

Informe del Observatorio de 2017

EUROPEAN
NETWORK
TO REDUCE
VULNERABILITIES
IN HEALTH

PERSONAS EXCLUIDAS:

El fracaso de la cobertura sanitaria
universal en Europa





AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos y todas las pacientes que generosamente nos han dedicado su tiempo hablando con nosotros y respondiendo a nuestras preguntas. Además, este informe no habría sido posible sin la contribución de todas aquellas personas que han sido coordinadoras, voluntarias o trabajadoras de los diferentes programas de Médicos del Mundo (MDM) y de organizaciones colaboradoras. Nos gustaría darles las gracias por su papel fundamental.

Este trabajo ha contado con el apoyo del Programa Europeo para la Integración y la Migración (EPIM), a iniciativa de la Red de Fundaciones Europeas (NEF) y la Comisión Europea– Dirección General Salud y Seguridad Alimentaria/Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (CHAFEA), con una subvención del Programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020).

Los autores y autoras de este informe son las únicas personas responsables del contenido de este documento. Su propósito no es reflejar las opiniones de la Comisión Europea –Dirección General Salud y Seguridad Alimentaria ni de CHAFEA, el EPIM, la NEF, fundaciones colaboradoras, ni de cualquier otro órgano de la Unión Europea. La Comisión Europea y CHAFEA rechazan toda responsabilidad por el uso que pudiera hacerse de la información que contiene.

Este informe utiliza el término “migrantes de la UE/del EEE” para referirse a personas ciudadanas de los Estados del Mercado Único Europeo –países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza– que estén viviendo en otro país de la UE, del EEE, o Suiza. “Migrantes de países de fuera de la UE/del EEE” son personas que no son ciudadanas de países de la UE, del EEE o de Suiza.



ÍNDICE

RESUMEN	6
CIFRAS DE 2016	7
RECOMENDACIONES	8
INFORME DEL OBSERVATORIO DE 2017	11
Estructura	11
Programas participantes	12
EL CONTEXTO POLÍTICO: LA SALUD Y LA SOLIDARIDAD EN EUROPA	13
EL CONTEXTO LEGAL: LOS ÚLTIMOS CAMBIOS LEGISLATIVOS	15
LAS PERSONAS QUE ATENDIMOS	16
Demografía	16
País de origen	19
VULNERABILIDADES EN LA SALUD Y EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA	21
Vulnerabilidades materiales	21
Vulnerabilidades psicosociales	24
Vulnerabilidades políticas	28
ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA	31
Cobertura sanitaria	32
Barreras a la atención sanitaria	32
PROBLEMAS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD	35
Patologías comunes	35
Autopercepción del estado de salud	38
Salud Pública	40
Atención a la maternidad	42
CONCLUSIÓN	44
Resumen de las principales conclusiones	44
Para la cobertura sanitaria universal hace falta una cobertura sanitaria más amplia que la de “urgencias”	45
Enfoques progresivos para la salud pública	46
La atención sanitaria como una herramienta de control de la inmigración	46
Asilo y atención sanitaria	47
METODOLOGÍA Y LIMITACIONES	48
COLABORADORES Y SIGLAS	50

RESUMEN

Este informe del Observatorio Europeo ofrece una instantánea de las personas que se han quedado excluidas de los sistemas sanitarios europeos y hace un llamamiento a los actores mundiales, europeos y nacionales para que instauren la cobertura sanitaria universal, considerándola como una prioridad.

Los testimonios y los datos recogidos de 43.286 personas que acudieron a programas dirigidos por MdM y por organizaciones no gubernamentales (ONG) colaboradoras de toda Europa, nos ofrecen una percepción profunda y única de quienes no tienen acceso a los servicios sanitarios, de cómo se les excluye y de sus necesidades sanitarias. Revelan lo que se tendría que hacer para garantizar que todos y todas puedan acceder a la atención sanitaria cuando lo necesiten.

La agenda mundial es clara. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instan a todos los gobiernos a proporcionar la cobertura universal.¹⁻² Aun así, más de la mitad de las personas encuestadas nos declararon carecer de atención sanitaria y casi una de cada cinco solo podía acceder a la atención de urgencias.

Las personas a menudo necesitaban desesperadamente atención médica. Algunas padecían enfermedades agudas y crónicas, pero no habían podido ver a un médico y más de la mitad de las mujeres embarazadas no tenían acceso a servicios prenatales. Muchas personas afirmaron tener mala salud mental y que el nivel de vacunación de las niñas y niños estaba por debajo de los estándares recomendados.

Los programas atendieron a un amplio abanico de personas que estaban excluidas de la atención sanitaria, casi una cuarta parte de ellas eran menores de edad. La mayoría eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE, con el mayor número de personas procedentes de Siria. El estudio también revela que nacionales y migrantes de la UE/del EEE tienen dificultades para acceder a los sistemas sanitarios europeos.

Muchas de estas personas vivían en condiciones precarias, en circunstancias que perjudicaban su salud, su bienestar y su acceso a la atención sanitaria. La inmensa mayoría estaba viviendo en la pobreza y casi una cuarta parte eran personas sin hogar o vivían en refugios de emergencia, campamentos, barrios pobres, casas ocupadas u hostales. No es extraño, pues, que casi dos de cada cinco personas nos dijeran que no podían pagar la atención sanitaria.

El aislamiento social era común. Más de un tercio de las personas no tenían a nadie de confianza para ayudarles cuando era necesario y la mitad se topaban con barreras lingüísticas. No es de sorprender que casi una quinta parte no fueran capaces de aclararse con la burocracia y de pasar por ella para obtener el tratamiento que necesitaban.

Muchas personas estaban bajo una enorme tensión emocional. Algunas habían huido de la guerra y del conflicto, otras estaban escapando de la persecución a causa de sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia o su orientación sexual. Casi dos tercios de las y los pacientes estaban separados de sus hijos e hijas menores de 18 años y la mitad nos contaron cómo habían sido víctimas de la violencia.

1. OMS. "Cobertura sanitaria universal", Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

2. Naciones Unidas. "Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad", Plataforma de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.es/educablog/2773/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>).

CIFRAS DE 2016

LAS PERSONAS QUE ATENDIMOS:

- El 22,2% de las personas eran menores de 18 años (9.626/43.286), el 8,3% eran menores de 5 años (3.578/43.286), y el 2,3% eran personas adultas a partir de 70 años (988/43.286).
- El 79,1% eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (34.227/43.286), el 12,1% eran nacionales (5.227/43.286) y el 7,5% eran migrantes de la UE/del EEE (3.257/43.286).
- La mayor proporción de migrantes provenían de Siria, el 13% (5.613/43.286), seguida por el 11,3% de Afganistán (4.874/43.286).

VULNERABILIDADES EN LA SALUD Y EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA:

- Una abrumadora mayoría de personas, el 89%, vivían por debajo del umbral de la pobreza en el país en el que estaban (6.725/7.560).
- El 23,8% (1.954/8.197) de las personas vivían en condiciones precarias, esto incluye el 11,9% (976/8.197), que eran personas sin hogar o que vivían en centros de emergencia; el 2,1% vivían en campamentos o en barrios pobres (173/8.197), el 1,7% en casas ocupadas (141/8.197) y el 7,1% en una organización de beneficencia, asociación o hotel (581/8.197). Más migrantes de la UE/del EEE (el 26,7%) declararon ser personas sin hogar.
- El 38,9% declararon no tener una red social fiable (2.500/6.421) incluido el 12% (769/6.421), que declararon que no tenían a nadie que les ayudase, apoyara o consolara en su ciudad o en su pueblo actual.
- El 61,7% (1.496/2.425) de las personas estaban separadas de una parte o el total de hijas e hijos menores de 18 años (el 5,9% y el 55,8% respectivamente).
- El 56,2% de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE hablaron de violencia durante la consulta (8.857/15.749).

Cuando se les preguntó por qué habían dejado su país de origen, el 18% de respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE declararon haber sufrido discriminación por sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia o su orientación sexual (799/4.441). El 14,1% de las respuestas eran que habían escapado de la guerra o de un conflicto (628/4.441) y el 5,6% declararon que habían escapado por conflictos familiares (248/4.441).

El 49,7% tenían permiso para residir en el país en el que vivían (4.882/9.832).

- El 49,7% de personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE en situación administrativa irregular limitaban sus movimientos en público por miedo a ser arrestadas (684/1.377).

ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA:

- La mayoría de las personas, el 55,2%, declararon no tener cobertura sanitaria (5.582/10.120). Otro 18,3% (1.847/10.120) tenían cobertura solo para la atención de urgencias.
- Cuando se les preguntó acerca de las barreras al acceso a la atención sanitaria, el 18,9% de las respuestas indicaban que la persona no había intentado acceder a los servicios sanitarios (1.734/9.184), el 17% encontró barreras administrativas (1.558/9.184), el 16,3% de las respuestas señalaban tener barreras económicas (1.493/9.184) y el 2,2% (205/9.184) indicaban no tener acceso a los servicios sanitarios por miedo a que les arrestasen.

PROBLEMAS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD:

- Las patologías crónicas más comunes eran las cardiovasculares (el 19,9%; 1.945/9.774), seguidas de las musculares y óseas (el 13,2%; 1.293/9.774), las digestivas (el 12,2%; 1.191/9.774), las endocrinas, las metabólicas y las nutricionales (el 11,6%; 1.133/9.774) y las psicológicas (el 10%; 975/9.774). Se observaron mayores niveles de patologías crónicas en las personas nacionales (el 71%).
- Las patologías agudas más comunes eran las respiratorias (el 19,4%; 1.639/8.435), seguidas por las digestivas (el 16%; 1.347/8.435), las musculares y óseas (el 13,5%; 1.137/8.435) y de la piel (el 13,4%; 1.128/8.435).
- La mayoría de las mujeres embarazadas no habían tenido acceso a la atención prenatal antes de acudir a los programas (el 58,4%; 215/368).
- El 42,3% de las patologías agudas del embarazo fueron declaradas por migrantes de la UE/del EEE (161/381).
- El 14,9% dijeron que su salud mental era "mala" (1.122/7.515) y el 5,8% declararon que era "muy mala" (433/7.515). Las personas nacionales declararon niveles más altos, con una salud mental "muy mala" en el 11,2% (101/906).

22,2%

de las personas eran menores de 18 años (9.626/43.286), el 8,3% eran menores de 5 años (3.578/43.286),

89%

Una abrumadora mayoría de personas, el 89%, vivían por debajo del umbral de la pobreza en el país en el que estaban (6.725/7.560).

55,2%

La mayoría de las personas, el 55,2%, declararon no tener cobertura sanitaria (5.582/10.120). Otro 18,3% (1.847/10.120) tenían cobertura solo para la atención de urgencias.

RECOMENDACIONES

Todas las personas tienen que tener un acceso equitativo a la cobertura sanitaria, independientemente de su situación migratoria o de sus recursos económicos.

Para llegar a la cobertura universal, los servicios sanitarios tienen que estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de suficiente calidad. Este principio se rige por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 de la ONU (PIDESC, 1966)³ y con las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU (ODS)⁴ y de la OMS⁵.

SOBRE EL DERECHO A LA SALUD Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Los Estados miembros tienen que garantizar la cobertura sanitaria universal para todas las personas que residan dentro de sus Estados, independientemente de su situación administrativa.

Para las instituciones de la UE

- Promover el Pilar europeo de los derechos sociales⁶ participando en nuevas iniciativas legislativas que garanticen el acceso a la protección social y, en particular, a la “asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad”, como se proclamó en las recomendaciones de la Comisión Europea⁷.

Para los gobiernos nacionales

- Implementar los compromisos internacionales como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 1966)⁸ y la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU, incluyendo el derecho del niño y la niña: “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”, incluyendo asegurar: “la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”⁹.

- Comprometerse con empeño a lograr la cobertura sanitaria universal de acuerdo con el ODS 3 y la principal prioridad de la OMS.

- Adoptar las recomendaciones formuladas por el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en sus “Observaciones finales” en su país¹⁰.

SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las políticas de salud pública nacionales deberían ser progresivas, equitativas, basadas en la evidencia e incluir vacunas, medicamentos, la atención primaria, prenatal y postnatal accesible, asequible y de calidad y la promoción de la salud.

Para las instituciones de la UE

- Seguir financiando a los Estados miembros para la cooperación y la investigación sobre la salud pública, las desigualdades sanitarias y los sistemas sanitarios para encontrar soluciones de alcance europeo, basadas en datos y que contribuyan a la elaboración de políticas.

Para los gobiernos nacionales

- Tomar medidas positivas para eliminar las barreras administrativas y la discriminación dentro de los servicios sanitarios y aumentar la sensibilización sobre los derechos y beneficios entre pacientes y el personal sanitario. Estas medidas podrían incluir campañas de información y de formación del personal de atención al público.
- Desarrollar políticas de proximidad para ampliar la cobertura a nivel comunitario y el acceso de las personas excluidas, incluyendo a mediadores culturales dentro de los servicios sanitarios.
- Reforzar la primera línea de la atención con un enfoque médico, social y psicológico integrado.

SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS CONDICIONES ECONÓMICAS

Una mejor protección social y mejores condiciones económicas son claves para acabar con la pobreza, promover el bienestar y reducir las desigualdades.

Para las instituciones de la UE

- Promover el Pilar europeo de derechos sociales participando en nuevas iniciativas legislativas que garanticen el acceso a la protección social. El Parlamento Europeo debería votar nuevas directivas para instar a los Estados miembros a incorporar en la legislación nacional las recomendaciones de la Comunicación COM (2017)¹¹ sobre el pilar social, especialmente la recomendación número 16 sobre sanidad: “Toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a la asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad”.

- Proponer una estrategia de implementación y seguimiento en la que participen todos los organismos relevantes para que los Estados miembros de la UE cumplan los ODS 1, 10 y 11.

Para los gobiernos nacionales

- Respalidar y proclamar en la próxima Cumbre Social Europea el Pilar europeo de derechos sociales, especialmente la protección e inclusión social.
- Acabar con los recortes de las prestaciones de la seguridad social y proporcionar un nivel básico de apoyo financiero a todas las personas para cumplir las obligaciones contraídas en virtud de los ODS 1 y 10 para acabar con la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.
- Proporcionar a todas las personas una vivienda adecuada y segura a fin de cumplir las obligaciones contraídas en virtud del ODS 11.
- Tratar la exclusión social, la discriminación y las desigualdades a través de la provisión de servicios y de colaboraciones con las ONG y con las organizaciones comunitarias.

3. OHCHR, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.” 1966 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

4. Naciones Unidas. “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad.” Plataforma de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.org/educablog/2773/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>).

5. OMS. “Cobertura sanitaria universal.”, Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

6. Comisión Europea. “El pilar europeo de derechos sociales en veinte principios.” 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es).

7. Comisión Europea. “Propuesta de proclamación interinstitucional sobre el pilar europeo de derechos sociales.” COM(2017) 251 final, 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=COM:2017:251:FIN>).

8. OHCHR, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.” 1966 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

9. OHCHR. “Convención sobre los Derechos del Niño.” 1989 (página consultada el 10 de octubre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).

10. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Observaciones Finales.” OHCHR, 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=sp&TreatyID=9&DocTypeID=5).

11. Comisión Europea. “COMMISSION RECOMMENDATION of 26.4.2017 on the European Pillar of Social Rights” 2017 (página consultada el 10 de septiembre 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17625&langId=en>).



SOBRE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES

El principio de la cobertura sanitaria universal y equitativa debería aplicarse a todas las personas que residan de facto en un país, independientemente de su situación administrativa.

Para las instituciones de la UE

- La futura reforma del Sistema Europeo Común de Asilo¹² debería establecer disposiciones para regularizar a personas nacionales de terceros países gravemente enfermos y protegerlas de la expulsión cuando en el país al que vayan a ser expulsada no exista un acceso efectivo y adecuado a la atención sanitaria.

Para el Consejo de Europa

- Adoptar una postura clara y renovada sobre la protección del secreto médico y la confidencialidad en la relación médico-paciente. Los expedientes médicos, el personal y los servicios sanitarios no tendrían que verse comprometidos por los objetivos de la política de inmigración.

Para la ONU

- Tanto el Pacto Mundial sobre los Refugiados¹³ como el Pacto Mundial sobre Migraciones¹⁴ deberían incluir el acceso a la atención sanitaria universal en sus principios y mencionar el compromiso por parte de los Estados miembros de la ONU de proporcionar cobertura sanitaria para personas refugiadas y migrantes, de manera que la prestación del servicio público, incluida la atención sanitaria, deje de ser limitada y utilizada como elemento de disuasión para las personas que emigren o soliciten asilo.
- Tanto el Pacto Mundial sobre Refugiados como el Pacto Mundial sobre Migraciones deberían guiar a los Estados miembros a comprometerse en una acción concreta para crear una ruta migratoria segura y sin violencia por vías legales hacia los países de destino, así como establecer disposiciones para que cada Estado miembro garantice el cumplimiento de las normas de derechos humanos, al cooperar con terceros países sobre las políticas de retorno y los procedimientos de asilo.

Para los gobiernos nacionales

- Comprometerse a aplicar la Comunicación de la Comisión sobre la protección de los menores migrantes del 12 de abril de 2017¹⁵. Especialmente, se trata de garantizar que todos los niños y niñas tengan acceso a la atención sanitaria y al apoyo psicosocial en tiempo oportuno; de reforzar los sistemas de protección de la infancia a lo largo de las rutas migratorias y de acabar con las determinaciones médicas de la edad, invasivas y poco fiables.
- Establecer una separación funcional entre los servicios de protección, sanitarios y de asistencia social por un lado, y las oficinas de inmigración por otro. Se debería prohibir expresamente que el personal sanitario o de los servicios sociales declarara el nombre de pacientes a los servicios de inmigración. Esto se tendría que cumplir de manera estricta, así como comunicárselo tanto a pacientes como al personal sanitario.

SOBRE CIUDADANOS Y CIUDADANAS DE LA UE/DEL EEE

El principio de libre circulación y residencia de los ciudadanos y ciudadanas de la UE se tendría que ampliar al derecho a la salud.

Para las instituciones de la UE

- Tomar parte en un nuevo marco jurídico para que la UE garantice el acceso a la atención sanitaria a todas las personas migrantes de la UE/del EEE, ya sean residentes o no e independientemente de su situación con la seguridad social.
- Priorizar en las negociaciones del Brexit el acceso a la cobertura sanitaria tanto para ciudadanos y ciudadanas de la UE que vivan en el Reino Unido como para personas ciudadanas del Reino Unido que vivan en Europa.

12. Parlamento Europeo. "Reform of the Common European Asylum System." Legislative Train Schedule Towards a New Policy on Migration, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-towards-a-new-policy-on-migration/file-reform-of-the-common-european-asylum-system>).

13. Naciones Unidas. "Global Compact on Refugees" Refugees and Migrants, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://refugeesmigrants.un.org/refugees-compact>).

14. Naciones Unidas. "Global Compact on Migrants" Refugees and Migrants, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://refugeesmigrants.un.org/migrants-compact>).

15. Comisión Europea. "Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo: Protección de los menores migrantes." COM(2017) 211 final, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/ES/COM-2017-211-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF>).



INFORME DEL OBSERVATORIO DE 2017

El Informe anual del Observatorio está producido por la Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud, que reúne a programas de MdM, a ONG colaboradoras y personal académico que quiere contribuir a reducir las desigualdades sanitarias en la UE. Es un estudio observacional de las personas excluidas de los principales servicios sanitarios.

El propósito de este informe es presentar datos, analizados y aprobados por un eminente epidemiólogo, sobre las personas excluidas de los principales servicios sanitarios, junto con testimonios y fotografías recogidos en programas dirigidos por MdM y ONG colaboradoras. Está destinado a responsables de políticas a nivel local, regional, nacional y comunitario, proporcionándoles la base factual sobre la reducción de las vulnerabilidades en salud e identificando las maneras en que los sistemas sanitarios podrían ser más receptivos y adaptados. También es valioso para que profesionales de corte académico adquieran una mayor comprensión sobre cómo las vulnerabilidades contribuyen a las desigualdades sanitarias y viceversa.

Desde 2006, los siete informes del Observatorio han ido ampliando gradualmente la cobertura geográfica de la recogida de datos, así como el enfoque: desde personas migrantes en situación administrativa irregular hasta todas las y los pacientes atendidos en programas de MdM y organizaciones colaboradoras. Se pueden encontrar los informes anteriores en: www.mdmeuroblog.wordpress.com

Este Informe del Observatorio de 2017 incluye datos, testimonios y fotografías recopilados por trece programas desde enero hasta diciembre de 2016. Dichos programas son tanto médicos como no médicos, se recogieron en ellos datos sociales y médicos. Hubo un total de 110.277 consultas médicas y sociales.

El informe se elaboró en colaboración con el Institute of Global Health, University College London (UCL). El Instituto, con más de 160 personas empleadas y acceso a los conocimientos técnicos de más de 200 profesionales de toda la UCL, colabora en distintas disciplinas para encontrar soluciones a los problemas de salud mundiales con un enfoque multidisciplinario central en su investigación y su enseñanza.

ESTRUCTURA

Este Informe del Observatorio:

- proporciona una breve descripción del contexto político, normativo y legal, junto con la recopilación de los datos y los testimonios;
- describe lo observado en los datos relativos a las demografías y los países de origen;
- observa qué vulnerabilidades en la salud y en el acceso a la atención sanitaria tenían las y los pacientes;
- registra los niveles de cobertura sanitaria y el acceso a la atención sanitaria;
- describe los problemas de salud diagnosticados y el estado de salud que los y las pacientes declararon;
- proporciona una conclusión general sobre los principales hallazgos; y
- presenta recomendaciones a las instituciones, los gobiernos nacionales y las asociaciones relevantes para mejorar el acceso a la atención sanitaria de las personas que se ven confrontadas con múltiples vulnerabilidades en la salud.



● ●

Los programas de MdM y de nuestros colaboradores son diversos y proporcionan una serie de servicios médicos y sociales. Algunos están adaptados para satisfacer necesidades específicas, tales como los programas de reducción de daños/ riesgos, otros están abiertos a todos.

● ●

PROGRAMAS PARTICIPANTES

Los programas de MdM y organizaciones colaboradoras son diversos y proporcionan una serie de servicios médicos y sociales. Algunos están adaptados para satisfacer necesidades específicas, tales como los programas de reducción de daños/riesgos, otros son más generales. La diversidad es el punto fuerte del Informe del Observatorio: proporciona una percepción de un amplio abanico de pacientes excluidos. Todos los programas facilitan servicios de atención primaria de salud gratuitos (a menos que se especifique lo contrario), apoyo social e información. Aunque todos los programas recogen datos sobre las circunstancias sociales de los y las pacientes, solo los programas clínicos recogen datos médicos*.

Alemania: Los programas de MdM en Múnich y en Hamburgo tienen consultas especializadas de pediatría, ginecología y psiquiatría, así como asesoramiento jurídico. La clínica de Hamburgo funciona en colaboración con Hoffnungsorte, una asociación de apoyo a las personas necesitadas, y la clínica de Múnich ofrece asesoramiento jurídico en colaboración con Café 104.

Bélgica: Los programas de MdM en Amberes y en Bruselas proporcionan atención dental, apoyo psicológico, acceso a pruebas de detección, planificación familiar y clínicas especializadas para las mujeres.

Eslovenia: Filantropía Eslovena ha estado trabajando en campamentos fronterizos desde 2015, proporcionando servicios sociales, consultas médicas y apoyo psicosocial a las personas sin seguro de enfermedad.

España: MdM España ofrece servicios sociales y de referencia en sus programas en Alicante, Bilbao, Málaga, Sevilla, Tenerife, Valencia y Zaragoza. Entre sus servicios están las campañas de sensibilización sobre la salud y las formaciones sobre la promoción de la salud, la mediación intercultural entre profesionales y las y los usuarios de los programas, cursos de educación por pares, detección rápida del VIH y formación sobre las pruebas de detección del VIH para profesionales que trabajan en los servicios públicos.

Francia: Tres clínicas de MdM en Burdeos, Niza y Rouen tienen consultas médicas y derivación hacia el sistema sanitario general. La clínica de Niza también tiene consultas psiquiátricas.

Grecia: Seis clínicas de MdM en Atenas, Chania, Lesbos, Patras, Perama y Tesalónica proporcionan vacunación, atención prenatal y consultas de especialistas; en algunas clínicas también hay apoyo psicológico. El programa de Lesbos está dirigido exclusivamente a la población refugiada con un apoyo específico, y especialmente a menores no acompañados ni acompañados.

Irlanda: El Centro de Derechos de Migrantes de Irlanda, en Dublín, tiene un centro de acogida para que personas migrantes aprendan sobre el acceso al empleo y el derecho laboral y proporciona asesoramiento jurídico.

Luxemburgo: Dos clínicas de MdM en Esch-sur-Alzette, Luxemburgo, proporcionan servicios sociales y médicos a personas sin acceso a la atención sanitaria.

Noruega: El Centro de Salud para Migrantes Indocumentados de Oslo lo dirigen la fundación Church City Mission y la Cruz Roja Noruega en Oslo. La clínica proporciona atención primaria, servicios dentales, salud mental, apoyo psicosocial y actividades.

Países Bajos: MdM Países Bajos lleva varios programas en Ámsterdam y La Haya -entre los cuales una unidad móvil- destinados a dispensar servicios de apoyo social, a derivar a pacientes a un médico generalista y a recetar medicamentos en venta libre.

Reino Unido: La clínica de MdM de Londres proporciona atención primaria y asistencia para registrarse con un médico generalista, como punto de entrada hacia la atención primaria y secundaria general. Una clínica especializada en familias proporciona servicios a mujeres embarazadas y a menores de edad.

Rumanía: La ONG Carusel tiene un programa destinado a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de drogas y de alcohol, personas en situación de prostitución, sin hogar y las personas con bajos ingresos.

Suecia: Además de la atención primaria, el programa de MdM en Estocolmo proporciona asesoramiento jurídico a ciudadanos y ciudadanas europeos y a solicitantes de asilo.

Suiza: MdM Suiza tiene un programa en el cantón de Neuchâtel y una clínica recién inaugurada en La Chaux-de-Fonds. El nuevo centro ofrece consultas de enfermería y asesoramiento de asistencia social para migrantes en situación administrativa irregular y solicitantes de asilo durante su primer año en el país.

*Nota: el informe no incluye los datos de todas las personas que acudieron a los programas de MdM y de sus colaboradores. Véanse las Limitaciones.

EL CONTEXTO POLÍTICO: LA SALUD Y LA SOLIDARIDAD EN EUROPA

Las experiencias de nuestros y nuestras pacientes se deben estudiar desde el contexto de una serie de decisiones políticas que resultan de una falta de voluntad política para instaurar la atención sanitaria universal y para respetar el derecho a la atención sanitaria, tanto a nivel europeo como nacional.

El Director General de la OMS ha convertido la cobertura sanitaria universal en una prioridad: "La cobertura sanitaria universal es, en última instancia, una opción política. Su implantación es responsabilidad de cada país y gobierno nacional"¹⁶. Pero en 2016, el acceso a la atención sanitaria universal experimentó recortes significativos en Europa, especialmente para las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

El aumento del populismo parece haber provocado un alejamiento del discurso de austeridad en Europa¹⁷. No obstante, las medidas restrictivas de los Estados miembros, especialmente en el ámbito de la salud, siguen pesando en las poblaciones vulnerables, especialmente a las personas refugiadas y migrantes.

En 2017, la Comisión Europea recomendó¹⁸ reformar el sector de la salud para reducir los déficits públicos, asegurando la relación coste-eficacia y salvaguardando la sostenibilidad fiscal. Las principales medidas que conciernen a los Estados miembros son: atención ambulatoria en vez de atención hospitalaria; mejorar la gestión; más atención primaria de salud y atención integral y la racionalización de las recetas.

Pero estas medidas están relacionadas con más recortes presupuestarios que pueden aumentar las desigualdades sanitarias afectando a necesidades de las personas más vulnerables, tales como reducciones de personal, privatización de la sanidad¹⁹, menor estancia hospitalaria y una reducción de las prestaciones.

En 2016, el gobierno irlandés abandonó su compromiso de cobertura universal²⁰ realizado en 2014. El gobierno publicó un Libro Blanco editado por el Departamento de Sanidad²¹, declarando que era inalcanzable²². En 2012, España modificó su sistema sanitario, poniendo fin al acceso universal a pesar de la continua oposición social y política al gobierno²³. En 2017, el Reino Unido siguió a Alemania²⁴ implantando medidas que aumentan el riesgo de que se trasladen los datos de las personas migrantes en situación irregular a la Oficina de Inmigración cuando acceden a la atención sanitaria²⁵. Además, en Alemania, una nueva ley restringe el acceso a los servicios sociales para ciertos ciudadanos y ciudadanos de la UE que residen legalmente en Alemania²⁶.

El enfoque de la salud en Europa está entrando en una fase crítica. El Libro Blanco sobre el Futuro de Europa de la Comisión²⁷ daba más importancia a los logros concretos y realistas y no incluía la salud como un derecho humano y la condición esencial del bienestar y de todo progreso humano. El mundo académico reconoce los avances de Europa en el ámbito de la salud, aunque recuerda las crecientes disparidades en el continente y la necesidad

de aumentar la cooperación y la investigación como ha hecho en las áreas del tabaco, la seguridad alimentaria y las enfermedades infecciosas²⁸. De igual manera, ciudadanos y ciudadanas de la UE reconocen la salud como un área prioritaria²⁹ y la sociedad civil afirma que no puede derivarse de los progresos económicos de un mercado único, sino que es una condición previa. Y como resultado, en las enfermedades crónicas, el envejecimiento de las poblaciones, la resistencia a los antimicrobianos y los costes excesivos de tratamientos innovadores, los Estados miembros ya no pueden trabajar solos³⁰.

Dentro de este contexto, los esfuerzos de la Comisión por revitalizar el Pilar social de Europa, reflejados en la Comunicación de la Comisión del 26 de abril de 2017³¹, marcaron un punto de inflexión para el sector sanitario y la responsabilidad social de la UE, para más de 220 millones de sus ciudadanas y ciudadanos trabajadores (EUROSTAT, 2017). Por lo tanto, los Estados miembros reforzarán más el ámbito de la sanidad dentro del marco de este Pilar social de Europa.

2016 fue el año más mortífero para migrantes y solicitantes de asilo que intentaron cruzar el Mediterráneo; 363.348 lo lograron y 5.079 perdieron la vida³². La crisis migratoria sigue cobrándose vidas en una población en busca de seguridad o que huye del estancamiento social en su comunidad. En el momento en que acaba de celebrar su 60º aniversario, Europa no está cumpliendo su promesa de ser un continente más solidario. Y si hay una crisis, es la de la solidaridad³³.

16. Ghebreyesus, Tedros A. "Todos los caminos llevan a la cobertura sanitaria universal." OMS-Media Center, 17 de julio de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/es/>).
17. Goodman, Peter S. "Europe May Finally End Its Painful Embrace of Austerity." The New York Times, 7 de octubre de 2016 (página consultada el 4 de septiembre de 2017 <https://www.nytimes.com/2016/10/08/business/international/europe-economy-budget-austerity.html?mcubz=1>).
18. Comisión Europea. "Semestre Europeo 2017: Evaluación de los progresos realizados en las reformas estructurales y la prevención y corrección de los desequilibrios macroeconómicos, así como de los resultados de los análisis exhaustivos en virtud del Reglamento (UE) nº 1176/2011." COM(2017) 90 final, 2017 (consultada el 4 de septiembre de 2017).
19. Tansey, Rachel. "The creeping privatisation of healthcare: Problematic EU policies and the corporate lobby push." Corporate Europe Observatory, 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <https://corporateeurope.org/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare>).
20. Departamento de Sanidad, Irlanda. "Universal Health Insurance." 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://health.gov.ie/future-health/universal-health-insurance/>).
21. Departamento de Sanidad, Irlanda. "The Path to Universal Healthcare White Paper on Universal Health Insurance." 2014 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/White-Paper-Final-version-1-April-2014.pdf>).

22. Loughlin, Elaine, and Juno McEnroe. "Universal Health Insurance Scheme Scrapped for Being Too Costly." Irish Examiner, May 22, 2016 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, www.irishexaminer.com/ireland/universal-health-insurance-scheme-scrapped-for-being-too-costly-400858.html).
23. Gonzalez de Durana, Ana Arriba, and Francisco Javier Moreno-Fuentes. "Undocumented Migrants in Spain to Regain Access to Healthcare?" ESPN Flash Report 2016/39. European Commission, 2016 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=16003&langId=en>).
24. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). "Basic Social Rights Study Germany." (página consultada el 4 de septiembre de 2017, http://picum.org/picum.org/uploads/file/_Basic%20Social%20Rights%20study%20-Germany.pdf).
25. Gentlemen, Amelia. "Crackdown on Migrants Forces NHS Doctors to 'Act as Border Guards'." The Guardian, April 20, 2017, (página consultada el 4 de septiembre de 2017, www.theguardian.com/uk-news/2017/apr/20/crackdown-migrants-nhs-doctors-border-guards-immigration-irregular-migrants).
26. Informationsverbund Asyl & Migration. "Gesetz zur Einschränkung von Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und -bürger tritt in Kraft." 30 enero de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, www.asyl.net/startseite/nachrichten/artikel/57037.html?no_cache=1&cHash=94af4b33a7946fb4d47118485a8f2fcf).
27. Comisión Europea. "Libro Blanco sobre el Futuro de Europa: Reflexiones y escenarios para la Europa de los Veintisiete en 2025." COM(2017) 2025 final, 2017.

28. European Public Health Alliance (EUPHA). "EUPHA comments on European Commission's White Paper on the Future of Europe." 29 de marzo de 2017 (página consultada el 15 de abril de 2017, <https://eupha.org/advocacy-by-eupha>).
29. Para el 70% de ellos/as según la encuesta del Eurobarómetro del Parlamento Europeo (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/en/20170426PVL00115/Two-years-until-the-2019-European-Elections>).
30. European Public Health Alliance (EUPHA). "Dear President Juncker, EU Health Collaboration is Crucial for Europe's Future." Carta abierta, 2 de junio de 2017.
31. Comisión Europea. "Recomendación de la Comisión del 26/O4/17 sobre el Pilar europeo de derechos sociales." C(2017) 2600 final, 2017 (página consultada el 3 de octubre de 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX:52017DC0250>).
32. Organización Internacional para las Migraciones. "Mediterranean Migrant Arrivals Top 363,348 in 2016; Deaths at Sea: 5,079." OIM, 1 de junio de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <https://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-top-363348-2016-deaths-sea-5079>).
33. Leroux, Luc. "Aide aux migrants: jugé en appel, Cédric Herrou estime «faire le travail de l'Etat». Police et justice, 19 de junio de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, www.lemonde.fr/police-justice/article/2017/06/19/aide-aux-migrants-juge-en-appel-cedric-herrou-estime-faire-le-travail-de-l-etat_5147639_1653578.html).

Es una Europa en crisis la que se reunió en la cumbre de Malta de febrero de 2017. Tras la firma de un acuerdo con Libia por el que el 90% de las y los probables exiliados marcharán hacia Italia (ACNUR, 2017) y 10 meses después de bloquearse la ruta del Mar Egeo, la UE sigue sin proteger y hacer accesible el asilo, sino que apoya y forma a los guardias de la costa de Libia³⁴, para romper con el modelo de negocio de los traficantes y reforzar las capacidades de las comunidades de acogida y del Estado libio. El día antes, ACNUR y la Organización Internacional para las Migraciones emitieron un comunicado declarando que Libia no era un país seguro³⁵. Para muchos organismos de derechos humanos, se incumplen los derechos de asilo y algunos derechos fundamentales de las personas migrantes inscritos en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE³⁶⁻³⁷.

Un año después del “Trato entre la Unión Europea y Turquía”, Europa mantiene la política de delegar sus responsabilidades a los denominados Estados seguros, ubicados en su periferia, lo que provoca que una parte de su clase política, también el Representante Especial del Secretario General de la ONU, reaccionen declarando que la protección no se puede externalizar³⁸. La estancia de personas migrantes en Libia es un verdadero suplicio, en el que carecen de recursos legales³⁹ y acaban en centros de detención con condiciones de higiene precarias y donde predominan las enfermedades y la malnutrición⁴⁰.

Según Human Rights Watch, los países de acogida han aumentado la disuasión con la esperanza de que no llegue más gente⁴¹. Se sospecha que Europa está ofreciendo condiciones de recepción insatisfactorias para quienes ya han alcanzado los países de la UE, tanto en términos de protección como de acceso a servicios esenciales, la mayoría de las veces en campamentos superpoblados⁴². Este es especialmente el caso de Italia, y también de Grecia, donde las autoridades han asumido las actividades de las ONG en los puntos críticos sin alcanzar un mayor nivel de servicios⁴³. Dentro de este contexto, la falta de preparación para el invierno y los incidentes de Lesbos de 2016 probablemente se vayan a repetir⁴⁴, especialmente porque los esfuerzos por reubicar a solicitantes de asilo –aunque están avanzando considerablemente– siguen siendo insuficientes⁴⁵ y algunos Estados miembros se oponen a eso⁴⁶.

No obstante, está emergiendo un amplio consenso en torno a la “crisis migratoria”, donde crecen las críticas sobre su impacto en la ayuda al desarrollo. Desde la Conferencia de La Valeta, celebrada en noviembre de 2015 y su plan de acción⁴⁷ para “abordar las causas profundas de la migración”, el Consejo Europeo ha aprobado definitivamente el principio de ayuda a cambio de controles de migración. Algunos lo ven como una palanca política adicional para reavivar el impulso político y mantener el apoyo financiero a los países del Sur⁴⁸. Otros

son más críticos⁴⁹ y perciben una desviación de los principios de la ayuda cuyo riesgo principal es la falta de adecuación con las verdaderas necesidades y, por lo tanto, la falta de eficacia y de responsabilización de los países destinatarios⁵⁰.

El 19 de septiembre de 2016, la Declaración de Nueva York fue adoptada en la Cumbre de las Naciones Unidas sobre Refugiados y Migrantes. Instaba a las Naciones Unidas a implicarse con los Estados miembros y con otros actores en la elaboración de dos Pactos Mundiales, uno sobre la migración y el otro sobre refugio, que se aprobarían en 2018⁵¹.

Esperemos que Europa tenga la voluntad política para dar un paso hacia la salud y la solidaridad y de ese modo conseguir la cobertura sanitaria universal y respetar el derecho a la atención sanitaria, tanto a nivel europeo como nacional.

34. Consejo Europeo. “Declaración de Malta de los miembros del Consejo Europeo sobre los aspectos exteriores de la migración: abordar la ruta del Mediterráneo central” Comunicado de prensa del 3 de febrero de 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2017/01/03-malta-declaration/>).
35. Organización Internacional para las Migraciones. “Joint UNHCR and IOM Statement on Addressing Migration and Refugee Movements Along the Central Mediterranean Route.” Comunicado de prensa del 2 de febrero de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <https://www.iom.int/news/joint-unhcr-and-iom-statement-addressing-migration-and-refugee-movements-along-central>).
36. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. “Fundamental Rights Report 2017.” Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017.
37. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. “Opinion of the European Union Agency for Fundamental Rights concerning an EU common list of safe countries of origin.” Opinion number 1/2016, FRA, el 23 de marzo 2016 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://fra.europa.eu/en/opinion/2016/fra-opinion-concerning-eu-common-list-safe-countries-origin>).
38. Naciones Unidas. “Conferencia de Alto Nivel sobre la gestión de la migración internacional Parlamento Europeo” Declaración de Louise Arbour, Representante Especial del Secretario General para la Migración Internacional. Bruselas: UN, 2017.
39. Misión de apoyo de las Naciones Unidas en Libia, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. “Detained and dehumanized: Report on Human Rights Abuses Against Migrants in Libya.” Túnez/OHCHR, 2016.

40. Médicos sin fronteras (MSF). “Libya: Migrants and Refugees Suffering from Disease and Malnutrition in detention Centers.” MSF, 19 de mayo de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://www.doctorswithoutborders.org/article/libya-migrants-and-refugees-suffering-disease-and-malnutrition-detention-centers>).
41. Frelick, Bill, Ian M. Kysel, and Jennifer Podkul. “The Impact of Externalization of Migration Controls on the Rights of Asylum Seekers and Other Migrants.” *Journal on Migration and Human Security* 4, no. 4 (2016): 190-220 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, www.hrw.org/sites/default/files/supporting_resources/jmhs.pdf).
42. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (ADF). “Monthly data collection on the migration situation in the EU: August 2017.” ADF, 2017 (página consultada el 28 de agosto de 2017, <http://fra.europa.eu/en/theme/asylum-migration-borders/overviews/august-2017?cldee-bmFoaGFsaWUuc2ltb25ub3RAbWVkbWVpbnNkbWVbmRlM5ldA%3d%3d&recipentid-contact-5a6070cda42ce11963800155d043fioeb1ad3d9794d4b1fa2c527f4e4fefaf18esid=1a11075f-4e86-e711-80d2-00155d040a3b&urlid=0#reception>).
43. Consejo Noruego para los Refugiados (CNR). “Lack of handover plans for the response in Greece puts asylum seekers at risk, NGOs warn.” CNR, 11 de julio de 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58582>).
44. Mdm Grecia. “How many people have to die before we stop talking about ‘random and exceptional incidents?’” Comunicado de prensa del 10 de febrero de 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://mdmgreece.gr/en/many-people-die-stop-talking-random-exceptional-incidents/>).

45. Comisión Europea. “Relocation and Resettlement: Increased efforts on resettlement and relocation must be sustained.” Comunicado de prensa del 15 de junio de 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, http://europa.eu/rapid/press-release-IP-16-2178_en.pdf).
46. Euronews. “Últimatum de la UE para aceptar la cuota de refugiados.” 16 de mayo de 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <http://es.euronews.com/2017/05/16/ultimatum-de-la-ue-para-aceptar-la-cuota-de-refugiados>).
47. Consejo Europeo. “Cumbre de La Valeta sobre migración 2015 – material relativo a la actuación de la UE.” 2015 (página consultada el 30 de agosto de 2017, <http://www.consilium.europa.eu/es/meetings/international-summit/2015/11/11-valletta-summit-press-pack/>).
48. Parlamento Europeo. “Overview of the use of EU funds for migration policies.” Parlamento Europeo, 2016 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/572682/IPOL_IDA\(2016\)572682_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2016/572682/IPOL_IDA(2016)572682_EN.pdf)).
49. Migreurop. “Externalización en todas direcciones: del acuerdo UE-Turquía a los Migration Compacts en África.” Migreurop Boletín No5, abril de 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, http://www.migreurop.org/IMG/pdf/note_5_es.pdf).
50. European Network to reduce vulnerability in Health. “Joint NGO Statement ahead of the European Council of 22-23 June 2017: Towards a migration policy that works.” (página consultada el 29 de agosto de 2017, <https://mdmneuroblog.wordpress.com/>).
51. Naciones Unidas. “Addressing Large Movements of Refugees and Migrants.” NU, 2017 (página consultada el 4 de septiembre de 2017, <https://refugeesmigrants.un.org/>).

EL CONTEXTO LEGAL: LOS ÚLTIMOS CAMBIOS LEGISLATIVOS

Los datos y los testimonios de este estudio se recogieron con un telón de fondo de cambios legislativos que limitaron considerablemente el acceso a la atención sanitaria. Esta sección abarca los cambios recientes en la legislación de sanidad, bienestar social y migración por toda Europa. Para un resumen completo de la situación jurídica en los países europeos, véase el *MdM Legal Report*.⁵²

FRANCIA

Francia tiene un sistema de pago por terceros, que es gratuito en el punto de utilización de los servicios y estaba destinado a aplicarse a todas las personas cubiertas por el seguro social de enfermedad antes de finales de 2017. En julio de 2017, el Ministro de Solidaridad y Sanidad francés declaró que esta disposición no estaría vigente hasta finales de 2017.

Una nueva ley estipula que los exámenes médicos para determinar la edad, por sí solos, no pueden ser prueba suficiente para la denegación de la protección⁵³. La ley sobre la igualdad real de los territorios franceses de ultramar fue aprobada en febrero de 2017, conllevando una cobertura sanitaria universal complementaria en Mayotte para 2025⁵⁴.

ALEMANIA

Una nueva ley sobre el acceso a la asistencia social, vigente desde principios de 2017, reduce los derechos de algunas personas ciudadanas de la UE que residen legalmente en Alemania a acceder a los servicios sociales, incluidos los de la atención sanitaria. Se aplica a las personas procedentes de los nuevos Estados miembros de la UE, que estén desempleadas y que no dispongan de medios suficientes para mantenerse a sí mismas, o aquellas que adquieran la residencia permanente a través de sus descendientes. La ley se aplica durante los cinco primeros años de su estancia en Alemania. Para estas personas, la atención sanitaria está limitada a las patologías agudas solo, durante un mes como máximo (y solo una vez cada dos años).

IRLANDA

El plan del seguro de enfermedad universal fue abandonado por el gobierno al ser considerado como inalcanzable. La atención de un médico generalista gratuita para menores de 12 años, que inicialmente se suponía que iba a introducirse en octubre de 2016, ahora se ha retrasado.

ITALIA

En marzo de 2017 se adoptó una nueva ley para la protección de menores no acompañado que proporciona una mejor protección y un mejor sistema de recepción, que se armonizarán a nivel nacional. Prohíbe la deportación de menores de edad, establece un plazo máximo de detención en los centros de recepción de 30 días (en vez de 60 días) y refuerza los derechos de los niños y las niñas a acceder a la atención sanitaria y a la educación⁵⁵.

En julio de 2017, el Gobierno aprobó un decreto en el que la vacunación contra el sarampión y otras nueve enfermedades pasaba a ser obligatoria para las y los menores de 17 años, siendo gratuita cualquiera de las vacunas incluidas en la lista obligatoria.

El sistema de copago sanitario (ticket sanitario) es actualmente objeto de debate a nivel gubernamental y regional⁵⁶.

SUECIA

En julio de 2016, entró en vigor una ley provisional que limita la posibilidad para solicitantes de asilo de obtener la residencia permanente y de ser elegibles para la reunificación familiar. Antes de esto, las personas refugiadas y quienes necesitaban protección subsidiaria podían recibir un permiso de residencia permanente⁵⁷. De conformidad con la nueva ley temporal, a las y los refugiados se les concede un permiso de residencia de tres años, y a quienes necesitan protección subsidiaria se les concede un permiso de residencia de 13 meses⁵⁸.

REINO UNIDO

En enero de 2017, un memorándum de entendimiento entró en vigor, habilitando al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, NHS digital, el compartir datos no clínicos con el Ministerio del Interior sobre las personas sospechosas de cometer delitos relacionados con la inmigración e incluyendo los nombres y las direcciones de los infractores de las leyes de inmigración. El memorándum está destinado a: "[promover] el retorno voluntario al negar el acceso a prestaciones y a servicios [a quienes permanezcan ilegalmente en el Reino Unido] no tengan derecho a ellos", creando así otro elemento que disuade a las personas migrantes y refugiadas de acceder a la atención sanitaria⁵⁹.

52. "2017 Legal Report on Access to Healthcare in 17 Countries." (<https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>).

53. Mission Mineurs Non Accompagnés. "Rapport annuel d'activité 2016 Mission mineurs non accompagnés." 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1RAA_MMNA_2016.pdf).

54. Chateaufort, Marion. "Mayotte 2025 une ambition pour la République: document stratégique." p.16, 2016 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <http://www.mayotte.pref.gouv.fr/content/download/5164/43644/file/Mayotte%202025%20Une%20ambition%20pour%20la%20R%C3%A9publique%20-%20document%20strat%C3%A9gique.pdf>).

55. Comité italiano de UNICEF. "Approvata la 'Legge Zampa': più tutele e inclusione per i minori stranieri non accompagnati." UNICEF, el 29 marzo de 2017 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.it/doc/7324/approvata-la-legge-zampa-per-minori-stranieri-non-accompagnati.htm>).

56. Russo, Paolo. "Ticket sanitari meno cari ma stretta sulle esenzioni attraverso il reddito Isee." *La Stampa*, 6 de abril de 2017 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <http://www.lastampa.it/2017/04/06/economia/ticket-sanitari-meno-cari-ma-stretta-sulle-esenzioni-attraverso-il-reddito-isee-9YDmllCDUphleUeMJQ9LiM/pagina.html>).

57. Dirección General de Migraciones sueca. "Protection Status." 19 de junio 2017 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/When-you-have-received-a-decision-on-your-asylum-application/If-you-are-allowed-to-stay/Protection-status.html>).

58. Dirección General de Migraciones sueca. "Protection Status." 19 de junio 2017 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <https://www.migrationsverket.se/English/Private-individuals/Protection-and-asylum-in-Sweden/When-you-have-received-a-decision-on-your-asylum-application/If-you-are-allowed-to-stay/Protection-status.html>).

59. Traducción libre de la cita. Home Office, Department of Health, and NHS Digital. "Memorandum of Understanding between Health and Social Care information centre and the Home Office and the Department of Health." 2017, pp.4-6 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/585928/MOU_v3.pdf).

LAS PERSONAS QUE ATENDIMOS

DEMOGRAFÍA

Los datos fueron recogidos en un total de 110.277 consultas durante el transcurso del año. La ilustración 1 muestra que hubo 36.409 consultas médicas y 73.868 consultas sociales. El mayor número de consultas se llevaron a cabo en Grecia, el 68,7% (75.766/110.277), mientras que el programa de Rumanía es el que tuvo el menor número de consultas, el 0,2% (208/110.277). Abril fue el mes más concurrido, con el 9,8% (10.811/110.277) de todas las consultas durante ese periodo. Agosto fue el mes más tranquilo, con solo el 4,2% (4.616/110.277) de todas las consultas.

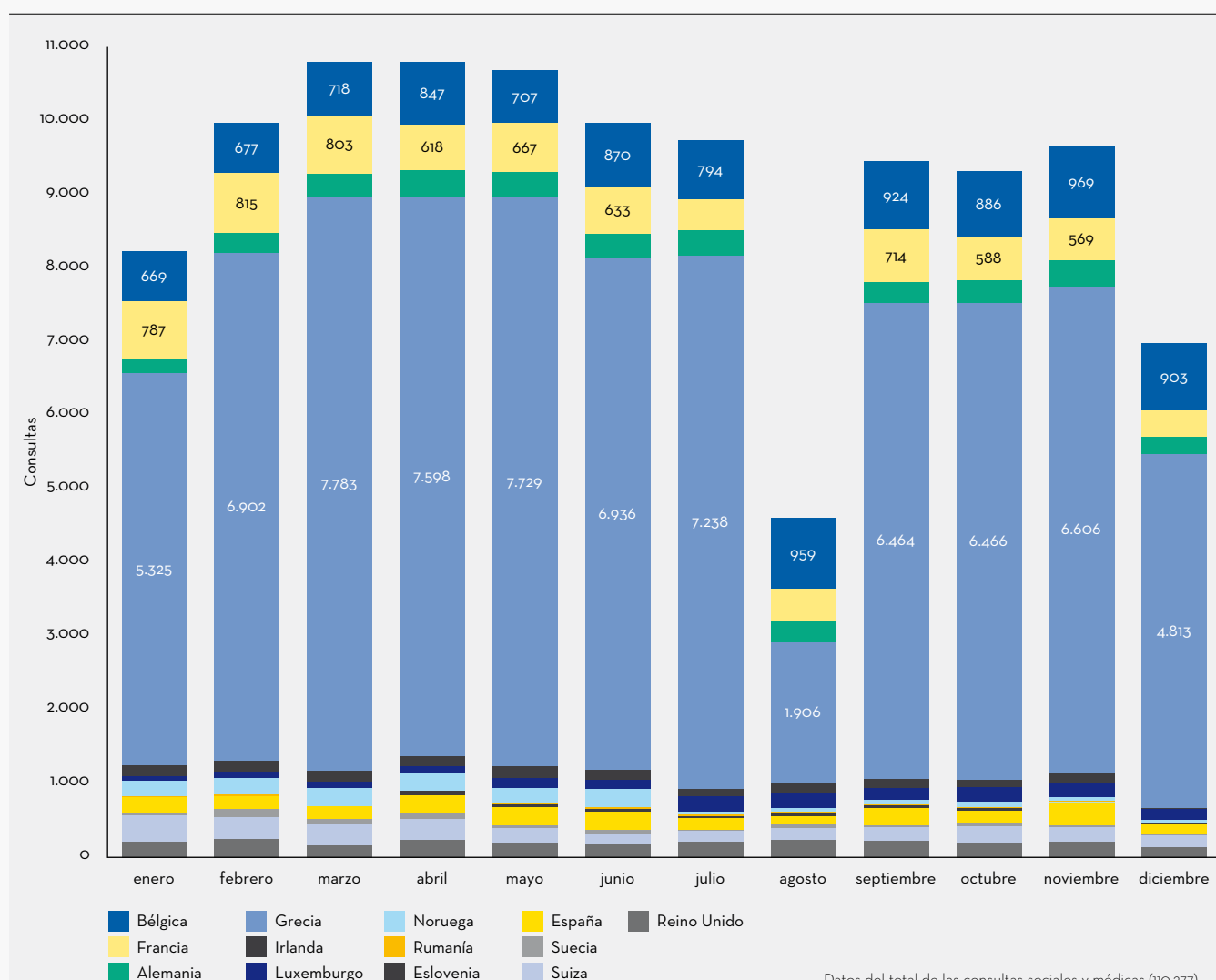
Los programas atendieron a 43.286 personas individualmente en consultas médicas y sociales. Entre las personas usuarias de los servicios hubo más hombres (el 58,2%: 25.183/43.286) que mujeres (el 41,5%: 17.963/43.286). El promedio de edad fue de 31 años. Alrededor del 22,2% de las personas eran menores de 18 años (9.626/43.286), el 8,3% eran menores de 5 años (3.578/43.286), y el 2,3% tenían 70 años o más (988/43.286).

La ilustración 3 (y las ilustraciones siguientes) presentan los datos agrupados con arreglo a los países de origen que declararon los y las propias usuarias de los servicios,

clasificándolos como: ciudadano/as nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE. Esta clasificación se basa en el país de origen que cada persona declaró cuando acudió a uno de los programas. Hay limitaciones en esta clasificación que se tendrían que considerar (para más detalles, véase la sección sobre "Limitaciones"). Las y los **ciudadanos nacionales** son quienes acudieron a un programa en sus países de origen; **migrantes de la UE/del EEE** son quienes indican como país de origen uno miembro de la UE/del EEE o Suiza, pero que acudieron al programa de otro país de la UE/del EEE o Suiza; y **migrantes de fuera de la**

Ilustración 1.

Consultas médicas y sociales por meses y por países



Datos del total de las consultas sociales y médicas (110.277).

UE/del EEE, son quienes indica un país de origen que no es miembro de la UE/del EEE o Suiza.

De todas las personas atendidas, el 79,1% (34.227/43.286) eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE; el 12,1% (5.227/43.286) eran ciudadano/as nacionales; y el 7,5% (3.257/43.286) eran migrantes de la UE/del EEE. En todos los grupos de edad, la mayoría de las personas eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE. La mayor proporción de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE se daba en el grupo de edad de 15-19 años, el 92% (3.222/3.502).

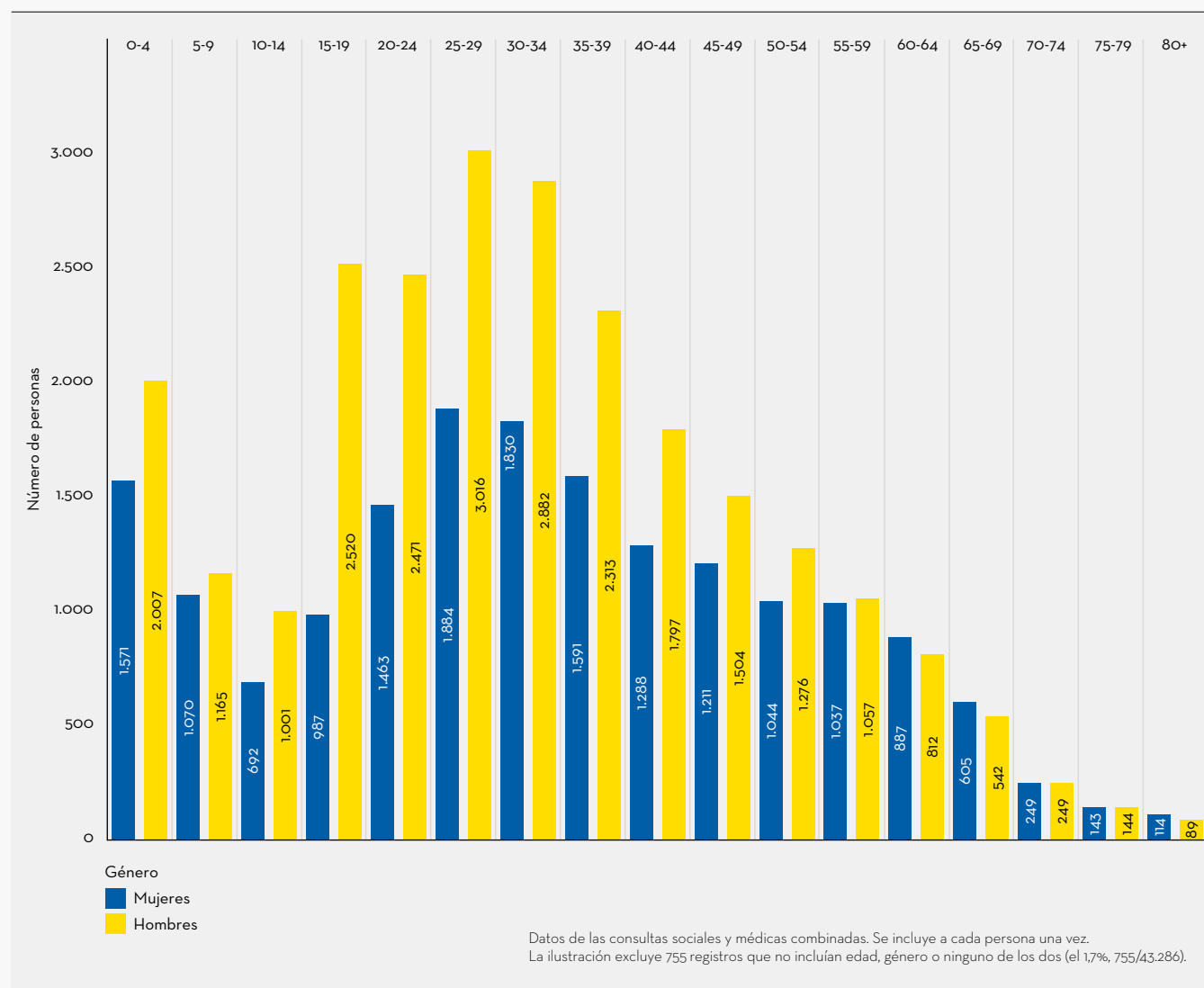
La proporción de los y las migrantes de la UE/del EEE se incrementa con cada categoría de edad. En general, el perfil de edad de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE es de personas más jóvenes que los y las migrantes de la UE/del EEE.

En 2016, el 0,5% (213/43.286) de las personas atendidas en nuestros programas eran menores no acompañado/as, que se definen como las personas menores de 18 años que están separadas de ambos padres y que no están bajo el cuidado de ninguna persona adulta que por ley o por costumbre tenga la responsabilidad de hacerlo. Grecia

registró el mayor número de menores no acompañados, con el 24,4% de todos los menores no acompañados atendidos en los programas (52/213)⁶⁰.

Ilustración 2.

Grupo de edad y género de las personas



⁶⁰ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. "Directrices sobre políticas y procedimientos relativos al tratamiento de niños no acompañados solicitantes de asilo." Geneva: UNHCR, 1997 (página consultada el 10 de octubre de 2017, <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47b55cc42>).

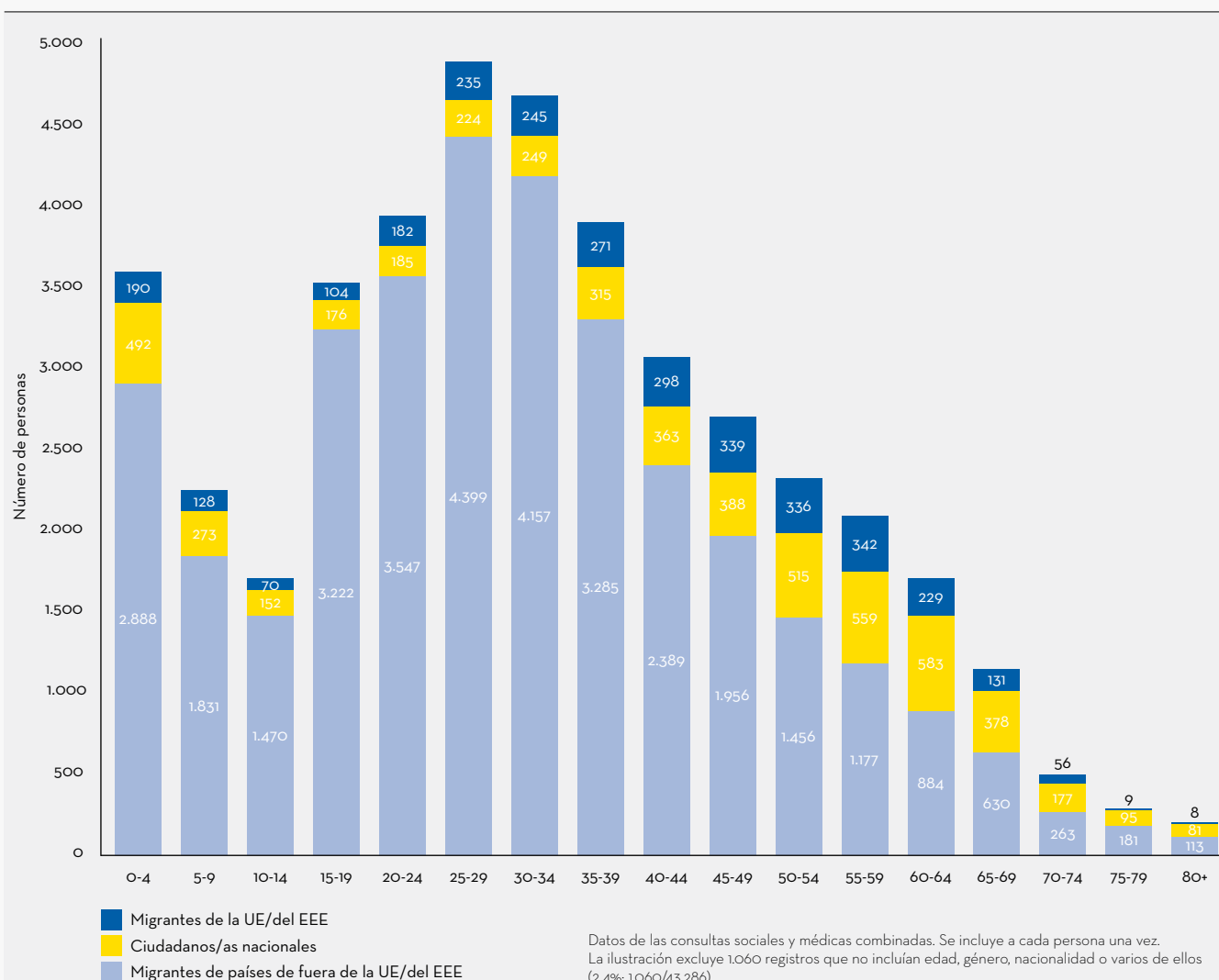
● ●

Las y los ciudadanos nacionales son quienes acudieron a un programa en sus países de origen; migrantes de la UE/del EEE son quienes indican como país de origen un miembro de la UE/del EEE o Suiza, pero que acudieron al programa de otro país de la UE/del EEE o Suiza; y migrantes de fuera de la UE/del EEE, son quienes indica un país de origen que no es miembro de la UE/del EEE o Suiza.

● ●

Ilustración 3.

Grupo de edad de personas nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



PAÍS DE ORIGEN

De los y las pacientes que recibieron atención, la ilustración 4 muestra que la mayoría procedían de Asia, el 43,% (18.593/43.286), seguida de Europa, el 29,4% (12.713/43.286) y de África, el 23,4% (10 110/43 286).

La ilustración 5 revela el país de origen de las personas atendidas en los programas. El mayor número de pacientes era de Siria, el 13,% (5.613/43.286); seguido por Afganistán, el 11,3% (4.874/43.286); Grecia, el 10,7% (4 616/43 286); Albania, el 5,7% (2.459/43.286); y Pakistán, el 4,8% (2.063/43.286).

Ilustración 4.
Continentes de origen de las personas

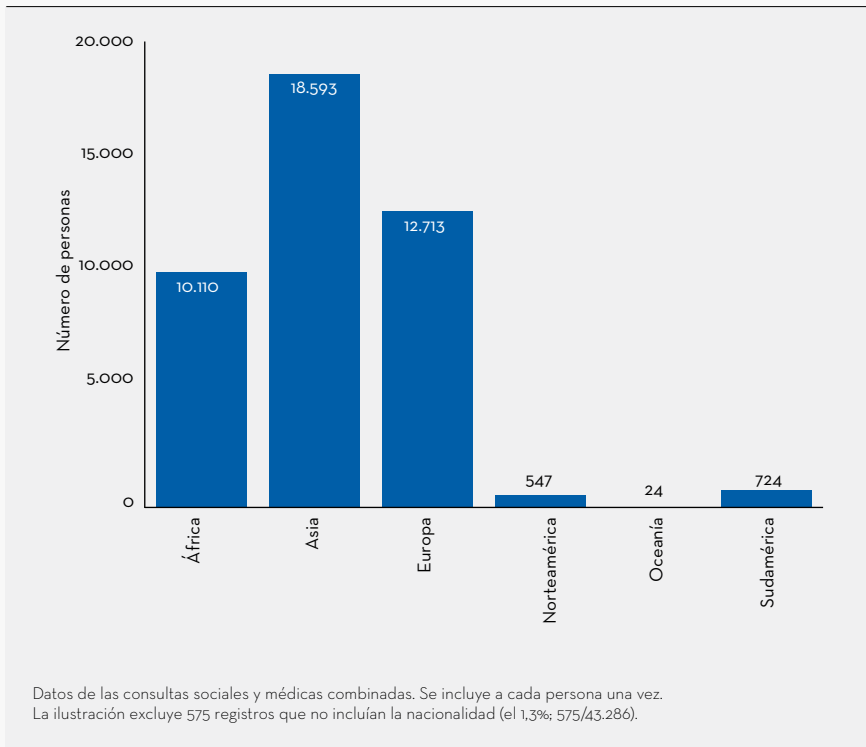
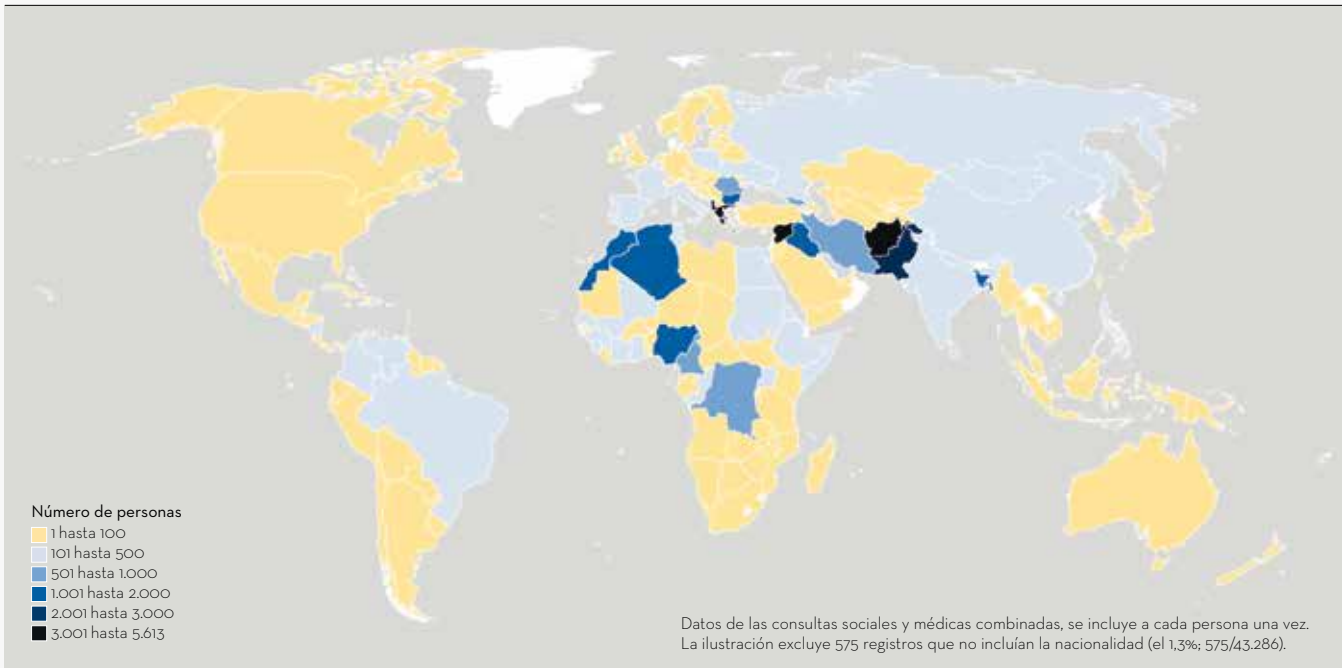


Ilustración 5.
Nacionalidades de las personas





VULNERABILIDADES EN LA SALUD Y EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

La investigación demuestra que las circunstancias socioeconómicas en que una persona nace, crece, vive y trabaja, tienen impacto en su salud y en su bienestar⁶¹. Hay varios factores e influencias externas que aumentan tanto la vulnerabilidad de una persona a la mala salud como su acceso a los servicios sanitarios. Estos “factores de vulnerabilidad” son multidimensionales y funcionan a diferentes niveles: económico, psicosocial y político. Una persona puede experimentar varios factores al mismo tiempo, lo que es probable que aumente su vulnerabilidad a la mala salud y a un deficiente acceso a la atención sanitaria. Y al ser variables, cualquiera puede experimentar los factores de vulnerabilidad en cualquier momento de su vida.

A través de la recogida de datos sobre las circunstancias económicas, psicosociales y políticas de nuestros pacientes, hombres y mujeres, podemos observar la prevalencia de diferentes factores de vulnerabilidad.

VULNERABILIDADES MATERIALES

El impacto de la pobreza en la salud está bien documentado: la evidencia revela claramente cómo los bajos ingresos tienen un impacto negativo en los resultados de salud física y mental⁶²⁻⁶⁵. Del mismo modo, las malas condiciones de alojamiento son perjudiciales para la salud. Los resultados de salud de las personas sin hogar son graves en comparación con la población general, especialmente en términos de prevalencia de las enfermedades de salud mental y de morbilidad temprana⁶⁶⁻⁶⁷. Vivir en campamentos, en barrios pobres y en casas ocupadas ocasiona una mala salud y lesiones; y raramente proporcionan una protección adecuada frente a las inclemencias del tiempo ni frente a las temperaturas extremas, ni la seguridad y privacidad necesarias⁶⁸. Las situaciones de alojamiento inestables también están asociadas con una mala salud mental y la falta de bienestar⁶⁹⁻⁷⁰.



Nombre: Klaus
País: Alemania

Klaus es un ciudadano alemán de 60 años. Se divorció en 2006 y se fue del apartamento en el que vivía con su esposa. Desde entonces, Klaus ha tenido dificultades para salir adelante económicamente. En 2016, perdió su trabajo y se ha esforzado mucho por encontrar trabajo. Sin empleo, Klaus no tiene seguro de enfermedad.

“No puedo permitirme la medicación que necesito, no puedo pagarla. Las prestaciones sociales que estoy recibiendo no son suficientes para mis gastos mensuales y la pensión alimentaria que tengo que pagar por mi hijo.”

Tras meses de no buscar ayuda médica para su tensión arterial alta y estando demasiado avergonzado para pedir ayuda a un amigo de la familia que es médico, Klaus vio un folleto de MdM. La clínica constató su tensión arterial alta y ahora le proporciona un tratamiento médico.

61. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.” Ginebra: OMS, 2008 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf).

62. Pickett, Kate, E., and Richard G. Wilkinson. “Income Inequality and Health: A Causal Review.” *Social Science & Medicine* 128, (2015): 316-326.

63. Wilkinson, Richard, G., and Kate E. Pickett. “Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence.” *Social Science & Medicine* 62, (2006): 1768-1784.

64. Pickett, Kate, E., Oliver W. James, and Richard G. Wilkinson. “Income Inequality and the Prevalence of Mental Illness: A Preliminary International Analysis.” *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, (2006): 646-647.

65. Murali, Vijaya, and Femi Oyebo. “Poverty, Social Inequality and Mental Health.” *Journal of the Royal College of Psychiatrists* 10, no. 3, (2004): 216-224.

66. Aldridge, Robert W., Alistair Story, Stephen W. Hwang, et al. “The Health Impact of Social Exclusion: A Systematic Review and Meta-Analysis of Morbidity and Mortality Data from Homeless, Prison, Sex Work and Substance Use Disorder Populations in High-Income Countries.” *The Lancet*, in press (2017).

67. Fazel, Seena, et al. “The Health of Homeless People in High-Income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, and Clinical and Policy Recommendations.” *The Lancet* 384, no. 9953 (2014): 1529-1540.

68. Dhesi, Surindar, Arshad Isakjee, and Thom Davies. “An Environmental Health Assessment of the New Migrant Camp in Calais.” Birmingham: University of Birmingham, 2015.

69. Shelter. “The Impact of Housing Problems on Mental Health.” London: Shelter, 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, https://england.shelter.org.uk/assets/images/for_professionals/Housing_and_mental_health_-_detailed_report.pdf).

70. Wilkinson, Diana. “Poor Housing and Ill Health: A Summary of Research Evidence.” The Scottish Office Central Research Unit, 1999 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <http://www.gov.scot/Resource/Doc/156479/0042008.pdf>).

TRABAJO E INGRESOS

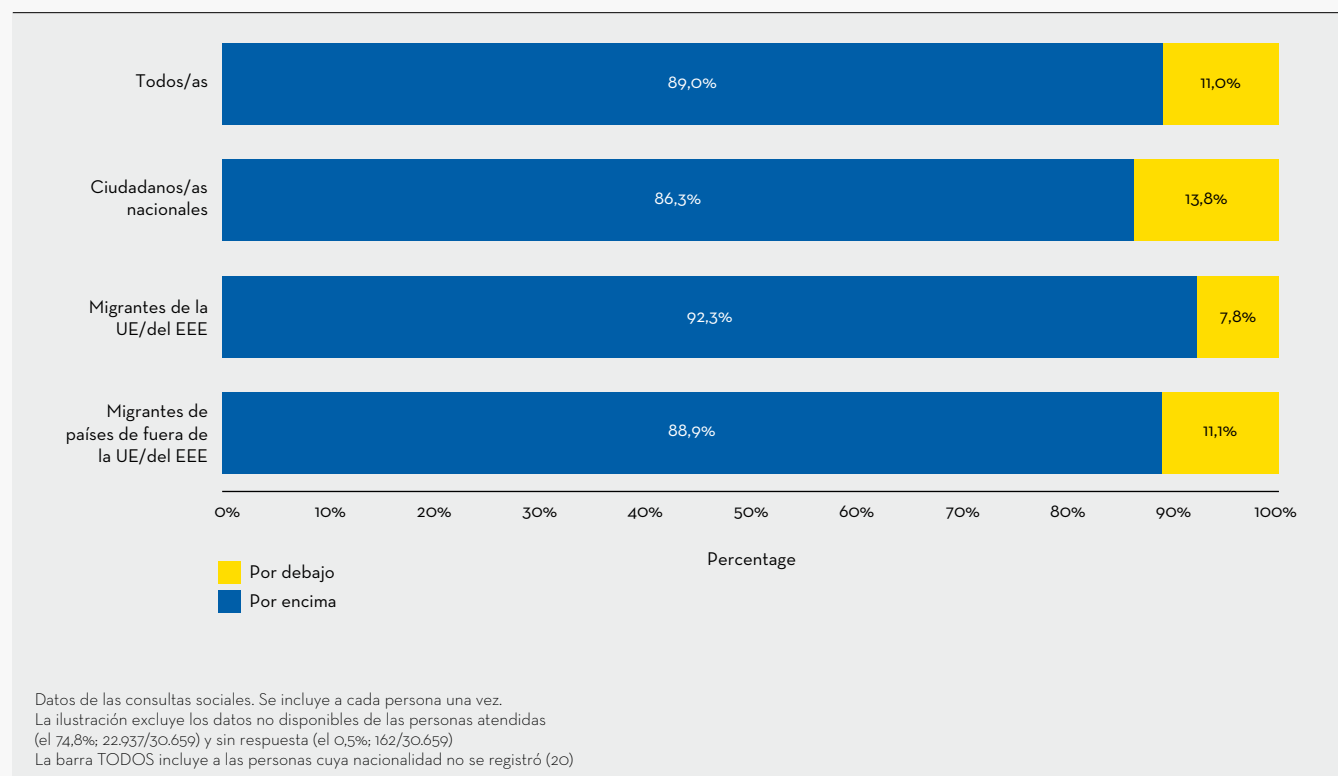
De los que respondieron, el 77,3% de personas atendidas estaban desempleadas (7.216/9.338)⁷¹. La ilustración 6 muestra que la inmensa mayoría, el 89% (6.725/7.560) vivía por debajo del umbral de la pobreza en el país en el que estaban, lo que significa que sus ingresos estaban por debajo del nivel necesario para garantizar los recursos mínimos necesarios para el bienestar físico a largo plazo y para satisfacer sus necesidades básicas (tales como alimentos, ropa y vivienda)⁷².

Había evidencia de que un mayor porcentaje de migrantes de la UE/del EEE estaban por debajo del umbral de la pobreza (92,3; 95% IC [90,4; 93,8]) en comparación con ciudadanos/as nacionales (86,3; 95% IC [83,8; 88,5]). No había evidencia de una diferencia en los niveles de pobreza entre migrantes de países de fuera de la UE/del EEE y ciudadanos/as nacionales.



Ilustración 6.

En los últimos tres meses, ¿cuánto dinero al mes tenía la persona para vivir aproximadamente (por encima o por debajo del umbral de pobreza del país)?; por ciudadano/as nacionales, migrantes de la UE/del EEE, migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



71. Excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 67,4%; 20.674/30.659) y los no aplicable/desconocido (2,1%; 647/30.659).

72. La valoración de estar por encima / por debajo del umbral de la pobreza se basa en el umbral de pobreza establecido en el país en el que la persona acudió a la consulta.

LAS CONDICIONES DE ALOJAMIENTO

El 52,8% de las personas consideraban sus condiciones de vida como temporales (4.011/7.590)⁷³. La ilustración 7 muestra que, de quienes respondieron, la mayor proporción de personas, el 46,3%, vivían con familiares y amistades (3.797/8.197), por lo que se estaban apoyando en las redes personales para alojarse. En total, el 23,8% (1.954/8.197) de las personas vivían en condiciones de alojamiento precarias, incluyendo al 11,9% (976/8.197) que eran personas sin hogar o que vivían en centros de emergencia de estancia breve (menos de 15 días); el 2,1% vivían en campamentos o en barrios pobres (173/8.197); el 1,7% en casas ocupadas (141/8.197) y el 7,1% en una organización de beneficencia, asociación u hotel (581/8.197).

La cifra de migrantes de la UE/del EEE (26,7; 95% IC [24,3; 29,3]) ofrece niveles superiores de personas sin hogar o que vivían en refugios de emergencia en comparación con los y las nacionales (6,7; 95% IC [5,2; 8,4]) y con migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (9,8; 95% IC [9,1; 10,6]). Sin embargo, estas cifras deben interpretarse con cuidado puesto que los datos no disponibles variaron entre los tres grupos.



Nombre: Arabella
País: Países Bajos

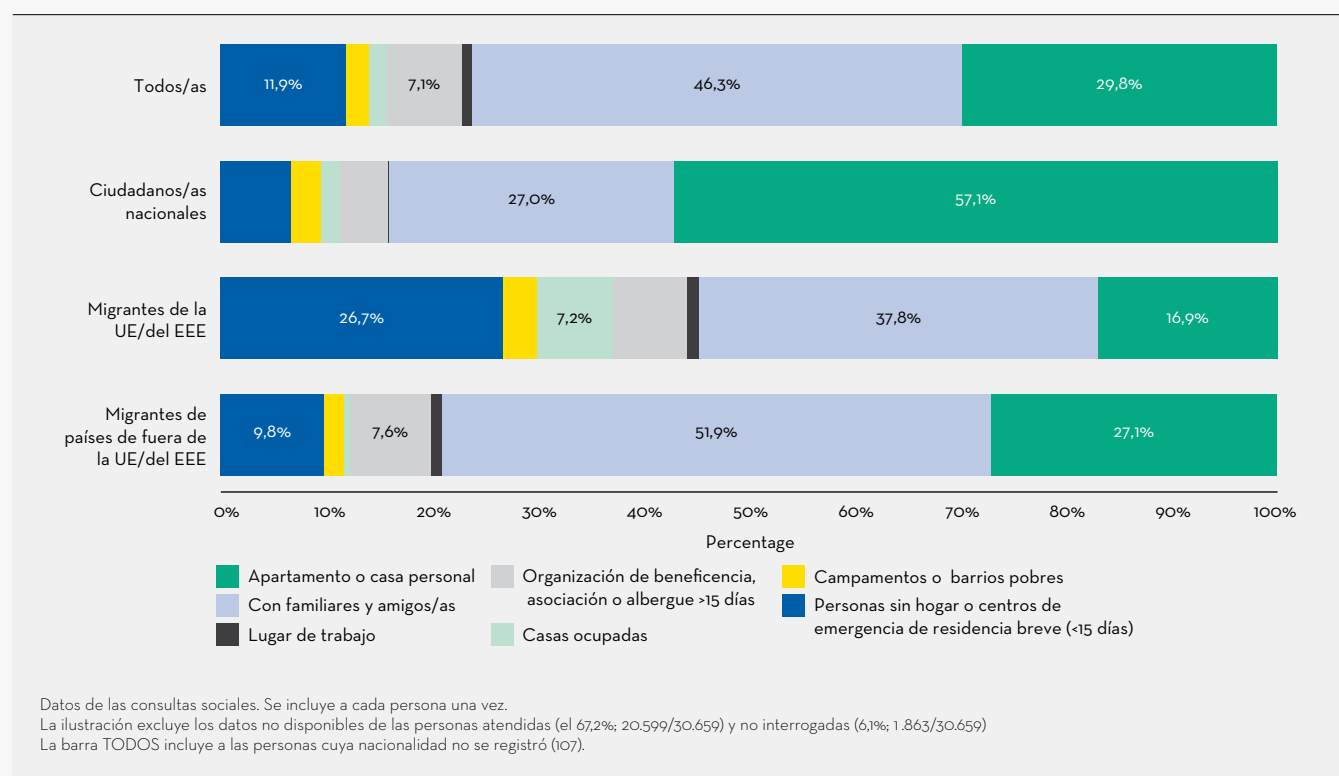
A Arabella, una voluntaria del autobús sanitario de Ámsterdam, le pidieron que fuera a un albergue para personas sin hogar, Bed Bath Bread (BBB), porque estaban preocupados por la salud de uno de los residentes. El hombre había estado enfermo durante varios días; no podía comer ni beber y tenía náuseas y diarrea. Su enfermedad se había complicado aún más por su diabetes y su tensión arterial baja. Como su problema de salud no se consideraba potencialmente mortal, el servicio de ambulancias se negó a llevarlo al hospital y los centros de salud no lo consideraron como una cita de urgencias.

Era evidente que este hombre necesitaba a un médico que pudiera derivarlo al hospital. Tras ponerse en contacto con ocho médicos de familia, había dos que quizás estaban dispuestos a ayudarlo. Uno de ellos creía que el albergue estaba demasiado lejos de él y que el hombre debía encontrar a un médico que estuviera más cerca de BBB.

Por suerte, otro médico llamó y estaba dispuesto a ayudar si le traían al hombre a su consulta, incluso cuando Arabella le explicó lo enfermo e inmóvil que estaba. Con pocas opciones disponibles, Arabella y el personal del albergue finalmente consiguieron organizar el transporte para que el hombre enfermo fuera directamente al consultorio médico y pudiera recibir atención médica.

Ilustración 7.

Situación de alojamiento por nacionales, migrantes de la UE/del EEE, migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



73. Excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 66,0%; 20.237/30.659) y no preguntadas (el 9,2%; 2.832/30.659).

VULNERABILIDADES PSICOSOCIALES

La salud y el aislamiento social están conectados: las redes sociales sólidas son un factor protector de la salud mientras que la soledad está asociada con un mayor riesgo de morbilidad y de mortalidad temprana⁷⁴⁻⁷⁵. La evidencia muestra que vivir apartado de las y los hijos es una fuente de tensión emocional y que contribuye a una mala salud⁷⁶. La lengua también es importante: quienes no saben hablar la lengua nacional tienen menos probabilidades de hacer amistades, de participar en actividades sociales, de encontrar trabajo y de acceder a los servicios.

La migración puede ser un factor de vulnerabilidad. Al trasladarse de país, la mayoría de los y las migrantes van a experimentar un grado de cambio en las circunstancias, en las relaciones familiares y sociales, en el clima, en la lengua, en la cultura y en la dieta⁷⁷, todas ellas asociadas con una mala salud mental. La migración forzosa a causa de la guerra, del conflicto o de la persecución aumenta el riesgo de mala salud mental⁷⁸ y los viajes migratorios peligrosos presentan riesgos muy reales de lesiones y de muerte.⁷⁹

LAS REDES SOCIALES Y LA VIDA FAMILIAR

La ilustración 8 revela que, de quienes respondieron, el 35,5% declararon que con frecuencia tenían a alguien que les ayudase, les apoyara y les consolara, de ser necesario, en la ciudad en la que estaban (2.280/6.421). En total, el 38,9% declararon no tener una red social fiable (2.500/6.421). Esto incluía el 12% (769/6.421), que declararon que no tenían a nadie que les apoyara de ser necesario, y el 27% (1.731/6.421) que solo a veces tenían el apoyo de alguien.

Un mayor porcentaje de migrantes de la UE/del EEE declararon que no tenían una red de apoyo social (véase la Ilustración 8: "nunca") comparado con los y las migrantes de países de fuera de la UE/del EEE y ciudadano/as nacionales. Un porcentaje menor de los y las ciudadanas nacionales declararon no tener una red de apoyo social ("nunca") comparado con las personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE y migrantes de la UE/del EEE. Sin embargo, estas cifras deben interpretarse con cuidado puesto que los datos no disponibles variaron entre los tres grupos.

De las personas atendidas en los programas, 3.051 tenían hijo/as menores de 18 años. La ilustración 9 muestra que, de quienes contestaron a la pregunta, el 55,8% declararon que ninguno de sus hijo/as vivían con ellos (1.352/2.425); otro 5,9% (144/2.425) declararon que solo alguno/as vivían con ello/as, y el 38,3% (929/2.425), vivían con todos sus hijo/as.

Hay evidencia de que las y los ciudadanos nacionales tenían un mayor porcentaje de estar viviendo con todos sus hijos (67,9; 95% IC [60,7; 74,5]) comparado con las personas migrantes de la UE/del EEE (30,7; 95% IC [26,2; 35,4]) y con migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (36,7; 95% IC [34,5; 39,0]).

La ilustración 10 revela que la mayoría de las personas (el 54,6%) atendidas en los programas necesitaron intérprete durante las consultas (21.937/40.208). Esto incluye al 48,4% (19.448/40.208) que tuvieron intérprete presente durante la consulta, al 2% (812/40.208) que tuvieron intérprete por teléfono, y al 4,2% (1.677/40.208) que no tuvieron intérprete, pese a necesitarlo.

Hay evidencia de que los y las nacionales tenían un menor porcentaje de necesidad de intérpretes (97,2; 95% IC [96,7; 97,7]) comparado con los y las migrantes de la UE/del EEE (57,4; 95% IC [55,6; 59,2]) y con los y las migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (36,0; 95% IC [35,5; 36,5]).

Es importante señalar que la presencia de una persona intérprete en una consulta no indica que el/la paciente tenga "malas" competencias lingüísticas, puesto que una persona puede comprender bien una lengua y necesitar ayuda con la terminología médica. No obstante, es un indicador potencial del conocimiento limitado de la lengua local.



Nombre: Nancy
País: Francia

Nancy, de 30 años, es de Camerún. Su familia organizó que ella se fuera a Francia, mientras que sus dos hijos se quedaban en Camerún con la familia. Antes de llegar a Francia, Nancy pasó por el Magreb y se perdió en la frontera de Libia. Allí fue violada por un soldado libio. El trauma que sufrió durante su viaje a Francia sigue atormentándola y tiene terribles pesadillas.

“Estoy asustada, le veo todo el tiempo, por todas partes, estoy asustada.”

Cuando Nancy llegó a Francia, su familia había organizado que se quedara con una mujer a la que se referiría como su "prima". Nancy se quedó embarazada poco después de su llegada a Francia y buscó ayuda del CASO y la AME (Ayuda Médica del Estado), pero no pudo solicitar el reembolso de gastos médicos. En su primera visita al CASO (Centro de Atención Sociosanitaria y Orientación) se le detectó el VIH, Nancy se quedó consternada por la noticia y se negó a creer que era seropositiva al VIH.

“No puedo tener el virus [VIH], si estoy enferma ¿por qué me siento bien? ¿por qué no se puede ver? ¿por qué no lo supe antes?”

Nancy estaba preocupada por lo que su "prima" pudiera pensar de su VIH:

“No voy a poder volver a Camerún. Allí, en Camerún, está muy mal visto, mi familia me rechazaría y la gente se muere de eso, si mi prima se entera, me rechazaría y me echará de casa.”

Su relación con su "prima" se deterioró rápidamente después de que Nancy se enterase de su VIH, le daba miedo ir a casa, pero no tenía ningún otro lugar adónde ir. Encontrar a Nancy una residencia permanente fue difícil por su situación legal. Tras esperar para entrar en un centro de maternidad durante meses, Nancy finalmente consiguió una habitación individual y dio a luz a una niña sana. Aunque, a día de hoy, sigue sin tener noticias de su situación legal y es incapaz de acceder a un alojamiento permanente.

74. Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith, Mark Baker, Tyler Harris, and David Stephenson. "Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review." *Perspectives on Psychological Science* 10, no. 2 (2015): 227-237.

75. Mushtaq, Raheel, Sheikh Shoib, Tabindah Shah, and Sahil Mushtaq. "Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness." *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8, no. 9 (2014): WE01-WE04.

76. Afulani, Patience, Jacqueline M. Torres, May Sudhinaraset, and Joseph Asunka. "Transnational Ties and the Health of Sub-Saharan African Migrants: The Moderating Role of Gender and Family Separation." *Social Science & Medicine* 168 (2016): 63-71.

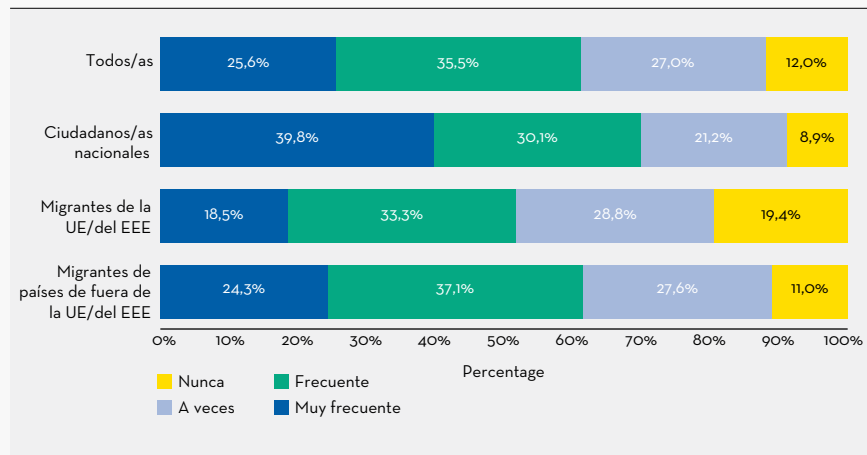
77. Carta, Mauro Giovanni, Mariola Bernal, Maria Carolina Hardoy, and Josep Maria Haro-Abad. "Migration and Mental Health in Europe (the State of the Mental Health in Europe Working Group: Appendix 1)." *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1 (2005):13.

78. Siriwardhana, Chesmal, Shirwa Sheik Ali, Bayard Roberts, and Robert Stewart. "A Systematic Review of Resilience and Mental Health Outcomes of Conflict-Driven Adult Forced Migrants." *Conflict and Health* 8 (2014):13.

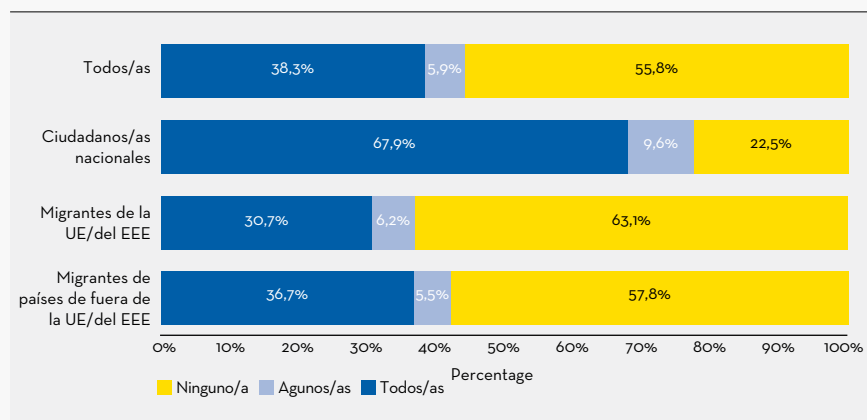
79. Organización Internacional para las Migraciones. "2016 Flows to Europe Overview." Ginebra: OIM, 2017 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, http://migration.iom.int/docs/2016_Flows_to_Europe_Overview.pdf).

Ilustración 8.

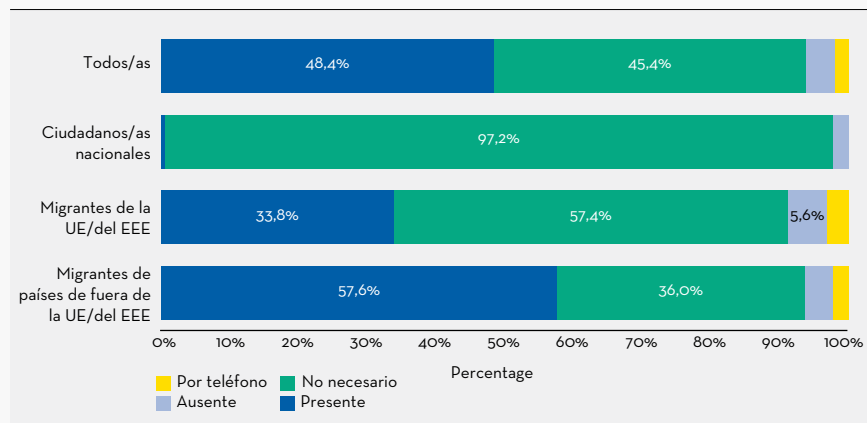
La frecuencia con la que la persona tenía a alguien que le ayudase, apoyara o consolara en su ciudad, de ser necesario; por nacionales, migrantes de la UE/del EEE, migrantes de países de fuera de la UE/del EEE

**Ilustración 9.**

Para las personas con hijo/as menores de 18 años, ¿cuántos de esto/ass viven con ellas actualmente? Por nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE

**Ilustración 10.**

Proporción de pacientes que necesitaron un intérprete durante la consulta, por nacionales, migrantes de la UE/del EEE, migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Nombre: Touba

País: Francia

Touba, de 16 años, es un agricultor de Guinea; perdió a sus padres cuando era niño y cultivaba él solo una parcela prestada. Vivía con otro hombre, con quien mantenía relaciones sexuales.

“ Tuve que irme de Guinea porque con la religión musulmana, un hombre no tiene el derecho de estar con otro hombre. Nos buscaron. Le golpearon. Mi amigo debe estar muerto. ”

Un hombre le ayudó a salir de Guinea y a viajar a Francia a través de Libia. Touba se quedó en Libia durante dos días y el hombre le llevó a Rouen. Su esposa no quería que Touba se quedara con ellos, así que acudió a la ASE. Trató de contar su historia a un trabajador de la ASE pero no podían comprenderle, otro trabajador de la ASE salió y afirmó que Touba no era un menor y le dijo que se fuera. Esa noche, Touba se durmió en la calle, refugiado bajo el porche de la oficina de ASE cuando empezó a llover. Al día siguiente acudió a la policía, que fue incapaz de encontrarle un hostel para alojarse y tampoco pudo tener el alojamiento para adultos.

“ Acudí a MdM. Me consiguieron [un lugar] para dormir, pero era solo por unos días mientras se encontraba una solución. Yo tenía todavía la misma ropa puesta, así que me llevaron a una asociación benéfica para conseguir algo de ropa. Me gustaría aprender un oficio. Tengo miedo de volver a Guinea y de que me maten. ”

Ilustración 8.

Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez.

La ilustración excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 69,9%; 21 416/30.659) y no interrogadas (el 9,2%; 2.822/30.659).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (98).

Ilustración 9.

Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez.

La ilustración excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 8,9%; 270/3.051) y no interrogadas (el 11,7%; 356/3.051).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (22).

Ilustración 10.

Datos de las consultas sociales y médicas combinadas. Se incluye a cada persona una vez.

La ilustración excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 3,8%; 1.637/43.286) y no interrogadas (el 3,3%; 1.441/43.286).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (369).

EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA

La ilustración 11 revela que algo más de la mitad de las personas, el 51,8%, hablaron de violencia durante sus consultas (9.667/18.650). Teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, hay evidencia de que la violencia se debatió en una proporción diferente entre los grupos ($p < 0,001$). Las personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE hablaron más de violencia (el 56,2%; 8.857/15.749), seguidas por ciudadano/as nacionales, el 37,6% (593/1.579) y por migrantes de la UE/del EEE, el 18,6% (205/1.104).

La prevalencia de conversaciones acerca de la violencia se puede ver influenciada por las prácticas del programa sobre la recogida de los datos y del propio personal sanitario individualmente. En algunos programas se pregunta sistemáticamente a todas las personas sobre sus experiencias de violencia, mientras que en otros se espera a ver si se plantea el tema.

En las conversaciones sobre la violencia, la gente declaró haber sufrido experiencias violentas muy diferentes, entre las que estaban: la guerra; los conflictos armados; la tortura; la violencia o el encarcelamiento como consecuencia de la ideología o de la sexualidad; la violencia a manos de la policía o de las fuerzas armadas; los golpes recibidos; violencia doméstica; violación, agresión sexual; violencia psicológica; confiscación de los documentos de identidad o de dinero; y el que les hicieron sufrir hambre deliberadamente.

RAZONES PARA IRSE DEL PAÍS DE ORIGEN

Como las personas migrantes suelen abandonar sus países de origen por una serie

de razones, en esta pregunta se registraron varias respuestas. Por lo tanto, las ilustraciones 12 y 13 revelan el recuento cada vez que se declaraba una “razón para irse del país de origen”; no reflejan a las personas de manera individual.

Teniendo en cuenta las considerables limitaciones de estos datos, la ilustración 12 muestra que la razón de migrantes de la UE/del EEE más comúnmente declarada para dejar un país de origen era “ganarse la vida”, el 67,6% (696/1.030), seguida por la de “reunirse con/ seguir a alguien”, el 13,9% (143/1.030). El 2,5% de las respuestas era que habían dejado el país de origen por razones de salud (26/1.030).

La ilustración 13 revela que la razón más común declarada por personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE para dejar un país de origen era “ganarse la vida”, el 39% (1.732/4.441). No obstante, el 16,9% (292/1.732) de quienes dijeron que habían abandonado sus países de origen para “ganarse la vida” también mencionaron al menos otra razón para abandonar el país.

La segunda respuesta más frecuente de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE fue: “para escapar de la discriminación o de la persecución a causa de las opiniones políticas, la religión, la raza/etnia, o la orientación sexual”, el 18% (799/4.441). El 14,1% de las respuestas eran que habían abandonado sus países de origen “para escapar de un conflicto armado o de la guerra” (628/4.441) y el 5,6% lo hicieron para escapar de un “conflicto familiar” (248/4.441). El 2,9% (130/4.441) de las respuestas eran que habían dejado el país de origen por “razones de salud”. Estas cifras deberían interpretarse con cuidado puesto que los datos no disponibles variaron entre los tres grupos.



Nombre: Gabriel

País: Francia

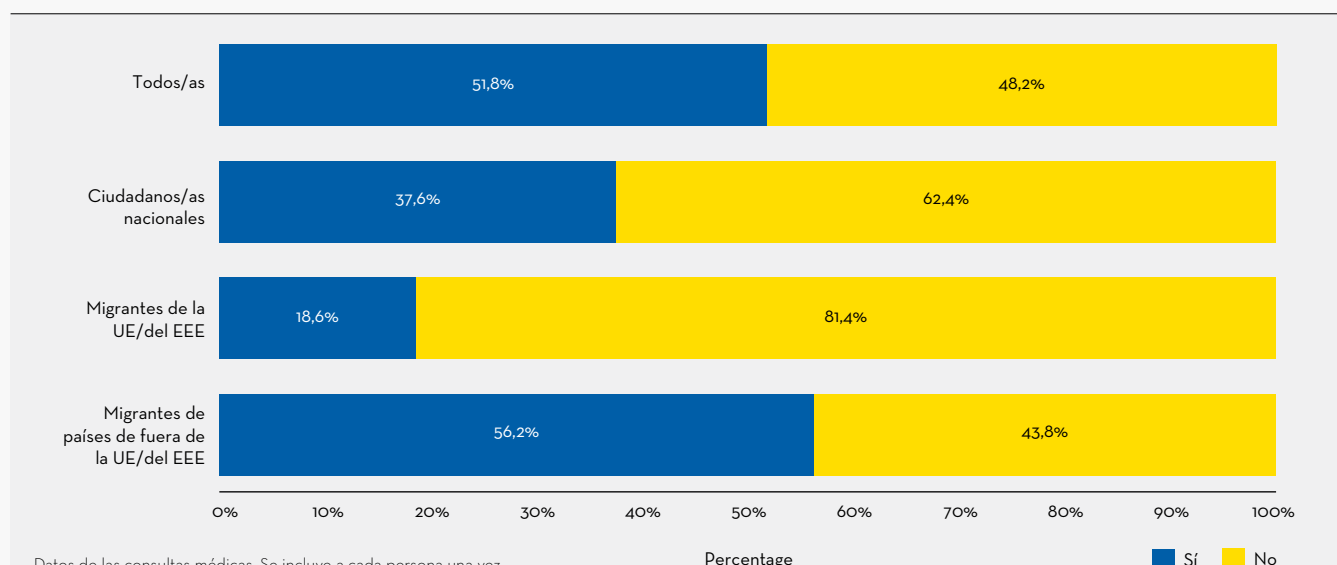
Gabriel, de 16 años, nació en Kinshasa, en la República Democrática del Congo (RDC). Su padre, un empleado del cementerio, era opositor al régimen político. El padre de Gabriel fue testigo de los entierros de 421 cuerpos, todos ellos víctimas de la brutalidad gubernamental. El mismo día en que su padre vio los entierros, los soldados se presentaron en la casa familiar de Gabriel para detener a su padre, y éste fue acusado de alertar a fuentes exteriores de lo que había visto la noche anterior en la que los cuerpos habían sido enterrados en el cementerio. Golpearon brutalmente a su familia, incluyendo a su madre, y se llevaron a su padre.

El padre de Gabriel logró escapar de la cárcel, pero eso hizo que los soldados regresaran al hogar familiar. Esta vez, las lesiones de Gabriel fueron tan graves que su tío tuvo que llevarle al hospital local en Kisandu. Se refugiaron en el pueblo de su madre, pero Gabriel sabía que él se tenía que ir de la RDC. Su tío le llevó a Brazzaville y le dejó con un hombre que prometió llevarle a Francia.

Cuando Gabriel llegó a Rouen, estaba sin hogar. No tenía dónde ir y tenía problemas jurídicos con la ASE (la Ayuda Social a la Infancia), que seguía insistiendo en que él no era un menor y que, por lo tanto, no tenía que darle refugio. Un Centro de Atención Sociosanitaria y Orientación (CASO) está proporcionando asistencia jurídica a Gabriel y confía en que puedan ayudarlo a encontrar refugio en Francia.

Ilustración 11.

¿Los y las nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE hablaron de violencia durante la consulta?



Datos de las consultas médicas. Se incluye a cada persona una vez.

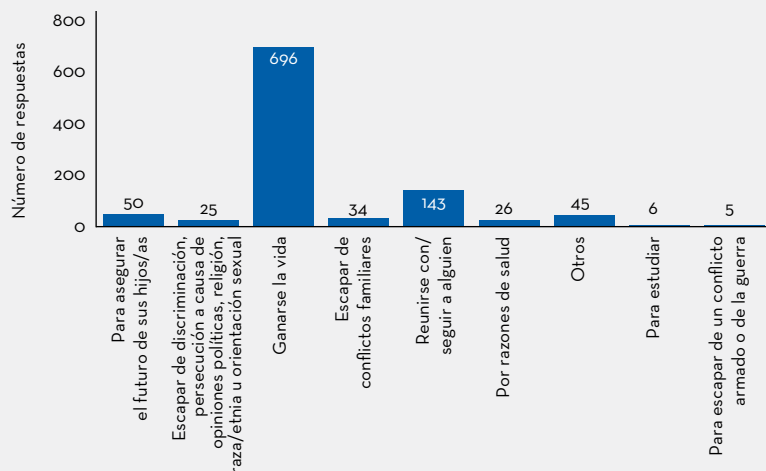
La ilustración excluye los datos no disponibles de las personas atendidas

(el 14,2%; 3.267/23.025) y no interrogadas (el 4,8%; 1.108/23.025).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (218).

Ilustración 12.

Razones para irse del país de origen de personas migrantes de la UE/del EEE



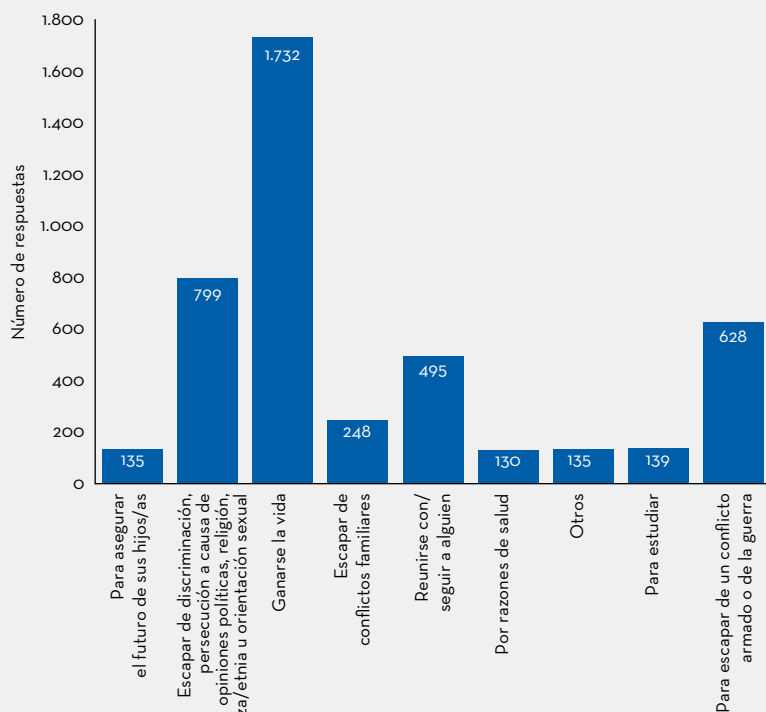
Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez.

Se pueden haber registrado varias razones para cada persona.

La ilustración excluye los registros sin datos de las personas atendidas (el 67,8%; 1.752/2.583).

Ilustración 13.

Razones para irse del país de origen de personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez.

Se pueden haber registrado varias razones para cada persona.

La ilustración excluye los registros sin datos de las personas atendidas (el 83,3%; 19.069/22.890).



Nombre: Hakeem

País: Grecia

Hakeem y su familia huyeron de la parte de Afganistán ocupada por los talibanes en 2015, en tres días de extrema violencia y de terror en Kunduz murieron dos de sus hijos. Hakeem, su esposa y sus cuatro hijos huyeron a Irán y viajaron a través de Turquía, donde se separaron. La esposa de Hakeem y tres de sus hijos llegaron a Grecia mientras que Hakeem se quedó en Turquía con su hijo Tahir, un niño con discapacidad.

“ Llegamos a Lesbos en noviembre de 2015. Nuestro estado de salud era malo. Mi hijo es discapacitado, tiene bolsas de colostomía y necesita inyecciones de insulina. Por otro lado, yo tengo graves problemas de corazón. Estuvimos en el campamento de la isla durante un mes. Las condiciones allí eran malas, hacía mucho frío, no teníamos comida y no sabíamos cuando íbamos a viajar a Atenas. ”

Tahir, su hijo de 14 años, tiene graves problemas de salud, causados por la violencia que sufrió en Afganistán. Está parcialmente ciego y sordo y no le funciona uno de sus riñones. Hakeem y Tahir viajaron a Grecia, pero estuvieron en la calle durante diez días sin alimentos ni medicamentos. La clínica móvil de MdM se los encontró en un parque e inmediatamente consiguió atención médica y refugio para el padre y el hijo. Mientras Tahir se encontraba en el hospital, Hakeem tuvo un ataque al corazón. MdM organizó el tratamiento y la hospitalización de Hakeem y se aseguró de que estaba en buen estado de salud cuando fue dado de alta.

“ Era la primera vez en mucho tiempo que me sentía seguro y que alguien realmente se preocupaba por mí, me escuchaba y entendía mis problemas. Gracias a la ayuda que recibió de MdM, el estado de salud de mi hijo mejoró y mañana vamos a viajar a Austria donde nos reuniremos con mis hijas y mi esposa después de aproximadamente 5 meses. ”

VULNERABILIDADES POLÍTICAS

Tener capacidad de acción y voz es importante para la salud de una persona y su bienestar. Quienes no están empoderadas de esta forma tienen menos probabilidades de acceder a la asistencia social y a los servicios sociales de apoyo, incluidos los servicios sanitarios. De hecho, la investigación revela que quienes no están empoderadas políticamente tienen más probabilidades de tener una mala salud⁸⁰.

La situación migratoria irregular es una fuente de vulnerabilidad y de falta de empoderamiento. A pesar de que la legislación internacional sobre derechos humanos⁸¹⁻⁸³ —que todos los Estados miembros de la UE se han comprometido a respetar— garantiza una serie de derechos para todas las personas, en la práctica, aquellas con una situación administrativa irregular raramente pueden disfrutar de muchos de estos derechos sin atraer la atención del Estado sobre su situación.

El ejercicio de los derechos humanos económicos y sociales suele estar socavado por la política y la legislación nacionales: el derecho a los servicios de asistencia social y a la atención sanitaria suele estar vinculado a la ciudadanía o al permiso legal para residir en un país⁸⁴⁻⁸⁵ lo que significa que las personas migrantes en situación irregular están excluidas de estas importantes redes de seguridad social.

Las personas migrantes con situación migratoria precaria (es decir, permiso para residir limitado en el tiempo, por ejemplo, aquellas con un visado temporal o solicitantes de asilo) también tienen un grado de vulnerabilidad. Con frecuencia no tienen derecho a toda la gama de servicios de asistencia social y de atención sanitaria y se ven confrontados con barreras para acceder a ellos.

SITUACIÓN MIGRATORIA

En la ilustración 14, el mayor número de personas declararon que su situación migratoria era de “migrantes de países de fuera de la UE/del EEE sin visado o permiso”, el 44,2% (4.344 / 9.832). La situación administrativa irregular está definida como: “que no cumple las condiciones de entrada, estancia o residencia en el país en el que la persona está viviendo”. Incluye a quienes entraron en Europa de forma regular con documentos que ya no son válidos, a quienes entraron de forma irregular, y a las personas

solicitantes de asilo cuyas solicitudes fueron rechazadas.

El segundo tipo más común de situación migratoria era la de “migrante de países de fuera de la UE/del EEE con visado o permiso”, el 22,4% (2.202/9.832), seguido por el 14,9% que eran solicitantes de asilo (1.469/9.832). El 1,4% (142/9.832) eran personas refugiadas de países de fuera de la UE (incluyendo la protección humanitaria y el permiso de estancia discrecional).

El 6,2% (606/9.832) de las personas eran migrantes de la UE/del EEE sin permiso para residir, lo que significa que residían en su país de acogida desde hacía más de tres meses, sin recursos suficientes para sí mismas y sin el seguro de enfermedad como exige la Directiva Europea 2004/38/CE⁸⁷.

En total, el 50,3% (4.950/9.823) no tenían permiso para residir en el país en el que vivían. Esto incluía a migrantes en situación administrativa irregular de países de fuera de la UE/del EEE y a migrantes de la UE/del EEE sin permiso para residir. El 49,7% tenían permiso para residir (4.882/9.823).

MIEDO A QUE LES ARRESTEN

La ilustración 15 incluye solo a personas sin permiso para residir en el país en el que están viviendo⁸⁸.

Se les preguntó a las y los pacientes sin permiso para residir en el país en el que vivían si restringían sus movimientos en público por el miedo de que les arrestaran y el 47,3% declararon que lo hacían (715/1.512). El 8,1% (123/1.512) declararon que lo hacían con mucha frecuencia, el 10,8% (163/1.512) restringían sus movimientos con frecuencia y el 28,4% lo hacían a veces (429/1.512). Casi la mitad de las respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE fueron que restringían sus movimientos en cierta medida (el 49,7%; 684/1.377).

A pesar de que se deberían considerar las limitaciones de los datos, no hay evidencia de que las personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE restringieran sus movimientos “muy a menudo” mucho más de lo que lo hacían las migrantes de la UE/del EEE. No obstante, los datos indican que más migrantes de la UE/del EEE “nunca” restringían sus movimientos (77%; 95% IC [69%; 83,8%]) comparados con migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (50,3%; 95% IC [47,7%; 53%]).



Nombre: Yana
País: Grecia

Yana, refugiada de Siria, viajó hasta Grecia con sus dos hijos cuando estaba embarazada de ocho meses de su tercer hijo. Ella y sus dos hijos estuvieron en el campo de refugiados de Ática, en Grecia; mientras estaba en el campo, Yana dio a luz.

“ Cuando llegué a la isla, me sentí completamente tranquilizada, pensaba que en unos pocos días me encontraría con mi marido en Alemania. Pero luego nos trasladaron al campo, donde las cosas estaban muy difíciles. Mi mayor preocupación era mi embarazo y la seguridad de mis hijos. ”

La obligaron a irse del campo tras haberse negado a dar dinero a otra refugiada para quedarse, y se encontró en la calle con tres niños. La familia encontró refugio en un apartamento con otras dos familias sirias, pero era una solución de corta duración. MdM había ayudado a Yana en su embarazo en el campamento de Ática, por lo que fueron capaces de hacer un seguimiento de ella a través de su clínica móvil. Cuando vieron a Yana, su bebé estaba sufriendo de asma y de alergias en la piel y Yana tenía problemas ginecológicos sin tratar, así como un empeoramiento de los ataques de pánico.

“ Antes de la intervención de MdM, había visitado un hospital público en el que el contable me trató muy mal, -le pidió dinero para una prueba que se tenía que hacer-. A mí me había dicho el Servicio de Asilo que mientras yo tuviera la tarjeta de asilo, los gastos de cualquier examen médico estarían cubiertos y que yo no tendría que pagar nada. Salí llorando y muy angustiada, me sentía desesperada y sola. ”

MdM arregló que la familia recibiera atención médica, asesoramiento y alojamiento. También ayudaron a Yana con el proceso de reunificación familiar, así que en febrero finalmente Yana pudo reunirse con su marido en Alemania.

80. Marmott, Michael. “The Health Gap: The Challenge of an Unequal World.” *The Lancet* 386, no. 10011(2015). 2442-2444.

81. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/index.html>).

82. United Nations Treaty Collection. “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966.” Chapter IV, Human Rights. UNTC, 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mdsg_no=IV-4&chapter=4&clang=en).

83. OHCHR. “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966.” OHCHR, 2017 (página consultada el 29, 2017, www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx).

84. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. “Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe.” Oxford: COMPAS, 2015 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).

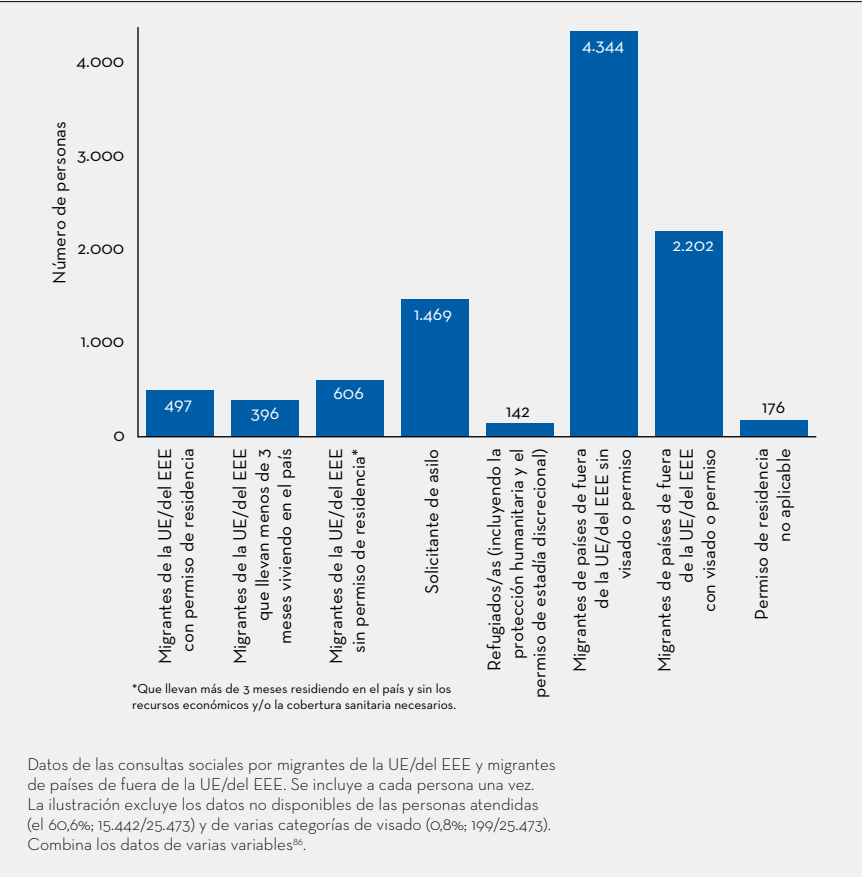
85. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. “Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus.” Bruselas: OIM, 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://equi-health.eea.ion.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

86. “El visado o el permiso para personas de países de fuera de la UE/del EEE” incluye: migrantes con un visado de trabajo; un permiso de residencia; o un visado de turista/estudiante/ de corta duración. “Personas en situación administrativa irregular de países de fuera de la UE/del EEE” incluye: a migrantes con permiso de residencia en otro país de la UE/del EEE y que están aquí por menos de 3 meses; o que están en situación administrativa irregular.

87. “La Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 29 abril de 2004.” *Diario Oficial de la Unión Europea* L158/77 (2004). (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:l33152>).

88. “Migrantes de países de fuera de la UE/del EEE con situación migratoria irregular” y “migrantes de la UE/del EEE sin permiso para residir”.

Ilustración 14.
Situación migratoria de las personas. Migrantes de la UE/del EEE
y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



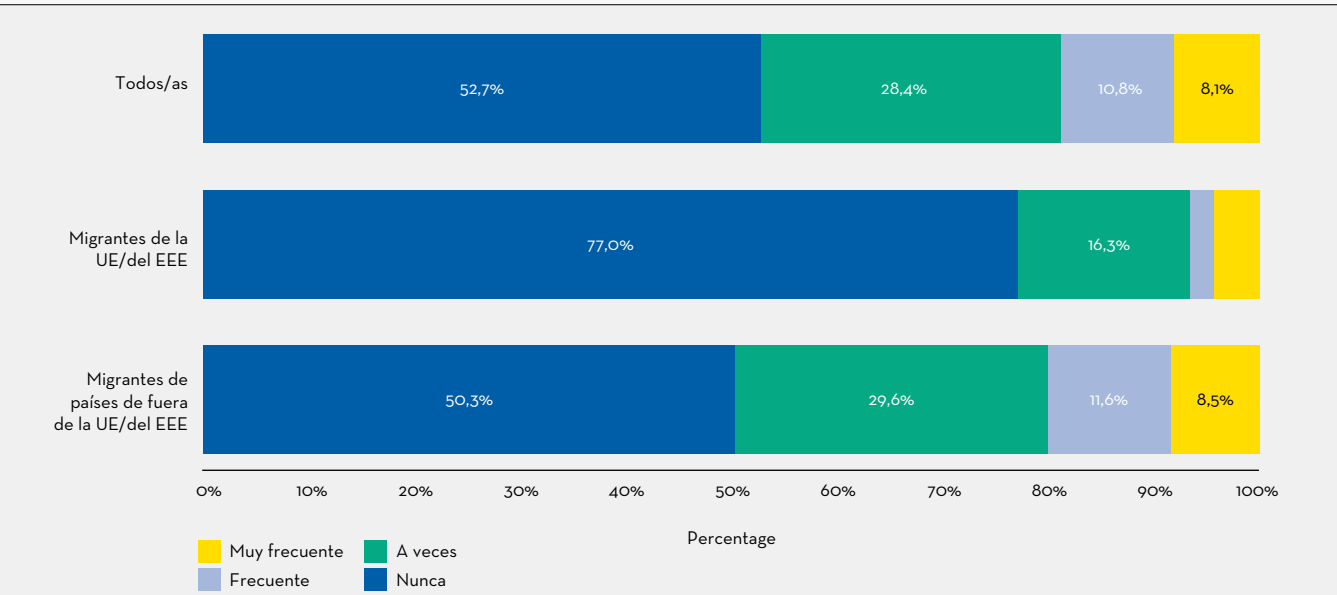
Nombre: Joyce
País: Países Bajos

Joyce, de 29 años, huyó de Nigeria en 2009 porque su familia quería que se sometiera a la mutilación genital femenina. Huyó a los Países Bajos, pero le resultó difícil encontrar trabajo sin los papeles en regla. Joyce tenía una hija de 11 meses y estaba embarazada de 28 semanas de su segundo hijo. Le salieron cálculos renales y acudió a MdM. Joyce está en casa de una persona que le ayuda y depende de los bancos de alimentos.

“ Los únicos alimentos que recibo son de hidratos de carbono, lo que no es saludable para mí ni para el bebé. No hay verduras, ni frutas, ni carne. Tampoco me han dado comida infantil. No tengo dinero. No puedo comprar comida sana para mí, mi hija pequeña y el bebé. ”

MdM está ayudando a Joyce a conseguir alimentos y vitaminas para ella y su hija. Después del nacimiento de su segundo hijo, Joyce está esperando solicitar asilo y quedarse en los Países Bajos de forma permanente.

Ilustración 15.
¿La persona había restringido sus movimientos por miedo a que le arrestaran si su situación migratoria era irregular? Migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos de las consultas sociales solo para migrantes de la UE/del EEE y de países de fuera de la UE/del EEE, con situación migratoria de migrantes de la UE/del EEE sin permiso para residir y de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE con situación migratoria irregular. Se incluye a cada persona una vez. La ilustración excluye los datos no disponibles de las personas atendidas (el 49,2%; 2.433/4.950) y no interrogadas (el 20,3%; 1.005/4.950). La barra "TODOS" SOLO incluye a migrantes de la UE/del EEE y a migrantes de países de fuera de la UE/del EEE.



ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las secciones anteriores de este informe examinaron los factores económicos, sociales y políticos que tienen un impacto en la salud y en el bienestar. Como revela la siguiente sección, estos mismos factores también tienen un impacto en el acceso a la atención sanitaria de las personas, incluso cuando se trata de personas con derecho legal a la cobertura sanitaria, y revela también las barreras prácticas con las que se ven confrontadas al intentar acceder a los servicios y a la cobertura sanitaria.

La OMS define la cobertura sanitaria universal como: “ofrecer a todas las personas acceso a servicios de salud necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo y rehabilitador, de calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que las personas no pasen aprietos económicos para pagarlos”⁸⁹. El amplio reconocimiento (por la ONU y la OMS) de la importancia de lograr la cobertura sanitaria universal se basa en el reconocimiento de que, para la mayoría de la gente, hace más falta la cobertura sanitaria que pagar por el coste total de la atención. En los 28 Estados miembros, todas las personas tienen derecho a acceder a la atención sanitaria de urgencias⁹⁰.



Nombre: Nipuni
País: Reino Unido

Nipuni, de 84 años, es de Sri Lanka. Vino al Reino Unido a visitar a su hija, Hiruni, y a sus nietos. Poco después de que llegara el Reino Unido, Hiruni se dio cuenta de que la salud de su madre se estaba deteriorando.

“ Tanto yo como mi hermana nos dimos cuenta de que mi madre no era la de siempre. No hablaba apenas, se quedaba en una esquina, no decía nada. Solo se iluminaba cuando veía a los nietos. ”

Nipuni estaba teniendo un alto nivel de colesterol y la tensión arterial alta; también mostraba signos de ansiedad y de depresión. Hiruni buscó asesoramiento de inmigración para que Nipuni pudiera quedarse en el Reino Unido y que ella pudiera cuidarla. Pero no había ninguna forma de renovar el visado de visitante de seis meses de Nipuni. Hiruni intentó registrar a su madre con su médico generalista, pero le dijeron que no era posible con un “visado de visita”. Sin acceso a la atención sanitaria, Hiruni se hizo responsable de la salud de su madre, controlando su presión arterial diariamente y comprando los medicamentos a un doctor que estaba en Sri Lanka.

“ Estuve tomando su tensión arterial y todo en casa, manteniendo un gráfico, y haciendo que me mandaran todas las medicinas aquí. Lo hice durante un año y medio. ”

La familia sugirió que Hiruni acudiera a MdM para asesorarse. MdM le proporcionó a Nipuni una carta como prueba de dirección, para ayudarla a registrarse con el médico generalista. Cuando la intentaron registrar, el director de la consulta se negó a hacerlo sin ver un visado válido.

“ Es increíble cómo me sentí, fue como algo que no hubiera hecho en toda mi vida, como si fuera un criminal, como si hubiera asesinado a alguien. Y luego simplemente perdí la esperanza. ”

MdM contactó con un médico generalista en nombre de Nipuni y finalmente aceptaron registrar a Nipuni y vigilar su estado de salud. La medicación de la tensión arterial y del colesterol de Nipuni la administra ahora su médico generalista y también está recibiendo tratamiento para las cataratas.

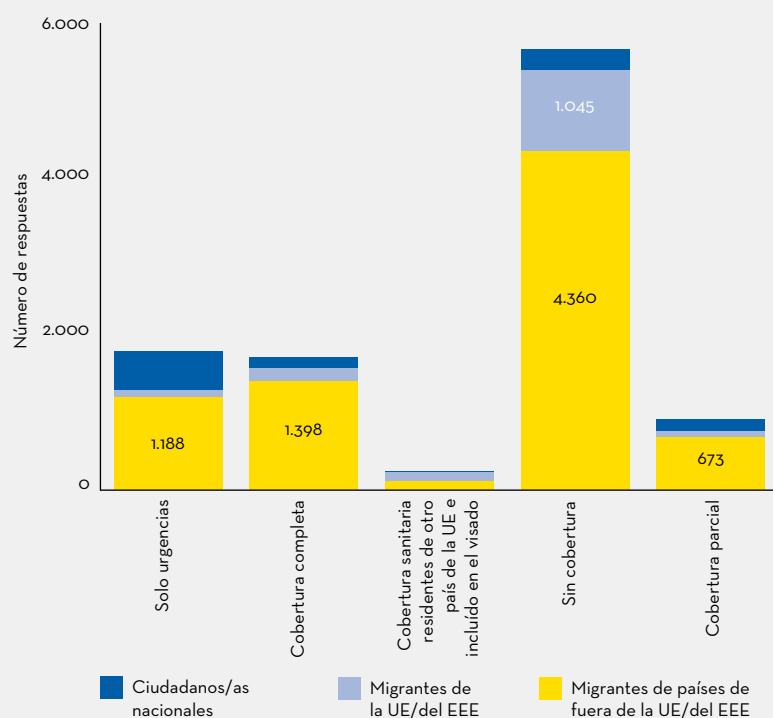
“ Era como si el director de la consulta fuera una persona diferente. Me ayudó en el registro y me preguntó si se tenían que tomar citas urgentes. Todavía tengo ese mensaje en mi teléfono. No quiero borrarlo porque hace que me sienta muy feliz. ”

89. OMS. “Cobertura sanitaria universal”, Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

90. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. “Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe.” Oxford: COMPAS, 2015 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).

Ilustración 16.

Cobertura sanitaria para las personas. Nacionales, migrantes de la UE/del EEA y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez.

La ilustración excluye los registros sin datos de las personas atendidas y sin nacionalidad (el 67,8%; 20.787/30.659). Combina los datos de varias variables⁹¹.

COBERTURA SANITARIA

Teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, en la Ilustración 16, la mayoría de las personas declararon no tener cobertura sanitaria (el 55,2%; 5.582/10.120) lo que significa que tuvieron que pagar el costo total de su atención médica. Otro 18,3% (1.847/10.120) tenían cobertura solo para la atención de urgencias, y el 17,8% (1.804/10.120) tenían una cobertura completa. Estas cifras deberían interpretarse con cuidado puesto que los datos no disponibles variaron entre los tres grupos.

BARRERAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

A quienes acudieron a los programas se les preguntó acerca de las barreras con las que se veían confrontadas al acceder a la atención sanitaria. Como la gente a menudo se veía confrontada con más de una barrera, en esta pregunta se registraron varias respuestas para cada persona. La ilustración 17 representa los recuentos de las respuestas, en vez de las personas.

Teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, el número más alto de respuestas fue que la persona no había intentado acceder a la atención sanitaria, el 18,9% (1.734/9.184). A esto lo seguían las barreras administrativas, el 17,0% (1.558/9.184), las barreras económicas, el 16,3% (1.493/9.184). Las y los pacientes también declararon la falta de conocimiento del sistema sanitario, el 9,1%; (833/9.184), dificultades con la lengua, el 6,4% (584/9.184), la denegación de atención sanitaria, el 3,8% (353/9.184), y el 2,2% de las respuestas eran que la persona no accedía a la atención sanitaria por miedo de ser arrestada (205/9.184).

La ilustración 17 revela que el mayor número de respuestas que señalaban una barrera económica se registró en Alemania con el 43,1% (643/1.493) y el mayor número de respuestas de quienes respondieron que no habían intentado acceder a la atención sanitaria fue el 34% en Grecia (590/1.734). El mayor número de respuestas que se referían a una barrera administrativa fue el 30,6% en España (477/1.558), seguido por el 27,2% en Francia (423/1.558).

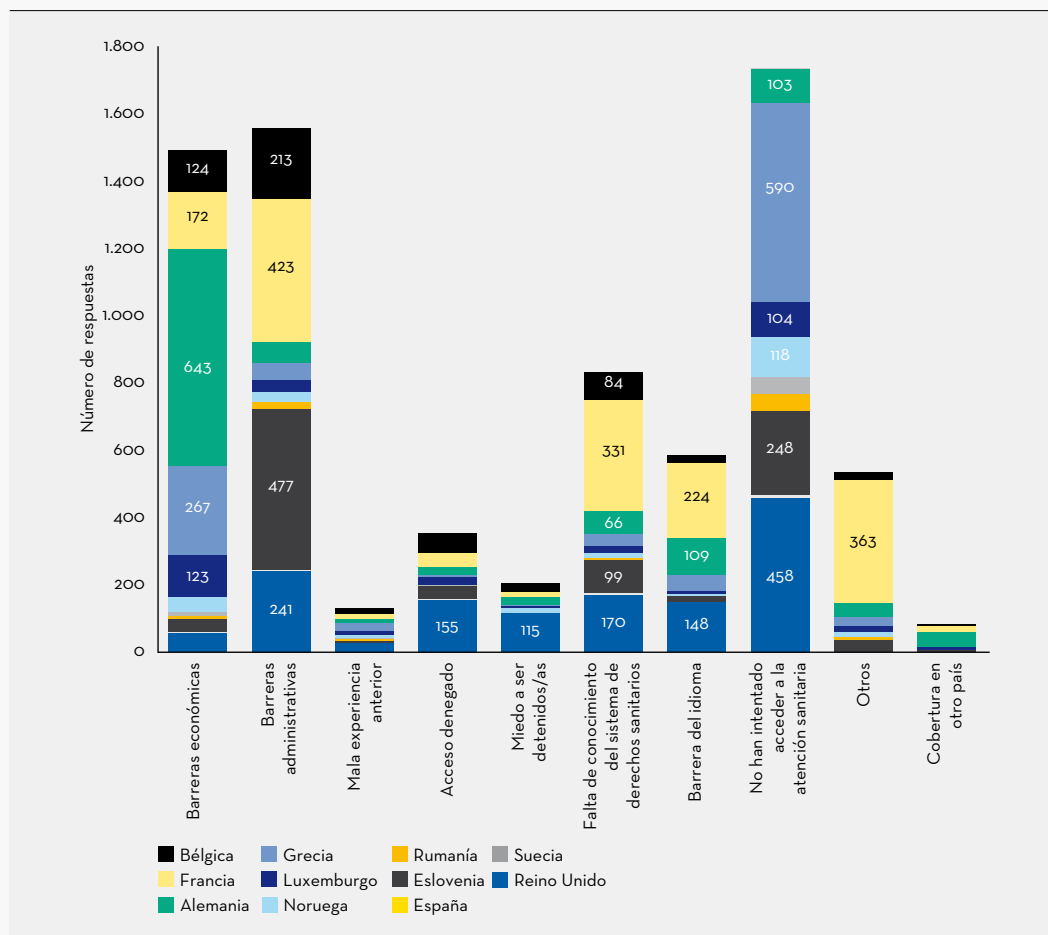
El mayor número de respuestas que se refirieron al "miedo a que las arresten" como una barrera a la atención sanitaria se registraron en el Reino Unido, el 56,1% (115/205), así como el mayor número de respuestas que indicaban que le habían denegado el acceso a la atención sanitaria, el 43,9% (155/353).

La ilustración 18 revela que el mayor número de respuestas de personas nacionales fue "no lo intenté"; el 17,1% (296/1.734), para migrantes de países de fuera de la UE/del EEE fue "barreras administrativas", el 84,5% (1.307/1.546) y para migrantes de la UE/del EEE fue "no puede permitirse los costes de la atención sanitaria o de la cobertura", el 39% (580/1.489).

91. "Otro" incluye: la cobertura sanitaria incluida en el visado; la cobertura sanitaria válida en otro país de la UE / TSE- tarjeta sanitaria europea). "cobertura sanitaria parcial" incluye: cobertura sanitaria para parte de los costes; acceso gratuito a los servicios de medicina familiar; acceso a estos servicios pero pagando una parte; y acceso a la atención secundaria. "Sin cobertura" incluye: sin ningún tipo de cobertura; y acceso caso por caso.

Ilustración 17.

Recuento de obstáculos al buscar atención sanitaria que declararon las y los pacientes



18,9%

El número más alto de respuestas fue que la persona no había intentado acceder a la atención sanitaria, el 18,9% (1.734/9.184).

17%

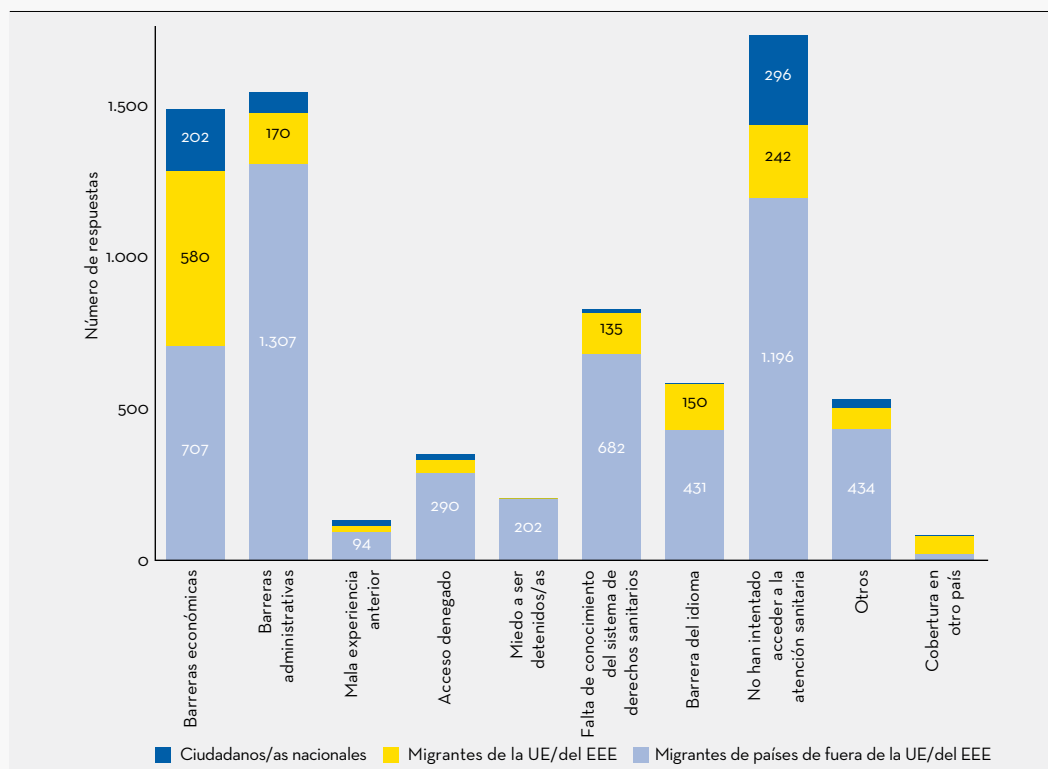
de respuestas indicaban las barreras económicas a la atención sanitaria (1.558/9.184).

Ilustración 17.

Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez. Se pueden haber registrado varias razones para cada persona. La ilustración excluye los registros en los que se declaraba "ninguna dificultad" (el 5,5%; 1.676/30.659) y sin datos de las personas atendidas (el 76,5%; 23.465/30.659). Barreras económicas, combina: consultas demasiado caras, tratamiento demasiado caro, y seguro de enfermedad demasiado caro.

Ilustración 18.

¿Cuáles fueron los obstáculos para buscar atención sanitaria? Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE

**Ilustración 18.**

Datos de las consultas sociales. Se incluye a cada persona una vez. Se pueden haber registrado varias razones para cada persona. La ilustración excluye los registros en los que se declaraba "ninguna dificultad" (el 5,5%; 1.676/30.659) y sin datos o sin nacionalidad de las personas atendidas (el 76,6%; 23.485/30.659). Barreras económicas, combina: consultas demasiado caras, tratamiento demasiado caro, y seguro de enfermedad demasiado caro.



PROBLEMAS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD

Aquí nos referimos a los problemas de salud y a las patologías diagnosticadas por una médica o un médico y a la autopercepción del estado de salud declarada por nuestras y nuestros pacientes.

• •

Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor proporción de muertes relacionadas con las ENT en todo el mundo; también destacan los cánceres, las enfermedades respiratorias y la diabetes.

• •

PATOLOGÍAS COMUNES

Un desafío emergente para la salud pública es el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT). También conocidas como “enfermedades crónicas”, se las suele definir como enfermedades que tienen una lenta progresión durante un largo periodo de tiempo. Las enfermedades cardiovasculares representan la mayor proporción de muertes relacionadas con las ENT en todo el mundo; también destacan los cánceres, las enfermedades respiratorias y la diabetes⁹².

Las ilustraciones 19 y 20 excluyen los registros en los que faltaba la variable de la asociación de ICPC (el 6,8%; 2.300/33.878) y en los que faltaba la variable aguda o crónica (el 42,3%; 14.324/33.878).

En total, la mayor proporción de enfermedades agudas declaradas fueron las respiratorias (el 19,4%; 1.639/8.435), seguidas de las digestivas (el 16%; 1.347/8.435), las musculoesqueléticas (el 13,5%; 1.137/8.435) y las de la piel (el 13,4%; 1.128/8.435).

Las mujeres migrantes de la UE/del EEE declararon el 42,3% de las patologías agudas del embarazo (161/381).

En total, la mayor proporción de patologías crónicas fueron las cardiovasculares (el 19,9%; 1.945/9.774), seguidas de las musculoesqueléticas (el 13,2%; 1.293/9.774), las digestivas (el 12,2%; 1.191/9.774), las endocrinas, las metabólicas y las nutricionales (el 11,6%; 1.133/9.774) y las psicológicas (el 10%; 975/9.774).

92. OMS. “Enfermedades no transmisibles.” OMS-Centro Mediativo, junio de 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>).



Nombre: Ioana
País: Rumanía

Ioana, de 37 años, ha estado viviendo en las calles de Bucarest desde que tenía 12 años. Ioana es usuaria de drogas inyectables y es cliente del centro de acogida de Caracuda desde hace dos años. En 2016, acudió al centro para una prueba de embarazo, que resultó positiva. En Rumanía, las mujeres embarazadas se benefician de un seguro médico gratuito durante la duración de su embarazo y durante un corto tiempo después del nacimiento.

“Después de dos o tres meses, fui sola [al hospital], pero no quisieron verme. Les expliqué que estaba embarazada y que quería ver si el bebé estaba bien y también les dije que sabía que tenía derecho a que me vieran, pero aun así se negaron a atenderme.”

Desesperada por ver a un médico para asegurarse de que su bebé estaba sano, Ioana acudió a otro hospital.

“Tras esperar un par de horas, una doctora me vio, pero ella solo me miró y no me hizo ninguna prueba. Salí, como yo había venido, sin saber nada nuevo acerca del embarazo o del bebé. Sé que si uso drogas estoy poniendo en peligro al bebé, pero no puedo dejarlo de golpe. Estoy tratando de reducir la dosis, ir dejando la droga. Por eso quería ir al hospital, para asegurarme de que el bebé estaba bien. Solo espero que el bebé esté bien y que esté sano cuando nazca.”

Dentro de cada grupo (migrantes de países de fuera de la UE/del EEE, migrantes de la UE/del EEE y nacionales), las patologías crónicas cardiovasculares fueron las más comunes (1.102/6.796, 509/1.963 y 334/1.015 respectivamente). No obstante, las segundas patologías crónicas más comunes registradas fueron las patologías musculoesqueléticas para las personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (981/6.796), las endocrinas, metabólicas y nutricionales para migrantes de la UE/del EEE (307/1.963) y las psicológicas para nacionales (134/1.015).

Después de considerar las limitaciones de los datos, hay evidencia de que las patologías crónicas son mayores en las personas nacionales (71%; 95% IC [68,6%; 73,3%]) que en las migrantes de la UE/del EEE (49,9%; 95% IC [48,3%; 51,4%]) y en las migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (53,4%; 95% IC [52,5%; 54,2%]). Asimismo, hay evidencia de que las migrantes de países de fuera de la UE/del EEE tenían más patologías crónicas que las migrantes de la UE/del EEE puesto que el 95% de ICs no se superpone.



Nombre: María

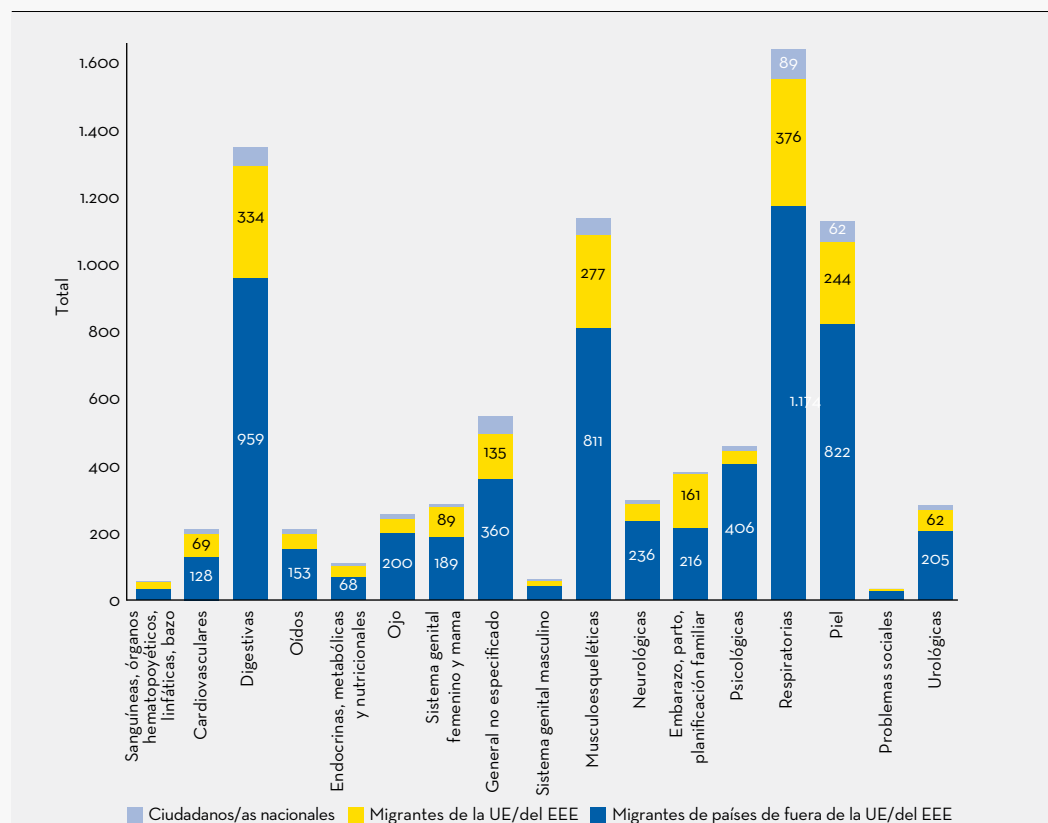
País: España

María, de 50 años, y su marido son ambos de Honduras y llevan varios años viviendo en España. Solo tienen derecho a una cobertura sanitaria parcial, que no cubre los tratamientos médicos ni el transporte. Tanto María como su marido son diabéticos, pero su cobertura parcial no cubre los costes de su medicación de insulina. María no tiene dinero para pagar los medicamentos de insulina y ellos necesitan esos medicamentos para evitar mayores complicaciones de salud. Tampoco pueden pagar los trasportes regulares al hospital.

Acudieron a MdM tratando de obtener asesoramiento jurídico sobre cómo acceder a las prestaciones sanitarias y financiar el coste de sus tratamientos. MdM le solicitó prestaciones sociales a través del departamento de servicios sociales y buscó el apoyo de algunas ONG para ayudar a financiar los tratamientos de María y de su marido mientras tanto.

Ilustración 19.

Consultas para patologías agudas. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE

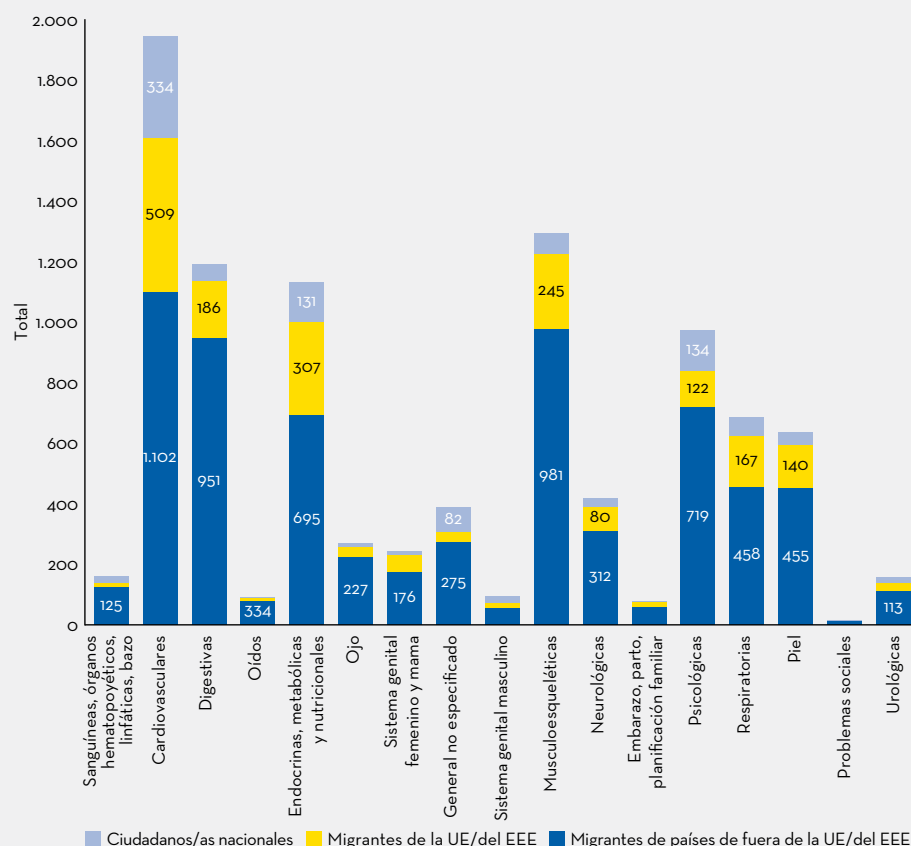


Datos del conjunto de datos sobre patología.

La ilustración excluye los registros en los que faltaba la variable de la asociación de ICPC (el 6,8%; 2.300/33.878) y en los que faltaba la variable aguda o crónica (el 42,3%; 14.324/33.878).

Ilustración 20.

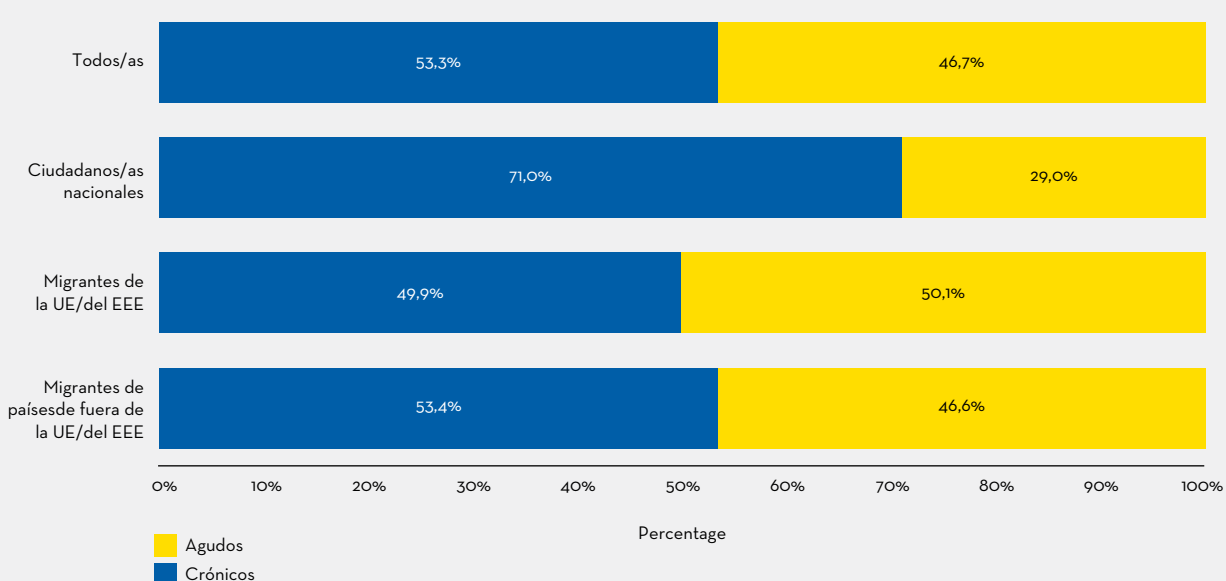
Consultas por patologías crónicas. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos del conjunto de datos sobre patología. La ilustración excluye los registros en los que faltaba la variable de la asociación de ICPC (el 6,8%; 2.300/33.878) y en los que faltaba la variable aguda o crónica (el 42,3%; 14.324/33.878).

Ilustración 21.

Problemas médicos agudos y crónicos. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Datos del conjunto de datos sobre patología.

La ilustración excluye los registros que no incluían la variable agudo o crónico (el 42,3%; 14.324/33.878).

La barra TODOS incluye a las personas cuya nacionalidad no se registró (857).



AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Recoger datos sobre la autopercepción del estado de salud puede ayudarnos a comprender las necesidades de atención sanitaria de las y los pacientes y excluidos; puede ofrecer la percepción desde un enfoque holístico para la salud, que abarca tanto el bienestar físico como el mental. Los estudios también han demostrado que la salud autopercebida es un elemento indicativo de la morbilidad fiable⁹³. Algunos estudios incluso han revelado que durante un largo periodo de tiempo, la salud declarada por uno mismo es más estable que las clasificaciones de los médicos⁹⁴. Los estudios han demostrado que, en general, las personas migrantes y las minorías declaran en su autopercepción una salud peor que la de la población de referencia⁹⁵⁻⁹⁷.

La ilustración 22 muestra que la mayoría de pacientes que respondieron a esta pregunta, el 34,7% (2.652/7.643), percibían su salud física como “buena”. Sin embargo, más

de la mitad, el 53,4% (4.080/7.643) no percibían su salud física como “buena” o “muy buena”. El 16,7% calificaron su salud física como “mala” (1.274/7.643) y otro 4,3% la calificaron como “muy mala” (329/7.643). Teniendo en cuenta las limitaciones de los datos, hay evidencia de niveles superiores de autopercepción de salud como “muy mala” de las personas nacionales (6,5%; 95% IC [5%; 8,3%]) comparados con las migrantes de fuera de la UE/del EEE (3,8%; 95% IC [3,3%; 4,4%]).

Cuando se les preguntó sobre su salud mental (ilustración 23), el 49,4% no la calificaron como “buena” o “muy buena” (3.714/7.515). El 14,9% dijeron que era “mala” (1.122/7.515) y otro 5,8% dijeron que era “muy mala” (433/7.515). Hay evidencia de que las personas nacionales declararon niveles más altos de salud mental “muy mala” (11,2%; 95% IC [9,2%; 13,4%]) que las migrantes de la UE/del EEE (6,6%; 95% IC [5,1%; 8,4%]) y que las migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (4,8%; 95% IC [4,3%; 5,4%]).



Nombre: Tomas

País: Alemania

Tomas es un ciudadano rumano de 39 años que vive en Alemania. A finales de 2015, dejó su ciudad natal de Timisoara, en busca de una nueva vida. Al ser diabético del tipo 1, esperaba que su seguro de enfermedad rumano fuera válido en Alemania, pero cuando llegó allí, se dio cuenta de que no podía acceder al sistema sanitario alemán.

“Mi suministro de insulina se terminó y caí en coma. Estuve en el hospital una semana y tras despertarme me dieron el alta con un suministro que me duró casi una semana. Como no hablo alemán, me he encontrado con grandes barreras de la lengua. No podía entender a los médicos y los médicos no podían entenderme.”

Tomas fue admitido en el hospital en febrero cuando debido a la insuficiente administración de insulina tuvieron que amputarle el dedo del pie. De nuevo le dieron el alta con el equivalente a una semana de suministro de insulina. El día en que su insulina se iba a agotar, Tomas, aterrado, acudió a MdM.

“Tenía un pedazo de papel en mi mano con dos palabras en alemán: “ilnsulina, por favor!”.

MdM le proporcionó un traductor rumano para ayudarlo a escribir la historia médica familiar que el hospital requería. También pudieron obtener para Tomas el acceso a medicación, revisiones y un dispositivo de análisis del azúcar en la sangre. Tomas encontró un lugar para quedarse, gracias a la ayuda de otra organización benéfica y ahora se siente optimista respecto a la posibilidad de encontrar trabajo y establecerse en su nueva vida.

93. Kaplan, George A., Debbie E. Goldberg, Susan A. Everson, Richard D. Cohen, Riitta Salonen, Jaakko Tuomilehto, and Jukka Salonen. “Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study.” *International Journal of Epidemiology* 25, no. 2, (1996). 259-265. doi: 10.1093/ije/25.2.259.

94. Shields, Margot, and Shahin Shooshtari. “Determinants of Self-Perceived Health.” *Health Reports* 13, no. 1, (2001). 35-52.

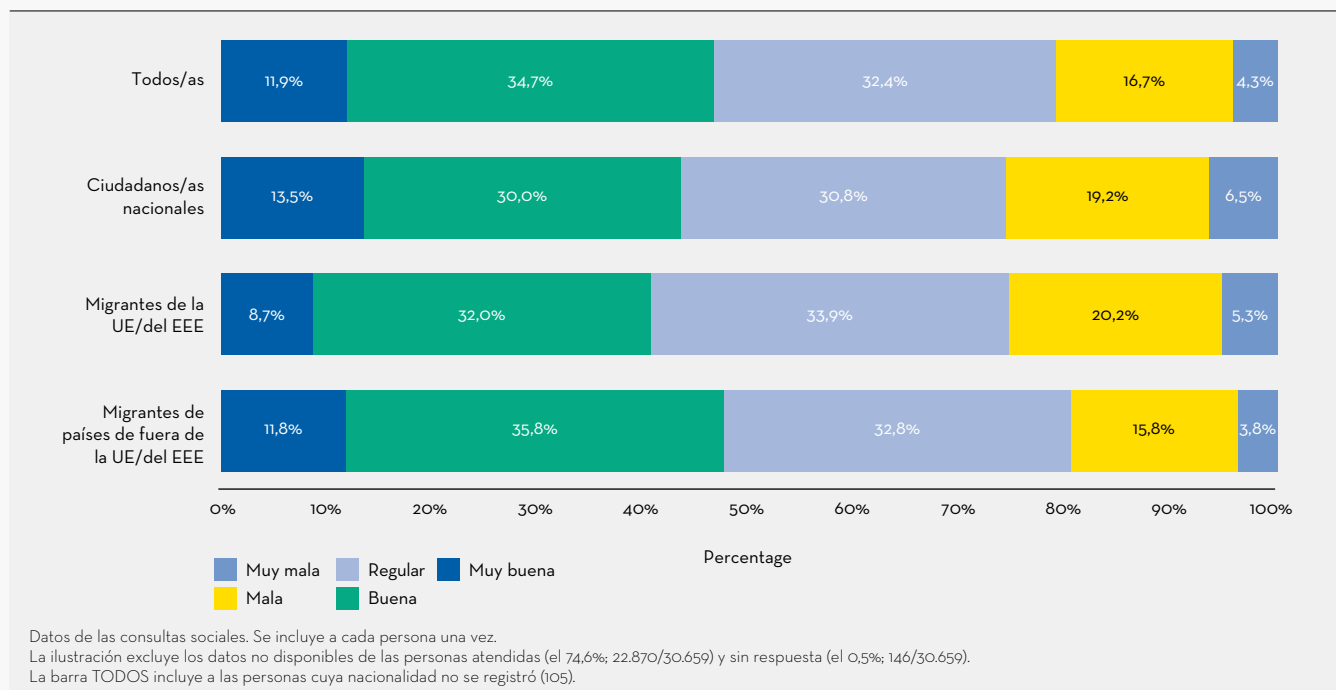
95. Nielsen, Signe Smith, and Allan Krasnik. “Poorer Self-Perceived Health Among Migrants and Ethnic Minorities Versus the Majority Population in Europe: A Systematic Review.” *International Journal of Public Health* 55, no. 5, (2010). 357-371.

96. Koochek, Afsaneh, Ali Montazeri, Sven-Erik Johansson, and Jan Sundquist. “Health-Related Quality of Life and Migration: A Cross Sectional Study on Elderly Iranians in Sweden.” *Health and Quality of Life Outcomes* 5, no. 60, (2007). doi: 10.1186/1477-7525-5-60.

97. Wiking, Eivor, Sven-Erik Johansson, and Jan Sundquist. “Ethnicity, Acculturation, and Self-Reported Health: A Population Based Study Among Immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden.” *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, no. 7 (2004). 574-582.

Ilustración 22.

Salud física percibida. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE.



● ●

Recoger datos sobre la autopercepción del estado de salud puede ayudarnos a comprender las necesidades de atención sanitaria de las y los pacientes excluidas y excluidos; puede ofrecer la percepción desde un enfoque holístico para la salud, que abarca tanto el bienestar físico como el mental.

● ●



Nombre: Yasir
País: Noruega

Yasir, de 29 años, es solicitante de asilo de Somalia. Su pueblo natal quedó devastado por los conflictos y Yasir temía por su vida. Buscó refugio en Noruega, dejando a su familia y a sus amigos. Solicitó asilo, pero su solicitud fue rechazada y no tiene medios para acceder a la atención sanitaria.

Empezó a tener dificultades para respirar tras llegar a Noruega. Un amigo con el que vivía tenía tuberculosis (TB). Yasir, preocupado por la idea de tenerla, decidió ir al hospital para someterse a una prueba. La prueba fue negativa para la TB, pero reveló una grave enfermedad cardíaca. Necesitaba una prótesis valvular cardíaca e iba a necesitar atención médica y medicamentos durante toda su vida.

“Estoy muy enfermo y no puedo volver a Somalia. Pero UNE [órgano de apelación para casos de inmigración] y la UDI [la Dirección de Inmigración de Noruega] no creen que yo sea de Somalia, por esa razón mi solicitud de asilo fue rechazada.”

Yasir tiene ahora revisiones médicas periódicas del equipo del centro sanitario para migrantes indocumentados. Espera poder quedarse en Noruega, tiene miedo de regresar a Somalia y no ser capaz de acceder a la medicación necesaria ni al tratamiento de seguimiento.

53,4%

Más de la mitad, el 53,4% (4.080/7.643) no percibían su salud física como “buena” o “muy buena”.

16,7%

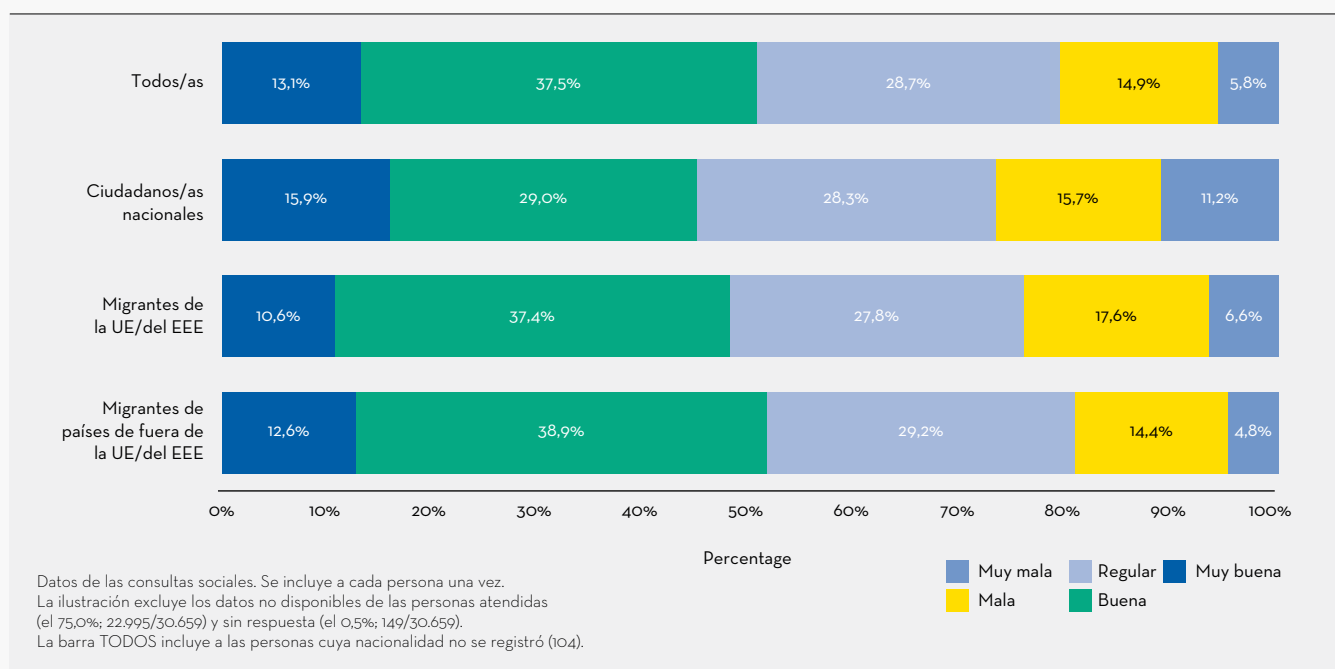
El 16,7% calificaron su salud física como “mala” (1.274/7.643).

49,4%

no clasificaron su salud mental como “buena” o “muy buena” (3.714/7.515).

Ilustración 23.

Salud mental percibida por personas nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Nombre: Femi
País: Suiza

Femi, de 56 años, es un músico de África Occidental. Solicitó asilo en Suiza cuando llegó por primera vez, en 2007, pero después de un largo proceso se le rechazó en 2014 y desde entonces ha estado viviendo en Suiza en situación administrativa irregular. Femi adolece de varios problemas de salud mental, incluyendo depresión severa y episodios psicóticos esporádicos. Está sin hogar y duerme en las iglesias y en los sótanos y solo puede encontrar trabajos ocasionales mal pagados. Las condiciones de vida de Femi agravan sus problemas de salud mental, puesto que sin empleo y sin vivienda no puede acceder a un seguro de enfermedad. Esto impide que Femi reciba ayuda psiquiátrica, así que acude con regularidad a la clínica de MdM donde el personal de enfermería hacen todo lo posible para darle apoyo y ayudarlo a adquirir medicamentos y a encontrar alojamiento de emergencia.

Femi recientemente fue hospitalizado tras un grave episodio psicótico. MdM está trabajando con el hospital para encontrar una solución a largo plazo para Femi y que tenga atención psiquiátrica de seguimiento y mejoren sus condiciones de vida.

SALUD PÚBLICA

Para que las iniciativas de salud pública tengan el máximo impacto, tienen que llegar a las personas excluidas. Las recientes epidemias de sarampión en Europa⁹⁸ ilustran el papel esencial de las vacunaciones como parte de la salud pública preventiva, que protegen tanto a las personas de forma individual como a la población como un todo.

Los datos que se muestran en la ilustración 24 revelan el estado de vacunación declarado en menores de 18 años. El grupo "sí" indica que hay pruebas documentadas de la vacunación. El grupo "probable" indica que la persona piensa que están vacunados, pero no tiene pruebas documentadas. El grupo "desconocido" no conoce su estado de vacunación y el grupo "no" indica que están seguros de que no han sido vacunados.

Existe evidencia estadística que demuestra que aquellos que han sido vacunados (el grupo "sí") son diferentes en cada grupo de vacunación: Hepatitis B (43,4%; 95% IC [42,1%; 44,7%]); SPR (53%; 95% IC [51,7%; 54,3%]); tos ferina (56,4%; 95% IC [55,1%; 57,8%]); y el tétanos (59,1%; 95% IC [57,9%; 60,4%]).

Debido al tamaño de los datos de la muestra, no es posible sacar conclusiones a nivel de población sobre estos niveles de vacunación. No obstante, los datos sugieren que los niveles de vacunación están por debajo de los estándares recomendados por la OMS⁹⁹.

⁹⁸ OMS. "Measles Outbreaks Across Europe Threaten Progress Towards Elimination." OMS-Centro Mediativo, 28 marzo de 2017 (página consultada el 3 de octubre de 2017, <http://www.euro.who.int/en/media-center/sections/press-releases/2017/measles-outbreaks-across-europe-threaten-progress-towards-elimination>).

⁹⁹ OMS. "Global Vaccine Action Plan." 2016 (página consultada el 9 septiembre de 2017, <http://apps.who.int/gho/cabinet/gvap.jsp>).

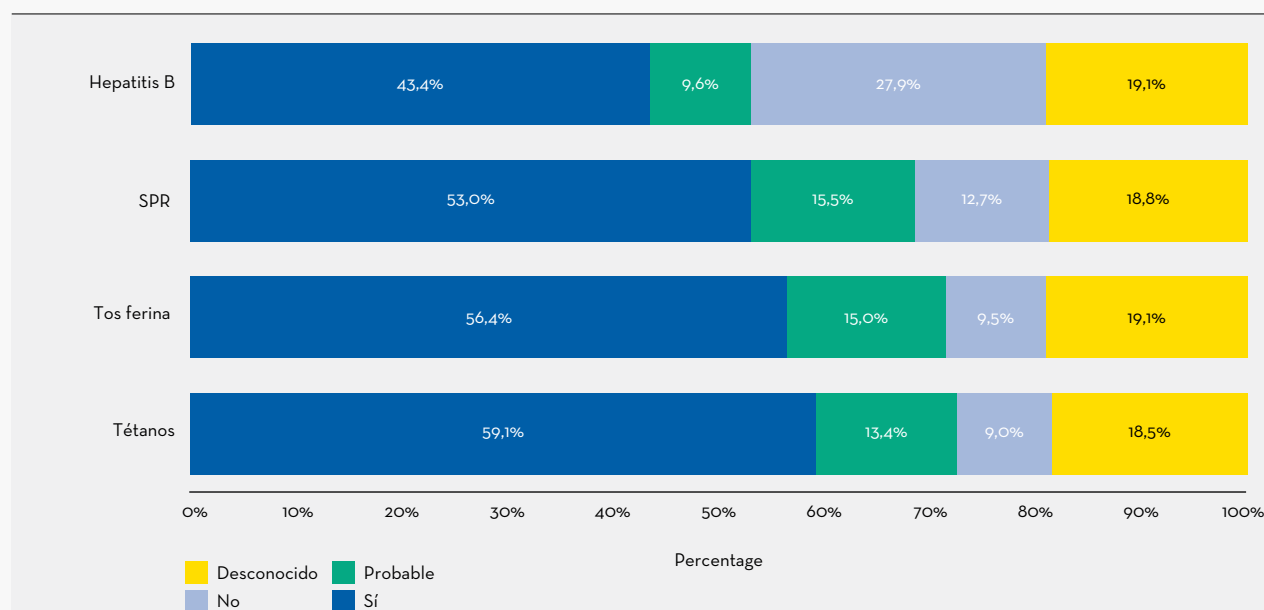
● ●

Para que las iniciativas de salud pública tengan el máximo impacto, tienen que llegar a las personas excluidas. Las recientes epidemias de sarampión en Europa ilustran el papel esencial de las vacunaciones como parte de la salud pública preventiva, que protegen tanto a las personas de forma individual como a la población como un todo.

● ●

Ilustración 24.

Estado de vacunación declarado en menores de 18 años



Datos de las consultas médicas. Se incluye a cada persona una vez.

La ilustración excluye los registros sin datos de las personas atendidas (el 21,0%; 1,528/7,283)



Nombre: Mihai

País: Rumanía

Mihai, de 29 años, es un usuario de drogas inyectables que vive en Bucarest. Se ha estado inyectando heroína desde que tenía 13 años y es cliente del Centro de acogida Caracuda desde que se abrió.

En 2016, Mihai acudió al centro de acogida y pidió betadine y gasas estériles para tratar él mismo algunas heridas que tenía en las piernas. Una semana más tarde consintió que le examinara el médico del centro, quien lo derivó de inmediato al hospital. El personal del hospital se negó a verle.

“ Me dijeron que era seropositivo al VIH, sin hacerme ninguna prueba y se negaron a verme. Me mandaron a otro hospital, el Hospital de Enfermedades Infecciosas y Tropicales Victor Babes, donde trabajan con usuarios de drogas seropositivos al VIH. Pero una vez que llegué allí, los doctores me dijeron que no me podían ver hasta que otro médico viera mis heridas de las piernas, las vendara y me prescribiera un antibiótico, algo que ellos no podían hacer allí, y que tenía que volver al sitio de donde venía. ”

El personal del centro de acogida obtuvo documentación oficial que revelaba que era VIH negativo por lo que le podían tratar. El médico del hospital dijo que Mihai solo podía obtener atención de urgencias al no tener seguro. Carusel, una ONG, cubrió la mayor parte del coste del seguro médico de Mihai, para que recibiera tratamiento para sus piernas. Mihai se ha recuperado bien, pero está constantemente preocupado por mantener su seguro médico. Para seguir cubierto por su seguro médico, Mihai tiene que pagar el 5,5% del salario mínimo mensual, lo que actualmente no se puede permitir.



Nombre: Nazaneen

País: Noruega

Nazaneen tiene unos 20 años, está embarazada y es migrante irregular en Noruega. Ella sufría violencia por parte de su pareja, pero cuando su pareja empezó a amenazarla con matarla y a arrojarle objetos al estómago, Nazaneen huyó para proteger a su hijo.

Nazaneen acudió al centro sanitario para migrantes indocumentados para recibir atención prenatal durante su embarazo. El personal del centro sanitario le consiguió un alojamiento en un albergue de mujeres local pero, tras su primera noche, le pidieron que se fuera al descubrir que era una migrante irregular. Aunque la atención sanitaria para las mujeres embarazadas en Noruega es gratuita independientemente de la situación de residencia, Nazaneen fue discriminada por el personal sanitario cuando acudió al hospital local. Le hicieron reproches sobre por qué había decidido quedarse embarazada y le asustaron al decirle que le habían facturado todos los servicios sanitarios que le habían proporcionado.

ATENCIÓN A LA MATERNIDAD

A pesar de un esfuerzo mundial para reducir la mortalidad materna (los ODS tienen una meta de menos de 70 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos en 2030)¹⁰⁰, 830 mujeres de todo el mundo siguen muriendo cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto¹⁰¹. Uno de los elementos más esenciales para reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto es la atención prenatal.

El acceso tardío a la atención durante el embarazo está asociado con un mayor riesgo de problemas de salud materna¹⁰²; según el NICE (el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido) el primer contacto con los servicios prenatales tendría que hacerse pronto¹⁰³. Las directrices de la OMS recomiendan una primera cita prenatal en las primeras 12 semanas y un mínimo de ocho citas prenatales durante el embarazo, aunque en todo el mundo solamente el 64% de las mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces durante su embarazo¹⁰⁴.

En el 2016, 627 mujeres embarazadas fueron atendidas en nuestras clínicas y nuestros programas en once países diferentes.

La ilustración 25 revela que, cuando se les preguntó si habían accedido a la atención prenatal, el 41,6% de las mujeres embarazadas que respondieron habían tenido acceso a la atención prenatal antes de acudir a uno de nuestros programas o de nuestras clínicas (153/368). El restante 58,4% indicaron que no habían tenido acceso a la atención prenatal (215/368).

El número de mujeres migrantes de la UE/ del EEE que declararon que no habían tenido atención prenatal antes de su consulta es preocupante, especialmente como revela la ilustración 25, el 42,3% de problemas agudos en el embarazo fueron declarados por migrantes de la UE/ del EEE.

Cabe señalar que los datos no registran lo avanzado que estaba el embarazo. En las primeras etapas del embarazo (hasta 12 semanas) no se necesita forzosamente tener acceso a la atención prenatal. Sin embargo, todas las mujeres embarazadas necesitan atención prenatal en las últimas etapas de su embarazo. La presencia de mujeres embarazadas en los programas, sin que ninguno de ellos proporcione servicios de atención prenatal completos, indica que estas mujeres corren el riesgo de no acceder a la atención prenatal y de no recibir el nivel recomendado por la OMS recibirla en el.

41,6%

de las mujeres embarazadas que respondieron habían tenido acceso a la atención prenatal.

42,3%

de problemas agudos en el embarazo fueron declarados por migrantes de la UE/ del EEE.

¹⁰⁰. Naciones Unidas. "Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad". Plataforma de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.es/educablog/2773/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>).

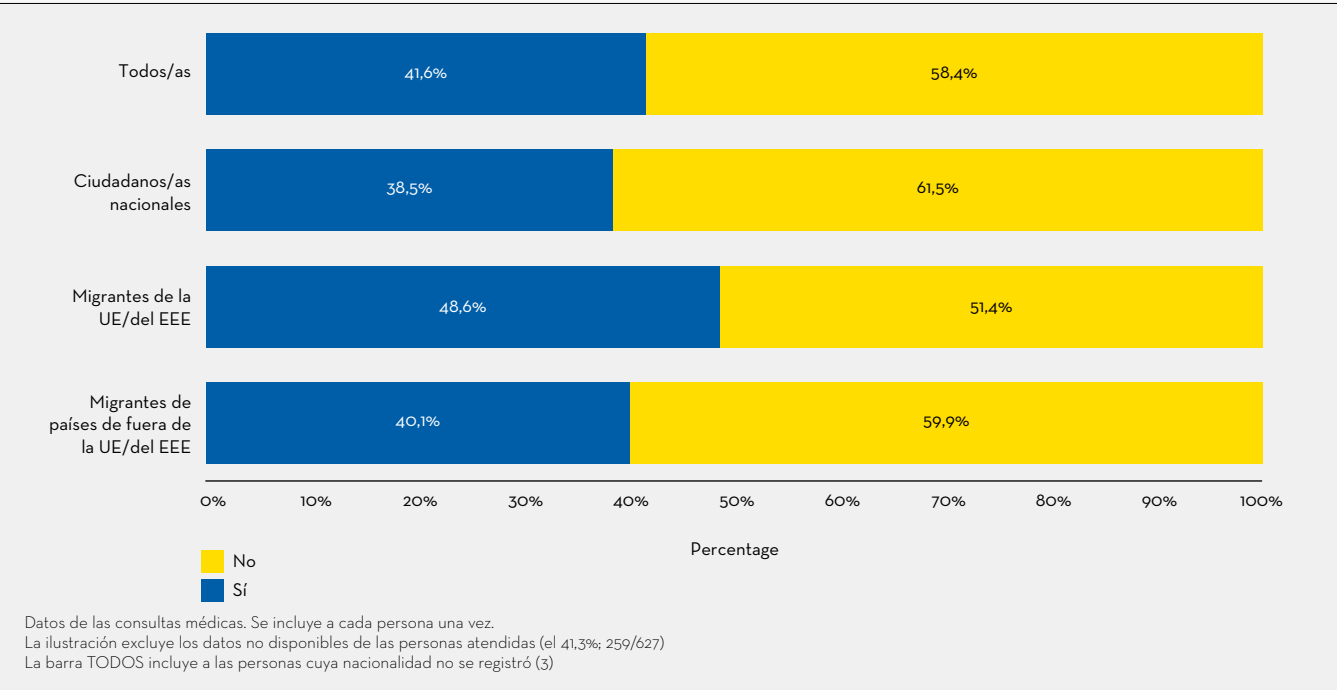
¹⁰¹. OMS. "Mortalidad materna." Nota descriptiva. 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>).

¹⁰². OMS. "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience." Sexual and Reproductive Health, 2016, pp13 - 105 (página consultada el 10 de octubre 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>).

¹⁰³. National Institute of Health and Care Excellence. "Antenatal Care." NICE Clinical Guideline 62 (2008). 227.

¹⁰⁴. OMS. "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience." Sexual and Reproductive Health, 2016, pp13 - 105 (página consultada el 10 de octubre 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>).

Ilustración 25.
Porcentaje de mujeres embarazadas que no tuvieron acceso a la atención prenatal antes de acudir a una clínica de MdM. Nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE



Nombre: Miri
País: Alemania

Miri es una búlgara romaní de 32 años que vive en Alemania. Ella y su esposo no han podido encontrar empleo y, por lo tanto, no pueden tener acceso a la atención sanitaria o a la vivienda. Tienen dos hijos y están esperando a su tercer hijo, un niño varón. Miri necesitaba acceso regular a los controles prenatales, así como un alojamiento para su familia. La familia se puso en contacto con MdM, que se aseguró de que Miri tuviera acceso a la atención prenatal y proporcionó ropa y material escolar para sus hijos mayores.

“ Me puse muy contenta de saber que existe una organización que ofrece atención médica gratuita a las personas que no pueden pagarla y que no tienen ninguna cobertura sanitaria, ni siquiera en su país de origen, como nosotros. ”

CONCLUSIONES

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES

La cobertura sanitaria universal se plantea como la solución para la exclusión de la atención sanitaria. La OMS define la cobertura sanitaria universal como: “ofrecer a todos acceso a servicios de salud necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo y rehabilitador, de calidad suficiente para que sean eficaces, garantizando al mismo tiempo que las personas no pasen aprietos económicos para pagarlos”¹⁰⁵. A menudo se asume que los países europeos han alcanzado una cobertura universal. Sin embargo, este estudio ha demostrado que eso no es así. El 55,2% de las personas nos dijeron que no gozaban de ninguna cobertura sanitaria.

El estudio es una instantánea de quienes se quedaron excluidos de los sistemas sanitarios europeos. Mientras que la mayoría de las personas eran jóvenes, el 22,2% eran menores de 18 años. La mayoría era migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (el 79,1%), siendo el mayor grupo el de las personas procedentes de Siria (el 13%). Los datos revelan que las personas nacionales (el 12,1%) y las migrantes de la UE/del EEE (el 7,5%) también tienen dificultades para acceder a los sistemas sanitarios.

El estudio constata la prevalencia de los determinantes sociales de la salud (los factores económicos, psicosociales y políticos de los que se sabe que aumentan la vulnerabilidad a la mala salud y la falta de bienestar) en este grupo de pacientes y encontró que muchas vivían en condiciones precarias. El 89% de las personas vivían por debajo del umbral de la pobreza y el 77,3% estaban desempleadas. El 23,8%, vivían en la calle, en campamentos, en barrios pobres o en casas ocupadas.

El aislamiento social era común: el 38,9% de pacientes no tenían una red de apoyo social fiable y el 54,6% tenían conocimientos limitados de la lengua local. Había evidencia de que las personas migrantes de la UE/del EEE declararon los niveles más altos de pobreza, de vivir sin hogar y de aislamiento social.

Muchas de las personas vivían bajo una increíble tensión emocional: cuando se le preguntaba por qué habían dejado su país de origen, el 18% de las respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE eran que habían escapado de la persecución o de la discriminación a causa de sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia, o su orientación sexual. El 14,1% habían huido a causa de la guerra y el 5,6%, a causa de conflictos familiares. El 61,7% estaban separadas de sus hijos e hijas y el 56,2% contaron cómo habían sido víctimas de la violencia. La mitad de las personas no tenían permiso para residir en el país en el que vivían (el 50,3%), de ellas, el 47,3% limitaban sus movimientos en público por miedo de que les arrestasen.

Preguntamos a pacientes sobre las dificultades con las que se enfrentaban al acceder a los servicios sanitarios. Un análisis de sus respuestas reveló que estos factores económicos, psicosociales y políticos también aumentaban la vulnerabilidad a un acceso deficiente a la atención sanitaria. La respuesta más común era que la persona ni siquiera había intentado acceder a la atención (el 18,9%). De los que lo hicieron, muchos fueron disuadidos por barreras administrativas (el 17%) o por la incapacidad de entender el sistema sanitario (el 9,1%). Estas barreras evidencian altos niveles de aislamiento y de exclusión social: las personas sin una red de apoyo social y con conocimiento limitado de la lengua local tienen menos posibilidades de entender la burocracia y de pasar por ella.

Las barreras económicas eran significativas: el 16,3% de las personas nos dijeron que no tenían los medios para pagar la cobertura sanitaria, las consultas o los tratamientos.

También observamos cómo el acceso de pacientes a la atención sanitaria se veía dificultado por factores políticos. Al 3,8% les habían denegado el acceso a servicios sanitarios y otros (el 2,2% de las respuestas) nos dijeron que tenían demasiado miedo de acceder a la atención médica por temor a que con ello les arrestasen.

Los datos sobre el estado de salud de los grupos de pacientes excluidos, por defecto, son difíciles de recoger. Mediante el registro de las patologías, la autopercepción del estado de salud de pacientes y los niveles de vacunación, este estudio, junto con los anteriores Informes del Observatorio, añade datos a los ya disponibles.

Las enfermedades agudas declaradas con más frecuencia fueron las de las vías respiratorias, el 19,4%, seguidas por las digestivas, el 16,0%, las musculoesqueléticas, el 13,5%, y las de la piel, el 13,4%. Las enfermedades crónicas declaradas con más frecuencia fueron las cardiovasculares, el 19,9%, seguidas de las musculoesqueléticas, el 13,2%, las digestivas, el 12,2%, las endocrinas, metabólicas y nutricionales, el 11,6% y las psicológicas, el 10%. Las patologías crónicas fueron superiores en personas nacionales (el 71%).

Los datos sobre cuatro vacunas en niño y niñas demostraron, de quienes respondieron (y había una prueba de vacunación), que el 43,4% habían sido vacunado contra la hepatitis B, el 53% contra SPR, el 56,4%, contra la tos ferina y el 59,1% contra el tétanos.

El estudio revela que hay mujeres embarazadas en toda Europa que no están accediendo a la atención prenatal y que corren el riesgo de no recibir el nivel de atención prenatal recomendado por la OMS. Más de la mitad de las mujeres embarazadas no habían recibido ninguna atención prenatal antes de acudir a los programas (el 58,4%). Una alta proporción de migrantes de la UE/del EEE declararon que no habían tenido acceso a la atención prenatal, lo que es preocupante, ya que este grupo presentaba una alta proporción de patologías agudas del embarazo (el 42,3%).

105. OMS. “Cobertura sanitaria universal”, Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

PARA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL HACE FALTA UNA COBERTURA SANITARIA MÁS AMPLIA QUE LA DE “URGENCIAS”

De las personas atendidas en los programas, el 18,3% tenían cobertura “solo para la atención de urgencias”, lo que refleja una tendencia entre los gobiernos europeos de proporcionar cobertura “solo para la atención de urgencias” a determinados grupos de personas¹⁰⁶⁻¹⁰⁷. No hay ninguna sugerencia en la legislación internacional de derechos humanos, ni en las aspiraciones de la ONU, ni en las orientaciones de la OMS de que la atención de urgencias sea un nivel mínimo aceptable de atención sanitaria¹⁰⁸. El hecho de que pacientes que tenían cobertura “solo para la atención de urgencias” se presentaran en nuestras clínicas respalda el argumento de que la cobertura solo para la atención de urgencias no es suficiente para satisfacer las necesidades de atención sanitaria.

La cobertura “solo para la atención de urgencias” representa una serie de dificultades. Al ignorar la importancia de la prevención, de la atención primaria y de la intervención temprana, obliga a la gente a esperar hasta que los problemas de salud sean más graves y difíciles de tratar. Las investigaciones apuntan a que limitar el acceso a la atención sanitaria puede costar a los gobiernos más a largo plazo¹⁰⁹⁻¹¹¹. Además socava los esfuerzos por tratar el aumento mundial de las enfermedades no transmisibles, que requiere que las personas con enfermedades crónicas tengan un acceso continuo a la atención sanitaria.



106. Spenser, Sarah, and Vanessa Hughes. “Outside and In: Legal Entitlement to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe.” Oxford: COMPAS, 2015 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, www.compas.ox.ac.uk/2015/outside-and-in/).

107. OIM. “Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Report.” IOM Migration Research Series no. 52. Ginebra: OIM, 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

108. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. “Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus.” Bruselas: OIM, 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

109. Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, Anna-Theresa Renner, and Ina Wilczewska. “Cost Analysis of Health Care Provision for Migrants and Ethnic Minorities.” Vienna: C-HM, 2015. Estudio temático desarrollado e implementado por C-HM bajo la orientación general de la Organización Internacional para las Migraciones, Oficina Regional de Bruselas, Migration health Division, dentro del marco del proyecto IOM/EC EQUI-HEALTH “Fostering health provision for migrants, the Roma, and other vulnerable groups” (literalmente: “Fomento de la prestación de servicios de salud para migrantes, romaníes y otros grupos vulnerables”).

110. Bozorgmehr, Kayvan, and Oliver Razum. “Effects of Restricting Access to Health Care on Expenditure Among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013.” *Public Library of Science*, ONE 10, no. 7 (2015). e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483.

111. Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE. “Cost of exclusion healthcare. The case of migrants in an irregular situation.” Vienna: ADF, 2015 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf).

CONCLUSIÓN

ENFOQUES PROGRESIVOS PARA LA SALUD PÚBLICA

La mayoría de los gobiernos europeos reconocen la importancia de proteger la salud pública, por lo que dan acceso a la vacunación, la detección de las enfermedades infecciosas y el tratamiento de determinadas enfermedades infecciosas a todas las personas¹¹². Los datos ponen de relieve la necesidad de que los responsables políticos adopten un enfoque amplio y progresivo para la salud pública cuando estén considerando el acceso a la atención sanitaria. Ese enfoque priorizaría un buen acceso a la atención primaria, prenatal y postnatal, a servicios de salud mental públicos y a la promoción de la salud, además de la prevención de las enfermedades infecciosas. También consideraría adecuadamente los determinantes sociales de la salud.

Los distintos niveles de observancia de las diferentes vacunas en los datos indican que los enfoques actuales para el acceso a la atención sanitaria no están alcanzando los niveles recomendados¹¹³. Para que los programas de prevención de enfermedades infecciosas tengan el máximo impacto, todas las personas de una comunidad necesitan tener un acceso bueno y regular a la atención primaria. Así pues, hay más probabilidades de que las personas se sometan a la detección de las enfermedades infecciosas, cumplan el tratamiento y completen los programas de vacunación.

Reducir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal es una prioridad alta para la mayoría de los países. La facilitación de una buena atención prenatal y postnatal es esencial para la salud pública, puesto que la mala salud de la madre influye negativamente en el desarrollo saludable del niño. Aun así, los datos de este informe destacan el deficiente acceso a la atención prenatal: el 58,4% de las mujeres no habían tenido acceso a la atención prenatal antes de acudir a la consulta de uno de nuestros programas.

LA ATENCIÓN SANITARIA COMO UNA HERRAMIENTA DE CONTROL DE LA INMIGRACIÓN

Restringir el acceso de migrantes a los servicios de asistencia social y de atención médica, como medio de reducir la migración, se está convirtiendo cada vez más en un objetivo político manifiesto de los gobiernos¹¹⁴⁻¹¹⁵. El intercambio de información sobre migrantes en situación administrativa irregular entre los servicios de asistencia social y de atención médica y las entidades encargadas de aplicar las leyes de inmigración suele ser una parte central de estas políticas. En 2015, cinco países europeos exigieron a profesionales o a los servicios sanitarios que declararan ante las autoridades a migrantes en situación administrativa irregular, y más países tenían mecanismos para el intercambio de información con organismos encargados de aplicar las leyes de inmigración¹¹⁶. Desde entonces, otros gobiernos europeos han seguido su ejemplo¹¹⁷.

La hipótesis que subyace en estas políticas es que, a través del acceso a estos servicios, se puede identificar, detener y deportar más fácilmente a migrantes en situación administrativa irregular, o el miedo a que se les apliquen las leyes de inmigración será tan grande que no tendrán acceso a los servicios y se "autodeportarán"¹¹⁸.

Los datos indican que estas políticas impiden que personas accedan a servicios sanitarios (el 2,2%). No obstante, no hay pruebas de que sean eficaces en el logro de su objetivo de reducir la migración¹¹⁹. Los datos de este informe (y los Informes del Observatorio anteriores¹²⁰) revelan que los servicios sanitarios no son un factor que atraiga a migrantes a Europa: el 2,9% de todas las respuestas de las personas de países de fuera de la UE/del EEE eran que habían dejado el país de origen por "razones de salud". Para migrantes de la UE/del EEE, representaba el 2,5%.

Estas políticas plantean problemas más allá de su eficacia no probada y de las cuestiones éticas que plantean. Presentan un riesgo muy real para la salud pública, de incrementar los costes generales de la atención sanitaria, de alterar la confianza pública en la confidencialidad de los sistemas sanitarios, de socavar la relación médico-paciente, y para la protección de los derechos humanos.

112. OIM. "Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Report." OIM Migration Research Series no. 52. Ginebra: OIM, 2016 (consultada el 27 de septiembre de 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

113. OMS. "Global Vaccine Action Plan." 2016 (página consultada el 9 de septiembre de 2017, <http://apps.who.int/gho/cabinet/gvap.jsp>).

114. GOV.UK. "Guidance. Immigration Act: Overview." GOV.UK, 2016 (página consultada el 22 de septiembre 2017, <https://www.gov.uk/government/publications/immigration-bill-2015-overarching-documents/immigration-bill-201516-overview-factsheet>).

115. Gobierno de Alemania. "Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch." Berlin: 2016 (página consultada el 2 de septiembre de 2017, <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/772/77237.html>).

116. OIM. "Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Report." OIM Migration Research Series no. 52. Ginebra: OIM, 2016 (consultada el 27 de septiembre de 2017, https://publications.iom.int/system/files/mrs_52.pdf).

117. Home Office, Department of Health, and NHS Digital. "Memorandum of Understanding Between Health and Social Care Information Centre and the Home Office and the Department of Health." 2016 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/585928/MOU_v3.pdf).

118. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM). "PICUM Key Messages to the 2nd Convention of the European Platform against Poverty and Social Exclusion." Bruselas, 5-7 de diciembre de 2012. PICUM, 2012.

ASILO Y ATENCIÓN SANITARIA

Cuando se les preguntó por qué habían dejado su país de origen, el 14,1% de las respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE eran que estaban huyendo de su país de origen a causa de la guerra o de los conflictos armados, el 18% habían escapado de la persecución o de la discriminación a causa de sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia, o su orientación sexual, y el 5,6% se habían ido por conflictos familiares. El 14,9% habían hecho una solicitud de asilo, y al 1,4% le habían concedido el estatus de refugiado, la protección humanitaria o el permiso de estadía discrecional. La presencia de estas personas en nuestras clínicas indica que los sistemas sanitarios europeos no están satisfaciendo las necesidades de atención sanitaria de las personas refugiadas ni de las solicitantes de asilo.

El derecho a los servicios sanitarios generales para personas refugiadas y solicitantes de asilo varía según el Estado miembro, pero la directiva de la UE 2013/33/UE exige a todos los Estados que velen por que las personas solicitantes de asilo “reciban la atención sanitaria necesaria, que incluirá, como mínimo, los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de enfermedades o trastornos psíquicos graves”¹²¹. Al vivir en un país nuevo y desconocido, las personas refugiadas y solicitantes de asilo suelen verse más afectada por obstáculos tales como la falta de conocimiento de los sistemas sanitarios y las barreras administrativas. La exclusión de personas refugiadas y solicitantes de asilo de los servicios sanitarios, ya sea por ley o por barreras prácticas, es preocupante teniendo en cuenta sus necesidades médicas específicas, tanto físicas como psicológicas¹²².

14,1%

Cuando se les preguntó por qué habían dejado su país de origen, el 14,1% de las respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE eran que estaban huyendo de su país de origen a causa de la guerra o de los conflictos armados.

18%

El 18% habían escapado de la persecución o de la discriminación a causa de sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia, o su orientación sexual.

119. Ingleby, David, and Roumyana Petrova-Benedict. “Recommendations on Access to Healthcare Services for Migrants in an Irregular Situation: An Expert Consensus.” Bruselas: OIM, 2016 (página consultada el 27 de septiembre de 2017, <http://equi-health.eea.ion.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>).

120. Podrá consultar los anteriores Informes del Observatorio en la página: <https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/>

121. Unión Europea. “Directiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de junio de 2013, por la que se aprueban normas para la acogida de los solicitantes de protección internacional.” EUR-Lex, 2017 (página consultada el 26 de septiembre de 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0033>).

122. Kane, Jeremy C., Peter Ventevogel, Paul Spiegel, Judith K. Bass, Mark van Ommeren, and Wietse A. Tol. “Mental, Neurological, and Substance Use Problems Among Refugees in Primary Health Care: Analysis of the Health Information System in 90 Refugee Camps.” BMC Medicine 12 (2014). 228.

METODOLOGÍA Y LIMITACIONES

El propósito de este informe es realizar el proceso de recopilación de datos comunes a fin de generar datos fiables, analizados y validados por un epidemiólogo. Los datos son valiosos para responsables políticos a nivel local, regional, nacional y de la UE, ampliando la base factual sobre la reducción de las vulnerabilidades en la salud e identificando las maneras en que los sistemas sanitarios podrían ser más receptivos y adaptados. También son valiosos para que el mundo académico revise y adquiera un mayor conocimiento sobre cómo las vulnerabilidades contribuyen a las desigualdades sanitarias.

Los datos se recogieron entre enero y diciembre de 2016. Hubo un total de 110.277 consultas (36.409 consultas médicas y 73.868 consultas sociales) registradas para este informe en 2016.

FUENTE DE DATOS

Los datos de este informe fueron recogidos en consultas cara a cara en 13 centros sanitarios de MdM (Alemania, Bélgica, Eslovenia, España, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Rumanía, Suecia y Suiza) y en programas colaboradores de personal sanitario y de apoyo voluntario. Los datos fueron recopilados a lo largo de 2016 y constaron de dos partes básicas: consultas sociales y consultas médicas. Las consultas sociales se centraron en los determinantes sociales de la salud tales como la situación de vivienda, el acceso a la atención sanitaria y la cobertura sanitaria. Las consultas médicas se centraron en cuestiones tales como la historia médica, el estado de salud actual, el estado de embarazo y la vacunación. Dentro de las consultas médicas, se registraron diagnósticos específicos utilizando el sistema de clasificación de las patologías ICPC-2 (Clasificación internacional de la atención primaria - Segunda versión)¹²³.

La recogida de datos no fue completa.

- MdM España: proporcionaron datos de 7 de sus 20 centros sanitarios que representan aproximadamente el 10% de todas las personas atendidas.
- MdM Grecia: 1 de cada 10 pacientes fue entrevistada para la recogida de datos en cada policlínica con la excepción de la policlínica de Atenas (1 de cada 20) y de Mitilene (el 100% de pacientes de las consultas médicas).
- MdM Alemania: proporcionó datos de Hamburgo (el 100% de pacientes de las consultas médicas y el 50% de pacientes de las consultas sociales) y datos de Múnich (el 100% de pacientes de las consultas médicas y sociales).
- El Centro de Derechos de Migrantes de Irlanda: solo proporcionó datos sociales (100% de muestreo).
- Filantropía Eslovena (Eslovenia): se encuestaron al 100% de nuevos pacientes y 1 de cada 3 pacientes que regresaban.
- Todos los demás centros sanitarios de MdM: se encuestaron al 100% de pacientes a través de la recogida de datos sociales o médicos.

Las personas pueden haber tenido varias consultas sociales o médicas cara a cara. Se analizaron los datos utilizando un registro para las consultas sociales y un registro para las consultas médicas por persona. Los registros de consultas seleccionados para cada persona fueron los que contenían más datos completados, con una preferencia por el registro de la primera consulta.

Se utilizó un algoritmo para puntuar e identificar los registros con los datos demográficos más completos y con los puntos claves del estudio. Cuando un paciente tenía varios registros y si el primer registro de consulta tenía la puntuación más alta, o igual a la máxima puntuación, se seleccionaba. Hay dos excepciones a esta regla, primero, como los datos utilizados en la Ilustración 1 (en la sección "Las personas que atendimos") proporcionan una visión general de todas las consultas por país en 2016, se incluyen todos los datos y, por lo tanto, la Ilustración 1 contiene registros duplicados de las personas. Segundo, los datos de patologías consistieron en todo tipo de patologías registradas para cada persona de todas sus consultas médicas –no había ninguna exclusión o proceso de selección y, como resultado de ello, las personas pueden aparecer en este conjunto de datos más de una vez, dependiendo de cómo se hayan registrado muchas patologías.

123. OMS. "International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)" (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>)

ESTADÍSTICAS

Antes de analizar los datos, todas las variables se habían estandarizado de tal forma que las respuestas a las preguntas fueran consistentes entre todos los centros sanitarios de MdM. Por ejemplo, la situación migratoria como proporcionada de acuerdo con la situación de cada país, se equiparó a una serie de estados definidos por el Observatorio Internacional. El país de origen se utilizó con vistas a clasificar a las personas en nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE.

Los datos se presentan por todo el Informe del Observatorio bien como simples recuentos o proporciones brutas –no se realizó ponderación de las proporciones. Las pruebas estadísticas realizadas fueron o bien las pruebas de ji-cuadrado para una proporción, o el 95% de intervalos de confianza (IC) asociados con una estimación.

LIMITACIONES

Los datos utilizados en este Informe del Observatorio se recogieron como parte de las operaciones de los centros sanitarios de MdM y, como resultado, muchos elementos presentados contenían altos niveles de datos no disponibles. Esto se ha ido comentando sistemáticamente en las notas de las ilustraciones y se ha resaltado en el informe en situaciones donde era especialmente importante considerar los datos no disponibles, por la probabilidad de sesgar las comparaciones entre los grupos. También es importante señalar que algunos elementos de datos no se recogieron por cada país y, por lo tanto, los datos subyacentes para cada ilustración no son forzosamente representativos de todos los centros sanitarios de MdM incluidos.

Las personas que acudieron a las consultas en los centros sanitarios de MdM no eran una muestra aleatoria. Los resultados se deberían considerar para describir las problemáticas de las poblaciones excluidas atendidas por MdM, pero como representativos de las poblaciones excluidas de forma más general dentro de cada país socio. No obstante, entre las personas atendidas en los centros sanitarios de MdM están algunas de las más vulnerables y marginadas de la sociedad, que no están incluidas en la mayoría de los sistemas de estadísticas vitales y rutinarias. Por lo tanto, este Informe del Observatorio Internacional es una fuente importante de información sobre algunas de las personas más excluidas de la sociedad.

La clasificación de personas en nacionales, migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE por país u origen tiene limitaciones puesto que el país u origen no equivale necesariamente a la nacionalidad o la ciudadanía. No toma en consideración la posibilidad de la doble nacionalidad.

Las ilustraciones 14 y 16 combinan datos de varias variables:

- **Ilustración 14. Situación migratoria de las personas migrantes de la UE/del EEE y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE**

- “El visado o el permiso para personas de países de fuera de la UE/del EEE” incluye: a migrantes con un visado de trabajo; un permiso de residencia; o un visado de turista/estudiante/de corta duración. “Personas en situación irregular de países de fuera de la UE/del EEE” incluye: a migrantes indocumentados con permiso de residencia en otro país de la UE/del EEE y que están aquí por menos de 3 meses; o que están en situación administrativa irregular.

- **Ilustración 16. Cobertura sanitaria para las personas r personas nacionales, migrantes de la EU/del EEA y migrantes de países de fuera de la UE/del EEE**

“Otro” incluye: la cobertura sanitaria incluida en el visado; la cobertura sanitaria en otro país de la UE / TSE- tarjeta sanitaria europea). “Cobertura parcial” incluye: cobertura sanitaria de parte de los costes; libre acceso a atención primaria; acceso a atención primaria pero pagando una parte; acceso a la atención secundaria. “Sin cobertura” incluye: sin ningún tipo de cobertura; acceso caso por caso.

COLABORACIONES Y SIGLAS

COLABORADORES

Bélgica: Ingrid Pelgrims; Anne Laurent; Jonathan Hardenne; Clara Borg; y Nel Vandevannet.

Francia: Anne Tomasino; Marielle Chappui; Agnes Gillino; Aude Saldana-Cazenave; y Anne-Sophie Marie.

Alemania: Dr Cevat Kara; Claudia Rokitta; Marianne Schaaf; Melanie Mücher; Valentina Manasieva; Sabine Fürst; Carolin Bader; Ute Zurmühl; y Johanna Offe.

Grecia: Vasia Floropoulou; Stefanos Salevourakis; Mina Floropoulou; Evi Tziveleki; Antonia Katsari; Konstantina Kuriakopoulou; Eleftheria Andrianopoulou; Efi Samantra; y Aggeliki Tagri.

Luxemburgo: Joanna Nahabedian y voluntarios de MdM Luxemburgo.

España: Miguel Pérez-Lozao; José María Atienza; Pilar Ramírez López; Pablo Iglesias; Emiliana Tapia y Eva M. Aguilera.

Suecia: Niclas Hell; Lova Westerlund; Erik Åhlin; y Eliot Wieslander.

Suiza: Aline Catzefflis; Janine Derron; Raquel Germano; Manon Ramseyer; Anne Lise Tupin; y Louise Wehrli.

Reino Unido: Lucy Jones; Florence Wallemacq; y Phil Murwill.

ONG Y PERSONAL ACADÉMICO

Carusel (Rumanía): Ioana Pinzariu; Sorina El Khalifa Bushara y Ana Mohr.

Centre for Health and Migration (Austria): Dr Ursula Trummer.

Health Centre for Undocumented Migrants (Noruega): Amir Mofateh y Frode Eick.

Institute for Global Health, University College London (Reino Unido): Profesor Ibrahim y Dr Delanjathan Devakumar.

Migrant Rights Centre Ireland (Irlanda): Pablo Rojas Coppari y Sancha Magat.

Slovene Philanthropy (Eslovenia): Maja Jurtela y Alenka Vatovec Urgin.

OTRAS COLABORACIONES

Traducción al español: Olga Mas, Consuelo Manzano-Tarrisson.

Traducción al francés: Marian Lanyard, Sophie Issa.

Diseño gráfico: Together Design

Corrección (Inglés): Anastasia Said

AUTORES

Dr R. W. Aldridge, Institute of Global Health, University College London

Anna Miller, Doctors of the World–Reino Unido

Bethany Jakubowski, Doctors of the World–Reino Unido

Licínio Pereira, Doctors of the World–Reino Unido

François Fille, Médecins du Monde – Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud

Isabelle Noret, Médecins du Monde – Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud

Referencia para las citas: R. W. Aldridge, A. K. Miller, B. Jakubowski, L. Pereira, F. Fille e I. Noret, Personas excluidas: el fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa, Informe del Observatorio de la Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud. (Londres, 2017).

CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS

Cubierta: Kristof Vadino
p.4 Shymantha Ashokan
p.9 Kristof Vadino
p.10 P.W. Henry
p.12 Kristof Vadino
p.20 Jenny Matthews
p.22 Kristof Vadino
p.30 Kristof Vadino
p.34 Jenny Matthews
p.38 Jenny Matthews
p.42 Ute Zurmuehl
p.43 Esther van Nie
p.45 Bruno Abarca

SIGLAS

ASE	Ayuda Social a la Infancia de Francia
BBB	Bed Bath Bread
CASO	Centro de Atención Socio sanitaria y Orientación
CHAFEA	Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EPIM	Programa Europeo para la Integración y la Migración
IC	Intervalo de Confianza
ICPC-2	Clasificación Internacional de la Atención Primaria – Segunda versión
MdM	Médecins du Monde/ Médicos del Mundo / Doctors of the World
NEF	Red de Fundaciones Europeas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RDC	República Democrática del Congo
SPR	Sarampión, Paperas y Rubéola
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana





Todos los informes de la red internacional de MdM y otros documentos y información del programa europeo se pueden encontrar en:
www.mdmeuroblog.wordpress.com