

PONIENDO ROSTRO A LAS MEDIDAS



2012

Sobre los efectos de las recientes medidas legislativas en la salud de la comunidad y en los inmigrantes “sin papeles”.

Francisco Javier Falo Forniés.
Profesional de salud pública y colaborador de
ECODES.

Poniendo rostro a las medidas

La publicación del “Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones”, así como la propuesta de hacer pagar a los inmigrantes sin papeles 710 € anuales por la asistencia sanitaria, suponen una batería de iniciativas cuya puesta en marcha y aplicación ponen en cuestión el título del propio Decreto, que no olvidemos alude a palabras como “garantizar”, “sostenibilidad”, “mejorar” o “calidad”. Una vez más, jugando con el lenguaje.

Entre las propuestas realizadas hay una que fractura el modelo consolidado en los últimos años y que ligaba las prestaciones del sistema sanitario a la condición de ciudadano. Esta idea se había reforzado en normas aceptadas con gran consenso como La Ley General de Sanidad, La Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, La Ley General de Salud Pública o diferentes normas autonómicas que iban en la misma dirección. Sin duda, no era un modelo perfecto, como ninguno lo es, pero identificaba derechos con personas, idea a la que ninguna sociedad desarrollada y “civilizada” puede ni debe renunciar.

A falta de concretar la aplicación del decreto legislativo, se refuerza la idea de que la asistencia se liga al aseguramiento y a unos requisitos administrativos más exigentes. Es decir, se corre la barrera con la idea de dejar más gente al otro lado. Las personas “sin papeles” quedan fuera del reconocimiento de este derecho (salvo embarazadas, menores, y urgencias). Previamente se traslada la idea del abuso, del incremento de demanda, de que lo que gastan “los de fuera” se les

Diferentes situaciones en la atención a los emigrantes irregulares en la Europa “desarrollada” según el informe de Médicos del Mundo en 2010

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

quita a “los de aquí”, se confunde la idea de turismo sanitario con la de atención a la inmigración, se alienta la xenofobia por competencia, etc. Pero merece la pena responder frente a estos argumentos.

1. La inmigración y su contribución positiva al crecimiento y la riqueza.

España ha sido en su historia país origen y destino de los movimientos migratorios. En algunos casos dentro de nuestro propio territorio, en otros momentos más duros “exportando” personas, y en los últimos años recibiendo inmigrantes. A estas alturas resulta difícil discutir que buena parte del crecimiento económico de España desde mitad de los años 90 tiene mucho que ver con esta entrada de capital humano.

El crecimiento en nuestro país del PIB es uno de los reflejos. Esta riqueza macroeconómica, se ha acompañado de también de riqueza cultural y de convivencia, en la mayor parte de las ocasiones. La población inmigrante ha ayudado a engrosar una pirámide de población - que cada día se le puede llamar menos pirámide - en las zonas donde más se iba adelgazando, jóvenes y adultos en edad productiva.

Puede estimarse que el crecimiento medio de la economía española entre 2000 y 2008, que fue del 3,3%, se hubiera situado en el 1,7% en ausencia de inmigración.

Se generó un punto de inflexión en las estadísticas de natalidad, sin afectar los datos de morbilidad y mortalidad, mejorando con ello los datos de salud poblacionales y se mejoró notablemente el balance económico de la seguridad social y todo ello ocupando segmentos laborales a los que la población autóctona no concedía mucho valor.

Es decir, hasta el momento, parece que lo más equilibrado sea reconocer que nos han aportado más de lo que les hemos dado desde un enfoque social, económico y de salud.

Aunque según algunos profesionales los inmigrantes usan más los servicios sanitarios que la población autóctona, vemos cómo la realidad es otra, con un 10% menos de utilización de la atención primaria. Además, cuando ingresan en un hospital, sus costes son también menores. Cabría pensar que esto se debe a una mayor utilización de los servicios de urgencias, aunque una vez más las cifras demuestran lo contrario: en general usan las urgencias hospitalarias en la misma proporción que la población autóctona, por los mismos tipos de patologías (en general banal), aunque más en horario nocturno y por pacientes más jóvenes.

Burillo-Putze, 2010

2. La contribución al gasto del sistema de salud ¿Qué cuesta más, atender o dejar de hacerlo?

Se habla mucho del gasto sanitario pero, como decíamos antes, en los fenómenos migratorios recientes la realidad es que quien se decide a dejar un territorio de pobreza, sin esperanzas, son aquellas personas más fuertes física y mentalmente.

En 2009, Val-Llosera publicaba sobre la asistencia en atención primaria en Girona, los siguientes resultados:

- 50,1% de visitas en población inmigrante frente a un 61,2% en población autóctona.
- 50% de consumo de fármacos en población inmigrante versus 66,7%
- 29,6% de trastornos crónicos en población inmigrante frente a un 51,4%.

Los resultados socioeconómicos muestran 9,4% de parados en población inmigrante frente a un 5,6%; 38% de analfabetos en población inmigrante frente a un 17,4%; o un 53,5% en viviendas de alquiler en población inmigrante frente a un 15%. Cuando se ajustan estas variables, las tasas de frecuentación no muestran divergencias en función del origen del paciente.

Conclusiones: Los contrastes realizados permiten afirmar que son, principalmente, estos condicionantes sociodemográficos, y no únicamente el origen del paciente, los que determinan las necesidades y utilización de los servicios sanitarios de la población.

El motivo de migrar no es operarse o curarse. Es, mayoritariamente, trabajar, mejorar las condiciones de vida y aportar recursos a las familias con dificultades. Es decir, no son grupos de edad especialmente demandantes de servicios de salud.

Además, los problemas de salud de esta población pasado un primer periodo se corresponden, no con su origen, sino con los **determinantes sociales y ambientales que les rodean aquí**. Es decir, terminan enfermando y muriendo según es su trabajo, su vivienda, sus relaciones, sus ingresos...en definitiva, su vida aquí.

En general, la población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la población española la mayor parte de los servicios sanitarios. Pueden ser variadas las razones, la menor necesidad, las dificultades en la accesibilidad al sistema, los problemas de comunicación, etc. Pero en definitiva el coste de la atención de la población inmigrante (no UE) es menor que para los propios de aquí.

Aun así, no se puede eludir la circunstancia de que también los inmigrantes sin papeles tienen problemas que deben atenderse desde el sistema de salud. En muchos casos serán originados por las condiciones de precariedad o simplemente por vivir, porque no hay que olvidar que se enferma porque se vive.

Y, ¿qué pasará a partir de ahora en estas circunstancias? *Las personas no dejarán de enfermar porque un decreto lo regule, simplemente los esconderemos y, si hay que atenderlos, lo haremos en un recurso más caro y especializado, el de las urgencias.*

Y esto, sin olvidar la necesidad que puede haber de intervención en problemas de salud pública para cortar la transmisión de enfermedades, imposible de plantear si quien padece una enfermedad no tiene medios para ser atendido o comprar medicamentos.

La tasa de hospitalización global para toda la población estudiada fue de 776,4 altas por 10.000 personas-año mientras que para la población inmigrante fue de 425 y la de la población nacional fue de 808,2.

Las tasas específicas de hospitalización por grupos de edad de los extranjeros varones están siempre por debajo de las de los autóctonos, y las diferencias se acentúan a partir de los 35-34 años de edad hasta llegar a triplicarse en los mayores de 65 años. En cuanto a las mujeres, las extranjeras presentan unas tasas superiores en el grupo de edad de 15-24 años. Si se eliminan las altas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, la tasa de utilización en las mujeres de ese grupo de edad también es inferior a la de las nacionales.

Grupo de Investigación de Servicios Sanitarios. Hospitalización en Aragón 2004-2007 Cheikh, W.B et al.

3. La idea de salud en la comunidad: nunca podremos estar sanos si compartimos espacio con un enfermo o un necesitado.

Se nos olvida que el objetivo constitucional de los servicios públicos es trabajar por una población más capacitada y saludable. El incremento en la esperanza de vida en las últimas décadas es un éxito, salvo para algunas organizaciones internacionales que lo ven como un peligro.

Si queremos mantener esta tendencia solo se puede hacer a través de dos líneas. Hay que mejorar los determinantes que influyen en la salud de las poblaciones (vivienda, trabajo, renta, educación, redes sociales, salud pública) y hay que reducir las desigualdades sociales. Es imposible una comunidad saludable con una parte de ella en condiciones de precariedad. Es más, en esta situación las medidas generales, pueden ser muy poco eficientes y justas. Hay que plantearse medidas que permitan mejorar a quien tiene más necesidad y posibilidades de hacerlo, sencillamente porque parten de más abajo.

4. Sobre la sostenibilidad y las desigualdades. Poniendo alambradas a las puertas del campo.

Se traslada la idea de que algo es más sostenible si lo hacemos más barato pero en el fondo la estrategia es siempre la misma, quitamos del sistema, los que no importa o molesta, lo “feo”, igual que hacemos bancos con activos “tóxicos”. Pero si algo está claro es que no es sostenible una sociedad con un abismo entre sus componentes; los que tienen y los que no tienen, los de aquí y los de allí, los que trabajan y los que no.

Como en la mayoría de los países desarrollados, en España se ha observado una evolución ascendente de la esperanza de vida a lo largo del siglo pasado. El incremento en la esperanza de vida al nacer en la última década — entre 1995 y 2007— fue de 3,1 años.

En España, la esperanza de vida al nacer en 2007 era 77,8 años en hombres y 84,3 años en mujeres.

Es imposible aspirar a una sociedad mejor aumentando las brechas sociales. Una crisis social y económica puede y debe empujarnos a hacer las cosas de manera diferente pero nunca deba exigirnos renunciar a la esperanza de una sociedad más justa y sostenible.

La tasa de desempleo de los extranjeros, alrededor del 30%, apunta a que se mantendrá en niveles elevados en los próximos años. El diferencial con respecto a los trabajadores nacionales, que había sido de 2-5 puntos porcentuales en el periodo de fuertes entradas de inmigrantes, ha llegado a alcanzar los 13 puntos porcentuales, y sigue siendo el más amplio de la UE después de Estonia.

Sostenible no es gastar menos, es hacerlo en aquellos espacios que nos ayuden tener una sociedad más equilibrada y con menores diferencias. Ponemos alambradas al campo porque es muy humano tomar decisiones duras sobre aquello que no vemos o que vemos en la distancia. Seguro que es mucho más difícil decirle a la cara a una persona “sin papeles”, diabética o tuberculosa, con una actividad precaria, viviendo en un espacio hacinado, que su futuro es ninguno. Pero lo que es “muy humano” no podemos permitirlo en la acción política.

5. Por acabar... hay que acabar.

Hay que decir no a reformas legislativas que bajo la idea de la sostenibilidad refuerzan una sociedad futura más injusta e insostenible. Este Real Decreto-Ley, así como propuestas como el cobro de 710 € a las personas “sin papeles” debe ser modificado, con el acuerdo de todos los grupos políticos.

Hay que acabar con el gasto social y hablar de inversión social, porque de esto se trata. Hay que poner mirada a los afectados por estas medidas y proponer a los profesionales, a los colectivos sociales y a los ciudadanos, un no rotundo ante esta iniciativa. Y sobre todo, hay que hacer saber a los que tiene la responsabilidad de tomar decisiones que estamos en desacuerdo y que hay otras maneras gobernar posibles.

Referencias

- Arce, R (2010): "El impacto económico de la inmigración en España 2000-2009: antes y después de la crisis". ICE Revista de Economía, Mayo-Junio 2010. Nº 854. http://www.revistasice.com/cache/pdf/ICE_854_23-36_4C83D9A84E0AC5F7141EBEC3C502A1AD.pdf
- Burillo-Putze. G, Balanzó. X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33, Nº 2, mayo-agosto. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272010000300001&script=sci_arttext
- Cheikh, W.B.*, Abad, J.M., Arribas, F, Andrés, E, Rabanaque, M.J. Utilización de los hospitales públicos por la población extranjera en Aragón (2004-2007). GacSanit. 2011;25(4):314-321 <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/138/138v25n04a90024890pdf001.pdf>
- Elías, J. Inmigración y mercado laboral: antes y después de la recesión. Volumen 20, Documentos de economía "la Caixa". http://www.pdf.lacaixa.comunicacions.com/de/esp/de20_esp.pdf.
- Gobierno de Aragón. Estado de salud de la población aragonesa, sus determinantes y las actuaciones del Departamento de Salud y Consumo, 2010. http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Profesionales/Salud%20publica/informacion_sanitaria/Estado_salud_poblacion_aragonesa_2010/EstadoSaludPoblacionAragon_informe%20completo.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns2010.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2006. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Observatorio Europeo del acceso a la sanidad. Médicos del Mundo. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Informe de la encuesta de 2008. Septiembre 2009. http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DO_C-115%232E%23pdf

- Porthé, V., G. Benavides, F. Vázquez, M.L. et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gac. Sanit.2009; 23:107-14. <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0213-9111/23/107>
- Vall- Llosera Casanova et al. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria de Girona.
- RevEsp Salud Pública 2009; 83: 291-307
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original7.pdf>

La publicación del “Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones”, así como la propuesta de hacer pagar a los inmigrantes “sin papeles” 710 € anuales por la asistencia sanitaria, suponen una batería de iniciativas cuya puesta en marcha y aplicación ponen en cuestión el título del propio Decreto, que no olvidemos alude a palabras como “garantizar”, “sostenibilidad”, “mejorar” o “calidad”. Una vez más, jugando con el lenguaje.

ECODES es una organización sin ánimo de lucro e independiente que actúa a favor del desarrollo sostenible en su dimensión económica, social y medioambiental.

Dialogamos y colaboramos con todos los actores sociales en la puesta en práctica de acciones que promueven el desarrollo sostenible y hacen posible el cambio social que necesitamos.

NUESTRA MISIÓN

Ayudar a los que quieren actuar a favor de la sostenibilidad: a la creciente minoría de personas, empresas, medios de comunicación, entidades no lucrativas, y administraciones públicas que quieren practicar o practican la sostenibilidad en España y América Latina.

www.ecodes.org

