7 semanales
Encuestadores	Por parejas: Una persona para la parte social: enfermeros, médicos, auxiliares de laboratorio, gestores de proyectos, personas encargadas de recibir a las personas y realizar las encuestas, etc. Una persona para la parte médica: un médico exclusivamente.
Forma de selección	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	En primer lugar, la asistente social realizaba la parte social de la encuesta y, durante la consulta médica, se realizaba la parte médica.

Cifras clave sobre a población encuestada en Bélgica	%	nº		%	nº
Hombres	67,6	75	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	32,4	36	Con mucha frecuencia	31,3	35
Edad media (años)		36	Con frecuencia	25	28
Cinco nacionalidades más representadas			A veces	8,9	10
Marruecos		38	Nunca	34,8	39
Brasil		12	Vivienda		
República Democrática del Congo		9	Sin hogar	4,5	5
Argelia		7	Centro de acogida a corto o a medio plazo	4,5	5
Guinea		5	Vivienda precaria	49	55
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	42	47
Actividad regular	7,1	8	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad esporádica	40,2	45	Dificultades administrativas		
Sin actividad	52,7	59	Complejidad del sistema		
No sabe/no contesta	0	0	Coste de las consultas o los tratamientos		
Frecuencia del trabajo nocturno			Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria		
Varias veces a la semana / casi todos los días	-				
Varias veces al mes	-				
Raramente o nunca	-				
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	30,6				
De 2 a 5 años	36,9				
6 años o más	32,4				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	46,4	52			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	34,8	39			
Debido a conflictos familiares	11,6	13			
Por el futuro de sus hijos	6,3	7			
Por razones de salud	6,3	7			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	12,5	14			
Para estudiar	4,5	5			
Otra razón	18,8	21			

● **CH / SUIZA**

PROTOCOLOS MDM SUIZA

Ciudad(es)	FRIBURGO
Programa(s)	FriSanté (estructura colaboradora)
Nº de cuestionarios rellenos	11
Fechas de principio y fin	Del 15/06/08 al 17/09/08
Días seleccionados	Lunes y jueves (mañana y tarde); en cada turno
Encuestadores	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios Perfil: una enfermera
Forma de selección	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Después de la consulta médica

Cifras clave sobre la población encuestada en Suiza	%	nº		%	nº
Hombres	45,5	5	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	54,5	6	Con mucha frecuencia	27,3	3
Edad media (años)		35	Frecuencia	45,4	5
Ocho nacionales más representadas			A veces	27,3	3
Brasil		2	Nunca	0	0
Mongolia		2	Vivienda		
Camerún		2	Sin hogar	0	0
Kosovo, Gabón, Marruecos, Ecuador y Argelia		1 por país	Centro de acogida a corto o a medio plazo	0	0
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda precaria	45,5	5
Actividad regular	18,2	2	Vivienda estable	54,5	6
Actividad esporádica	36,3	4	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Sin actividad	45,5	5	Dificultades administrativas	-	
No sabe/no contesta	0	0	Complejidad del sistema	-	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	-	
Varias veces por semana, casi todos los días	0	0	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria		
Varias veces al mes	20	1			
Raramente o nunca	80	4			
Antigüedad de la migración					
Moins de 2 ans	18,2				
2 à 5 ans	54,5				
6 ans ou plus	27,3				
Raisons de la migration					
Por razones económicas, para ganarse la vida	90,9	10			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	18,2	2			
Debido a conflictos familiares	0	0			
Por el futuro de sus hijos	0	0			
Por razones de salud	9,1	1			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	0	0			
Para estudiar	0	0			
Otra razón	18,2	2			

● **DE / ALEMANIA**

Protocolo MDM Alemania

Ciudad(s)	MUNICH
Programa(s)	Centro de atención para personas sin seguro médico (Open Med - Médicos del Mundo)
Nº de cuestionarios rellenos	24
Fechas de principio y fin	Del 04/01/2008 al 08/08/2008
Días seleccionados	Los martes (por la tarde) y los viernes (por la mañana); en cada turno
Encuestadores	Por parejas: Para la parte social, un estudiante de medicina, dos estudiantes de trabajo social, una socióloga, una estudiante de etnología y una intérprete. Para la parte médica: médicos
Forma de selección	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Preferentemente después de la consulta médica.

Cifras clave sobre la población encuestada en Alemania	%	nº		%	nº
Hombres	16,7	4	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	83,3	20	Con mucha frecuencia	29,2	7
Edad media (años)		38	Con frecuencia	25	6
% nacionalidades más representadas			Centro de acogida a corto o a medio plazo	20,8	5
Brasil		3	A veces	25	6
Perú		3	Nunca		
Croacia		2	Vivienda		
Kenia		2	Sin hogar	0	0
Togo		2		8,3	2
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda precaria	25	6
Actividad regular	25	6	Vivienda estable	66,7	16
Actividad esporádica	12,5	3	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Sin actividad	62,5	15	Dificultades administrativas	-	
No sabe/no contesta	0	0	Complejidad del sistema	-	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	-	
Varias veces a la semana / casi todos los días	0	0	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	-	
Varias veces al mes	22,2	2			
Raramente o nunca	77,8	7			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	45,8				
De 2 a 5 años	25,0				
6 años o más	29,2				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	54,2	13			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	12,5	3			
Debido a conflictos familiares	12,5	3			
Por el futuro de sus hijos	0	0			
Por razones de salud	16,7	4			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	12,5	3			
Para estudiar	0	0			
Otra razón	33,3	8			

● **EL / GRECIA**

PROTOCOLO MDM GRECIA

Ciudad(es)	TESALÓNICA	ATENAS
Programa(s)	Policlínica (Open Polyclinic - Médicos del Mundo)	Policlínica (Open Polyclinic - Médicos del Mundo)
Nº de cuestionarios rellenos	68	50
Fechas de principio y fin	Del 08/01/08 al 24/07/08	Del 01/03/08 al 26/08/08
Días seleccionados	De lunes a viernes (mañana y tarde); en cada turno.	De lunes a viernes (mañana y tarde); en cada turno.
Encuestadores	Por parejas (perfil): Una persona para la parte social: socioantropólogo. Una persona para la parte médica: médico.	Por parejas (perfil): psicólogos, médicos (comprobación de la parte médica) y trabajador social.
Forma de selección	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión (sin barrera lingüística).	Aleatoria (sin barrera lingüística).
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Después de la consulta médica	En la sala de espera

Cifras clave sobre la población encuestada en Grecia	%	nº		%	nº
Hombres	37,6	44	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	62,4	73	Con mucha frecuencia	17,8	21
Edad media (años)		39	Con frecuencia	17,8	21
5 nacionalidades más representadas			A veces	22	26
Albania		30	Nunca	42,4	50
Bulgaria		20	Vivienda		
Georgia		8	Sin hogar	2,6	3
Nigeria		8	Centro de acogida a corto o a medio plazo	13,7	16
Afganistán		7	Vivienda precaria	14,5	17
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	65,8	77
Actividad regular	16,1	19	Otra	3,4	4
Actividad esporádica	32,2	38	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Sin actividad	51,7	61	Dificultades administrativas	7,6	
Frecuencia del trabajo nocturno			Complejidad del sistema	10,2	
Varias veces a la semana / casi todos los días	27,3	15	Coste de las consultas o los tratamientos	28,8	
Varias veces al mes	9,1	5	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	27,1	
Raramente o nunca	63,6	35			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	22,4				
De 2 a 5 años	33,6				
6 años o más	44,0				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	55,9	66			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	22	26			
Debido a conflictos familiares	5,1	6			
Por el futuro de sus hijos	11	13			
Por razones de salud	8,5	10			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	11	13			
Para estudiar	1,7	2			
Otra razón	3,4	4			

● **ES / ESPAÑA**

PROTOCOLOS MDM ESPAÑA

Ciudad(es)	TENERIFE	VALENCIA	TOLEDO
Programa(s)	Cassim	Cassim	Programa de mediación sanitaria intercultural
Nº de cuestionarios rellenos	39	36	30
Fechas de principio y fin	Principio: 01/05/2008	Del 01/05/08 al 15/06/08	Principio: 23/05/2008
Días seleccionados	CASSIM norte: los lunes y miércoles por la tarde y los martes por la mañana CASSIM sur: lunes y jueves por la mañana En cada consulta.	- 11 días durante el mes de mayo y 5 días durante el mes de junio (lunes, martes, miércoles por la mañana y jueves por la tarde). Actividad: 5 turnos semanales.	- 1 día a la semana (una jornada); 2 consultas semanales.
Encuestadores	Por parejas (perfil): un trabajador social o una enfermera o un voluntario del equipo y un médico encargado de la consulta médica.	Sólo una persona rellena los cuestionarios. Perfil: trabajadores sociales, enfermeros, educadores, estudiantes en prácticas, personas encargadas de recibir a las personas y realizar las encuestas, etc.	Perfil: dos mediadores interculturales y una trabajadora social.
Forma de selección	Aleatoria Según la disponibilidad de los encuestadores.	A cada persona que acudía por una consulta médica y/o social. Dos personas entrevistadas al día.	Todas las personas a las que se atendió.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Antes o después de la recepción. Siempre antes de la consulta médica.	En el momento de la recepción.	Después de la consulta.

Ciudad(es)	GALICIA (La Coruña y Vigo)	BALEARES (Palma de Mallorca)	ALICANTE
Programa(s)	Unidad móvil para personas en situación de prostitución	CASSPEP y "Dones del mon" (Mdm)	CASSIM y CASSPEP (Mdm)
Nº de cuestionarios rellenos	25	23 (15 CASSPEP y 8 Dones del Mon)	21 (16, CASSIM y 5, CASSPEP)
Fechas de principio y fin	Principio: 5 mayo de 2008	Principio: junio de 2008	Mayo y junio de 2008
Días seleccionados	- Durante 10 días (lunes, martes y miércoles, y martes y jueves por la noche). Actividad: 3 turnos semanales.	- Durante 15 días por la mañana. Actividad: CASSPEP y "Dones del mon": 9 turnos semanales.	- 8 días en mayo (lunes y miércoles por la tarde y jueves y viernes por la mañana). - 7 días en junio (martes y jueves por la mañana y miércoles y jueves por la noche). Actividad: CASSIM: 5 turnos semanales. CASSPEP: 6 turnos semanales.
Encuestadores	Perfil: un voluntario del sector médico y un sociólogo, con ayuda de asistentes sociales, enfermeros, etc.	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios. Perfil: una enfermera.	Perfil: trabajador social, estudiantes de trabajo social, antropólogo, profesor, enfermera, etc.
Forma de selección	Todas las personas recibidas en el programa	Aleatoria Según la disponibilidad del encuestador y de un lugar para realizar las entrevistas.	Todas las personas que acuden a una consulta médica o social y que desean participar en la encuesta. Mayoría de mujeres en el programa CASSPEP.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Durante las consultas	En el momento de la recepción	En el momento de la recepción

Ciudad(es)	BILBAO	MADRID
Programa(s)	Cassim (Mdm)	Consulta médico social para personas transexuales y unidad móvil.
Nº de cuestionarios rellenos	21	21
Fechas de principio y fin	Principio: 28/04/2008	Principio: 27/05/2008
Días seleccionados	- A lo largo de 16 medias jornadas (los lunes y jueves por la tarde). Actividad: 2 turnos semanales.	- 8 medias jornadas previstas por semana (durante el día por la noche en la unidad móvil). Actividad: Unidad móvil: 4 turnos semanales ; Programa con personas transexuales: 1 turno semanal.
Encuestadores	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios. Perfil: médicos.	Sólo una persona rellena los cuestionarios. Perfil: trabajador social o profesor
Forma de selección	Todas las personas a las que se atendió	Todas las personas a las que se atendió
¿En qué momento se realizó la encuesta?	Después de la consulta médica	Durante la recepción, la consulta y la entrevista de prevención de riesgos.

Cifras clave sobre la población encuestada en España	%	nº		%	nº
Hombres	39,4	85	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	60,6	131	Con mucha frecuencia	25,2	54
Edad media (años)		33	Con frecuencia	14	30
Cinco nacionalidades más representadas			A veces	12,7	27
Brasil		28	Nunca	48,1	103
Bolivia		25	Vivienda		
Senegal		21	Sin hogar	3,2	7
Marruecos		20	Centro de acogida a corto o a medio plazo	6	13
Nigeria		18	Vivienda precaria	12	26
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	73,1	158
Actividad regular	41,2	89	Otra	5,7	12
Actividad esporádica	35,2	76	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Sin actividad	22,7	49	Dificultades administrativas	27,3	
No sabe/no contesta	0,9	02	Complejidad del sistema	20,4	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	7,5	
Varias veces a la semana / casi todos los días	38,8	57	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria		
Varias veces al mes	6,1	9			
Raramente o nunca	55,1	81			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	45,8				
De 2 a 5 años	37,5				
6 años o más	16,7				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	76,4	165			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	9,3	20			
Debido a conflictos familiares	5,6	12			
Por el futuro de sus hijos	11,6	25			
Por razones de santé	4,2	9			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	4,6	10			
Para estudiar	6	13			
Otra razón	8,3	18			

● **FR / FRANCIA**

PROTOCOLO MDM FRANCIA

Ciudad(es)	SAINT-DENIS	PARÍS	LYON
Programa(s)	CASO: Centro de acogida, atención y orientación (Médicos del Mundo).	CASO: Centro de acogida, atención y orientación (Médicos del Mundo).	CASO: Centro de acogida, atención y orientación (Médicos del Mundo).
Nº de cuestionarios rellenos	72	71	56
Fechas de principio y fin	Del 10/12/07 al 08/08/08	Del 10/12/07 al 08/08/08	Del 12/02/08 al 08/08/08
Días seleccionados	Jueves por la mañana y martes (por la mañana y por la tarde). Tres turnos de 8 semanales	Lunes, miércoles y jueves por la mañana Tres turnos de 8 semanales	Entre 3 y cuatro medias jornadas semanales. Tres o cuatro turnos de 5 semanales
Encuestadores	Por parejas o sólo un encuestador. Perfil: para la parte social, recepcionistas, enfermeros en prácticas y un médico. Para la parte médica: médicos.	Por parejas o sólo un encuestador. Una persona para la parte social: una trabajadora social, un médico y varias personas encargadas especialmente de recibir y a las personas y realizar las entrevistas. Para la parte médica: médicos.	Por parejas: Una persona para la parte social: enfermeros y personas encargadas especialmente de realizar los cuestionarios. Para la parte médica: médicos.
Forma de selección	Aleatoria: una de cada tres personas y una de cada cinco (en función de la actividad y de las personas atendidas).	Aleatoria: una de cada dos personas por orden inverso de llegada al centro.	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	En primer lugar, se realizaba la parte social de la encuesta cuando la persona llegaba al centro y, durante la consulta médica, se realizaba la parte médica.		

Cifras clave sobre la población encuestada en Francia	%	n		%	n
Hombres	43,9	86	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	56,1	110	Con mucha frecuencia	22,8	45
Edad media (años)		37	Con frecuencia	19,3	38
5 nacionalidades más representadas			A veces	17,8	35
Camerún		34	Nunca	40,1	79
Rumanía		26	Vivienda		
Argelia		16	Sin hogar	8	16
Costa de Marfil		14	Centro de acogida a corto o a medio plazo	8,5	17
Congo		9	Vivienda precaria	54,3	108
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	29,1	58
Actividad regular	7,5	15	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad esporádica	37,7	75	Dificultades administrativas	13,1	
Sin actividad	54,8	109	Complejidad del sistema	13,6	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	41,7	
Varias veces a la semana / casi todos los días	7,1	8	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	8	
Varias veces al mes	14,3	12			
Raramente o nunca	78,6	66			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	57,3				
De 2 a 5 años	27,1				
6 años o más	15,6				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	51,3	102			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	21,6	43			
Debido a conflictos familiares	9,5	19			
Por el futuro de sus hijos	4,5	9			
Por razones de salud	10,1	20			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	15,1	30			
Para estudiar	4,5	9			
Otra razón	15,1	30			

PROTOCOLO MDM ITALIA

Ciudad(es)	MILÁN	MILÁN	MILÁN
Programa(s)	Unidad móvil dirigida a personas de la calle (nocturno). Estructura colaboradora.	Centro de acogida de día para usuarios de drogas. Centro colaborador.	Centro de acogida para personas de la calle (nocturno). Centro colaborador.
Nº de cuestionarios rellenos	43	33	23
Fechas de principio y fin	Del 22/04/08 al 31/08/08		
Días seleccionados	Sin documentar		
Encuestadores	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios. Perfil: un médico-psicólogo.		
Forma de selección	Sin documentar		
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Sin documentar		

Cifras clave sobre la población encuestada en Italia	%	nº		%	nº
Hombres	87,5	84	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	12,5	12	Con mucha frecuencia		
Edad media (años)		32	Con frecuencia		
Siete nacionalidades más representadas			A veces		
Marruecos		19	Nunca		
Ucrania		13	Vivienda		
Egipto		11	Sin hogar		44,4
Albania		8	Centro de acogida a corto o a medio plazo		12,1
Níger		5	Vivienda precaria		17,2
Nigeria		5	Vivienda estable		25,3
Túnez		5	Otra		1
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad regular	2,1	2	Dificultades administrativas		17,2
Actividad esporádica	32,3	31	Complejidad del sistema		26,3
Sin actividad	54,1	52	Coste de las consultas o los tratamientos		7,1
No sabe/no contesta	11,5	11	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria		31,3
Frecuencia del trabajo nocturno					
Varias veces a la semana / casi todos los días	6,3	2			
Varias veces al mes	37,4	12			
Raramente o nunca	56,3	18			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	50,0				
De 2 a 5 años	22,4				
6 años o más	27,6				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	92,9	92			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	7,1	7			
Debido a conflictos familiares	12,1	12			
Por el futuro de sus hijos	1	1			
Por razones de salud	1	1			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	4	4			
Para estudiar	3	3			
Otra razón	0	0			

● NL / PAÍSES BAJOS

PROTOSCOLOS MDM PAÍSES BAJOS

Ciudad(es)	ÁMSTERDAM	EINDHOVEN	UTRECHT
Programa(s)	Het Kerkhuis / Filipino Domestic Workers / Stichting Sikaman / ASKV / De Open Deur / Centrum 45 / Casa Migrante / Wereldpand / Het Wereldhuis	Vluchtelingen in de Knel	Huize Agnes / STIL
Nº de cuestionarios rellenos	62	10	10
Fechas de principio y fin	Het Kerkhuis : del 20/02/08 al 28/05/08 Filipino Domestic Workers : del 05/03/2008 al 12/04/2008 Stichting Sikaman : el 16/04/2008 ASKV : el 26/04/2008 De Open Deur : del 27/05/2008 al 28/07/2008 Centrum 45 : del 06/06/2008 al 11/07/2008 Casa Migrant : del 17/06/2008 al 09/07/2008 Wereldpand : el 14/04/2008 Het Wereldhuis : el 02/07/2008	del 25/03/08 al 21/04/08	Huize Agnes: del 18/04/08 al 25/04/08 STIL: del 09/04/08 al 07/05/08
Días seleccionados	Het Kerkhuis: siete días durante el periodo de las entrevistas (seis por la mañana y uno por la tarde). Filipino Domestic Workers: siete días durante el periodo de la encuesta (por las noches) Stichting Sikaman: un día (por la tarde). ASKV: un día (por la noche). De Open Deur: siete días (seis por la tarde y uno por la noche). Centrum 45: tres días (por la tarde). Casa Migrante: seis días (por la noche). Wereldpand: un día (por la tarde). Het Wereldhuis: un día (por la mañana).	Cuatro días (por la mañana).	Huize Agnes: dos días (por la tarde). STIL: tres días (por la mañana).
Encuestadores	Sólo una persona rellena los cuestionarios. Perfil: Het Kerkhuis: antropólogo, estudiante de antropología, profesional sanitario, auxiliar de clínica y psicólogo. Filipino Domestic Workers: estudiante de antropología, profesional sanitario y estudiante de medicina. Stichting Sikaman: antropólogo. ASKV: estudiante de medicina. De Open Deur: abogado y psicólogo. Centrum 45: profesional sanitario. Casa Migrante: psicólogo. Wereldpand: estudiante de medicina. Het Wereldhuis: antropólogo.	Perfil: estudiante de antropología, profesional sanitario y estudiante de medicina.	Perfil: Huize Agnes: estudiante de antropología y médico. STIL: abogado, médico y estudiante de antropología.
Forma de selección	Het Kerkhuis – Het Wereldhuis: Todas las personas a las que se atendió. Filipino Domestic Workers / Stichting Sikaman / ASKV / De Open Deur / Centrum 45 / Casa Migrante / Wereldpand: personas a las que se atendió, con cita previa.	Se propuso realizar la encuesta a todas las personas que acudieron al centro que hablaban un idioma que entendieran los encuestadores.	Huize Agnes: personas a las que se recibió que se correspondían con los criterios de inclusión y que hablaban inglés o neerlandés. STIL: A cada persona que acudía por una consulta jurídica y social.
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Sin documentar	Sin documentar	Sin documentar

Ciudad(es)	DEN-HAAG	RÓTERDAM	HAARLEM
Programa(s)	Paardenberg / Oase Stek	ROS	De Huiskamer / Stem in de Stad
Nº de cuestionarios rellenos	6	6	3
Fechas de principio y fin	Paardenberg: 09/04/2008 Oase Stek: del 17/04/2008 al 24/04/2008	el 10/04/2008 y el 17/07/2008	De Huiskamer : el 23/04/2008 Stem in de Stad: el 14/03/2008
Días seleccionados	Paardenberg: un día (por la mañana). Oase Stek: dos días (por la mañana y durante el día).	Dos días (por la mañana).	De Huiskamer: un día (por la tarde). Stem in de Stad: un día (por la mañana).
Encuestadores	Perfil: Paardenberg: profesional sanitario. Oase Stek: profesional sanitario.	Perfil: profesional sanitario, estudiante y psicólogo.	Perfil: De Huiskamer: auxiliar de clínica Stem in de Stad: antropólogo.
Forma de selección	Paardenberg / Oase Stek: personas a las que se recibió que se correspondían con los criterios de inclusión y que hablaban inglés o neerlandés.	Personas a las que se atendió, con cita previa.	De Huiskamer: se le propuso a todas las personas. Stem in de Stad: todas las personas que hablaran un idioma que entiendan los encuestadores.
¿En qué momento se realizó la encuesta ...?	Sin documentar	Sin documentar	Sin documentar

Ciudad(es)	LEIDSCHEMENDAM	TILBURGO	ARNHEM	LEIDEN
Programa(s)	Stichting Noodopvang	VLOT	Blankenspoor Huisarts – Eigen Praktijk	Fabel van de Illegaal
Nº de cuestionarios rellenos	2	2	1	1
Fechas de principio y fin	El 19/05/2008 y el 13/06/2008	El 16/06/2008	El 12/04/2008	El 22/05/2008
Días seleccionados	Dos días (por la mañana).	Un día (por la tarde).	Un día (por la tarde).	Un día (por la mañana).
Encuestadores	Perfil: estudiante de medicina, auxiliares de clínica.	Perfil: abogado.	Perfil: médico.	Perfil: estudiante de medicina.
Forma de selección	Personas a las que se atendió, con cita previa.			
¿En qué momento se realizó la encuesta ...?	Sin documentar			

Cifras clave sobre la población encuestada en los Países Bajos	%	n		%	n
Hombres	54,4	56	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	45,6	46	Con mucha frecuencia	29	29
Edad media (años)		37	Con frecuencia	16	16
Siete nacionalidades más representadas			A veces	22	22
Filipinas		14	Nunca	33	33
Ghana		10	Vivienda		
Sierra Leona		7	Sin hogar	2,7	3
Uganda		6	Centro de acogida a corto o a medio plazo	14,7	15
Sudán		5	Vivienda precaria	27,5	28
China		5	Vivienda estable	54,9	56
Brasil		5	Otra	0	0
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad regular	23,8	24	Dificultades administrativas	18,6	
Actividad esporádica	17,8	18	Complejidad del sistema	17,6	
Sin actividad	57,4	58	Coste de las consultas o los tratamientos	33,3	
No sabe/no contesta	1	1	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	33,3	
Frecuencia del trabajo nocturno					
Varias veces a la semana / casi todos los días	4,9	2			
Varias veces al mes	4,9	2			
Raramente o nunca	90,2	37			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	10,3				
De 2 a 5 años	25,8				
6 años o más	63,9				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	36,3	37			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	44,1	45			
Debido a conflictos familiares	4,9	5			
Por el futuro de sus hijos	9,8	10			
Por razones de salud	4,9	5			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	3,9	4			
Para estudiar	3,9	4			
Otra razón	11,8	12			

● **PT / PORTUGAL**

PROTOCOLO MDM Portugal

Ciudad(es)	LISBOA	LOURES	LOURES
Programa(s)	Noite Saudavel (Mdm)	Bairro Quinta da Serra (Mdm)	Crescer em saude (Mdm)
Nº de cuestionarios rellenos	21	7	4
Fechas de principio y fin	06/04/2008, 14/04/2008, 18/04/2008, 28/04/2008, 30/04/2008, 04/05/2008, 07/05/2008, 09/05/2008, 14/05/2008 y 20/06/2008	02/04/2008, 07/04/2008, 09/04/2008, 07/05/2008 y 09/09/2008	27/04/08, 14/05/08, 21/05/08 y 28/05/08
Días seleccionados	De lunes a viernes (por las noches) En cada turno	De lunes a viernes (por las mañanas) Cinco turnos de seis semanales	El miércoles (por la tarde) Un turno de cinco semanales
Encuestadores	Perfil: recepcionistas y médicos	Perfil: enfermeras	Perfil: enfermeras
Forma de selección	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión	Todas las personas que acudieron al centro que respondían a los criterios de inclusión
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Al final de la consulta	Al final de la consulta	Al final de la consulta

Cifras clave sobre la población encuestada en Portugal	%	nº		%	nº
Hombres	77,4	24	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	22,6	7	Con mucha frecuencia	9,4	3
Edad media (años)		40	Con frecuencia	3,1	1
Cinco nacionalidades más representadas			A veces	9,4	3
Brasil		14	Nunca	78,1	25
Cabo Verde		4	Vivivenda		
Guinea		4	Sin hogar	21,9	7
Angola		3	Centro de acogida a corto o a medio plazo	21,9	7
Ucrania		3	Vivienda precaria	37,5	12
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	18,8	6
Actividad regular	31,3	10	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad esporádica	15,6	5	Difficultés administratives	-	
Sin actividad	50	16	Complexités du système	-	
No sabe/no contesta	3,1	1	Coste de las consultas o los tratamientos	-	
Frecuencia del trabajo nocturno			Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	-	
Varias veces a la semana / casi todos los días	26,7	4			
Varias veces al mes	13,3	2			
Raramente o nunca	60	9			
Antigüedad de la migración					
Menos de 2 años	22,6				
De 2 a 5 años	25,8				
6 años o más	51,6				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	62,5	20			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	6,3	2			
Debido a conflictos familiares	0	0			
Por el futuro de sus hijos	0	0			
Por razones de salud	0	0			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	12,5	4			
Pour estudiar	3,1	1			
Otra razón	18,8	6			

● **SE / SUECIA**

PROTOCOLO MDM SUECIA

Ciudad(es)	ESTOCOLMO
Programa(s)	Cento de atención para inmigrantes sin permiso de residencia (Médicos del Mundo)
Nº de cuestionarios rellenos	103
Fechas de principio y fin	Del 16/01/2008 al 24/07/2008
Días seleccionados	Por la noche; en cada turno
Encuestadores	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios. Perfil: dos estudiantes de medicina, un enfermero y dos estudiantes de ciencias políticas
Forma de selección	Aleatoria En un principio, uno de cada tres pacientes. Más adelante, uno de cada dos
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Se eligió a las personas cuando acudieron a la clínica, y se les entrevistó posteriormente dándoles una cita

Cifras clave sobre la población encuestada en Suecia	%	nº		%	nº
Hombres	44,7	46	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	55,3	57	Con mucha frecuencia	34,4	35
Edad media (años)		35	Con frecuencia	16,7	17
Cinco nacionalidades más representadas			A veces	21,6	22
Mongolia		20	Nunca	27,5	28
Bangladesh		13	Vivienda		
Azerbaiyán		11	Sin hogar	0	0
Bolivia		10	Centro de acogida a corto o a medio plazo	9,7	10
Filipinas		7	Vivienda precaria	62,1	64
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	28,2	29
Actividad regular	18,4	19	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Actividad esporádica	44,7	46	Dificultades administrativas	42,7	
Sin actividad	36,9	38	Complejidad del sistema	12,6	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	28,2	
Varias veces a la semana / casi todos los días		-	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria		
Varias veces al mes		-			
Raramente o nunca		-			
Antigüedad de la migración				43,7	
Menos de 2 años	13,6		Razones de la migración		
De 2 a 5 años	67,0		Por razones económicas, para ganarse la vida	27,2	28
6 años o más	19,4		Pour des raisons politiques, religieuses, ethniques, d'orientation sexuelle ou pour fuir la guerre...	54,4	56
			Debido a conflictos familiares	9,7	10
			Por el futuro de sus hijos	5,8	6
			Por razones de salud	7,8	8
			Para reunirse con alguien o seguir a alguien	6,8	7
			Para estudiar	6,8	7
			Otra razón	11,7	12

● **UK / REINO UNIDO**

PROTOCOLO MDM REINO UNIDO

Ciudad(es)	LONDRES	LONDRES
Programa(s)	Centro de atención sanitaria (Proyect London - MdM)	New North London Synagogue (NNLS – estructura colaboradora)
Nº de cuestionarios rellenos	101	7
Fechas de principio y fin	Del 23/01/2008 al 19/06/2008	Del 23/01/2008 al 19/06/2008
Días seleccionados	Los lunes, miércoles y viernes (por la tarde) En cada turno	Un domingo por la tarde al mes
Encuestadores	Sólo una persona para rellenar los cuestionarios. Perfil: estudiantes y recepcionistas que han recibido una formación especial para realizar la encuesta La parte médica la llevó a cabo exclusivamente el equipo médico durante la consulta	
Forma de selección	Todas las personas que respondían a los criterios de inclusión	Aleatoria
¿En qué momento se realizó la encuesta dentro del circuito de atención de la persona?	Después de la consulta social y antes o después de la consulta médica. Si la persona no tenía tiempo, se programó una cita para los días siguientes.	Sólo se rellenó la parte social del cuestionario.

Cifras clave sobre la población encuestada en el Reino Unido	%	nº		%	nº
Hombres	53,7	58	Limitación de los desplazamientos y actividades por miedo a ser arrestados		
Mujeres	46,3	50	Con mucha frecuencia	25,7	27
Edad media (años)		37	Con frecuencia	7,6	8
Cinco nacionalidades más representadas			A veces	16,2	17
India		15	Nunca	50,5	53
Filipinas		13	Vivienda		
República Democrática del Congo		12	Sin hogar	0,9	1
China		9	Centro de acogida a corto o a medio plazo	1,9	2
Brasil		7	Vivienda precaria	60,7	65
Ejercicio de una actividad para ganarse la vida			Vivienda estable	35,5	38
Actividad regular	18,5	20	Otra	0,9	1
Actividad esporádica	18,5	20	Frecuencia de los principales tipos de obstáculos que se interponen a la sanidad		
Sin actividad	63	68	Dificultades administrativas	51,9	
No sabe/no contesta	0	0	Complejidad del sistema	31,5	
Frecuencia del trabajo nocturno			Coste de las consultas o los tratamientos	25,9	
Varias veces a la semana / casi todos los días	18,9	7	Miedo a la denuncia, a la detención, a ser discriminado o a que se le niegue la atención sanitaria	39,8	
Varias veces al mes	5,4	2			
Raramente o nunca	75,7	28			
Anigüedad de la migración					
Menos de 2 años	29,0				
De 2 a 5 años	45,8				
6 años o más	25,2				
Razones de la migración					
Por razones económicas, para ganarse la vida	38	41			
Por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual o para huir de la guerra	46,3	50			
Debido a conflictos familiares	8,3	9			
Por el futuro de sus hijos	4,6	5			
Por razones de salud	3,7	4			
Para reunirse con alguien o seguir a alguien	10,2	11			
Para estudiar	2,8	3			
Otra razón	12	13			

ANEXO 3: LISTA DE PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA CUALITATIVA

	País y ciudad de la entrevista	Nombre	Origen	Tiempo de estancia en el país	Edad	Vive con
1	Grecia (Atenas)	Sra. M.	Afganistán	4 meses	-	Dos hijos de 6 y 2 años
2	Grecia (Atenas)	Sra. N.	Afganistán	2 meses	35 años	Marido y 6 hijos de entre 6 y 14 años
3	Grecia (Atenas)	O.	Afganistán	2 meses	12 años	Sus padres y sus 5 hermanos
4	Grecia (Atenas)	Sra. P.	Rusia	15 años	19 años	Marido y una niña bebé
5	Grecia (Tesalónica)	Sra. Q.	Albania	9 años	38 años	Marido y 3 hijos de entre 15 y 8 años
6	Grecia (Tesalónica)	Sr. R.	Yemen	2 años	26 años	Mujer y 4 hijas de 9, 7, 5 y 1 años
7	Grecia (Tesalónica)	Sra. S.	Albania	12 años	30 años	Un hijo de 15 meses y 4 sobrinos y sobrinas de 6 a 17 años
8	Grecia (Tesalónica)	Sra. T.	Rusia	15 años	19 años	Marido y una hija de 2 años
9	Francia (Saint- Denis)	Sr. E.	Moldavia	8 meses	24 años	Mujer y un hijo de 2 años
10	Francia (Saint- Denis)	S. F.	Guinea	11 años	49 años	Mujer y 5 hijos de entre 11 años y 8 meses
11	Francia (Saint- Denis)	Sra. G.	Costa de Marfil	2 años	22 años	Marido y una hija de 3 meses
12	Francia (Saint- Denis)	Sr. H.	Camerún	6 meses	34 años	Mujer la hija de esta de 3 meses
13	Francia (Saint- Denis)	Sra. I.	Rumanía / romaní	3 años	39 años	3 hijos de entre 20 y 14 años
14	Francia (Saint- Denis)	Sr. J.	Rumanía / romaní	4 años	46 años	Mujer y 7 hijos de entre 23 y 6 años
15	Francia (Saint- Denis)	Sra. K.	Argelia	8 años	38 años	3 hijos de entre 7 y 4 años
16	Francia (París)	Sra. L.	Filipinas	3 años	-	Marido y una hija de 6 años
17	Países Bajos	Sra. U.	Marruecos	6 años	30 años	3 hijos de entre 14 y 3 años
18	Países Bajos	Sra. V.	Nigeria	11 años	29 años	2 hijos de 9 y 7 años
19	Países Bajos	Sra. W.	Ghana	15 años	-	1 hijo de 6 años
20	España (Canarias)	Sra. D.	Argentina	10 meses	23 años	Marido y 2 hijas de 5 y 3 años
21	Suecia	Sra. X.	Bolivia	2 años	-	Marido y 5 hijos de entre 3 ans y jóvenes adultos
22	Suecia	Sra. Z.	Bolivia	2 años ½	-	Marido y 1 hijo de 14 años
23	Suecia	Sra. S-B	Armenia	6 años	-	2 hijos de 9 y 6 años y otra familia
24	Suecia	Sra. Y.	Mongolia	4 años	-	1 hijo de 4 años
25	Suecia	Sra. S.-A.	El Salvador	3 años	-	8 hijos: 4 menoes de 2 a 11 años (1 en silla de ruedas)
26	Suecia	Sra. S.-C.	Mongolia	6 años	29 años	Marido, 2 hijas de 10 y 2 años y otros 3 adultos
27	Suecia	Sra. S.-D.		9 años	47 años	1 hijo de 15 años
28	Reino Unido	Sra. S.-E.	Filipinas	-	-	1 hijo de 2 meses
29	Reino Unido	Sra. S.-F.	Eritrea	-	22 años	1 hijo de 4 años
30	Bélgica	Sra. A.	Albania	8 años	27 años	Marido y 2 hijos de 5 y 7 años
31	Bélgica	Sra. B.	Argelia	4 años	41 años	Marido y 2 hijos de 4 y 7 años
32	Bélgica	Sra. C.	Roumanie	varios meses	36 años	8 hijos

ANEXO 4: ACRÓNIMOS

Acrónimo	Significado
AME	Ayuda Médica del Estado (FR)
AMU	Ayuda Médica Urgente (BE)
ASL	Agencias Sanitarias Locales (IT)
Caso	Centro de acogida, atención y orientación (FR)
Casspep	Centro de Atención Socio-Sanitaria a Personas que Ejercen la Prostitución (ES)
Cassim	Centro de Atención Socio-Sanitaria a Inmigrantes (ES)
CPAS	Centro Público de Acción Social (BE)
CMU	Cobertura Médica Universal (FR)
Fedasil	Agencia federal de acogida a demandantes de asilo (BE)
MDM	Médicos del Mundo
MSF	Médicos Sin Fronteras
OR	Odds Ratio
PMI	Protección Materno-Infantil (FR)
STP	Extranjero temporalmente presente (IT)
UE	Unión Europea

ANEXO 5: CUADROS ADICIONALES

96- Nacionalidad de las personas encuestadas (efectivos, por orden decreciente)

Nacionalidad	Nº total	Hombres	Mujeres	Nacionalidad	Nº total	Hombres	Mujeres
Marruecos	92	72	20	Cabo Verde	5	4	1
Brasil	73	20	53	Guinea Ecuatorial	5	4	1
Camerún	45	17	28	Sri Lanka	5	3	2
Albania	40	16	24	Chile	5	1	4
Nigeria	39	14	25	Cuba	5	1	4
Bolivia	39	8	31	Paraguay	5	1	4
Rumanía	36	13	23	República Dominicana	5	1	4
Argelia	36	27	9	Polonia	4	1	3
Filipinas	36	8	28	Burkina Faso	4	2	2
Ucrania	25	9	16	Kenia	4	0	4
República Democrática del Congo	25	14	11	Madagascar	4	0	4
Senegal	25	20	5	Croacia	3	1	2
Bulgaria	24	4	20	África Subsahariana (sin precisar)	3	3	0
Egipto	23	21	2	Benín	3	2	1
Mongolia	23	3	20	República Centroafricana	3	0	3
Costa de Marfil	21	9	12	Siria	3	2	1
Bangladesh	19	18	1	México	3	3	0
India	19	14	5	Apátrida	3	1	2
China	18	10	8	Montenegro	2	1	1
Ghana	17	12	5	Serbia	2	1	1
Túnez	16	11	5	Turquía	2	2	0
Perú	16	5	11	Turquía-Kurdistán	2	2	0
Mali	15	10	5	Burundi	2	1	1
Afganistán	15	13	2	Liberia	2	2	0
Irán	15	11	4	Ruanda	2	1	1
Guinea	13	9	4	Chad	2	0	2
Uganda	13	4	9	Líbano	2	1	1
Pakistán	13	13	0	Palestina	2	1	1
Congo Brazzaville	12	5	7	Nepal	2	1	1
Georgia	11	6	5	Uzbekistán	2	1	1
Rusia	11	2	9	Vietnam	2	1	1
Azerbaiyán	11	6	5	Guatemala	2	1	1
Colombie	11	4	7	Nicaragua	2	2	0
Ecuador	11	4	7	El Salvador	2	1	1
Armenia	10	4	6	Uruguay	2	2	0
Angola	10	7	3	Venezuela	2	0	2
Sudán	10	8	2	Letonia	1	0	1
Argentina	10	5	5	Europa no comunitaria (sin precisar)	1	0	1
Etiopía	9	2	7	Yibuti	1	1	0
Níger	9	9	0	Gabón	1	0	1
Sierra Leona	9	5	4	Guinea Bissau	1	1	0
Somalia	9	6	3	Zimbabue	1	1	0
Moldavia	8	3	5	Siria-Kurdistán	1	0	1
Kósovo	8	6	2	Indonesia	1	0	1
Eritrea	7	5	2	Tailandia	1	1	0
Togo	7	4	3	Haití	1	0	1
Mauritania	7	5	2	Honduras	1	1	0
Comores	6	2	4	Surinam	1	1	0
Irak	6	5	1	TOTAL	1108	567	541
Bosnia-Herzegovina	5	2	3				

97- Lista de problemas y diagnósticos crónicos

	nº	% de los pacientes que tienen al menos 1 enfermedad crónica	% acumulado*	% del total de la población	% cumulé*
Otros sig/sin osteoarticulares	26	7,2	7,2	2,3	2,3
Sig/sin sistema digestivo	22	6,1	13,3	2,0	4,3
Sig/sin vertebrales	18	5,0	18,3	1,6	5,9
Diabetes (insulinodependientes y no insulinodependientes)	17	4,7	23,1	1,5	7,4
Hipertensión arterial	17	4,7	27,8	1,5	8,9
Uso de sustancias psicoactivas (drogas)	16	4,4	32,2	1,4	10,3
Embarazo y parto no patológico	15	4,2	36,4	1,3	11,7
Síndrome depresivo	15	4,2	40,6	1,3	13,0
Otros diagnósticos del sistema digestivo	12	3,3	43,9	1,1	14,1
Traumatismos	12	3,3	47,2	1,1	15,1
Sig/sin neurológicos	11	3,1	50,3	1,0	16,1
Infecciones respiratorias superiores	10	2,8	53,1	0,9	17,0
Enfermedades de los dientes y encías	9	2,5	55,6	0,8	17,8
Otros diagnósticos locomotores	9	2,5	58,1	0,8	18,6
Sig/sin cutáneos	8	2,2	60,3	0,7	19,3
Infecciones respiratorias inferiores	7	1,9	62,2	0,6	19,9
Administrativo	6	1,7	63,9	0,5	20,5
Asma	6	1,7	65,6	0,5	21,0
Otros problemas psicológicos	6	1,7	67,2	0,5	21,5
Patologías vasculares	6	1,7	68,9	0,5	22,1
Sig/sin del aparato genital femenino	6	1,7	70,6	0,5	22,6
Sig/sin urinarios	6	1,7	72,2	0,5	23,1
Ansiedad-Estrés-Trastornos somáticos	5	1,4	73,6	0,4	23,6
Otros diagnósticos cardiovasculares	5	1,4	75,0	0,4	24,0
Otros diagnósticos metabólicos	5	1,4	76,4	0,4	24,5
Otros diagnósticos oculares	5	1,4	77,8	0,4	24,9
Otros diagnósticos del aparato genital femenino	5	1,4	79,2	0,4	25,4
Sobrepeso y obesidad	5	1,4	80,6	0,4	25,8
Sig/sin generales	5	1,4	81,9	0,4	26,2
Trastornos menstruales	5	1,4	83,3	0,4	26,7
Anemias	4	1,1	84,4	0,4	27,0
Diagnósticos NE	4	1,1	85,6	0,4	27,4
diareg_ vide	4	1,1	86,7	0,4	27,8
Infecciones cutáneas	4	1,1	87,8	0,4	28,1
Resultados	4	1,1	88,9	0,4	28,5
Síndrome dorso-lumbar	4	1,1	90,0	0,4	28,8
Uso de sustancias psicoactivas (alcohol)	4	1,1	91,1	0,4	29,2
Otros diagnósticos neurológicos	3	0,8	91,9	0,3	29,4
Otros diagnósticos respiratorios	3	0,8	92,8	0,3	29,7
Otras razones de consulta	3	0,8	93,6	0,3	30,0
Hepatitis vírica	3	0,8	94,4	0,3	30,2
Infecciones urinarias / renales	3	0,8	95,3	0,3	30,5
Miedos y preocupaciones	3	0,8	96,1	0,3	30,8
Sig/sin oculares	3	0,8	96,9	0,3	31,0
Tos	3	0,8	97,8	0,3	31,3
Otros diagnósticos del aparato genital masculino	2	0,6	98,3	0,2	31,5
Otros diagnósticos urinarios y nefrológicos	2	0,6	98,9	0,2	31,7
Otros sig/sin respiratorios	2	0,6	99,4	0,2	31,9
Consejo y escucha	2	0,6	100	0,2	32,0
Cardiopatías y trastornos del ritmo cardiaco	2	0,6	100,6	0,2	32,2
Dermatitis atópicas y de contacto	2	0,6	101,1	0,2	32,4
Epilepsia	2	0,6	101,7	0,2	32,6
Embarazo y parto patológico	2	0,6	102,2	0,2	32,7
Infecciones oculares	2	0,6	102,8	0,2	32,9
Infecciones gastrointestinales	2	0,6	103,3	0,2	33,1
Infecciones del aparato auditivo	2	0,6	103,9	0,2	33,3
Enfermedades de Transmisión Sexual - Mujer	2	0,6	104,4	0,2	33,5
Enfermedades infecciosas NE	2	0,6	105,0	0,2	33,6
Parasitosis / Candidiasis	2	0,6	105,6	0,2	33,8
Sig/sin cardiovasculares	2	0,6	106,1	0,2	34,0

	nº	% de los pacientes que tienen al menos 1 enfermedad crónica	% acumulado*	% del total de la población	% cumulé*
Sig/sin del aparato genital masculino	2	0,6	106,7	0,2	34,2
Tuberculosis	2	0,6	107,2	0,2	34,3
Otros diagnósticos del aparato auditivo	1	0,3	107,5	0,1	34,4
Otros diagnósticos del sistema hematológico/inmunológico	1	0,3	107,8	0,1	34,5
Otras patologías cutáneas	1	0,3	108,1	0,1	34,6
Erupciones cutáneas / Inflamación	1	0,3	108,3	0,1	34,7
Patologías ulcerosas	1	0,3	108,6	0,1	34,8
Sig/sin del embarazo, parto y planificación familiar	1	0,3	108,9	0,1	34,9
Sig/sin metabólico	1	0,3	109,2	0,1	35,0
Sig/sin del aparato auditivo	1	0,3	109,4	0,1	35,1
Sig/sin del sistema hematológico/inmunológico	1	0,3	109,7	0,1	35,1
Atención sanitaria	1	0,3	110,0	0,1	35,2
Seguimiento	1	0,3	110,3	0,1	35,3
Tratamientos con medicamentos	1	0,3	110,6	0,1	35,4
Abuso de sustancias psicoactivas (tabaco, medicamentos)	1	0,3	110,8	0,1	35,5

98- Lista de trastornos y diagnósticos en los que más retrasos se han producido en los países de acogida, por orden decreciente (citados al menos dos veces)

	n	%	continuación	n	%
Trastornos de comportamiento	16	4,02	Sinusitis crónica	3	0,75
Hipertensión complicada	12	3,02	Laringitis	3	0,75
Trastornos digestivos	12	3,02	Hipotiroidismo	3	0,75
Gastralgias	10	2,51	Dislipidemia	3	0,75
Dolores rectales	10	2,51	Pielonefritis	3	0,75
Trastornos de la deglución	10	2,51	Miedo al VIH	2	0,50
Diabetes no insulino dependiente	10	2,51	Anemia	2	0,50
Disuria	10	2,51	VIH/sida	2	0,50
Dolores torácicos	9	2,26	Infección gastrointestinal	2	0,50
Otros síntomas psicológicos	7	1,76	Cáncer de estómago	2	0,50
Dolores musculares	7	1,76	Úlcera péptica	2	0,50
Embarazo no deseado	7	1,76	Secreción por el oído	2	0,50
Rinitis alérgica	6	1,51	Otitis externa	2	0,50
Patología bucal	6	1,51	Cardiopatía isquémica	2	0,50
Lumbalgia	5	1,26	Dolor de hombro	2	0,50
Estrés agudo	5	1,26	Dolor de pie	2	0,50
Alcoholismo crónico	5	1,26	Anomalía congénita osteoarticular	2	0,50
Disnea	5	1,26	Síndrome dorsolumbar	2	0,50
Síndrome de estrés posttraumático	5	1,26	Tendinitis	2	0,50
Fiebre	4	1,01	Artrosis	2	0,50
Anorexia, bulimia	4	1,01	Osteoporosis	2	0,50
Astenia	4	1,01	Algia facial	2	0,50
Hipertensión no complicada	4	1,01	Migraña	2	0,50
Hipotensión postural	4	1,01	Depresión	2	0,50
Hemorroides	4	1,01	Trastornos somatoformes	2	0,50
Cefaleas	4	1,01	Infección respiratoria aguda superior	2	0,50
Bronquitis crónica	4	1,01	Asma	2	0,50
Gripe	4	1,01	Inflamación cutánea	2	0,50
Ceguera	3	0,75	Infección cutánea	2	0,50
Dolor de rodilla	3	0,75	Herpes	2	0,50
Dolor osteoarticular	3	0,75	Cistitis	2	0,50
Pérdida de libido	3	0,75	Cálculos urinarios	2	0,50
Trastornos de ansiedad	3	0,75	Otra enfermedad urinaria	2	0,50
Tos	3	0,75	Tumor genital benigno	2	0,50