



**EL ACCESO  
A LA ATENCIÓN  
SANITARIA DE  
LAS PERSONAS  
CONFRONTADAS  
CON MÚLTIPLES  
VULNERABILIDADES  
DE SALUD**

**LAS BARRERAS AL ACCESO  
A LA ATENCIÓN SANITARIA  
DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS Y LOS/  
LAS MENORES EN EUROPA**

Doroftei, de 10 años, aún no está vacunado:  
«No puedo ir a la escuela»  
Saint-Denis – Francia

**MAYO DE 2015**

# RESUMEN

Europa es la cuna de los derechos humanos. De hecho, es impresionante el amplio abanico de textos internacionales y de compromisos de Estado que garantizan derechos básicos y universales de las personas. Con respecto a la atención sanitaria, las instituciones de la Unión Europea (UE) recientemente reafirmaron su adhesión a los valores de la universalidad, el acceso a una atención de buena calidad, la equidad y la solidaridad. Sin embargo, el presente informe revela cómo, en la práctica, estas promesas a menudo son solo palabras en vez de un avance real.

Los equipos de Médicos del Mundo (MdM) se destacan porque trabajan tanto en los programas internacionales como en sus países. En el extranjero, MdM está presente en muchas de las zonas del mundo cuyos habitantes intentan sobrevivir y huyen para conseguirlo. En los programas nacionales, ofrecemos servicios médicos y sociales de primera línea gratuitos a cualquier persona que se tope con obstáculos al acceso al sistema sanitario general. Este informe se basa en datos recogidos en 2014, en consultas médicas y sociales individuales a 23 040 personas en 25 programas/ciudades de Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, los Países Bajos, el Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía. Revela un panorama sombrío de la «cuna de los derechos humanos».

A la mayoría de los migrantes que deciden buscar la seguridad y el refugio en Europa lo que les espera es: rutas de migración cada vez más peligrosas debido al refuerzo de los controles fronterizos, condiciones de detención que incumplen las normas y una vida con el temor continuo de ser expulsados. Tienen en común con los ciudadanos desfavorecidos de la UE el riesgo de convertirse en víctimas de la explotación, pero ellos también se ven confrontados con la xenofobia. Si bien la crisis económica y las medidas de austeridad han supuesto un aumento general de las necesidades sanitarias insatisfechas en la mayoría de los países, quienes se han visto más afectados han sido los más desfavorecidos (incluyendo un número creciente de ciudadanos nacionales). En total, el 6,4% de los pacientes atendidos en Europa eran ciudadanos nacionales (hasta el 30,7% en Grecia y el 16,5% en Alemania), el 15,6% eran migrantes ciudadanos de la UE (hasta el 53,3% en Alemania) y el 78% de todos los pacientes atendidos eran de fuera de la UE/ciudadanos de terceros países<sup>01</sup>.

En total, el 62,9% de las personas atendidas por MdM en Europa no tenían cobertura sanitaria. El derecho de los niños a la atención sanitaria es uno de los derechos humanos más básico, universal y esencial. Y aun así, menos de la mitad de los niños atendidos en las consultas de MdM estaban correctamente inmunizados contra el tétanos (el 42,5%) o el sarampión, las paperas y la rubéola (el 34,5%) – a pesar de que se sabe mundialmente que estas vacunas son esenciales y la cobertura de vacunación para el sarampión a la edad de dos años está en torno al 90% de la población general en Europa. Más de la mitad de las mujeres embarazadas no habían tenido acceso a la atención prenatal antes de que les atendiera MdM (el 54,2%). De ellas, la mayoría se presentaron demasiado tarde, es decir, después de las 12 semanas de embarazo (el 58,2%). La gran mayoría de las mujeres embarazadas (el 81,1%) no tenían cobertura sanitaria, vivían por debajo del umbral

de la pobreza y el 30,3% manifestaron que tenían un nivel bajo de apoyo moral.

Las barreras a la atención sanitaria mencionadas, así como el análisis de los marcos legales de los países de la encuesta, confirman que las leyes restrictivas y los trámites administrativos complejos para obtener el acceso a la atención contribuyen en realidad a que las personas enfermen más. Al igual que en las encuestas anteriores, las barreras al acceso a la atención sanitaria que se citan con más frecuencia son: la incapacidad financiera para pagar, los problemas administrativos, la falta de conocimiento o de comprensión del sistema sanitario y de los derechos a la atención, y las barreras de la lengua. Por eso, no es de extrañar, que uno de cada cinco pacientes haya dicho que había dejado de intentar acceder a la atención sanitaria o a un tratamiento en los últimos 12 meses.

Los datos recogidos disipan claramente el mito de la migración por razones de salud, tan a menudo esgrimido por los Gobiernos para restringir el acceso a la atención. Los migrantes atendidos en el año 2014 habían estado viviendo en el país de acogida unos 6,5 años de promedio antes de acudir a MdM. Solo el 3% citaron la salud como una de las razones por las que habían emigrado. De los migrantes que padecían enfermedades crónicas, tan solo el 9,5% sabían que estaban enfermos antes de llegar a Europa.

Las políticas de migración europeas y nacionales se centran enormemente en la migración como una «problemática de seguridad», olvidando así su deber de proteger.

La inmensa mayoría de los pacientes (el 84,4%), a los que se les preguntó si habían sido víctimas de la violencia dijeron que la habían sufrido al menos una vez, ya sea en su país de origen, durante el viaje o en el país de acogida. Necesitan más atención y un entorno seguro para reconstruir sus vidas, pero en vez de eso, a menudo viven en zonas y en barrios pobres con el miedo de que los expulsen.

Los Estados miembros de la UE y las instituciones tienen que ofrecer sistemas públicos de salud universales basados en la solidaridad, la igualdad y la equidad (y no en el lucro), abiertos a todas las personas que vivan en la UE. MdM insta a los Estados miembros y a las instituciones de la UE a que garanticen inmediatamente que todos los niños que residan en la UE tengan un acceso incondicional a los programas nacionales de vacunación y a la atención pediátrica. De igual manera, todas las mujeres embarazadas tienen que tener acceso a la interrupción del embarazo, a la atención prenatal y postnatal, y a un parto seguro. Con el fin de respetar la prohibición de la pena de muerte, los migrantes gravemente enfermos nunca deberían ser expulsados a un país en el que no se pueda garantizar el acceso efectivo a una atención sanitaria adecuada. Deben estar protegidos en Europa y tener acceso a la atención que necesitan.

Como profesionales sanitarios, seguiremos dando atención médica adecuada a todas las personas independientemente de su situación social o administrativa y de las barreras legales que existan. MdM rechaza todas las medidas legales restrictivas que alteran la ética médica y exhorta a todos los profesionales sanitarios a proporcionar atención a todos los pacientes.

<sup>01</sup> Ciudadanos de terceros países quiere decir personas que no sean de uno de los 28 Estados miembros de la Unión Europea.

## CIFRAS DE 2014

**23 040** pacientes atendidos en las consultas médicas y sociales individuales en **25** ciudades de Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, los Países Bajos, el Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía, de los cuales **22 171** atendidos en los nueve países europeos.

- **8 656** son mujeres
- **42 534** consultas médicas y sociales, de las cuales **41 238** en los nueve países europeos
- **23 240** diagnósticos en los nueve países europeos

### DE LAS 310 MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EUROPA:

- El **54,2%** no han tenido acceso a la atención prenatal
- El **58,2%** acuden para recibir atención demasiado tarde – después de las 12 semanas de embarazo (entre las que no han recibido atención prenatal antes de ser atendidas por MdM)
- El **81,1%** no tienen cobertura sanitaria
- El **89,2%** viven por debajo del umbral de la pobreza
- El **52,4%** no tienen derecho a residir en el país
- El **55,3%** viven en un alojamiento temporal y el **8,1%** no tienen hogar
- El **30,3%** reciben un nivel bajo de apoyo moral
- El **47,5%** viven separadas de uno o más de sus hijos menores
- En Estambul, el **98%** de las mujeres embarazadas no tienen cobertura sanitaria

### DE LOS 623 NIÑOS ATENDIDOS EN EUROPA:

- Solo el **42,5%** están vacunados contra el tétanos (el 69,7% en Grecia).
- Solo el **34,5%** están vacunados contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) (el 57,6% en Grecia).
- El **38,8%** no han sabido dónde acudir para vacunar a sus hijos

### DE TODAS LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LOS NUEVE PAÍSES EUROPEOS:

- El **43%** son mujeres
- El promedio de edad es de **35,8** años
- El **93,6%** son ciudadanos extranjeros:
  - el **15,6%** son migrantes ciudadanos de la UE y el **78%** ciudadanos de países de fuera de la UE
  - el **6,4%** de los pacientes atendidos son ciudadanos nacionales (hasta el 30,7% en Grecia y el 16,5% en Alemania)
- Los ciudadanos extranjeros atendidos han estado viviendo en el país de la encuesta unos **6,5 años** de promedio antes de acudir a MdM.
- El **91,3%** viven por debajo del umbral de la pobreza
- El **64,7%** de los pacientes viven en un alojamiento inestable o temporal y el **9,7%** no tienen hogar
- El **29,5%** declaran que su alojamiento es nocivo para su salud o la de sus hijos

- El **18,4%** no han tenido nunca a nadie en quien confiar, por lo que están completamente aisladas
- El **50,2%** emigraron por razones económicas, el **28,2%** por razones políticas y el **22,4%** por razones familiares: solo el **3%** emigraron por razones de salud
- El **34%** tienen derecho a residir en Europa
- El **43,4%** están haciendo o hicieron en el pasado una solicitud de asilo

### EL 84.4% DE LOS PACIENTES INTERROGADOS SOBRE EL TEMA DECLARAN HABER SUFRIDO AL MENOS UN ACTO DE VIOLENCIA

- El **52,1%** han vivido en un país en guerra
- El **39,1%** declaran haber sufrido actos de violencia por parte de la policía o de las fuerzas armadas
- El **37,6%** de las mujeres declaran haber sido víctimas de agresiones sexuales y el **24,1%** haber sido violadas
- El **10%** declaran haber sufrido actos de violencia en el país de acogida

### ESTADO DE SALUD

- **22,9%** perciben su salud física como mala o muy mala y este porcentaje sube al **27,1%** cuando se trata de la salud mental
- Entre los pacientes con una o más enfermedades crónicas, el **70,2%** no han recibido atención médica antes de acudir a MdM
- Tan solo el **9,5%** de los migrantes con enfermedades crónicas sabían que las tenían antes de venir a Europa
- El **57,9%** tienen al menos un problema de salud que requiere tratamiento del que nunca han sido tratados antes de ser atendidos en MdM

### LAS BARRERAS AL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

- El **62,9%** de las personas atendidas por MdM en Europa no tienen cobertura sanitaria.
- Las barreras al acceso a la atención sanitaria que se citan con más frecuencia son: los problemas financieros para pagar (el 27,9%), los problemas administrativos (el 21,9%), y la falta de conocimiento o de comprensión del sistema sanitario y de sus derechos (el 14,1%).
- El **42,2%** necesitan un intérprete.
- En los 12 meses anteriores:
  - El 20,4% han renunciado a buscar atención médica o tratamiento
  - Al 15,2% le han denegado la atención al menos en una ocasión
  - El 4,5% han experimentado el racismo en un centro sanitario
- El **52%** de los pacientes sin derecho a residir declaran haber limitado sus movimientos o sus actividades por miedo a que les arresten.

# ÍNDICE

## 2. RESUMEN

## 5. INTRODUCCIÓN A LA ENCUESTA DE 2014

## 12. MÉTODOS

## 13. ESPECIAL ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS

## 18. ESPECIAL ATENCIÓN A LA VACUNACIÓN INFANTIL

## 22. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

### 22. SEXO Y EDAD

### 22. NACIONALIDAD Y ORIGEN GEOGRÁFICO

### 25. DURACIÓN DE LA ESTANCIA DE LOS EXTRANJEROS EN LOS PAÍSES DE LA ENCUESTA

### 25. LAS RAZONES POR LAS QUE EMIGRARON

## 28. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

## 30. LAS CONDICIONES DE VIDA

### 30. LAS CONDICIONES DE ALOJAMIENTO

### 31. TRABAJO E INGRESOS

### 31. AISLAMIENTO SOCIAL

## 32. EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

### 32. LA COBERTURA DE LOS COSTES SANITARIOS

### 34. LAS BARRERAS AL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

### 35. RENUNCIAR A BUSCAR ATENCIÓN SANITARIA

### 35. LA DENEGACIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

### 36. EL RACISMO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

### 36. EL MIEDO DE QUE LES ARRESTEN

## 37. EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA

## 40. ESTADO DE SALUD

### 40. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

### 40. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

### 41. ATENCIÓN URGENTE Y TRATAMIENTO NECESARIO

### 41. PACIENTES QUE HABÍAN RECIBIDO ESCASA ATENCIÓN SANITARIA ANTES DE ACUDIR A MDM

### 41. PROBLEMAS DE SALUD EN GRAN MEDIDA DESCONOCIDOS ANTES DE LLEGAR A EUROPA

### 42. PROBLEMAS DE SALUD POR SISTEMA DE ÓRGANOS

## 44. CONCLUSIÓN

## 47. SIGLAS

# INTRODUCCIÓN A LA ENCUESTA DE 2014

## EL CONTEXTO DEL AÑO 2014

### LA PERSISTENCIA DE LOS EFECTOS DE LA CRISIS ECONÓMICA

Se produjeron considerables recortes en el gasto sanitario en la mitad de los países de la Unión Europea entre 2009 y 2012, y el gasto sanitario bajó significativamente en el resto de Europa<sup>02</sup>. La parte pública del gasto total en salud disminuyó globalmente entre 2007 y 2012<sup>03</sup>. Al mismo tiempo, las necesidades insatisfechas de exámenes médicos para la población general han ido aumentando en la mayoría de los países europeos y casi se han duplicado desde el inicio de la crisis en Grecia y en España<sup>04</sup>. La crisis ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a (volver a) confirmar que «en una crisis económica, los sistemas sanitarios generalmente necesitan más recursos, y no menos»<sup>05</sup>. En el mismo documento, la OMS indica que medir el impacto que la crisis económica ha tenido en los sistemas sanitarios sigue siendo difícil, debido a los desfases de tiempo en la disponibilidad de los datos internacionales y en los efectos tanto de la crisis como de las respuestas políticas para contrarrestar estos efectos negativos. También sigue siendo difícil debido a que los efectos adversos en grupos de población ya confrontados con factores de vulnerabilidad pueden seguir siendo invisibles en los sistemas de información sobre salud pública o en las encuestas de salud pública. En las últimas décadas, una serie de Estados miembros han introducido o aumentado los pagos directos de los pacientes por su atención sanitaria, con el objetivo de que los pacientes se hagan «más responsables» – reduciendo así la demanda de atención sanitaria y los costes directos de la salud pública. Se ha demostrado la complejidad del copago desde el punto de vista administrativo<sup>06</sup>. No disminuye automáticamente la utilización general de los servicios de atención sanitaria y<sup>07</sup> no incita forzosamente a los usuarios a hacer una utilización más racional de la atención sanitaria. Además, se ha demostrado que los pobres o las personas con mayores necesidades sanitarias (como los enfermos crónicos) se ven más afectados por los regímenes de copago<sup>08</sup>. En consecuencia, la OMS advierte de que los costes sanitarios pagados por los usuarios deberían aplicarse con gran precaución teniendo en cuenta sus efectos negativos en las poblaciones vulnerables<sup>09</sup>. Los investigadores del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria de la OMS señalaron que muchos de los países que corren el riesgo de tener niveles de financiación pública insuficientes a raíz de la crisis son en realidad países de la UE, agregando que: «Los importantes

02 OECD. Health at a glance: Europe 2014. París: OECD, 2014.

03 European Observatory on Health Systems and Policies. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Ginebra: OMS, 2014.

04 Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination, by sex, age and reason. 2015. Accedido por última vez el 17/02/2015. [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hth\\_silc\\_03&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hth_silc_03&lang=en)

05 European Observatory on Health Systems and Policies. op. cit.

06 Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé. París: CREDES, 2000.

07 Barer ML, Evans RG, Stoddart GL. Controlling health care costs by direct charges to patients: Snare or delusion? Toronto: Ontario, Economic Council, occasional paper 10, 1979. Hurley J, Arbuthnot Johnson N. The Effects of Co-Payments Within Drug Reimbursement Programs. Canadian Public Policy 1991; 17: 473-89.

08 Majnoni d'Intignano B. Analyse des derniers développements et des réformes en matière de financement des systèmes de santé. *Revue internationale de sécurité sociale* 1991, 44: 10-1. Newhouse, JP, y the Insurance Experiment Group. Free for all? Lessons from the RAND Health Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

09 CSDH. Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

beneficios económicos y sociales del gasto público en sanidad no han sido suficientemente reconocidos en las decisiones en materia de política fiscal ni en los Programas de Ajuste Económico de la UE-el FMI» [NdT: traducción de cita]. La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) advirtió recientemente de que el nivel de desfase entre ricos y pobres era el mayor de los últimos 30 años en la mayoría de los países de la OCDE<sup>10</sup>. «No solo las transferencias monetarias, sino también el mayor acceso a servicios públicos, tales como la educación de alta calidad, la formación y la atención sanitaria, constituyen una inversión social a largo plazo para crear una mayor igualdad de oportunidades a largo plazo».

### GRECIA: LA SITUACIÓN SIGUE SIENDO ESPECIALMENTE PREOCUPANTE

Si bien las consecuencias de la crisis financiera y económica que se inició en el 2008 todavía siguen teniendo efectos en los sistemas sanitarios de toda Europa, algunos países se han visto afectados con más severidad que otros<sup>11</sup>. En Grecia, 2,5 millones de personas viven por debajo del umbral de la pobreza (el 23,1% de la población total)<sup>12</sup>. Además, el 27,3% de la población total viven en viviendas hacinadas, el 29,4% manifiestan que no pueden mantener sus casas lo suficientemente calientes, y el 57,9% de las personas desfavorecidas manifiestan que se ven confrontadas con atrasos en los pagos de electricidad, agua, gas, etc<sup>13</sup>. La crisis y las políticas de austeridad han dejado a casi un tercio de la población sin cobertura sanitaria<sup>14</sup>. En diciembre de 2014, el desempleo se situaba en el 25,8%<sup>15</sup>, las prestaciones por desempleo estaban limitadas a 12 meses<sup>16</sup>, y después de ese período, no había subsidio de garantía de ingresos mínimos<sup>17</sup>. El porcentaje de personas que declaran tener necesidades de atención médica insatisfechas ha aumentado desde el comienzo de la crisis, pasando de aproximadamente el 5,4% de la población en 2008 al 9% en 2013<sup>18</sup>. La crisis en Grecia también ha tenido otros impactos en el número de usuarios de drogas, las tasas de infección por el VIH y la hepatitis C (VHC) entre ellos, y el tipo de drogas utilizadas. Por ejemplo, una droga asequible: sisa (metanfetamina mezclada con otras sustancias peligrosas) está teniendo efectos devastadores entre los usuarios de drogas. Un estudio reciente estimó que la prevalencia del VHC en Grecia se situaba en el 1,87%, mientras que casi el 80% de los enfermos crónicos con el VHC ignoraban que estaban infectados, y que solo el 58% de los pacientes diagnosticados con el VHC habían sido tratados<sup>19</sup>.

10 Traducción de cita de la publicación: OECD: Focus on inequality and growth. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. París: OECD. Diciembre de 2014.

11 Eurofound. Access to healthcare in times of crisis. Dublín, 2014.

12 Collective. Statistics on Income and Living Conditions 2013. Athens: Hellenic Statistical Authority, 2013.

13 Comunicado de prensa (13/10/2014) de la autoridad griega de estadística – Statistics on income and living conditions 2013 (período de referencia de ingresos de 2012).

14 OCDE Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. op. cit.

15 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics)

16 European Commission. Your social security rights in Greece. Bruselas, 2013.

17 En el año 2012, solo 20 000 personas (3% de los desempleados) pudieron beneficiarse de la ayuda al desempleo para los desempleados de larga duración gracias al aumento del umbral de ingresos. Koutsogeorgopoulou V y otros. Fairly sharing the social impact of the crisis in Greece. OECD Economics Department, 9 de enero de 2014, p. 36.

18 Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination, by sex, age and reason. Op.cit.

19 Papatheodoridis G, Syypa V, Kantzanou M, Nikolakopoulos I, Hatzakis A. Estimating the treatment cascade of chronic hepatitis B and C in Greece using a telephone survey. *J Viral Hep* 2015; 22: 409-15.

## EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LOS NIÑOS

Se estima en 27 millones el número de niños en Europa que están en riesgo de caer en la pobreza o en la exclusión social, y la crisis económica y social los hace aún más vulnerables<sup>20</sup>. Los datos nacionales obtenidos por UNICEF revelan claramente el impacto dañino de la crisis. En 2012, cerca de 1,6 millones de niños más vivían con graves privaciones materiales que en 2008 (un aumento de 9,5 millones a 11,1 millones) en 30 países europeos. Durante la crisis, desde 2008, el número de niños que han entrado en la pobreza es de 2,6 millones más que el número de niños que han podido salir de la pobreza. Las tasas de pobreza infantil se dispararon en Grecia (el 40,5% en 2012 en comparación con el 23% en 2008) y en España (el 36,3% en 2012 comparado con el 28,2% en 2008)<sup>21</sup>. Los últimos datos disponibles de la OCDE<sup>22</sup> indicaron un aumento del número de bebés con bajo peso al nacer de más del 16% entre 2008 y 2011, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para la salud y el desarrollo de los niños. Los tocólogos notificaron un aumento del 32% en el número de nacidos muertos en Grecia entre 2008 y 2010, mientras que menos mujeres embarazadas tenían acceso a servicios de atención prenatal<sup>23</sup>.

## MIGRANTES EN PELIGRO EN LAS FRONTERAS DE EUROPA

En los últimos años, ha aumentado considerablemente el número de conflictos armados internos y de otras formas de situaciones de violencia que desencadenan desplazamientos masivos de la población dentro o fuera de los países, por ejemplo, en Afganistán, Eritrea, Irak, Libia, Pakistán, la República Centroafricana, Siria y Sudán del Sur, por citar solo algunos. Además del impacto directo de la violencia, muchos otros factores ponen en peligro a las poblaciones de estos países, tales como el aumento de la pobreza, la inseguridad alimentaria y el hambre, así como el aumento de los riesgos de problemas de salud pública. Aunque países de África del Norte, de Oriente Medio y de África Oriental han estado acogiendo a la mayoría de los millones de personas desplazadas, también se ha producido un aumento gradual en el número de solicitudes de asilo en los 28 Estados miembros de la UE, hasta 626 820 en 2014,<sup>24</sup> lo que es un aumento de más del 40% si se compara con 2013 según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)<sup>25</sup>. El hecho de que los solicitantes de asilo no puedan elegir libremente dónde presentar una solicitud de asilo (porque el reglamento de Dublín III requiere que los solicitantes de asilo presenten su solicitud en el país de la UE en el que han llegado en primer lugar) tiene graves consecuencias para su bienestar y su salud mental. También pone de manifiesto la evidente falta de solidaridad entre los Estados miembros cuando se trata de cuestiones de migración. Los equipos de MdM en Suiza observaron directamente los efectos del aumento del número de solicitantes de asilo en Europa, y abrieron dos centros adicionales para los solicitantes de asilo en 2014. En Múnich, el número de solicitantes de asilo casi se duplicó en comparación con 2013, llevando temporalmente a una situación en la que los solicitantes tenían que dormir en tiendas o fuera, antes de que se abrieran nuevas instalaciones para recibirlos. Desde el inicio de la crisis en Siria, del total estimado de 11,4 millones de sirios que huyeron de sus hogares (más de la mitad de la población siria total), 3,8 millones se refugiaron en países vecinos, y 76 millones de personas se desplazaron dentro del país<sup>26</sup>. Los sirios fueron el mayor grupo de personas a las que se les concedió un estatus de protección en la UE-28 de 2012 a 2014<sup>27</sup>; también

registraron las tasas más altas de reconocimiento otorgadas por los Estados miembros de la UE con más del 90% de decisiones positivas desde 2012<sup>28</sup>. Sin embargo, menos de 150,000 sirios han buscado asilo en la Unión Europea desde que empezó la guerra - menos de 4% del total del conflicto de la población de refugiados - y se reasentó la mayoría de los sirios en dos países, Alemania, y Suecia<sup>29</sup>. Debido a los controles y los muros que existen en las rutas de migración terrestres, muchos migrantes intentan llegar a Europa a través del Mar Mediterráneo. En diciembre de 2014, ACNUR calculó su número anual total en 200 000 personas (en comparación con 60 000 en 2013). Entre las personas que buscan un futuro mejor en Europa se encuentra un gran número de menores no acompañados. Durante los primeros nueve meses de 2014, llegaron por mar a Italia y a Malta más de 23 800 niños, de ellos, al menos 12 000 no acompañados<sup>30</sup>. Mientras que 150 000 migrantes fueron rescatados en la operación Mare Nostrum, ACNUR estima que alrededor de 3 400 personas murieron o desaparecieron en el mar (datos de noviembre de 2014). La operación Mare Nostrum acabó a finales de 2014. Actualmente, la única iniciativa europea en marcha es una operación europea a escala reducida: la operación Tritón, de Frontex, enfocada principalmente en la gestión de las fronteras. Sus recursos, su mandato y su cobertura geográfica (solo hasta 30 millas de la costa italiana), más limitados, han conllevado la disminución de los esfuerzos de búsqueda y de rescate. Esto significa que muchas más personas corren el riesgo de morir en su intento de llegar a Europa, puesto que no van a disminuir los flujos de migrantes ni, por consiguiente, el riesgo de naufragios en el Mediterráneo<sup>31</sup>.



UN NIÑO SIRIO EN EL CENTRO DE RECEPCIÓN DE MIGRANTES JUSTO DESPUÉS DE SU LLEGADA EN BARCO A LESBOS - GRECIA

28 ECRE/ELENA: Information note on Syrian asylum seekers and refugees in Europe, 2013; y EUROS-TAT: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum\\_quarterly\\_report](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_quarterly_report)

29 Alemania y Suecia concedieron asilo respectivamente a 23 860 y a 16 295 sirios en 2014, el equivalente al 60% de todos los refugiados sirios (base de datos de Eurostat sobre las estadísticas de asilo).

30 UNHCR. So close, yet so far from safety. The Central Mediterranean Sea Initiative., 2014.

31 ECRE. Weekly bulletin, 10/10/2014. [www.ecre.org/component/content/article/70-weekly-bulletin-articles/855-operation-mare-nostrum-to-end-frontex-triton-operation-will-not-ensure-rescue-at-sea-of-migrants-in-international-waters.html](http://www.ecre.org/component/content/article/70-weekly-bulletin-articles/855-operation-mare-nostrum-to-end-frontex-triton-operation-will-not-ensure-rescue-at-sea-of-migrants-in-international-waters.html)

20 Save the Children. Pobreza Infantil y exclusión social en Europa: Una cuestión de derechos. Bruselas: Save the Children, 2014.

21 UNICEF. Los niños de la recesión: El impacto de la crisis económica en el bienestar infantil en los países ricos. Florencia: UNICEF, 2014.

22 Datos de la OCDE [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT). Accedido por última vez el 16/02/2014.

23 Vlachadis N, Kornarou E., 'Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis'. in BMJ, 2013; 346: f1061.

24 Eurostat (2014). [www.ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00191&plugin=1](http://www.ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00191&plugin=1). Accedido por última vez el 18/03/2015

25 ACNUR. Asylum Trends 2014: Levels and Trends in Industrialized Countries. Geneva: UNHCR, 2015.

26 [www.unocha.org/syria](http://www.unocha.org/syria)

27 European Commission. Facts and figures on the arrivals of migrants in Europe, Fact Sheet (13/01/2015)



RUTAS DE MIGRACIÓN PELIGROSAS, INCLUSO EN LOS PAÍSES "DE ACOGIDA"... CALAIS - FRANCIA - 2014

## EL AUMENTO DE LA INTOLERANCIA

En lugar de centrarse en las necesidades de los refugiados vulnerables, el Consejo Europeo puso en marcha una operación conjunta de la policía y de la guardia fronteriza, Mos Maiorum, que se llevó a cabo durante dos semanas en octubre de 2014. Aunque esta operación conjunta se centró en detener a migrantes irregulares y a sus pasadores, una cuarta parte de las personas encontradas por las autoridades eran solicitantes de asilo sirios<sup>32</sup>.

Aunque los migrantes contribuyen más en los impuestos y las cotizaciones sociales de lo que reciben en prestaciones<sup>33</sup>, y que claramente realizan contribuciones fiscales positivas<sup>34</sup>, a menudo se les describe falsamente como personas «que buscan beneficiarse». Además, la crisis ha afectado en primer lugar y ante todo a los trabajadores nacidos en el extranjero: a pesar de idénticas tasas de participación en la población activa en los países de la OCDE, la tasa media de desempleo entre los trabajadores nacidos en el extranjero (el 13%) es significativamente superior a la de los trabajadores nacidos en el país (el 9%). Estas diferencias son más notables en Grecia y en España (respectivamente el 26% y el 24% de desempleo entre las personas nacidas en el país en comparación con el 38% y el 36% entre los trabajadores nacidos en el extranjero)<sup>35</sup>.

Durante las elecciones al Parlamento Europeo del año pasado, la Red Europea contra el Racismo (ENAR) y la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgéneros (ILGA Europa) registró 42 incidentes de

discursos de odio contra las minorías (los migrantes, las personas lesbianas, gays, bisexuales o transgéneros (LGBTI), los musulmanes y los romaníes)<sup>36</sup> de los candidatos a las elecciones, cinco de los cuales están actualmente en el nuevo Parlamento.

En febrero de 2015, Nils Muiznieks, Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, denunció el hecho de que «a pesar de los avances en la legislación y las medidas para luchar contra la intolerancia y el racismo, los discursos de odio y de discriminación no solo persisten en Francia sino que están aumentando. [...] En los últimos años, se ha producido un gran aumento de los actos antisemitas, antimusulmanes y homofóbicos. Solo en el primer semestre de 2014, prácticamente se había duplicado el número de actos antisemitas. [...] El creciente número de actos antimusulmanes, el 80% de los cuales contra mujeres, y de actos homofóbicos, que se producen una vez cada dos días, son también motivo de gran preocupación»<sup>37</sup>.

32 [www.statewatch.org/news/2015/jan/eu-council-2015-01-22-05474-mos-maiorum-final-report.pdf](http://www.statewatch.org/news/2015/jan/eu-council-2015-01-22-05474-mos-maiorum-final-report.pdf)

33 OECD. Is migration good for the economy? Migration policy debates. París: OCDE, Mayo de 2014.

34 Dustmann C, Frattini T. The fiscal effects of immigration to the UK. The Economic Journal, in press

35 Datos sobre migración de la OCDE para 2013: <https://data.oecd.org/migration/foreign-born-participation-rates.htm#indicator-chart>, último acceso el 17/02/2015.

36 ENAR/ILGA Europa (julio de 2014): [http://www.enar-eu.org/IMG/pdf/nohateep2014\\_report\\_-\\_3\\_july.pdf](http://www.enar-eu.org/IMG/pdf/nohateep2014_report_-_3_july.pdf)

37 Consejo de Europa: Traducción del comunicado de prensa: «France: persistent discrimination endangers human rights», 2015. Accedido por última vez el 18/02/2015.

## LOS ÚLTIMOS CAMBIOS LEGALES, PARA BIEN O PARA MAL

En el 2014 se han producido una serie de cambios legislativos positivos y negativos que han influido en el acceso a la atención sanitaria y que resumimos a continuación<sup>38</sup>:

**BÉLGICA** La Ley del 19 de enero de 2012<sup>39</sup> confirmó la práctica de la mayoría de los centros públicos de acción social (CPAS) con los ciudadanos de la UE desfavorecidos recién llegados: «... el centro (CPAS) no está obligado a proporcionar asistencia social a los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea o a los miembros de sus familias durante los primeros tres meses de su estancia [...]». Por lo tanto, los ciudadanos de la UE desfavorecidos tienen que probar que han estado viviendo en Bélgica durante más de tres meses para obtener el mismo acceso al sistema sanitario que los migrantes indocumentados. Sin embargo, el 30 de junio de 2014<sup>40</sup>, el Tribunal Constitucional de Bélgica sentenció que esta medida creaba una diferencia de trato discriminatoria para los ciudadanos de la UE desfavorecidos y los miembros de sus familias, puesto que los migrantes sin papeles desfavorecidos de fuera de la UE podían beneficiarse del sistema de Ayuda Médica Urgente (AMU) a su llegada. Así, con esta sentencia, los ciudadanos de la UE que estén en Bélgica deberían poder tener acceso a la AMU durante los tres primeros meses de su estancia en Bélgica. Sin embargo, muchos CPAS aún no lo aplican en la práctica.

**FRANCIA** A raíz de los compromisos políticos del Presidente francés, desde el 1 de julio de 2013, se elevaron en un 8,3% los límites de ingresos que dan acceso a la cobertura médica universal complementaria (CMUC) y a la ayuda a la adquisición de la cobertura sanitaria complementaria. En mayo de 2014 (últimas cifras disponibles), 539 307 personas más estaban cubiertas gracias a esta medida positiva (sin incluir a las personas cubiertas por la cobertura sanitaria específica para los migrantes indocumentados, la Ayuda Médica del Estado (AME), cuyo límite es el mismo que para la CMUC). Esta medida tendría que hacer posible que más de 750 000 personas más dispongan de una cobertura sanitaria

38 Encontrará un informe completo sobre el acceso a la atención sanitaria en 12 países en inglés, publicado en mayo de 2015 en: [www.mdmeurope.wordpress.com](http://www.mdmeurope.wordpress.com)

39 Ley del 19 de enero de 2012 que modifica la legislación relativa a la acogida de los solicitantes de asilo. Disponible en francés en: [www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=201201913](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=201201913)

40 Sentencia del Tribunal Constitucional, 30 de junio de 2014. Disponible en francés en: [www.const-court.be/public/f/2014/2014-095f.pdf](http://www.const-court.be/public/f/2014/2014-095f.pdf)

completa. Se espera que esta medida sea aplicada plenamente a finales de 2015<sup>41</sup>.

**ALEMANIA** El Gobierno Federal de Alemania está modificando actualmente la Ley sobre los solicitantes de asilo. Lamentablemente, es muy poco probable que se produzca un cambio hacia un mejor acceso a la atención sanitaria, lo que significa que va a permanecer la restricción actual de atención sanitaria para los migrantes para "una enfermedad grave y fuertes dolores".

**GRECIA** Con arreglo al Decreto Presidencial 1465 del 5 de junio de 2014, el acceso a la atención sanitaria de las personas sin cobertura sanitaria pero con residencia legal se concede bajo ciertas condiciones. Las personas con derecho a la atención médica gratuita en los hospitales son: las personas griegas no aseguradas; los ciudadanos de la UE o las personas de fuera de la UE que vivan de forma permanente y legal en Grecia, que no tengan cobertura médica a través de un programa de seguros público o privado y que no cumplan los requisitos para la obtención de una tarjeta sanitaria; y las personas que antes tenían seguro de enfermedad pero que lo perdieron por tener deudas con su Caja del seguro de enfermedad. En todos los hospitales públicos, un comité de tres miembros es el responsable de revisar todas las solicitudes, caso por caso, y de conceder el acceso a la atención médica gratuita. Obviamente, este proceso supone un largo tiempo de espera. Se espera que se produzcan nuevas reformas en el transcurso de 2015.

**PAÍSES BAJOS** Desde 2012, ha habido un drástico aumento en la cantidad que un paciente tiene que pagar antes de que le reembolsen los costes sanitarios – pasando de 220 € a al menos 375 € en un año en 2015 (hasta 875 € dependiendo de la fórmula y del proveedor del seguro que la persona haya elegido)<sup>42</sup>. Esto ha conllevado dificultades de pago para un creciente número de pacientes. No obstante, este pago de una contribución no se aplica a los menores de edad (ni tampoco se aplica a su atención dental), ni a las consultas al médico de familia, ni a la atención prenatal ni a los programas de atención integrados para las enfermedades crónicas, como la diabetes.

**SUECIA** Desde julio de 2013, una ley ha concedido a los migrantes indocumentados el mismo acceso a la atención sanitaria que a los solicitantes de asilo, es decir, atención sanitaria subvencionada "que no pueda posponerse", incluyendo exámenes médicos

41 [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)

42 En febrero de 2015, el Ministerio de Salud reconoció la necesidad de mejorar la "calidad y la asequibilidad de la atención sanitaria", entre otras cosas, bajando el importe que un paciente tiene que pagar antes de que le reembolsen los costes sanitarios.

y medicamentos cubiertos por la Ley sobre prestaciones farmacéuticas, la atención dental "que no pueda posponerse", la atención a la maternidad, el aborto, y la atención de salud sexual y reproductiva. Todos los niños de padres indocumentados tienen el mismo derecho a la atención médica y dental que los niños suecos. En febrero de 2014, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar (*Socialstyrelsen*) llegó a la conclusión de que los términos "que no pueda posponerse" no son "compatibles con los principios éticos de la profesión médica, no tienen aplicación médica a la salud y a la atención médica y se corre el riesgo de poner en peligro la seguridad del paciente". De hecho, hace que sea muy difícil para una persona saber si va a ser aceptada para la atención subvencionada o no. Además, hay una falta de claridad jurídica sobre si los ciudadanos de la UE desfavorecidos que hayan perdido el derecho de residencia pueden ahora acceder a la atención sanitaria con la misma base que los migrantes indocumentados de fuera de la UE. La ley solo estipula que esto es posible "solo en algunos casos", sin precisarlo más. Sin embargo, en diciembre de 2014, el *Socialstyrelsen* anunció públicamente que los ciudadanos de la UE debían ser considerados como indocumentados (y tener el mismo acceso a la atención que los solicitantes de asilo y que los ciudadanos de terceros países). Pero en la práctica, los ciudadanos indocumentados de la Unión Europea siguen teniendo que pagar los costes totales para recibir atención sanitaria en la mayoría de los hospitales.

**REINO UNIDO** En mayo de 2014, el Gobierno aprobó la nueva Ley de Inmigración, enunciando su intención de que sea "más difícil para los inmigrantes 'ilegales' vivir en el Reino Unido". Según el Gobierno, el objetivo de la Ley es:

- introducir cambios en el sistema de expulsiones y de apelaciones, haciendo que sea más fácil y rápido expulsar a quienes no tengan el derecho a estar en el Reino Unido;
- finalizar con el "abuso" del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: el derecho al respeto de la vida privada y familiar; y
- evitar que los inmigrantes "ilegales" accedan a y abusen de los servicios públicos y al mercado de trabajo.

Los migrantes que solicitan un permiso de entrada para residir más de seis meses tendrán que pagar una tasa sanitaria de inmigración. Las tasas serán de unos 210 € para los estudiantes internacionales y de 280 € para

43 Le rogamos que tenga en cuenta que MdM y sus colaboradores, en particular, la Plataforma para la Cooperación Internacional acerca de los Migrantes Indocumentados (PICUM), discrepan profundamente con el uso de la palabra "ilegal" para designar a una persona. Solo las leyes que describen a las personas como ilegales son ilegales. Nadie en la Tierra es ilegal. "Estar indocumentado no es un delito contra las personas, los bienes, ni la seguridad nacional. Solo pertenece al ámbito del derecho administrativo. Cometer un delito no le convierte en una persona "ilegal". [www.picum.org](http://www.picum.org)

otras categorías de migrantes. El recargo será pagado como parte de las tasas de visado que tenga que abonar una persona antes de su llegada al Reino Unido, y garantizará el mismo acceso a los servicios de atención primaria y secundaria del Servicio Nacional de Salud (NHS) durante su estancia que tiene una persona con "residencia habitual". La definición de "personas con residencia habitual" se va a modificar para que quienes no tengan un permiso por

tiempo indefinido tengan que pagar la tasa. La residencia habitual (con pleno acceso a la NHS) ya quedó restringida en 2004 (desde cualquiera que viviera en el Reino Unido desde hacía más de un año a solo a las personas con un permiso para quedarse). A partir de 2015, esta nueva restricción para abarcar solo a las personas con un permiso por tiempo indefinido va a excluir a quienes no hayan estado viviendo en el Reino Unido desde hace más de cinco años y que

no hayan tramitado con éxito una solicitud de permiso por tiempo indefinido para quedarse. El Departamento de Salud ha dado a conocer su intención de ampliar el cobro a algunos servicios de atención primaria y de accidente y urgencias, pero no se ha tomado ninguna decisión sobre si esto se implantará ni sobre cuándo. Las consultas al médico de familia deberían seguir siendo gratuitas.

## UNA VISIÓN GENERAL DE LOS COMPROMISOS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y DE LA UE SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Existe un amplio abanico de textos internacionales y de compromisos que garantizan el derecho básico y universal de las personas a la salud. Entre ellos están textos y compromisos de la ONU (la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), del Consejo de Europa (el Convenio Europeo de Derechos Humanos y la Carta Social Europea) y de la Unión Europea (el Tratado de la Unión Europea, el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea), así como numerosas resoluciones, conclusiones y opiniones publicadas por sus instituciones y agencias. A continuación, se presentan las expresiones de compromisos con la protección de la salud más recientes y relevantes desde el anterior informe europeo de MdM de mayo de 2014:

### EL CONSEJO DE EUROPA

En sus conclusiones por países, sobre España<sup>44</sup>, refiriéndose a la salud, la seguridad social y la protección social, el Comité Europeo de Derechos Sociales (ECSR) condena la exclusión de los migrantes indocumentados de la atención sanitaria en España. En sus conclusiones por países, sobre Grecia<sup>45</sup>, el Comité se pregunta si está lo suficientemente garantizado el derecho a la atención sanitaria para las mujeres embarazadas, los adolescentes y los no asegurados. Nils Muižnieks, Comisario para los Derechos Humanos, recordó a los Gobiernos nacionales que el acceso universal a la atención sanitaria no debería verse mermado por las medidas de austeridad o por la crisis económica<sup>46</sup>. Tras su visita a Francia, denunció las deficiencias graves y crónicas en la acogida de los solicitantes de asilo y de los menores no acompañados, así como el estudio de la edad ósea para determinar su edad<sup>47</sup>. Con respecto a los

44 [http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/SpainXX2\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/SpainXX2_en.pdf)

45 <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/GreeceXX2en.pdf>

46 <http://www.coe.int/en/web/commissioner/-/main-retain-universal-access-to-health-care>

47 Consejo de Europa. Comunicado de prensa. France: persistent discrimination endangers human rights. 2015.

niños migrantes, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE) señaló que: "no existe ningún instrumento jurídico, ni siquiera consenso, con respecto a los procedimientos para determinar la edad de una persona". La Asamblea subrayó la necesidad de aplicar el beneficio de la duda, teniendo en cuenta el interés del niño<sup>48</sup>.

### LAS INSTITUCIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

El Parlamento Europeo (PE) reconoció que: "el acceso a los servicios sanitarios más básicos, como los cuidados de emergencia, está fuertemente limitado, si no resulta imposible, para los migrantes indocumentados como consecuencia del requisito de identificación, el alto precio del tratamiento y el miedo a ser descubiertos o denunciados a las autoridades"<sup>49</sup>. El PE también pidió a la Troika<sup>50</sup> que no incluya los recortes en áreas fundamentales como la atención sanitaria como condición para la ayuda financiera a los países de la zona euro<sup>51</sup>. El Plan de Acción contra el VIH/SIDA de la UE para 2014-2016 de la Comisión<sup>52</sup> (de marzo de 2014) incluye el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención para los migrantes indocumentados como un indicador. Después de la Declaración de Granada<sup>53</sup> de investigadores y profesionales de la salud pública, el Consejo de la UE "asume que el acceso universal a la atención sanitaria es de máxima importancia a la hora de hacer frente a las desigualdades en lo relativo a la salud [...] y observa con preocupación que los amplios recortes en la prestación de la asistencia sanitaria pueden afectar al acceso

48 Traducción de cita de la resolución de la PACE 1996: *Migrant children: what rights at 18?*, 2014.

49 Resolución del Parlamento Europeo sobre las migrantes indocumentadas en la UE (2013/2115(INI)).

50 Es decir, la Comisión Europea, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Central Europeo

51 Resolución del PE sobre los aspectos laborales y sociales del papel y las actividades de la Troika en relación con los países de la zona del euro sujetos a un programa (2014/2007(INI))

52 [http://ec.europa.eu/health/sti\\_prevention/docs/ec\\_hiv\\_actionplan\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/docs/ec_hiv_actionplan_2014_en.pdf)

53 [http://www.eupha-migranthealthconference.com/wp-content/uploads/2014/04/DECLARACION\\_DE\\_GRANADA.pdf](http://www.eupha-migranthealthconference.com/wp-content/uploads/2014/04/DECLARACION_DE_GRANADA.pdf) Conclusiones del Consejo sobre la crisis económica y la atención sanitaria, Luxemburgo, 20 Junio de 2014.

a la atención y pueden tener consecuencias sanitarias y económicas a largo plazo, en particular para los grupos más vulnerables de la sociedad"<sup>54</sup>. El nuevo Comisario de Salud, Vytenis Andriukaitis, antiguo Ministro de Salud de Lituania, está comprometido con la reducción de las desigualdades sanitarias en Europa. Como declaró al recientemente creado grupo de interés sobre el acceso a la atención sanitaria en el Parlamento Europeo: "En muchos países, los votantes ya han enviado un mensaje claro: no van a tolerar las políticas que no solo no respetan el derecho de los ciudadanos a acceder a la atención sanitaria sino que terminan por empujarlos por debajo del umbral de la pobreza"<sup>55</sup>. La Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE (FRA)<sup>56</sup> publicó un documento sobre la criminalización de los migrantes en situación irregular y de las personas que se comprometen con ellos<sup>57</sup>, reiterando que el miedo de los migrantes indocumentados a que les detengan les priva de atención sanitaria. Por último, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound) publicó un amplio informe cuyo título es *Access to healthcare in times of crisis (a: 'El acceso a la atención sanitaria en tiempos de crisis')*<sup>58</sup>, que incluía una descripción de la situación de determinados grupos en situación de vulnerabilidad, como los romanes, los migrantes indocumentados, las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o discapacidades y las personas con problemas de salud mental.

54 Conclusiones del Consejo sobre la crisis económica y la atención sanitaria, Luxemburgo, 20 Junio de 2014.

55 Traducción de la cita que encontrará en inglés en: [http://ec.europa.eu/commission/2014-2019/andriukaitis/announcements/inauguration-interest-group-access-healthcare-european-parliament\\_en](http://ec.europa.eu/commission/2014-2019/andriukaitis/announcements/inauguration-interest-group-access-healthcare-european-parliament_en)

56 El FRA también publicó un informe sobre los derechos fundamentales en los aeropuertos y otro sobre los derechos fundamentales en las fronteras terrestres, que completaba un trabajo anterior sobre los derechos de los migrantes en las fronteras marítimas del sur de Europa.

57 <http://fra.europa.eu/en/news/2014/fra-paper-criminalisation-irregular-migrants>

58 Eurofound. *Access to healthcare in times of crisis*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014.

## LOS PROGRAMAS NACIONALES DE LA RED INTERNACIONAL DE MDM

Desde 1980, la asociación internacional humanitaria Médicos del Mundo (MdM) ha estado trabajando por un mundo en el que se eliminen las barreras a la atención sanitaria y en el que el derecho a la salud sea reconocido y efectivo, tanto en los países de sus sedes nacionales como en el extranjero. El trabajo de MdM se basa principalmente en el compromiso de voluntarios. MdM, que trabaja a diario con personas que se ven confrontadas con numerosos factores de vulnerabilidad, cree en la justicia social como vehículo para un acceso igual a la atención sanitaria, el respeto de los derechos fundamentales y la solidaridad colectiva.

La Red Internacional de MdM comprende actualmente 15 asociaciones autónomas en Alemania, Argentina, Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos de América, Francia, Grecia, Japón, Luxemburgo, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido, Suecia y Suiza<sup>59</sup>. Más de la mitad de los programas de la Red Internacional de MdM son nacionales, incluyendo 150 en el continente europeo, 12 en Estados Unidos, Canadá y Argentina y 3 en Japón. El 80% de los programas nacionales los realizan equipos de proximidad móviles.

La principal misión de MdM es proporcionar acceso a la atención sanitaria a través de servicios médicos y sociales de primera línea gratuitos para las personas que se topan con barreras al acceso al sistema sanitario general. En los programas nacionales, MdM trabaja principalmente con personas que se ven confrontadas con múltiples vulnerabilidades que afectan su acceso a la atención sanitaria, incluyendo las personas sin hogar, los usuarios de drogas, los ciudadanos nacionales desfavorecidos, así como los ciudadanos de la UE migrantes, los trabajadores del sexo, los migrantes indocumentados, los solicitantes de asilo y las comunidades romaníes.

Los programas de MdM buscan el empoderamiento a través de la participación activa de los grupos de usuarios, como medio de identificar soluciones sanitarias y de combatir la estigmatización y la exclusión de estos grupos. MdM apoya la creación de grupos de autoayuda con el fin de reforzar la sociedad civil y de reconocer los conocimientos técnicos basados en la experiencia. Por consiguiente, las actividades de MdM pueden llevar al cambio social: no solo modificando las leyes y las prácticas sino también reforzando la equidad y la solidaridad.

### DISTINTOS TIPOS DE INTERVENCIONES ADAPTADAS PARA ADECUARSE A LAS POBLACIONES

*Para dar respuesta lo mejor posible a las múltiples necesidades de la población atendida, existen distintos tipos de intervenciones en toda la Red Internacional de MdM. Las intervenciones fijas y móviles (en torno al 80% de los programas) proporcionan en parte o en su totalidad un amplio abanico de servicios preventivos y curativos, así como asesoramiento social. Dependiendo de las zonas y de las características específicas de los sistemas sanitarios nacionales, los programas de MdM pueden ofrecer atención primaria de salud (atención sanitaria infantil que a veces incluye la vacunación, atención para los trastornos de salud mental, para las enfermedades crónicas, y para la salud sexual y reproductiva), consultas a especialistas y derivaciones a otros proveedores de atención sanitaria (por ejemplo, los laboratorios, la atención hospitalaria, la atención obstétrica y pediátrica). Ejemplos de intervenciones: consultas médicas y sociales gratuitas, programas de reducción de daños/riesgos con jeringuillas, preservativos y consultas médicas de proximidad en los barrios pobres, en las casas con okupas, en las calles, etc.*

## LOS OBJETIVOS Y LAS ACTIVIDADES DEL OBSERVATORIO

A pesar de la creciente sensibilización y literatura sobre las desigualdades sanitarias, a las poblaciones atendidas en los programas de MdM (especialmente, los migrantes indocumentados) a menudo no aparecen en las encuestas oficiales de la población general y actualmente tampoco en los sistemas de información sanitaria oficiales, por lo que a menudo se refieren a ellas como "invisibles". A la luz de esta observación, en 2004, la Red Internacional de MdM lanzó el *Observatorio Europeo del Acceso a la atención sanitaria*, que documentaba los determinantes sociales de la salud y el estado de salud de los pacientes con los siguientes objetivos:

- **mejorar continuamente la calidad de los servicios proporcionados a los pacientes de MdM** (mediante la utilización de los cuestionarios para orientar las consultas médicas y sociales);
- **establecer una base sólida necesaria para sensibilizar a los prestarios de servicios sanitarios y a las autoridades** sobre cómo integrar eficazmente en el sistema sanitario general a las personas que se ven confrontadas con factores de vulnerabilidad;
- **apoyar a los equipos de terreno en el monitoreo de sus programas.**

El Observatorio ha desarrollado un sistema de información cuantitativa y cualitativa que incluye la recogida sistemática de los datos de los pacientes y los análisis estadísticos anuales, los testimonios narrativos de los pacientes, los análisis de hecho y de derecho de los sistemas sanitarios, así como la identificación de las mejores prácticas cuando se trata de trabajar con personas que se ven confrontadas con múltiples factores de vulnerabilidad. De este modo, el Observatorio desarrolla un sólido conocimiento de las poblaciones atendidas en los programas de MdM que complementa las estadísticas oficiales de la población general con experiencias concretas proporcionadas directamente por personas que se ven confrontadas con múltiples factores de vulnerabilidad y por profesionales sanitarios que trabajan con ellas.

En lugar de hablar de "grupos vulnerables", el Observatorio de la Red Internacional propone utilizar el concepto de vulnerabilidad en la salud. Si se define "grupos vulnerables" de una manera estática se están ignorando las dimensiones contextuales, interactivas y subjetivas de la vulnerabilidad. Por ejemplo, algunos grupos de la población están siendo vulnerables debido a las leyes restrictivas. Además, cada persona tiene la probabilidad de ser vulnerable en algún momento de su vida. Los factores de vulnerabilidad se pueden acumular y tener efectos combinados. Por otro lado, aunque la salud se vea afectada en gran medida por determinantes sociales, muchos miembros de los "grupos vulnerables", en realidad, son bastante resistentes.

Desde 2006<sup>60</sup>, los cinco informes elaborados por el Observatorio han ido ampliando gradualmente la cobertura geográfica de la recogida de datos, así como el enfoque: desde los migrantes indocumentados hasta todos los pacientes que acudían a los centros sanitarios de MdM de toda la Red Internacional de MdM. Todos los informes de las encuestas y los informes públicos dirigidos a profesionales y actores de la sanidad que han sido elaborados por el Observatorio de la Red Internacional sobre el acceso a la atención sanitaria están disponibles en: [www.mdmeuroblog.wordpress.com](http://www.mdmeuroblog.wordpress.com).

## PROGRAMAS ESTUDIADOS

Estos programas consisten en clínicas fijas que ofrecen consultas de atención primaria de salud de primera línea gratuitas, así como apoyo social e información sobre el sistema sanitario y los derechos de los pacientes con respecto al acceso a la atención sanitaria. En última instancia, estos progra-

mas pretenden ayudar a los pacientes a reintegrarse en el sistema sanitario general, cuando sea posible legalmente. Los programas de MdM los llevan a cabo un grupo de voluntarios y empleados que pueden ser profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, matronas, dentistas, especialistas, etc.), u otros: trabajadores sociales, trabajadores de apoyo, psicólogos, adminis-

tradores, etc. Para satisfacer las diversas necesidades de los pacientes y adaptarse a las características de cada contexto nacional, a lo largo de los años se han ido desarrollando diferentes paquetes de servicios y diferentes tipos de intervenciones, tal y como se resume a continuación.

### PROGRAMAS IMPLICADOS EN LA ENCUESTA Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

CÓDIGO DEL PAÍS <sup>61</sup>	PAÍS	LUGARES DE LA ENCUESTA	PROGRAMAS DE 2014 (ADEMÁS DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA GRATUITAS, ASÍ COMO DEL APOYO SOCIAL Y DE LA INFORMACIÓN)
BE	BÉLGICA	→ Amberes → Bruselas	Además de servicios médicos y sociales, servicios de apoyo psicológico.
CH	SUIZA	→ La Chaux de Fonds → Cantón de Neuchâtel	Consultas llevadas a cabo por enfermeros/as en centros de solicitantes de asilo en el cantón y consultas de enfermería y de asesoramiento social en la ciudad de La Chaux de Fonds, en su mayoría, dirigidas a migrantes.
DE	ALEMANIA	→ Múnich	Además de servicios médicos y sociales, realización de consultas pediátricas, ginecológicas, psiquiátricas y psicológicas. Para todas las personas sin cobertura sanitaria incluyendo a los migrantes indocumentados.
EL	GRECIA	→ Atenas → Patras → Chania → Perama → Mitilene → Tesalónica	Además de servicios médicos y sociales, servicios de apoyo psicológico y consultas de especialistas. En Mitilene, las consultas se realizan en los centros de acogida de los migrantes que llegaron por mar.
ES	ESPAÑA	→ Tenerife → Bilbao → Zaragoza → Sevilla → Valencia → Málaga → Alicante	Además de los servicios médicos y sociales, los programas españoles realizan campañas de sensibilización y de promoción de la salud, formación, mediación intercultural entre los profesionales y los usuarios de los programas y sensibilización de profesionales que trabajan en centros públicos.
FR	FRANCIA	→ Saint-Denis → Niza	Servicios médicos y sociales adaptados para dar respuesta a las necesidades de los grupos que no puedan acceder a la atención sanitaria. Consultas de especialistas, incluso de psiquiatría. Derivación al sistema sanitario general.
NL	PAÍSES BAJOS	→ Ámsterdam → La Haya	Servicios de asesoramiento social y de apoyo a los migrantes indocumentados de fuera de la UE para su integración en el sistema sanitario general. Además, medicinas sin receta médica (pero no consulta médica), empoderamiento de los grupos de migrantes y sensibilización de los profesionales sanitarios del sistema público.
SE	SUECIA	→ Estocolmo	Servicios de atención sanitaria y derivación de los pacientes al sistema público de salud tras informarles de sus derechos. Los ciudadanos de la UE constituyen el principal grupo de pacientes, pero también se atiende a migrantes de fuera de la UE. Asimismo, se ofrecen también apoyo psicosocial y consultas jurídicas sobre el asilo, así como un seguimiento de las derivaciones de los pacientes.
TR	TURQUÍA	→ Estambul	La organización ASEM de Turquía-África Occidental (Asociación de solidaridad y de apoyo a los migrantes) en colaboración con MdM Francia, tiene una clínica médica y social para los solicitantes de asilo, los refugiados y los migrantes indocumentados en Estambul. También se le proporciona a los pacientes información sobre sus derechos, aunque tengan muy pocas vías legales para conseguir un tratamiento que sea gratuito o a un bajo coste. ASEM ha desarrollado fuertes vínculos con las comunidades de África Occidental.
UK	REINO UNIDO	→ Londres	La clínica del este de Londres ofrece atención primaria de salud a los grupos excluidos, especialmente a los migrantes y a los trabajadores del sexo. Una gran parte del trabajo consiste en ayudar a los pacientes a registrarse con un médico de familia, que es el punto de entrada al sistema sanitario. Además, se proporcionan consultas sociales en un centro de migrantes en el centro de Londres, y con una organización que facilita apoyo a los trabajadores del sexo.

### APERTURA DE MDM LUXEMBURGO Y PRIMERA INFORMACIÓN SOBRE LAS BARRERAS A LA ATENCIÓN SANITARIA

*En 2014, durante diez meses, MdM Luxemburgo proporcionó consultas médicas a personas desfavorecidas, sin hogar o indocumentadas en un centro de acogida diurno en la ciudad de Luxemburgo. Se utilizaron los mismos cuestionarios que para los otros 25 programas para 59 pacientes con el fin de dar una panorámica de la población atendida. La mayoría de los pacientes eran hombres y la edad media era de 47 años. Una cuarta parte de los pacientes eran ciudadanos de Luxemburgo, seguidos de ciudadanos rumanos y de ciudadanos italianos. Más de una cuarta parte de los pacientes atendidos en 2014 eran personas sin hogar. En Luxemburgo, las principales barreras a la asistencia social en general y a la atención sanitaria en particular son las dificultades administrativas y financieras. Incluso con cobertura sanitaria, los costes sanitarios pagados por los usuarios, aunque sean moderados, han sido señalados por los pacientes como un obstáculo para buscar atención sanitaria. El acceso a la cobertura sanitaria depende de que se tenga trabajo y una dirección de residencia. Los migrantes indocumentados no tienen cobertura sanitaria y solo tienen acceso a los servicios de urgencias. Cada vez más hospitales requieren un anticipo a las personas que no presenten una tarjeta de cobertura sanitaria. Con respecto a los solicitantes de asilo, durante los tres primeros meses que siguen la solicitud de asilo se benefician de un sistema de vales que cubre solo las consultas de urgencias, la medicación recetada (por un médico de Luxemburgo) y la atención dental de urgencias.*

59 En enero de 2015, 10 nuevas asociaciones se unieron a la Red Internacional de MdM para formar la *European Network to Reduce Vulnerabilities in Health* (o literalmente: "Red europea para reducir las vulnerabilidades en la salud"), ampliando así la colaboración a 10 nuevos países: Austria, Bulgaria, Eslovenia, Hungría, Irlanda, Italia, Noruega, Polonia, la República Checa y Rumanía. [www.euroblog.wordpress.com](http://www.euroblog.wordpress.com)

60 Antes de la creación del Observatorio del acceso a la atención sanitaria de la Red Internacional de MdM, MdM Francia creó en 1994 una herramienta común de recogida de datos con el fin de realizar el monitoreo de los determinantes sociales de salud, de las barreras al acceso a la atención sanitaria y del estado de salud de los usuarios de sus servicios y de publicar los resultados. Eso condujo a la creación en el año 2000 del Observatorio del acceso a la atención sanitaria en Francia.

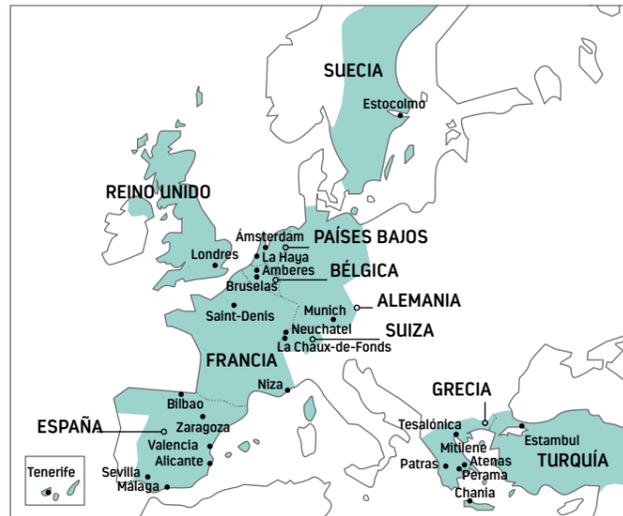
61 A lo largo de este documento, los países se citan en orden alfabético por su código internacional oficial, de acuerdo con las recomendaciones de la Unión Europea (Libro de Estilo Interinstitucional, UE, Rev. 14 / 1.3.2012).

# MÉTODOS

## CUESTIONARIOS Y MÉTODO DE DISTRIBUCIÓN

Los datos analizados en este informe se obtuvieron<sup>62</sup> a través de cuestionarios médicos y sociales a los que contestaron los pacientes que habían acudido a uno de los 25 programas de los 10 países asociados al Observatorio de la Red Internacional en 2014. Cada paciente que había tenido una consulta con un profesional sanitario y con un trabajador de apoyo contestó al menos a uno de los tres cuestionarios estándares multilingües (cuestionario social, cuestionario médico y cuestionario(s) de nueva consulta médica).

### MAPA DE LOS LUGARES ESTUDIADOS EN 2014



## ESTADÍSTICAS

Este informe contiene datos en tres tipos diferentes de proporciones: 1) las proporciones por país son todas *proporciones brutas* e incluyen todos los sitios de encuesta (independientemente del número de ciudades o de programas<sup>63</sup>); 2) las proporciones totales europeas se calcularon para los nueve países europeos y son, en su mayoría y a menos que se indique lo contrario, proporciones medias ponderadas (WAP o *weighted average proportion*) de todos los países; lo cual permite corregir las diferencias reales entre los países, para que tengan así el mismo peso en el total general; 3) *las proporciones medias brutas* (CAP o *crude average proportions*) —en las que los países contribuyen proporcionalmente en sus cifras, también se proporcionan sistemáticamente en las tablas y en las ilustraciones. Cuando los números de encuestados eran bajos, o cuando se examinaban subgrupos de la población, se prefirió proporcionar la CAP. Las pruebas estadísticas estándares se utilizaron para algunas comparaciones: principalmente la prueba de ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando las cifras eran bajas. Cabe señalar que un valor de  $p < 0,05$  indica una diferencia estadísticamente significativa.

## CIFRAS DE LA ENCUESTA

Este informe se basa en el análisis de los datos de 23 040 personas (15 648 con detalles), de las cuales 8 656 eran mujeres. En total se analizaron 42 534 consultas (incluyendo 29 898 en las que se utilizó el cuestionario completo, en los nueve países europeos, y 1 296 en Turquía).

### NÚMERO DE PACIENTES Y DE CONSULTAS POR PAÍSES

PAÍS	Nº DE PACIENTES	%	Nº DE VISITAS	%
BE <sup>A</sup>	2,366	15.	6,665	21.4
CH	395	2.5	1200	3.8
DE	538	3.4	1292	4.1
EL <sup>B</sup>	8,154 / 762	4.9	12,976 / 1,636	5.2
ES <sup>A</sup>	263	1.7	265	0.8
FR	8,839	56.5	17,165	55.0
NL <sup>A</sup>	123	0.8	123	0.4
SE	98	0.6	98	0.3
TR	869	5.6	1,296	4.2
UK	1,395	8.9	1,454	4.7
<b>TOTAL (25 CIUDADES)</b>	<b>23,040/15,648</b>	<b>100</b>	<b>42,534/31,194</b>	<b>100</b>

A. Se utilizaron procedimientos de muestreo en BE, NL y ES para elegir a pacientes al azar, a quienes se les hizo las preguntas estándares del Observatorio.

B. En Grecia, los datos analizados aquí fueron recogidos entre el 1 de junio y el 31 de diciembre. La primera cifra representa el total de personas atendidas a quienes se les hicieron las seis principales preguntas del cuestionario social, y la segunda cifra representa la muestra de pacientes que recibieron el cuestionario completo (1/10 en Chania, Mitilene, Patras, Perama y Tesalónica y 1/20 en Atenas).

## RAZONES PARA ACUDIR A LOS PROGRAMAS DE MDM

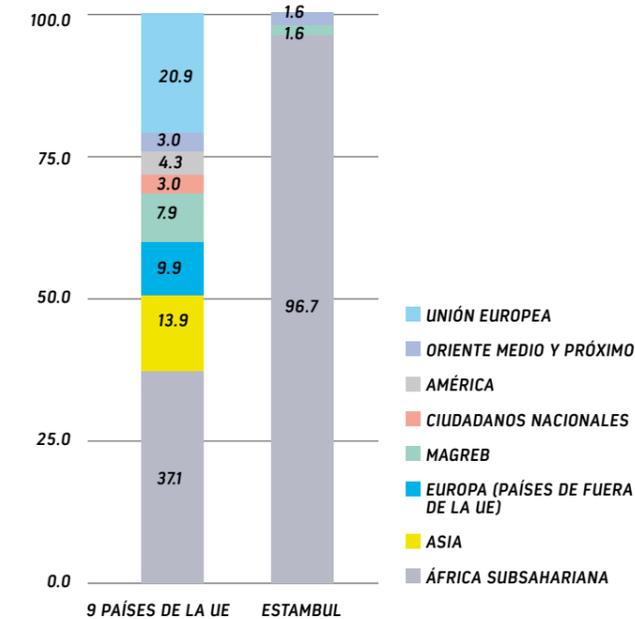
La gran mayoría de los pacientes acudieron a los programas de MdM para obtener atención médica (el 81,1% en Europa y el 99,4% en Estambul). Por otro lado, también es común que las personas acudan a MdM por un tema administrativo, jurídico o social: un tercio de los pacientes atendidos en Europa vinieron por una de estas razones (únicamente, o más a menudo, venían además por un problema de salud).

# ESPECIAL ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS

Un total de 371 mujeres embarazadas fueron atendidas en las consultas en 2014 (principalmente en Bélgica, Alemania, Francia y Turquía), representando el 2,4% de los pacientes. El promedio de edad de las mujeres embarazadas era de 27,8 años en los países europeos (29,1 años en Estambul) y la más joven tenía 14 años de edad.

Casi todas las mujeres embarazadas atendidas (el 97,0%) eran extranjeras procedentes de los países del África Subsahariana (el 37,1%), de la UE (el 20,2%), de Asia (el 13,9%) y de los países europeos de fuera de la UE (el 9,9%). En Estambul, casi todas las mujeres embarazadas (el 96,7%) eran de África Subsahariana.

### ORIGEN GEOGRÁFICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN LOS NUEVE PAÍSES EUROPEOS Y EN ESTAMBUL



En Europa, el 52,4% de las mujeres embarazadas atendidas no tenían el permiso para residir: el 2,4% eran ciudadanas de la UE y el 50,0% ciudadanas de países de fuera de la UE.

### SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ENTREVISTADAS

	% EN LA EUROPA (Nº=310)	% EN ESTAMBUL (Nº=61)
CIUDADANAS DE PAÍSES DE FUERA DE LA UE SIN PERMISO PARA RESIDIR	50.0	29.4
CIUDADANAS DE LA UE SIN PERMISO PARA RESIDIR <sup>A</sup>	2.4	-
<b>TOTAL SIN PERMISO PARA RESIDIR</b>	<b>52.4</b>	<b>29.4</b>
SIN REQUISITO DE PERMISO DE RESIDENCIA (CIUDADANAS NACIONALES) <sup>B</sup>	4.3	17.6
SOLICITANTES DE ASILO (SOLICITUD O RECURSO EN CURSO)	33.3	29.4
PERMISO DE RESIDENCIA VÁLIDO	71	5.9
CIUDADANAS DE LA UE CON ESTANCIA DE MENOS DE TRES MESES (NO REQUIERE PERMISO DE RESIDENCIA) <sup>C</sup>	0.0	5.9
VISADOS DE TODO TIPO <sup>D</sup>	3.6	11.8
SITUACIÓN ESPECÍFICA QUE CONFIERE EL DERECHO A QUEDARSE <sup>E</sup>	2.4	0.0
<b>TOTAL CON PERMISO PARA RESIDIR</b>	<b>50.7</b>	<b>70.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>DATOS NO DISPONIBLES</b>	<b>1.9%</b>	<b>5.6%</b>

A. Sin suficientes recursos financieros ni/o sin cobertura sanitaria

B. situación equivalente (los inmigrantes recientes <90 días)

C. Turismo, corta estancia, estudiante, trabajo

D. Incluye protección complementaria/humanitaria

De las mujeres embarazadas encuestadas en Europa, el 33,3% estaban tramitando la solicitud de asilo (el 29,4% en Estambul), el 44,1% habían hecho o estaban a punto de presentar una solicitud de asilo en algún momento (el 33,3% en Estambul) y, de ellas, al 37,5% le habían denegado el asilo.

Como consecuencia de estar indocumentadas, las dos terceras partes de las mujeres embarazadas (el 67,8%) en los nueve países europeos restringían sus movimientos en mayor o menor grado por miedo a que las arrestasen. Eso crea un importante obstáculo adicional al acceso a la atención prenatal. En Estambul, el 79,7% se encontraban en esta situación.

De las mujeres embarazadas atendidas en Europa, el 55,3% vivían en un alojamiento temporal (el 24,6% en Estambul).

En total, el 62,9% de las mujeres embarazadas atendidas en Europa y el 55,0% en Estambul consideraban que su alojamiento era inestable. En Europa, el 22,9% y el 54,2% en Estambul consideraban que sus condiciones de alojamiento eran perjudiciales para su salud o la de sus hijos. La gran mayoría (el 89,2%) vivían por debajo del umbral de la pobreza<sup>64</sup>.

Samira era una mujer congoleña de 22 años que había estado viviendo en Turquía desde hacía tres años. Cuando llegó al hospital público Eskisehir estaba embarazada de seis meses y se sentía mal. Fue derivada al hospital Osmangazi, donde le pidieron 3 500 € puesto que su permiso de residencia (y su seguro de enfermedad) había caducado el día antes. Como no podía pagar, volvió a su casa. Tres días más tarde había conseguido renovar su permiso de residencia e inmediatamente volvió al hospital Osmangazi. Mientras tanto, su bebé había muerto en su vientre y ella falleció ese mismo día, dejando a dos hijas con su padre.

ASEM Turquía - Estambul - Enero de 2015

62 Encontrar un informe epidemiológico completo en inglés, que incluye los datos recogidos en Canadá (Montreal) y todos los análisis cruzados de datos de 2014, publicados en mayo de 2015, en [www.mdmeuroblog.wordpress.com](http://www.mdmeuroblog.wordpress.com).

63 Dentro de un país, si un programa de una ciudad atiende a diez veces menos de pacientes que otro programa de otra ciudad, la primera cuenta como una décima parte con respecto a la segunda.

64 No se preguntó el número de personas que vivían de los recursos financieros de la persona encuestada. Si se incluyeran, el porcentaje de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza sería mucho mayor y, en realidad, puede representar todos los pacientes atendidos por MdM.



TRES GENERACIONES DE SOLICITANTES DE ASILO SOMALÍES PREGUNTÁNDOSE LO QUE LES DEPARA EL FUTURO - SUIZA - 2014

Un total del 49,3% de las mujeres embarazadas dijeron que tenían uno o más hijos menores de edad. Casi la mitad de ellas (el 47,5%) vivían separadas de uno o más de sus hijos menores. En Estambul, hasta el 74,1% estaban viviendo sin ninguno de sus hijos. Las mujeres que están separadas de sus hijos debido a la migración manifiestan una gran tensión emocional, que incluye la ansiedad, sentimientos de pérdida y culpabilidad, y corren un mayor riesgo de sufrir una depresión<sup>65</sup>.

De las encuestadas, el 30,3% de las mujeres embarazadas declararon que nunca o rara vez tenían a alguien en quien podían confiar en caso de necesidad. La cifra era aún peor en Estambul, donde el 72,8% de las mujeres embarazadas estaban en esa situación. Estas cifras revelan el fuerte aislamiento social de estas mujeres, precisamente en un momento en el que necesitaban mucho apoyo moral. Eso constituye una

barrera adicional al acceso a la atención sanitaria.

Independientemente de su situación administrativa, el 81,1% de las mujeres embarazadas atendidas por MdM en Europa no tenían cobertura sanitaria<sup>66</sup>. Se registró expresamente la falta de cobertura sanitaria de las mujeres embarazadas en el día de su primera consulta en Bélgica (el 95,2%), en Francia (el 100%), en Londres (el 94,9%) y en Estambul (el 98,1%). Además, en Alemania, el 75,3% solo tenían acceso a la atención de urgencias.

En la mayoría de los países esto significa que tienen que pagar por su atención.

65 Parreñas RS. Mothering from a distance: emotions, gender, and intergenerational relations in Filipino transnational families. *Feminist studies*. 2001; 27: pp. 361-90; Miranda J, Siddique J, Der-Martirosian C, Belin TR. Depression among Latina immigrant mothers separated from their children. *Psychiatric services*. 2005; 56: pp. 717-20; Bouris SS, Merry LA, Kebe A, Gagnon AJ. Mothering here and mothering there: international migration and post-birth mental health. *Obs Gynecol Int*. 2012; 2012: Article ID 593413, 6 p.

66 Las mujeres sin cobertura sanitaria fueron agregadas a las que solo tenían derecho a utilizar los servicios de urgencias, lo que indica que no tienen acceso a la atención sanitaria y que no tienen cobertura sanitaria.

## COBERTURA SANITARIA PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

	% EN LA EUROPA (Nº=310)	% EN ESTAMBUL (Nº=61)
SIN COBERTURA / TIENEN QUE PAGAR TODOS LOS COSTES	58.4	98.1
ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SOLO	22.7	0.0
COBERTURA SANITARIA COMPLETA	6.3	0.0
DERECHOS VIGENTES EN OTRO PAÍS EUROPEO	5.9	0.0
ACCESO AL MÉDICO DE FAMILIA CON COSTES	2.4	0.0
COBERTURA SANITARIA PARCIAL	2.1	0.0
ACCESO GRATUITO A LA MEDICINA GENERAL	1.1	1.9
ACCESO CASO POR CASO	1.0	0.0

Entre las mujeres embarazadas en los nueve países europeos, el 54,2% no habían tenido acceso a la atención prenatal cuando acudieron a los centros sanitarios gratuitos de MdM<sup>67</sup> y, de ellas, el 58,2% recibieron la atención demasiado tarde, es decir, después de las 12 semanas de embarazo<sup>68</sup>.

## RIESGOS A LOS QUE SE ENFRENTAN LAS MADRES Y LOS NIÑOS SIN ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL A SU DEBIDO TIEMPO

*"La atención prenatal es un derecho para las mujeres embarazadas. Por lo tanto, las intervenciones que hayan demostrado su eficacia en la literatura científica deberían proporcionarse de forma universal y gratuita". (Traducción de cita de la OMS).*

La atención prenatal, es el conjunto de intervenciones que una mujer embarazada recibe de servicios sanitarios organizados. La atención prenatal es esencial para prevenir o identificar y tratar las condiciones que puedan poner en peligro la salud del feto/recién nacido y/o de la madre, para ayudar a la mujer a vivir el embarazo y el parto como experiencias positivas y proporcionar un buen comienzo en la vida al recién nacido. La atención de cada mujer embarazada debe ser individualizada en función de sus propias necesidades y deseos.

Sin acceso a una atención prenatal a su debido tiempo –es decir, desde las 12 semanas de embarazo– regular y durante todo el embarazo, una serie de riesgos pueden afectar a las madres y a los niños:

→ La transmisión del VIH de la madre al hijo (y la Hepatitis B).

→ Algunas infecciones de transmisión sexual pasan desapercibidas, pudiendo causar un aborto, la rotura prematura de las membranas, un parto prematuro.

→ Que no haya detección precoz de la anemia y de la diabetes (lo que lleva también a una mayor morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el niño).

→ La preeclampsia pasa desapercibida durante el segundo y el tercer trimestre.

→ La falta de preparación antes del parto hace que aumenten el estrés y los riesgos durante el parto y los primeros meses de vida del bebé, y que no haya planificación familiar futura, ni asesoramiento sobre la lactancia materna, las vacunas, etc.

WHO Europe/HEN: "What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organisational implications?"

67 Cuanto más reciente era el embarazo, menos mujeres habían tenido acceso a la atención (16,3 semanas de promedio en las mujeres sin acceso a la atención antes de acudir a MdM frente a 20,8 semanas en aquellas que tuvieron acceso a la atención sanitaria antes de acudir a MdM, p<0,001).

68 Índice de respuesta = 78,5% y 57,4% respectivamente.

## PANORAMA DE LA LEGISLACIÓN RELATIVA AL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS<sup>69</sup>

**Bélgica:** Las mujeres embarazadas indocumentadas tienen pleno acceso gratuito a la atención prenatal y a la atención durante el parto si han obtenido la AMU (lo que puede ser un proceso largo y difícil, y la AMU puede denegarse de acuerdo con criterios muy variables y opacos, en función de donde viva el paciente). No obstante, debería ser gratuito el acceso a las consultas de atención prenatal y postnatal (preventiva y psicosocial). La AMU cubre la interrupción del embarazo, pero el procedimiento es demasiado largo para que acabe dentro del límite de las 12 semanas, en cuyo caso las mujeres deben pagar de su bolsillo (por lo menos 250 €).

**FRANCIA:** Las mujeres embarazadas indocumentadas pueden obtener acceso a la AME, pero existen numerosas barreras para obtenerla, por lo que puede ser difícil obtener acceso a la atención prenatal y postnatal. No obstante, una disposición específica establece que toda la atención para las mujeres embarazadas debe considerarse como urgente (atención prenatal, parto y atención postnatal), así como la interrupción del embarazo. Esto solo se aplica en los hospitales y es gratuito.

**ALEMANIA:** Solo las mujeres embarazadas indocumentadas con un derecho temporal de residencia (*Duldung*) pueden acceder a la atención prenatal y postnatal. Este estado solo se concede por un periodo limitado de tiempo cuando se considera a las mujeres "no aptas para viajar" –por lo general, tres meses antes y tres meses después del parto. Las mujeres no están cubiertas en los primeros seis meses del embarazo. Con respecto a las ciudadanas de la UE migrantes, un número cada vez mayor de mujeres embarazadas no tienen ningún acceso a la atención prenatal y postnatal. A las mujeres con ingresos por debajo de 1033 € al mes les puede reembolsar su interrupción del embarazo su seguro de enfermedad. En teoría, los solicitantes de asilo y las mujeres indocumentadas tienen también derecho al reembolso. Sin embargo, el acceso sigue siendo muy difícil para las mujeres indocumentadas, porque necesitan un vale de seguro de enfermedad de la oficina

<sup>69</sup> Para ver todos los detalles y las referencias a las leyes, consulte el informe específico completo sobre el acceso a la atención sanitaria en 12 países publicado en mayo de 2015 en inglés en: [www.mdmeuroblog.wordpress.com](http://www.mdmeuroblog.wordpress.com)

de asistencia social y por el riesgo de que le denuncien al solicitarlo. Los empleados públicos, como el personal sanitario (con la excepción de quienes estén en las urgencias médicas) tienen el deber de denunciar a los migrantes indocumentados.

**GRECIA:** Por ley (3386/2005), las mujeres embarazadas indocumentadas no tienen acceso a la cobertura sanitaria. En principio, las situaciones de emergencia incluyen las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, pero las mujeres embarazadas indocumentadas no pueden acceder a la atención prenatal y postnatal. En la práctica, las mujeres embarazadas indocumentadas no tienen acceso a un parto gratuito. Con respecto a la interrupción del embarazo, tienen que pagar unos 340 € en los hospitales públicos. El artículo 79(f) de la misma ley estipula que las mujeres embarazadas indocumentadas no podrán ser expulsadas del país durante su embarazo ni durante los seis meses posteriores al parto. Los migrantes indocumentados que no puedan ser expulsados por razones médicas pueden beneficiarse de un permiso de residencia temporal.

**PAÍSES BAJOS:** Las mujeres embarazadas solicitantes de asilo tienen acceso a la atención sanitaria gratuita en el punto de utilización, dentro de un programa específico para los solicitantes de asilo (que incluye la atención prenatal, durante el parto y postnatal). Los migrantes indocumentados no pueden tener cobertura sanitaria. Las mujeres embarazadas indocumentadas tienen acceso a la atención prenatal, durante el parto y el postparto, pero se espera que lo paguen de su bolsillo, a menos que se demuestre que no pueden pagar. En el caso del embarazo y del parto, las autoridades reembolsan el 100% de las facturas sin pagar de los hospitales y de las farmacias. Sin embargo, en la práctica, a menudo se les pide a las mujeres indocumentadas que paguen directamente en efectivo o que firmen para pagar en cuotas, o reciben una factura y recordatorios en sus casas, y las persiguen los cobradores de deudas contratados por los prestatarios de los servicios sanitarios. En contraste con la atención a la maternidad, las mujeres indocumentadas deben pagar la totalidad de la contracepción y de la interrupción del embarazo.

**ESPAÑA:** De acuerdo con el Artículo 3º del Real Decreto de 2012, los migrantes indocumentados están excluidos del sistema sanitario, excepto en el caso de las mujeres embarazadas (y de los menores) que pueden conseguir una "tarjeta sanitaria individual de embarazo" en el centro sanitario público más

cercano de donde viven. Esta tarjeta solo es válida durante los periodos de la atención al embarazo, durante el parto y postnatal. Parece que dos años después de la aprobación de esta nueva ley, muchos centros sanitarios aún no la están aplicando, por falta de conocimiento o de voluntad, dejando a mujeres embarazadas sin tarjeta sanitaria.

**SUECIA:** Los solicitantes de asilo adultos y los migrantes indocumentados de fuera de la UE tienen acceso a la atención sanitaria y a la atención dental "que no pueda posponerse". Tienen acceso a la atención a la maternidad, y a la interrupción del embarazo. Tienen que pagar alrededor de 5 € por cada visita a un médico. La situación no está clara para las ciudadanas de la UE embarazadas que hayan perdido el derecho a residir en Suecia.

**SUIZA:** Las mujeres embarazadas indocumentadas que puedan permitirse el seguro de enfermedad más barato (de alrededor de 300 € al mes) están completamente cubiertas para la interrupción del embarazo, la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención postnatal. Las mujeres embarazadas sin cobertura sanitaria tienen que pagar de su bolsillo. Ante las urgencias, los médicos deben prestar la atención sanitaria sin preguntar a los pacientes si tienen cobertura sanitaria, pero luego los pacientes reciben la factura o tienen que irse sin dar ninguna dirección de contacto.

**TURQUÍA:** Las mujeres embarazadas indocumentadas tienen que pagar sus gastos sanitarios para la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención postnatal. A menudo, el personal sanitario las denuncia a la policía, porque están indocumentadas o porque no pueden pagar los honorarios del médico.

**REINO UNIDO:** La atención a la maternidad para las mujeres embarazadas indocumentadas –incluyendo la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención postnatal– no es gratuita en el punto de utilización, sino que se considera como atención secundaria. Por lo tanto, a las mujeres generalmente se les factura por el ciclo completo de atención durante el embarazo, que cuesta unos 4.000 € cuando no se presentan complicaciones. En lo referente a la interrupción del embarazo, aunque legalmente se la considera como atención primaria y que, por lo tanto, debería ser gratuita, en la práctica se la considera como atención secundaria en algunas partes del país y las mujeres embarazadas indocumentadas tienen que pagar por este servicio.

## MOVILIZACIÓN POR EL DERECHO DE LAS MUJERES A DECIDIR POR SÍ MISMAS SI QUIEREN TENER HIJOS Y CUÁNDO

A finales de 2013, el Gobierno español propuso derogar la ley de 2010 sobre salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, revocando así el derecho de las chicas y de las mujeres a decidir por sí mismas si quieren tener hijos y cuándo. El proyecto de ley solo iba a permitir la interrupción del embarazo en caso de violación o si el embarazo suponía un riesgo físico o mental grave para las mujeres (lo que tenía que estar certificado por dos médicos diferentes que no trabajaran en centros que practicasen abortos).

La propuesta requería que las chicas y las mujeres embarazadas como consecuencia de una violación denunciaran el delito a la policía antes de que pudieran tener acceso a un aborto legal. Esto habría introducido considerables barreras para todas las mujeres víctimas de violación, pero sobre todo para las mujeres indocumentadas (temor y riesgo real de ser expulsadas si se ponían en contacto con las autoridades).

En reacción al proyecto de ley, mujeres (y hombres) de un amplio abanico de partidos políticos y de clases sociales, y de toda Europa, se lanzaron a las calles en masa para manifestarse contra la propuesta y mostrar solidaridad internacional con las mujeres de España.

Al mismo tiempo, la Red Internacional de MdM organizó una campaña por el derecho de las mujeres a decidir si quieren tener hijos y cuándo, por el acceso a la contracepción y por el acceso a un aborto legal y seguro. La campaña se llamó: *Names not Numbers*<sup>70</sup> en referencia a las 50 000 mujeres que mueren cada año a consecuencia de un aborto con riesgos, es decir, sin supervisión médica.

Bajo esta presión, el proyecto de ley español fue finalmente retirado.

En septiembre de 2014, en la Sesión Especial de la ONU sobre salud sexual y reproductiva, Ban Ki-moon, Secretario General de la ONU, destacó en su discurso de apertura los riesgos asociados al aborto ilegal: "Tenemos que encarar el hecho de que aproximadamente 800 mujeres siguen muriendo cada día de causas relacionadas con el embarazo o el parto. Se estima que 8,7 millones de mujeres jóvenes de los países en desarrollo recurren a abortos con riesgos cada año. Necesitan urgentemente nuestra protección" (Traducción de cita en inglés).

<sup>70</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=6x39Q\\_UeHpQ](https://www.youtube.com/watch?v=6x39Q_UeHpQ)



PARTICIPACIÓN DE MDM EN LA MOVILIZACIÓN EUROPEA CONTRA LA LEY ESPAÑOLA ANTIABORTO – PARÍS – FRANCIA – FEBRERO DE 2014

# ESPECIAL ATENCIÓN A LA VACUNACIÓN INFANTIL



La o las vacunas que protegen contra el tétanos, SPR (el sarampión, las paperas y la rubéola), la difteria y la tos ferina son consideradas esenciales en todo el mundo, y la mayoría de los países OMS/Europa también han incluido la vacuna contra la Hepatitis B en sus programas nacionales de vacunación<sup>71</sup>.

Muchas vacunas no solo protegen a la persona sino también a la comunidad, a través del mecanismo de "inmunidad colectiva": vacunar a un individuo también mantendrá a quienes le rodeen más seguros. Para que funcione este mecanismo, y para lograr la erradicación de estas enfermedades prevenibles, una parte de la población lo suficientemente grande tiene que estar protegida por medio de la vacunación. Las tasas de vacunación tienen que estar por encima del 95% para erradicar el sarampión, por encima del 85% para la difteria y entre el 92% y el 94% para la tos ferina<sup>72</sup>.

La vacunación para los grupos que se ven confrontados con múltiples vulnerabilidades es aún más importante que la de la población general, ya que tienen menos posibilidades de vacunarse debido a las múltiples barreras a la atención sanitaria (principalmente legales y financieras). Además, los determinantes sociales (por ej., la falta de acceso a la alimentación, a la vivienda, al agua y al saneamiento adecuados) tienen un impacto en la probabilidad de enfermar y en los riesgos de desarrollar enfermedades más graves. La vacunación puede ayudar a reducir estos riesgos, ya que a menudo reduce la gravedad o las complicaciones de una enfermedad incluso en los pocos casos en los que la vacunación no consiga impedir la enfermedad.

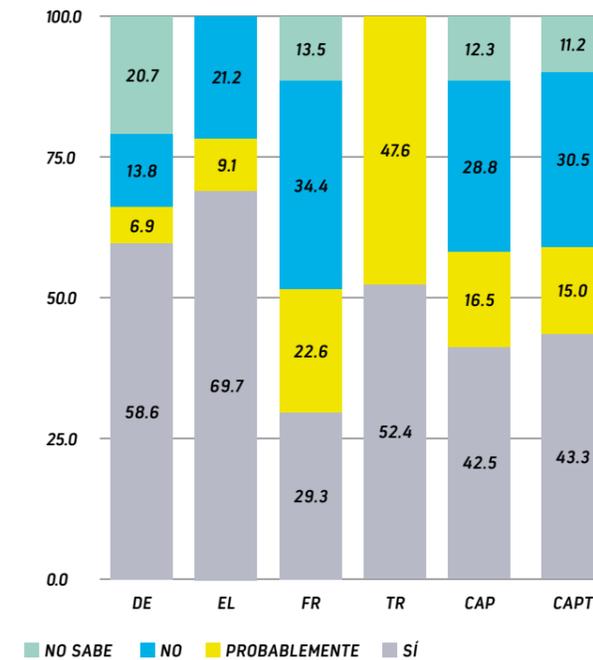
Un total de 645 pacientes menores fueron atendidos por los programas de MdM en 2014. Representaban el 4,1% de la población total. Ningún menor fue atendido en Suecia.

71 [www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/vaccine-preventable-diseases](http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/vaccine-preventable-diseases)

72 La inmunidad colectiva se aplica al sarampión, la rubéola, la varicela, la poliomielitis y la tos ferina. Para las infecciones para las que los seres humanos no forman un reservorio (por ej., el tétanos, la rabia), las vacunas solo ofrecen protección individual. Smith, P. *Concepts of herd protection and immunity*. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2009.

En Europa, <sup>73</sup> solo el 42,5% de los menores que respondieron estaban vacunados contra el tétanos. En Francia, solo el 29,3% de los menores estaban vacunados sin duda alguna<sup>74</sup>. En Estambul era el 52,4%.

## COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS DE LOS MENORES



Las tasas de vacunación contra la hepatitis B (VHB) eran aún más bajas: la proporción media de los menores vacunados en Europa era del 38,7%. La tasa de vacunación contra el VHB era muy baja en Francia (el 22,1%). En los países europeos, siguiendo las recomendaciones de la OMS de incluir la vacuna contra la hepatitis B como parte integrante de los programas nacionales de vacunación infantil<sup>75</sup>, la cobertura de vacunación en la población general está alcanzando un promedio del 93%<sup>76</sup>.

Las tasas de las vacunaciones contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR), y contra la pertussis/tos ferina fueron del 34,5% y del 39,8% respectivamente. Sin embargo, en la mayoría de los países que participaron en la encuesta, la cobertura de vacunación contra la tos ferina y el sarampión a la edad de dos años había alcanzado (y a menudo superado) al 90% en la población general.

Estas cifras ponen de manifiesto la escandalosa diferencia entre la población general y los niños atendidos en las clínicas de MdM en lo referente al acceso a la vacunación. De hecho, más de la mitad de los niños (el 57,6%) atendidos por los equipos de MdM no estaban vacunados contra el tétanos y el 65% no estaban protegidos contra el SPR o la tos ferina.

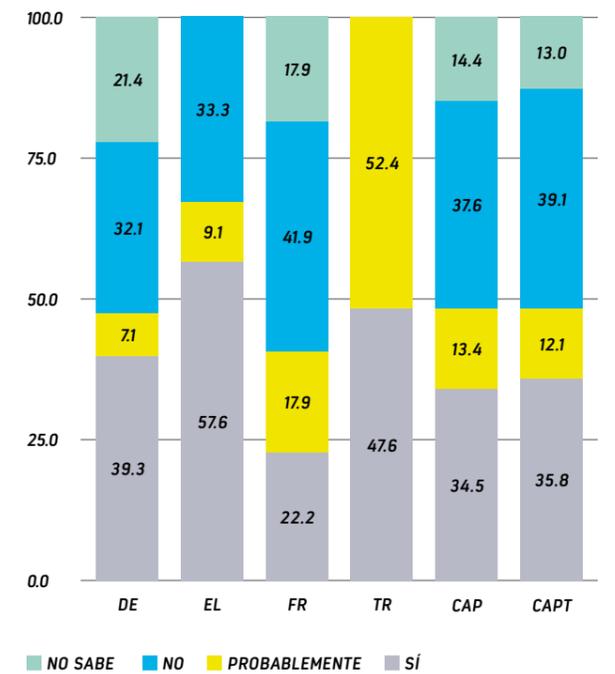
73 La tasa de los niños atendidos en las clínicas de MdM cuyo estado de vacunación no estaba documentado es demasiado alta. Se tendría que comprobar el estado de vacunación de todos los niños, incluso si se tienen que derivar posteriormente a centros de vacunación específicos.

74 Esto significa que los médicos o los enfermeros de MdM han visto la cartilla de vacunación.

75 Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunization (actualizado el 30 de mayo de 2014).

76 OECD. Childhood vaccination programmes. *Health at a glance* 2013. París: OECD, 2013.

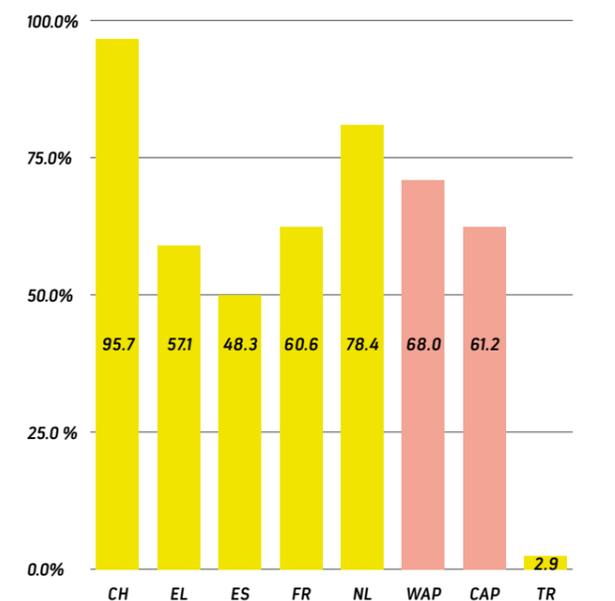
## COBERTURA DE VACUNACIÓN SPR ENTRE LOS NIÑOS



## SABER DÓNDE SE REALIZA LA VACUNACIÓN

En total, en los cinco países europeos en los que se hizo la pregunta, el 38,8% de las personas a las que se le preguntó sobre la vacunación no sabían dónde llevar a sus hijos para que les vacunaran. En Estambul, casi nadie sabía dónde ir para vacunar a sus hijos.

## SABER DÓNDE SE REALIZA LA VACUNACIÓN (PARA LOS MENORES)



Como para la inscripción en las escuelas públicas se solicitan las cartillas de vacunación y las tarjetas sanitarias de los niños, el no tener acceso a la atención sanitaria puede suponer también quedar excluido de la escuela: Mariela, de Paraguay, tiene un permiso para residir, así como un permiso de trabajo en España, donde vive con sus dos hijos, de 11 y 15 años de edad. *"No puedo enviar a uno de mis hijos a la escuela porque tengo que mostrar su tarjeta sanitaria. En el centro sanitario público, me dijeron que él no puede tener una, puesto que no está registrado en el municipio".*

De hecho, el municipio ha introducido recientemente nuevas leyes que limitan el registro de los migrantes indocumentados. A pesar de que su primer hijo estaba inscrito y que Mariela tenía un permiso para residir, el nuevo reglamento local ha hecho que la inscripción en el municipio de su segundo hijo sea más difícil. Esto, a su vez, le impide obtener una tarjeta sanitaria del centro sanitario.

MdM España – Tenerife – Diciembre de 2014

## EL PANORAMA JURÍDICO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA PARA LOS NIÑOS

En BE, FR, SE, EL, ES, UK: Los hijos de los solicitantes de asilo y de los refugiados tienen los mismos derechos a la atención sanitaria que los ciudadanos nacionales<sup>77</sup>.

**BÉLGICA:** Los hijos de migrantes indocumentados tienen acceso gratuito a las vacunas y a la atención preventiva hasta los seis años de edad a través de la Oficina del nacimiento y de la infancia o los servicios para las familias y los niños (ONE – L'Office de la Naissance et de l'Enfance). Para la atención curativa, y a partir de los seis años de edad, tienen que obtener la AMU al igual que los adultos. Los menores no acompañados, si van a la escuela, tienen el mismo acceso a la atención que los ciudadanos nacionales y que los residentes autorizados.

**FRANCIA:** En Francia, a los niños NO se les considera como indocumentados, no necesitan un permiso para residir. Los hijos de los migrantes indocumentados tienen derecho a la AME a su llegada a Francia (sin la condición de residencia de más de tres meses), aun cuando sus padres no sean elegibles. La AME se concede por un año<sup>78</sup>. En Francia, los niños pueden recibir la vacunación contra las principales enfermedades de forma gratuita. Los menores no acompañados se supone que tienen el mismo acceso a la atención sanitaria a través del sistema sanitario que los niños de ciudadanos nacionales o de residentes autorizados.

**ALEMANIA:** Los niños de los solicitantes de asilo y de los refugiados están sujetos al mismo sistema que los adultos (48 meses de residencia en Alemania antes de entrar en el sistema sanitario general). No obstante, los niños pueden recibir otro tipo de atención para satisfacer sus necesidades específicas (sin que esté precisado en la ley). Tienen derecho a las vacunas recomendadas. Los niños de los migrantes indocumentados también tienen los mismos derechos que los adultos, es decir, tienen que solicitar un vale de seguro de enfermedad, lo cual les pone en riesgo de ser denunciados a las autoridades. Por lo tanto, no hay acceso directo a la vacunación y la única manera de que los niños de los migrantes indocumentados puedan vacunarse es pagando los costes de la visita médica (alrededor de 45 €) y los costes de las vacunas (unos 70 € por vacuna). Los menores no acompañados bajo la protección del servicio de menores tienen acceso a la atención sanitaria.

**GRECIA:** En teoría, los niños de los migrantes indocumentados deberían tener acceso a la atención sanitaria, ya que no están incluidos explícitamente en la ley que prohíbe el acceso a la atención para los adultos indocumentados más allá de la atención de urgencias. En la práctica, a menudo solo tienen acceso a la atención de urgencias. No obstante, tienen acceso gratuito a la vacunación en los centros de protección materno-infantil (los que no hayan cerrado debido a la crisis). Sin embargo, a menudo tienen que pagar las vacunas y las consultas médicas, al igual que los demás niños sin cobertura sanitaria. Los menores no acompañados, independientemente de su estatus, deberían tener acceso a la misma atención sanitaria que los niños de los migrantes indocumentados o que los niños de los solicitantes de asilo y de los refugiados. Sin embargo, en Grecia, hasta unos cambios políticos recientes, los menores no acompañados podían pasar meses en centros de detención: a menudo en la misma celda que los adultos.

**PAÍSES BAJOS:** Todos los niños pueden acceder a la vacunación gratuita en las consultas infantiles (0-4 años) preventivas de primera línea. Los niños de los solicitantes de asilo tienen el mismo sistema específico para los solicitantes de asilo que sus padres. Para la atención curativa, los niños de los migrantes indocumentados se ven confrontados con las mismas barreras a la atención que sus padres. No hay disposiciones legales específicas para los niños de los ciudadanos de la UE desfavorecidos que hayan perdido su derecho a residir y que no tengan seguro de enfermedad. Los menores no acompañados no tienen ninguna protección específica, su acceso a la atención sanitaria depende de su situación de residencia.

**ESPAÑA:** AEI artículo 3, apartado 4 de la Ley 16/2003 (añadido por el artículo 1 del Real Decreto-ley 16/2012)<sup>79</sup> estipula que: "En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles". Esta disposición estipula claramente que a todos los menores en España, sea cual sea su situación administrativa, se les concederá el acceso a los servicios sanitarios, incluyendo a las vacunaciones, en las mismas condiciones que los menores españoles (es decir, de forma gratuita). No obstante, la adquisición de una tarjeta sanitaria individual para los niños de los migrantes indocumentados no es nada fácil. Por lo tanto, a veces se les deniega la atención y/o la vacunación. Se trata claramente de un problema de aplicación de la ley; los centros sanitarios públicos no saben cómo tratar a estos menores y pueden negarse a atenderles hasta que tengan una tarjeta sanitaria.

**SUECIA:** La ley de julio de 2013 otorga pleno acceso a la atención sanitaria a los niños de los migrantes indocumentados menores de 18 años. Por lo tanto, todos los niños de los

<sup>77</sup> El informe jurídico completo en inglés (Access to healthcare for migrants in Europe: update of legislations in 12 countries) está disponible en: [www.mdmeurope.wordpress.com](http://www.mdmeurope.wordpress.com)

<sup>78</sup> Circular DSS/2A nº 2011-351 del 8 de septiembre de 2011. Disponible en francés en: [www.sante.gouv.fr/fichiers/bj/2011/11-10/ste\\_20110010\\_0100\\_0055.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bj/2011/11-10/ste_20110010_0100_0055.pdf)

<sup>79</sup> Real Decreto-ley 16/2012.

residentes autorizados, de los solicitantes de asilo y de los indocumentados de terceros países tienen ahora acceso a la vacunación gratuita, de conformidad con el programa nacional de vacunación. La vacunación de los niños de corta edad se realiza en el centro sanitario, mientras que los niños de la escuela primaria son vacunados por el sistema sanitario escolar. Hay una falta de claridad jurídica sobre si los niños de los ciudadanos de la UE indocumentados pueden acceder a la vacunación: en la práctica, tienen que pagar los costes totales de la vacunación.

**SUIZA:** Los niños de los solicitantes de asilo y de los refugiados tienen seguro de enfermedad (si sus padres lo tienen) que incluye la vacunación. Los niños de los migrantes indocumentados tienen el mismo acceso que sus padres. O bien sus padres pueden pagar un seguro de enfermedad

privado para ellos (en torno a 80 € al mes), para que los niños tengan acceso a las vacunas, o bien no pueden pagar las cotizaciones por lo que tienen que pagar los honorarios del médico en su totalidad. El seguro de enfermedad de los niños es obligatorio para la escuela.

**TURQUÍA:** Los solicitantes de asilo deben presentar una solicitud a la Fundación de ayuda social y solidaridad para obtener acceso a la atención sanitaria subvencionada para sus niños. Para ello, deben demostrar su falta de recursos financieros y obtener un permiso de residencia que les da un "número de ciudadano". Los niños de los migrantes indocumentados no tienen acceso a la prevención ni a la atención. Los niños nacidos en Turquía pueden tener acceso a la vacunación gratuita en un centro de salud para las familias pero tienen que

estar inscritos en el registro civil. Sino, cada vacuna cuesta alrededor de 18 €, que se suman a los 43 € del coste de la visita médica. Los menores no acompañados en espera de una decisión sobre la protección internacional pueden acceder a la atención sanitaria, los que hayan sido rechazados no.

**REINO UNIDO:** Los niños de los migrantes indocumentados tienen el mismo derecho a la atención que los adultos. Pueden inscribirse con un médico de familia y recibir vacunación gratuita pero les cobrarán la atención secundaria. En la práctica, los niños solo son aceptados en el médico de familia si al menos uno de sus padres ya está registrado. Los menores no acompañados solicitantes de asilo o con el estatus de refugiado se benefician de la atención de la administración local, lo que significa que, como los solicitantes de asilo, están exentos de todos los pagos.



ENFERMERA DE MDM ALIMENTANDO AL BEBÉ DE SU PACIENTE - MDM REINO UNIDO - LONDRES - DICIEMBRE DE 2014

# CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

## SEXO Y EDAD

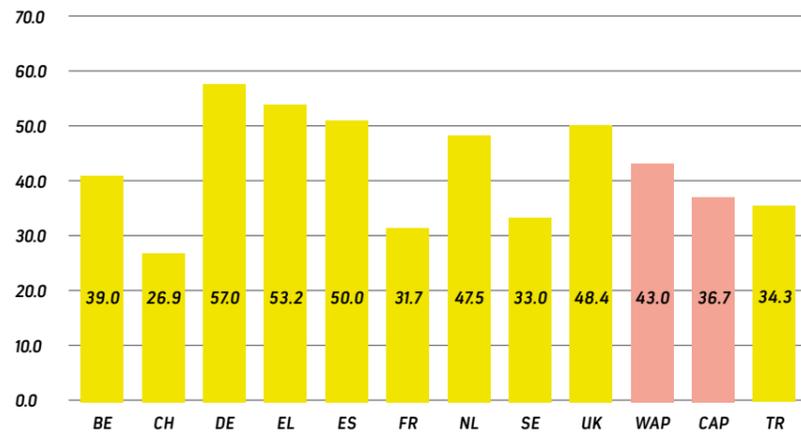
En total, el 43% de los pacientes atendidos en Europa eran mujeres (el 34,3% en Estambul). El promedio de edad de los pacientes atendidos por Mdm en Europa era de 35,8 años (30,8 años en Estambul) y la mitad de los pacientes tenían entre 25 y 46 años (entre 26 y 36 en Estambul).

En total, 645 menores fueron recibidos en las clínicas de Mdm, representando el 4,1% de todos los pacientes (hasta el 5% en Bélgica y Francia, el 10% en Suiza y el 14% en Grecia).

En Francia, el número de menores inmigrantes no acompañados también aumentó, y la mayoría converge hacia la zona de París (París y Saint-Denis)<sup>80</sup>. De hecho, el número de menores no acompañados que acudieron a Mdm en París y sus alrededores se triplicó en 2014, la mayoría de esos niños no tenían ninguna cobertura sanitaria y la mitad de ellos no tenían hogar en su primer contacto con Mdm. Los problemas psicológicos eran muy comunes en la mayoría de estos niños, lo que indica la necesidad de disponer de un apoyo médico y psicosocial adecuado<sup>81</sup>.

A pesar de que hay pocos datos sobre el número total de niños no acompañados en Europa o que llegan cada año, un número significativo de menores no acompañados han llegado a Europa desde el año 2008 (las estadísticas más fiables son las relativas a los menores no acompañados que han solicitado asilo<sup>82</sup>). En vista del aumento observado en algunas clínicas de Mdm, se añadió una pregunta a la encuesta de 2015 para estudiar mejor el número de menores no acompañados y su acceso a la atención sanitaria. Este tema aparecerá más documentado en el informe del año que viene.

## PROPORCIÓN DE MUJERES POR PAÍSES DEL ESTUDIO



© CORAÏLE COUETIL

4% DE TODOS LOS PACIENTES VISTOS QUE PARTICIPARON EN LA ENCUESTA EN 2014 ERAN MENORES DE EDAD. SUBURBIO DE PARÍS, FRANCIA 2014

80 Carsin C, Emmanuelli J, Crosnier M, Pautrat C, Messias B, Debart MH, Planté S. Évaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013. Paris: IGA, July 2014.

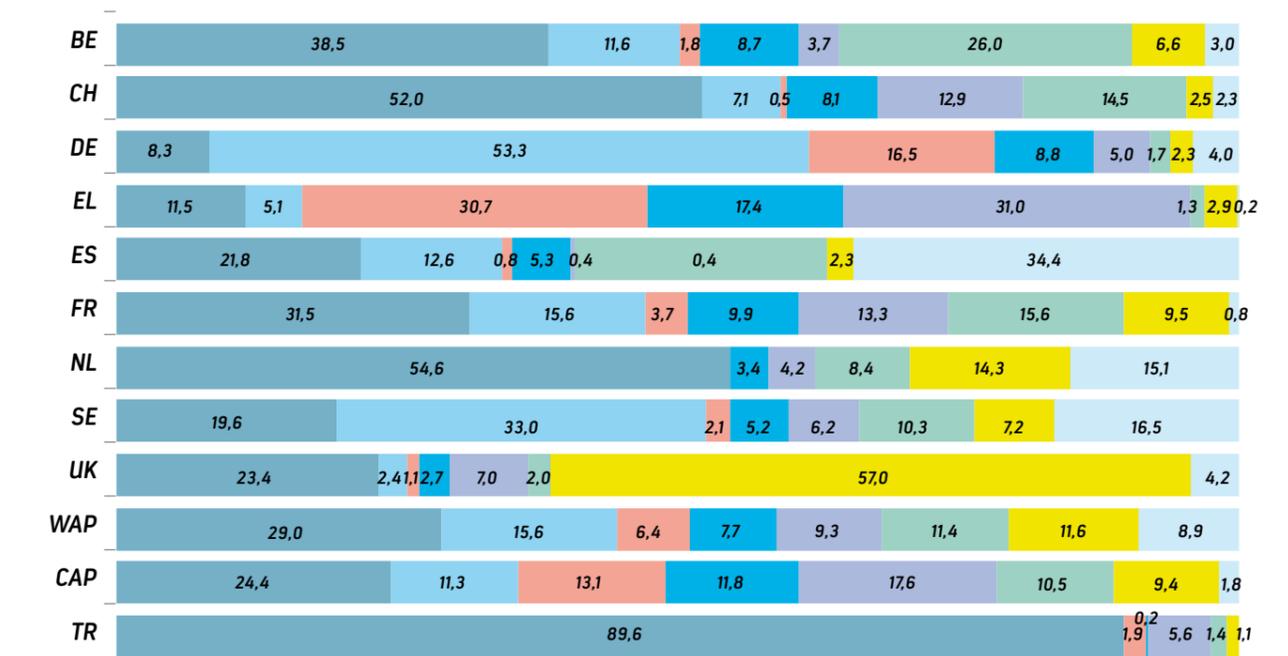
81 Información proporcionada por la Delegación de Mdm Ile de France.

82 Resolución del Parlamento Europeo, de 12 de 2013 septiembre sobre la situación de los menores no acompañados en la Unión Europea (2012/2263 (INI)); Consejo Europeo de Refugiados y Exiliados. Right to Justice: Quality legal assistance for unaccompanied children. Comparative report. Bruselas, 2014.

## NACIONALIDAD Y ORIGEN GEOGRÁFICO

En Europa, la inmensa mayoría de los pacientes atendidos por programas de Mdm en 2014 eran extranjeros (el 93,6%)<sup>83</sup>.

### ORIGEN GEOGRÁFICO DE LOS PACIENTES POR PAÍSES DE LA ENCUESTA



■ ÁFRICA SUBSAHARIANA     
 ■ CIUDADANOS NACIONALES     
 ■ ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO     
 ■ ASIA  
■ UNIÓN EUROPEA     
 ■ EUROPA (PAÍSES DE FUERA DE LA UE)     
 ■ MAGHREB     
 ■ AMÉRICA

El Sr. y la Sra. D. son sirios cristianos. Vivían en la ciudad de Aleppo con sus hijos, de dos y ocho años de edad, cuando tuvieron que escapar de la guerra y de la persecución. Llegaron a París (Francia) en septiembre de 2014. Con la actual escasez de alojamiento, se les aconsejó que dejaran la región y decidieron probar suerte en Niza, donde pidieron asilo en la OFII (Oficina Francesa de la Inmigración y la Integración). Su petición de que les admitieran en un CADA (Centro de Acogida de Solicitantes de Asilo) no tuvo éxito. Debido a la falta de fondos, la DDSC (Dirección departamental para la cohesión social) se negó a asignarles un alojamiento. La familia estaba sin hogar, durmiendo de vez en cuando en la Iglesia armenia.

Cuando la hija de dos años enfermó, acudieron a la clínica de Mdm. La familia no había comido nada durante 24 horas. Mdm alertó a la DDSC de nuevo y recibió la misma respuesta: que no había presupuesto. Mdm seguidamente tomó la decisión excepcional de pagar por algunas noches un hotel para la familia. Después de haber alertado a su red, la única "alternativa" vino de una persona que se ofreció a hospedarles en su casa. Más de un mes después de su llegada, la familia D. fue admitida en un centro para solicitantes de asilo de otro Departamento.

Mientras que muchos políticos denuncian la catástrofe humanitaria que se está produciendo en Siria y hablan de acoger a refugiados sirios en Francia, la familia D. habría pasado un mes viviendo en la calle si una persona no se hubiera ofrecido a acogerles.

Mdm Francia – Niza – Octubre de 2014

83 Valores no disponibles: respectivamente 1,5% en BE, 0,3% en CH, 1,1% en DE, 2,2% en EL, 0,0% en ES, 9,7% en FR, 3,3% en NL, 1,0% en SE, 9,0% en UK, y 2,0% en TR.

En los nueve países europeos, los pacientes en su mayoría procedían de los países del África Subsahariana (el 29,0%), seguidos de la Unión Europea (el 15,6%), Asia (el 11,6%), el Magreb (el 11,4%), Oriente Medio y Próximo<sup>84</sup> (el 9,3%) y América (sobre todo, América Latina: el 8,9%).

Los ciudadanos nacionales representan el 6,4% y el total de los ciudadanos nacionales y de los ciudadanos de la UE extranjeros asciende al 22%.

Entre los ciudadanos de la UE migrantes atendidos por MdM, el 62,3% eran de Rumanía: un considerable número de ellos eran romaníes atendidos por las unidades móviles de MdM en Saint-Denis, un suburbio de París, y derivados a la clínica (nº=1 035 personas). El segundo grupo de ciudadanos de la UE más importante lo formaban los ciudadanos de Bulgaria (el 14,8%), seguidos de los migrantes procedentes de Polonia, de Portugal, de España y de Italia.

Las nacionalidades más frecuentes encontradas variaban de un lugar a otro: África (incluyendo el Magreb) seguía siendo el principal continente de origen de los pacientes atendidos en Bélgica y en Francia, mientras que era Asia para los pacientes atendidos en Londres. En Grecia, los ciudadanos griegos eran los más numerosos, seguidos de las personas de Oriente Próximo y de Oriente Medio. En Alemania, los migrantes de la UE eran los más numerosos, seguidos de los ciudadanos alemanes.

#### LISTA DE LAS 10 NACIONALIDADES REGISTRADAS CON MÁS FRECUENCIA, POR PAÍSES

BE	N°	CH	N°	DE	N°	ES	N°
Marruecos	473	Eritrea	93	Bulgaria	156	Marruecos	51
R.D. Congo	189	Siria	36	Alemania	90	Rumania	24
Guinea	152	Marruecos	22	Rumania	53	Nicaragua	17
Camerún	118	Camerún	21	Hungría	13	Nigeria	12
Rumania	96	Túnez	17	Serbia	11	Venezuela	10
Argelia	85	Argelia	17	Polonia	11	Senegal	9
Nigeria	64	Nigeria	16	Nigeria	9	Camerún	9
Senegal	51	Somalia	14	España	9	Argelia	8
Mongolia	45	Portugal	10	Croacia	9	Guinea	7
Bulgaria	43	España	10	Afganistán	9	Argentina	7
EL	N°	FR	N°	NL	N°	SE	N°
Grecia	2212	Rumania	1035	Nigeria	25	Rumania	24
Afganistán	1497	Pakistán	929	Ghana	14	Marruecos	6
Albania	883	Costa de Marfil	572	Surinam	9	Ghana	5
Siria	424	India	529	Indonesia	7	Nigeria	4
Nigeria	244	Túnez	457	Marruecos	4	Senegal	3
Georgia	212	Malí	457	Eritrea	4	Perú	3
Bulgaria	212	Marruecos	393	Somalia	3	Georgia	3
Somalia	181	Argelia	392	Sierra Leona	3	Gambia	3
Bangladesh	174	Camerún	283	Filipinas	3	Bolivia	3
Pakistán	122	Moldavia	277	Ecuador	3	Bangladesh	3
UK (1)	N°	UK (2)	N°	TR (1)	N°	TR (2)	N°
Filipinas	179	Nigeria	50	Senegal	141	Guinea	38
India	164	Vietnam	41	Nigeria	115	Uganda	36
Bangladesh	160	Pakistán	37	R.D. Congo	102	Gambia	29
Uganda	130	Sri Lanka	33	Camerún	102	Afganistán	24
China	115	Brasil	31	Costa de Marfil	53	Ghana	20

84 En el presente informe, el Oriente Medio comprende Afganistán, Egipto, los Emiratos Árabes Unidos, Irán, Iraq, Jordania, Kazajistán, Kurdistán, Kuwait, Líbano, Pakistán, Palestina, Siria y Yemen.

## DURACIÓN DE LA ESTANCIA DE LOS EXTRANJEROS EN LOS PAÍSES DE LA ENCUESTA

De promedio, en CH, DE, ES, NL, y UK, los ciudadanos extranjeros habían estado viviendo en el país durante cerca de 6,5 años; la mitad de ellos llevaban viviendo en el país entre tres y ocho años. Esto ilustra una vez más que la emigración para buscar atención sanitaria es un mito, puesto que los pacientes ya habían estado viviendo en Europa durante largos periodos de tiempo al visitar por primera vez las clínicas de MdM.

## LAS RAZONES POR LAS QUE EMIGRARON

Al igual que en 2013, en los países europeos, las razones más citadas para las migraciones eran económicas<sup>85</sup> en su gran mayoría (el 50,2%), políticas (el 19,3% en total, incluyendo el 8,9% "para escapar de la guerra"), y las razones familiares (para reunirse con o seguir a alguien: el 14,6%, o para escapar de un conflicto familiar: el 7,8%).

Como cada año, las razones de salud eran extremadamente raras (el 3,0% en Europa, que era una tasa similar a la observada en 2008, 2012 y 2013<sup>86</sup>, el 0,9% en Turquía). No existe ninguna correlación entre el número de personas que emigran por razones de salud, entre otras, y el nivel de las restricciones legales y las barreras al acceso a la atención sanitaria en el país "de acogida". Una prueba más para disipar el mito de la migración por razones de salud...

#### RAZONES PARA EMIGRAR POR PAÍSES

	CH	DE	EL	ES	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
RAZONES ECONÓMICAS, IMPOSIBLE GANARSE LA VIDA EN SU PAÍS DE ORIGEN	19.7	67.7	72.7	70.5	36.8	52.6	39.6	51.4	50.2	69.1
RAZONES POLÍTICAS, RELIGIOSAS, ÉTNICAS, DE ORIENTACIÓN SEXUAL	45.2	5.4	13.3	8.5	26.3	26.3	23.4	21.2	19.3	28.1
PARA ESCAPAR DE LA GUERRA	58.0	5.4	14.4	3.1	3.5	0.0	4.6	12.7	8.9	13.3
PARA REUNIRSE CON/SEGUIR A ALGUIEN	14.6	26.9	5.7	13.2	14.9	5.3	12.8	13.3	14.6	3.3
POR CONFLICTOS FAMILIARES	5.1	3.5	2.7	6.6	12.3	5.3	10.8	6.6	7.8	2.2
PARA ASEGURAR EL FUTURO DE SUS NIÑOS	0.6	6.4	4.2	4.3	0.9	7.0	3.3	3.8	3.8	0.0
POR RAZONES DE SALUD PERSONAL	0.6	3.5	1.9	5.8	7.0	0.0	2.6	3.1	3.0	0.9
PARA ESTUDIAR	0.0	3.1	0.4	1.9	0.9	3.5	6.1	2.3	3.8	2.0
OTRAS RAZONES	4.5	11.1	9.8	4.7	6.1	10.5	17.9	9.2	12.9	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>148.3</b>	<b>133</b>	<b>125.1</b>	<b>118.6</b>	<b>108.7</b>	<b>110.5</b>	<b>121.1</b>	<b>123.6</b>	<b>124.3</b>	<b>121.8</b>
DATOS NO DISPONIBLES <sup>A</sup>	60.3	19.4	60.8	1.5	7.3	41.8	14.7	29.4	21.8	7.8

A. Eran posibles varias respuestas: en Francia, la cuestión no se planteó y en Bélgica, el índice de respuesta fue demasiado bajo.

85 Las razones económicas corresponden a la pregunta: ¿Por qué se fue de su país? Por razones económicas, para ganarse la vida, porque no había perspectivas/ no había manera de ganarse la vida en su país de origen.

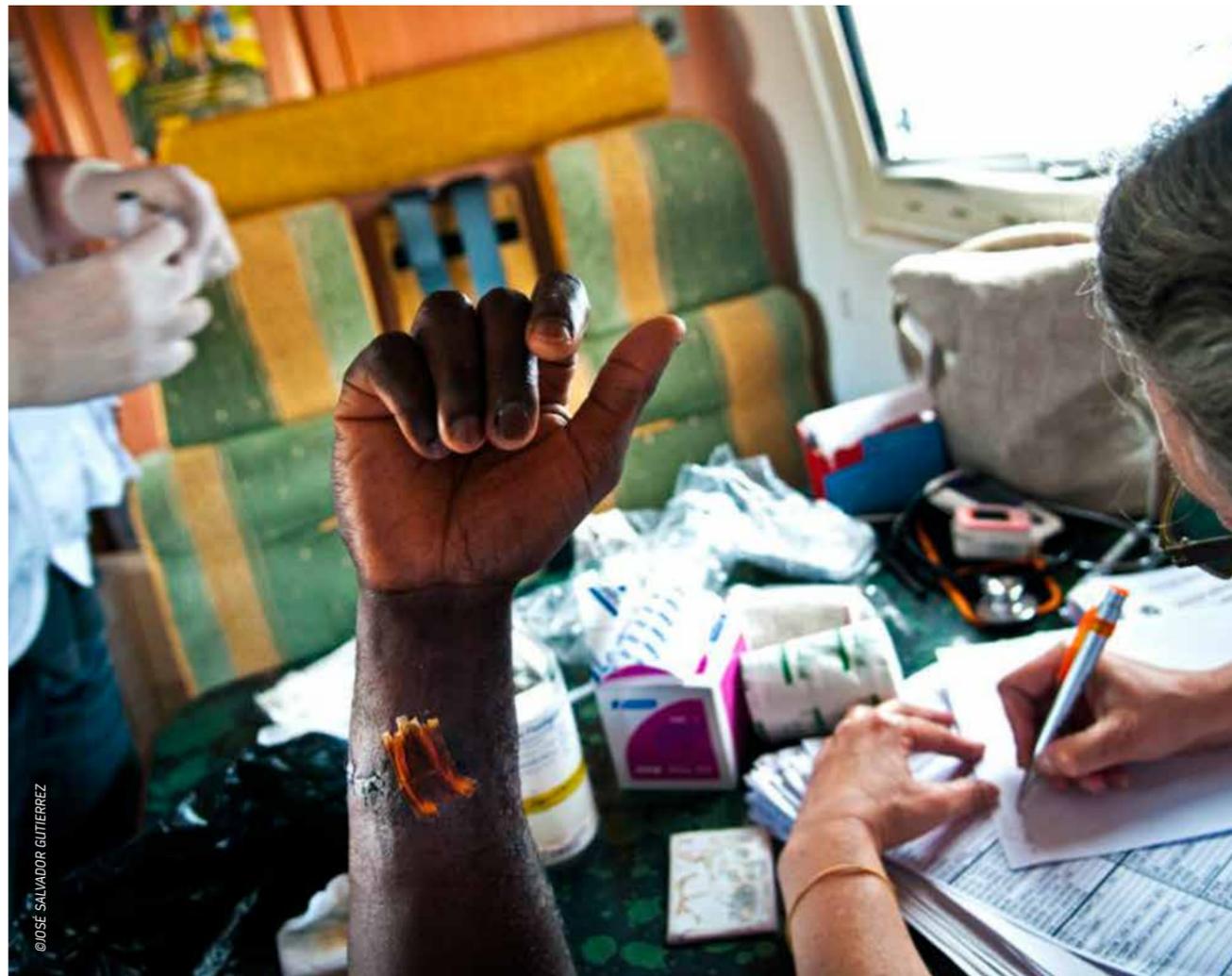
86 En 2008, 2012 y 2013, el 6,0%, el 1,6% y el 2,3% de la población respectivamente citó la salud como una de las razones de la migración.

"Tuvimos que conducir por el campo hasta un lugar cercano a St. Omer para visitar el último asentamiento, el más impactante, un asentamiento en el que un grupo de 20 a 30 sirios vivían en una zanja. Nos esforzábamos en el remoto carril embarrado, bajo la lluvia, y era difícil creer que alguien pudiera estar viviendo allí. A nuestra izquierda había campos labrados, que ahora eran solo barro, y a nuestra derecha había arbustos que descendían hasta una larga zanja. Me había remangado los pantalones hasta las rodillas para evitar que se llenaran de barro y pensé que parecía tonto. Cuando nos acercamos apareció un grupo de chicos de entre los arbustos, con un adulto. Al reconocer nuestro logotipo (MdM) se acurrucaron debajo de nuestro paraguas. Solo habló el adulto, él era de Aleppo, al igual que todos los chicos, que estaban de pie descalzos encima de sus zapatos mojados, llenos de barro. Dejé de pensar en mis pantalones.

Los muchachos tenían entre 10 y 15 años y estaban sin lavar, llenos de barro, todos estaban allí sin sus familias. El niño de diez años se estaba rascando porque tenía sarna. Me llevaron hasta la zanja por debajo de las lonas donde había un pequeño fuego. Estaban acampando en ese lejano lugar porque allí había una estación de servicio cerca, donde podían intentar subirse a los camiones.

'Son tantas las cosas que no tenemos aquí, pero aun así es mejor que estar en Aleppo. Pero no nos vamos a quedar aquí mucho tiempo', me dijo el adulto. Mi colega francés más tarde me dijo que esa era una ilusión común, tal vez necesaria, y que, por lo general, tardaban muchos meses en cruzar el Canal. Así que ¿cómo es posible que haya niños que viven durante largos periodos de tiempo en zanjas de barro en un país rico supuestamente civilizado como es Francia?"

Testimonio escrito por MdM Reino Unido en Francia – Calais – Saint Omer – Noviembre de 2014



© JOSÉ SALVADOR GUTIERREZ

ACCIDENTE DE TRABAJO SUFRIDO POR UN TRABAJADOR DE TEMPORADA GHANÉS EN UN INVERNADERO - ALMERÍA (ESPAÑA) - 2014

Por último, no se observó una diferencia significativa en la frecuencia de la migración por razones de salud entre los ciudadanos de la UE y los demás migrantes, siendo en ambos grupos muy baja (del 2,9% y del 2,5% respectivamente,  $p=0,68$ ). Por supuesto, las razones más frecuentes de la migración eran muy diferentes entre los dos grupos: Los ciudadanos de la UE habían emigrado principalmente por razones económicas (el 81,8%) y por razones familiares (para reunirse con/seguir a alguien: el 22,2%), mientras que las personas de fuera de la UE habían emigrado por las principales cuatro razones antes mencionadas.

John, de 25 años de edad, de Eritrea, sonríe mientras habla. Es una sonrisa que se diría que oculta la fatiga y el agotamiento de un largo viaje y de todo lo que él no quiere decir... "Nací en Eritrea, me fui a Sudán y a Uganda. Me he desplazado mucho. En el 2008, conseguí un diploma de Estadística. En Uganda, trabajé y gané 6 000\$ para irme. Sabía que era difícil estar en Francia, pero no tanto como lo que es. En Inglaterra, quiero reanudar mis estudios y abrir mi propia empresa de encuestas".

MdM Francia – Calais – 2014

**RAZONES PARA EMIGRAR : COMPARACIÓN ENTRE LOS CIUDADANOS DE LA UE (EXCEPT CIUDADANOS NACIONALES) Y OTROS MIGRANTES.**

	CIUDADANOS NACIONALES (N=418)	OTROS (N=3082)	P
RAZONES ECONÓMICAS, IMPOSIBLE GANARSE LA VIDA EN SU PAÍS DE ORIGEN	81.8	48.3	<0.001
RAZONES POLÍTICAS, RELIGIOSAS, ÉTNICAS, DE ORIENTACIÓN SEXUAL	1.2	24.9	<0.001
PARA ESCAPAR DE LA GUERRA	0.5	10.6	<0.001
PARA REUNIRSE CON/SEGUIR A ALGUIEN	22.2	11.6	<0.001
POR CONFLICTOS FAMILIARES	3.3	7.0	0.004
PARA ASEGURAR EL FUTURO DE SUS NIÑOS	6.0	2.5	<0.001
POR RAZONES DE SALUD PERSONAL	2.9	2.5	0.68
PARA ESTUDIAR	2.4	3.9	0.14
OTRAS RAZONES	5.0	11.5	<0.001
<b>TOTAL</b>	<b>125.3</b>	<b>122.8</b>	



@SARAH ALCALAY

LAS POLÍTICAS MIGRATORIAS DEBERÍAN ENFOCARSE EN LA PROTECCIÓN. MIGRANTES SOÑANDO POR TENER ASILO EN EL REINO UNIDO. CALAIS, FRANCIA 2014

# SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

La mayoría (el 66,0%) de todas las personas atendidas en centros de MdM de los nueve países europeos no tenían permiso para residir: el 56,7% eran ciudadanos de países de fuera de la UE y el 9,3% eran ciudadanos de la UE (que habían estado en el país desde hacía más de tres meses, y estaban sin recursos financieros adecuados ni/o sin cobertura sanitaria). El 63,2% de los ciudadanos de la UE y el 66,2% de los ciudadanos de países de fuera de la UE no tenían permiso para residir en el país donde fueron entrevistados ( $p < 0,001$ ).

Desde la adopción de la Directiva Europea 2004/38<sup>87</sup> relativa al derecho de los ciudadanos de la UE y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, los ciudadanos de la UE que no dispongan de recursos financieros adecuados o que no dispongan de seguro de enfermedad han perdido su derecho a residir en un país de la UE distinto del suyo. El artículo 7 de la Directiva estipula claramente: "Todo ciudadano de la Unión tiene derecho de residencia en el territorio de otro Estado miembro por un período superior a tres meses si [...] cuenta con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en el Estado miembro de acogida y garantiza [...] que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado miembro de acogida durante su período de residencia".

Como consecuencia de la Directiva 2004/38/CE, los ciudadanos de la UE que permanecen durante más de tres meses en un Estado miembro de acogida sin contar con los recursos suficientes o sin cobertura sanitaria se encuentran en la misma situación que los migrantes indocumentados de fuera de la UE. Bélgica y Francia han ampliado su sistema de cobertura médica para migrantes indocumentados para incluir a los ciudadanos de la UE sin permiso para residir. Como migrantes indocumentados, los ciudadanos de la UE que hayan perdido su permiso para residir también pueden ser objeto de procedimientos de expulsión (aunque más estrictos que en el caso de ciudadanos de países de fuera de la UE).

La proporción media de personas sin permiso de residencia enmascara grandes diferencias de un país a otro: Suiza (el 16,8%), Grecia (el



LA AYUDA MÉDICA DEL ESTADO DE FRANCIA ES UN MECANISMO DE COBERTURA SANITARIA COMPLETA PARA MIGRANTES INDOCUMENTADOS, CON CONDICIONES ESPECÍFICAS Y LIMITACIONES ADMINISTRATIVAS. LA ASISTENCIA DE LOS TRABAJADORES DE APOYO ES MUY ÚTIL - PARÍS - FRANCIA - 2014

17%) y Alemania (el 38,1%) tenían las cifras más bajas. Por el contrario, el 94,2% de los pacientes atendidos en los Países Bajos<sup>88</sup>, el 83,9% de los atendidos en Bélgica, el 67,9% de los atendidos en Francia<sup>89</sup> y el 63,5% de los atendidos en España se encontraban en esta situación.

En Alemania, el 29,1% de los pacientes eran ciudadanos de la UE que habían perdido su permiso para residir (en comparación con la tasa media del 8% en los demás países). Además, el 18,2% de los pacientes eran ciudadanos de la UE que habían llegado al país desde hacía menos de tres meses (en comparación con menos del 3% en los demás países excepto en Suecia) y el 5,0% eran ciudadanos de la UE con permiso para residir. Alemania es el país con la parte mayor de ciudadanos de la UE (excluyendo a los alemanes), lo que puede reflejar su atractivo económico en una Europa en crisis.

En Grecia, la gran mayoría de los pacientes tenían derecho a residir en Grecia (el 83%). Esto se debe al gran número de ciudadanos griegos y de ciudadanos extranjeros que no necesitan un permiso (el 37,4%), el número de ciudadanos extranjeros con permiso para residir (el 20,9%) y de solicitantes de asilo (el 11%).

88 En los Países Bajos, el programa está dirigido específicamente a los migrantes indocumentados de fuera de la UE.

89 En Bélgica y en Francia, el acceso a la cobertura sanitaria personal si están desfavorecidos (a través de la AME en Francia y de la AMU en Bélgica) sigue siendo muy complejo. Los pacientes con permiso para residir en su mayoría son derivados al sistema sanitario público sin acudir a una visita médica o social en MdM.

En España, el 25,9% de los pacientes eran ciudadanos de países de fuera de la UE con un permiso para residir válido (comparado con menos del 6% en la mayoría de los demás países). Esto se debe al desempleo masivo y a los problemas económicos del país (que han afectado principalmente a los inmigrantes).

En Suiza, una considerable mayoría de los pacientes eran solicitantes de asilo (el 71,5%), en contraste con los demás países estudiados (los solicitantes de asilo representaban el 15,3% del total en Londres y el 13,4% en Francia). El principal programa en Suiza está dirigido a los solicitantes de asilo alojados en tres instalaciones de acogida en el cantón de Neuchâtel y representaban la mayoría de los pacientes.

En Suecia, el 47,3% de los pacientes no tenían permiso para residir; una cuarta parte eran ciudadanos de la UE que llevaban allí menos de tres meses y el 14,3% tenían un permiso de residencia en otro país de la UE.

En Londres, el 57,5% de quienes acudieron al centro eran extranjeros sin permiso para residir y el 15,3% eran solicitantes de asilo; el 11,8% tenían un visado (la mayor proporción observada en los países europeos de la encuesta).

En Estambul, el 63,2% de los pacientes no tenían permiso para residir; el 16,0% estaban solicitando el asilo y el 12,4% eran inmigrantes recientes (llevaban allí menos de 90 días).

## SITUACIÓN ADMINISTRATIVA POR PAÍSES

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
CIUDADANOS DE PAÍSES DE FUERA DE LA UE SIN PERMISO PARA RESIDIR	70.5	15.4	9.0	14.3	54.9	59.1	94.2	26.4	57.5	44.6	56.7	61.2
CIUDADANOS DE LA UE SIN PERMISO PARA RESIDIR <sup>a</sup>	13.4	1.4	29.1	2.7	8.6	8.8	0.0	20.9	0.5	9.5	9.3	2.0
TOTAL SIN PERMISO PARA RESIDIR	83.9	16.8	38.1	17.0	63.5	67.9	94.2	47.3	58.0	54.1	66.0	63.2
SIN REQUISITO DE PERMISO DE RESIDENCIA (CIUDADANOS NACIONALES) <sup>b,c</sup>	1.8	0.6	17.2	37.4	0.8	5.0	0.0	2.2	1.0	7.3	4.7	1.8
SOLICITANTES DE ASILO (SOLICITUD O RECURSO EN CURSO)	3.9	71.5	3.2	11.0	2.4	13.4	2.5	3.3	15.3	14.1	12.7	16.0
PERMISO DE RESIDENCIA VÁLIDO	1.8	6.1	4.4	20.9	25.9	3.9	2.5	1.1	1.1	7.5	4.0	2.6
CIUDADANOS DE LA UE CON ESTANCIA DE MENOS DE TRES MESES (NO REQUIERE PERMISO DE RESIDENCIA) <sup>d</sup>	2.4	3.1	18.2	3.8	1.2	2.1	0.0	24.2	1.3	6.3	3.0	10.6
VISADOS DE TODO TIPO <sup>e</sup>	1.4	0.6	7.6	0.5	2.8	2.8	0.0	2.2	11.8	3.3	3.6	1.3
CIUDADANOS DE LA UE CON PERMISO PARA RESIDIR <sup>e</sup>	2.8	0.3	5.0	2.7	2	1.5	0.0	2.2	0.3	1.9	1.7	0.1
PERMISO DE RESIDENCIA EN OTRO PAÍS DE LA UE	1.0	0.3	3.4	1.6	0.4	1.4	0.0	14.3	0.4	2.5	1.4	0.1
SITUACIÓN ESPECÍFICA QUE CONFIERE EL DERECHO A QUEDARSE <sup>f</sup>	0.4	0.6	1.8	0.5	1.2	2.0	0.0	0.0	3.3	1.1	1.7	0.7
TOTAL CON PERMISO PARA RESIDIR	15.5	83.1	60.8	83.0	36.7	32.1	5.0	49.5	34.5	42.9	34.0	33.2
NO SABE	0.5	0.3	1.2	4.4	0.0	0.0	0.8	3.3	7.6	2.0	1.2	3.5
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DATOS NO DISPONIBLES	7.1	9.4	4.8	73.0	2.7	32.6	1.6	7.1	8.8	16.3	23.6	4.3

A. Sin recursos financieros adecuados ni/o sin cobertura sanitaria

B. En Francia, los niños no necesitan un permiso de residencia y, por consiguiente, están incluidos en esta categoría

C. O situación equivalente (los inmigrantes recientes <90 días)

D. Turismo, corta estancia, estudiante, trabajo

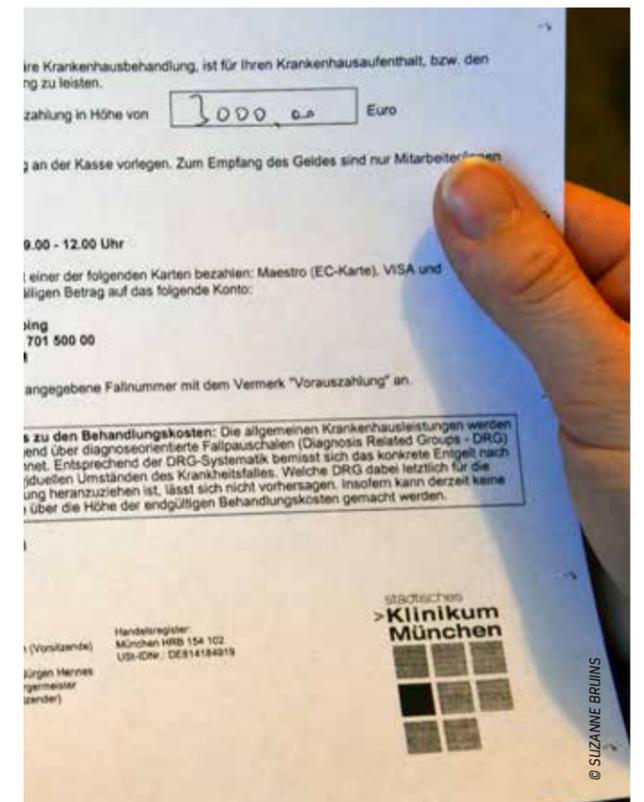
E. Recursos financieros adecuados y cobertura sanitaria válida

F. Incluye protección complementaria/humanitaria

En total, en los nueve países europeos, el 43,4% de los ciudadanos de países de fuera de la UE estaban haciendo o ya habían hecho una solicitud de asilo (Nº=4 410). Solo a una pequeña minoría de solicitantes de asilo se les concedió el estatus de refugiados (el 5,6%) mientras que para cuatro de cada diez su solicitud ya había sido rechazada (el 39,6%).

Por último, eran relativamente pocos los afectados por el reglamento de Dublín III/Eurodac<sup>90</sup> (entre el 1% y el 3%), excepto en Estocolmo y en Múnich donde representaban respectivamente el 10,5% y el 10,3% del total.

90 El reglamento de Dublín III establece los criterios y los mecanismos para determinar al Estado miembro responsable del examen de una solicitud de protección internacional presentada en uno de los Estados miembros por un ciudadano de un país tercero o un apátrida ([www.asylumlawdatabase.eu](http://www.asylumlawdatabase.eu)). EURODAC es la base de datos central informatizada de los datos de huellas dactilares, así como la herramienta electrónica para la transmisión entre los Estados miembros y esta base de datos central.



SE SOLICITA UN ANTICIPO ESTÁNDAR DE 3 000 EUROS A LOS PACIENTES SIN SEGURO DE ENFERMEDAD PARA QUE LE TRATEN O LE OPEREN EN UN HOSPITAL - MDM ALEMANIA - 2014

87 Esta Directiva fue transpuesta a la legislación de todos los Estados miembros de la UE en torno a 2008. [http://emni.ie/file/p\\_20100813041839directive%202004.38.EC.pdf](http://emni.ie/file/p_20100813041839directive%202004.38.EC.pdf)

# LAS CONDICIONES DE VIDA

Hay que señalar, como cada año, que la gran mayoría de las personas que acudieron a las clínicas de MdM tenían una serie de factores de vulnerabilidad social determinantes para su mala salud.

## LAS CONDICIONES DE ALOJAMIENTO

En total, en los siete países europeos donde se formuló la pregunta, el **64,7% de los pacientes vivían en un alojamiento inestable o temporal**<sup>91</sup> (esto era bastante común en Suiza, Suecia y los Países Bajos)<sup>92</sup>. Esta proporción se situaba en el 63,0% en Estambul<sup>93</sup>.

De los pacientes atendidos en ocho países europeos (en todos los países se formuló la pregunta menos en Grecia), el **9,7% eran personas sin hogar** (hasta el 20,0% en Estocolmo) y el **16,4% estaban alojados desde hacía más de 15 días por una organización** (hasta el 83,0% en Suiza, donde la mayoría de los pacientes se contactaban en centros de solicitantes de asilo).

Las condiciones de alojamiento más frecuentes eran vivir con miembros de la familia o amigos (el **38,8%**, hasta el 62,6% en Francia), o tener su propio hogar (el **29,5%**), que de ninguna manera representaba siempre un alojamiento estable y, además, podían vivir allí hacinados. En Estambul, el 75,2% vivían en su propio apartamento o casa, y como en el año 2013, apenas había personas sin hogar.

El **29,5% de los encuestados en Europa**<sup>94</sup> declararon que su alojamiento era nocivo para su salud o la de sus niños. En Estambul, esta proporción alcanzó el 57,9%<sup>95</sup>.



SOLICITANTES DE ASILOS EN EL CANTÓN DE NEUCHÂTEL (SUIZA), ALOJADOS EN REFUGIOS NUCLEARES ABIERTOS PARA DAR RESPUESTA AL INCREMENTO DE LOS SOLICITANTES DE ASILO EN 2014

Bilal, sudanés de 38 años, está indocumentado y no puede conseguir cobertura sanitaria ni trabajo. Tras años de procedimientos su solicitud de asilo fue rechazada y tuvo que abandonar el centro para solicitantes de asilo.

Tras vivir en la calle, se unió a un grupo de alrededor de 100 personas sin hogar antiguos solicitantes de asilo que posteriormente ocupó ilegalmente una iglesia y edificios de oficinas. Actualmente vive en un edificio de oficinas abandonadas con espacios muy pequeños. No se pueden abrir las ventanas del edificio ni hay calefacción. Solo hay una ducha, sin agua caliente. El grupo depende de la caridad de los vecinos y hace tareas voluntarias a cambio de comida y de otras necesidades básicas.

Bilal es diabético insulino dependiente desde que tenía 10 años. Cuando Bilal era todavía solicitante de asilo, tenía acceso a los medicamentos. Cuando MdM atendió a Bilal, estaba muy enfermo, con niveles de azúcar en la sangre muy altos. Gracias a la intervención de MdM, Bilal ahora ve a un médico de familia y tiene un pequeño frigorífico con insulina y jeringuillas. También tiene chequeos regulares con un especialista de diabetes en el hospital.

MdM Países Bajos – Ámsterdam – Noviembre de 2014

91 La noción de alojamiento inestable la daban los pacientes si no estaban seguros de que iban a ser capaces de quedarse donde estaban viviendo –lo que es significativo es su propia percepción de la inestabilidad de su alojamiento.

92 La pregunta no se formuló en Bélgica ni en Grecia. En los demás países, los valores no disponibles representaron el 14,7% en CH, el 4,2% en DE, el 1,5% en ES, el 34,7% en FR, el 13,0% en NL, el 4,1% en SE y el 8,8% en UK.

93 Índices de respuesta respectivos = el 82,1% y el 96,8%.

94 Valores no disponibles: el 65,1% en CH, el 41,8% en DE, el 20,6% en EL, el 11,8% en ES, el 27,6% en NL, el 16,3% en SE, el 69,6% en UK.

95 Índice de respuesta de 95%.



PERAMA: NIÑOS GRIEGOS, DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS TRES Y LOS SIETE AÑOS, CUYOS PADRES ESTÁN DESEMPLEADOS. AUNQUE TIENEN ALGUNOS INGRESOS PARA LAS NECESIDADES BÁSICAS (EL ALOJAMIENTO Y LA COMIDA), SUS CONDICIONES HAN EMPEORADO DRÁSTICAMENTE EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS. YA NO TIENEN NI ELECTRICIDAD NI AGUA CORRIENTE Y SE LAS TIENEN QUE ARREGLAR CON BATERÍAS DE COCHES COMO FUENTE DE ENERGÍA CENTRAL

## TRABAJO E INGRESOS

Una ligera mayoría de las personas que acudieron a centros MdM en Europa no tenían permiso para residir, por lo que tampoco tenían permiso para trabajar. Por lo tanto, no resulta sorprendente que solo el 21,9% de ellas declararan tener una actividad para ganarse la vida en ocho países europeos (pregunta no formulada en Bélgica)<sup>96</sup>. Casi todos los encuestados en ocho países europeos (el 91,3%) vivían por debajo del umbral de la pobreza<sup>97</sup> (de promedio, en los últimos tres meses, teniendo en cuenta todas las fuentes de ingresos<sup>98</sup>).

## AISLAMIENTO SOCIAL

Cuando se les preguntó acerca del apoyo moral<sup>99</sup>, una de cada dos personas dijeron que rara vez o nunca contaban con apoyo si lo necesitaban: el 18,4% de los pacientes atendidos en siete países europeos respondieron que nunca habían tenido a nadie con quien poder contar

96 Datos no disponibles: el 63,5% en CH, el 33,1% en DE, el 19,7% en EL, el 11,1% en ES, el 50,6% en FR, el 45,5% en NL, el 12,0% en SE, el 56,1% en UK, el 4,9% en TR.

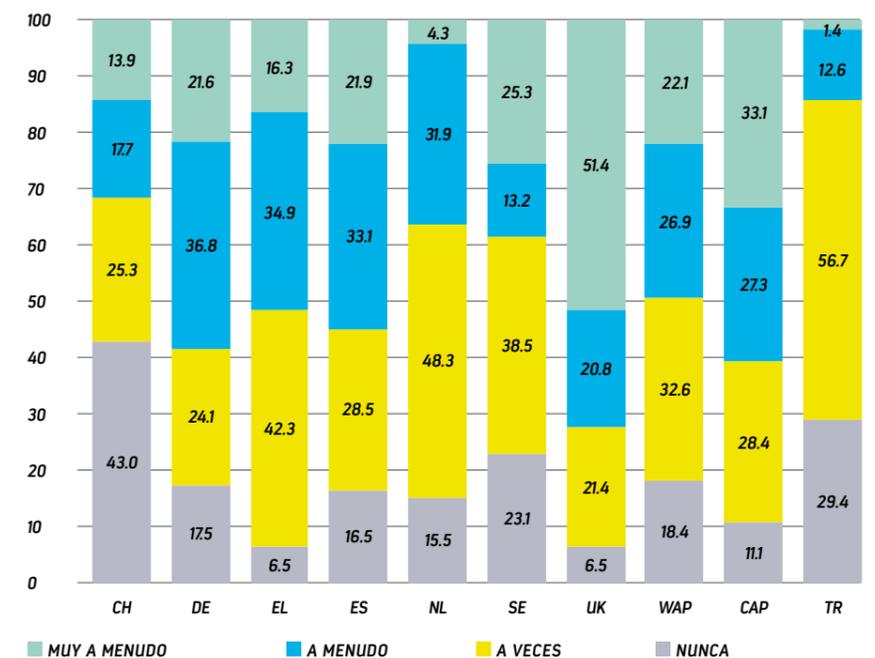
97 No se calculó el número de personas que vivían de los recursos financieros de la persona encuestada. Si se incluyeran, el porcentaje de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza sería mucho mayor y, en realidad, puede representar todos los pacientes atendidos por MdM.

98 Datos no disponibles: el 67,3% en CH, el 15,4% en DE, el 20,8% en EL, el 3,1% en ES, el 64,8% en FR, el 4,9% en NL, el 9,2% en SE, el 13,3% en UK, el 8,4% en TR.

99 Lamentablemente, la cuestión no se planteó en Bélgica ni en Francia. Con frecuencia hubo valores no disponibles en Suiza (el 80,0%). En los demás países, los valores no disponibles fueron: el 24,1% en DE, el 21,8% en EL, el 0,8% en ES, el 5,7% en NL, el 71% en SE, el 13,2% en UK, y el 71% en TR.

o a quien recurrir si lo necesitaban y un tercio (el 32,6%) dijeron que podían contar con ese apoyo solo a veces. En Estambul, el 86,1% de los pacientes estaban aislados: el 29,4% dijeron que no podían contar con nadie como apoyo moral y el 56,7% dijeron que podían contar con ese apoyo solo de vez en cuando. En total, los hombres declaraban estar aislados y sin apoyo con más frecuencia que las mujeres (p<0,01).

## DISPONIBILIDAD DE APOYO CUANDO ES NECESARIO POR PAÍSES



Karl, de 40 años, es de una minoría alemana de Rumanía: "Vine de Rumanía hace un mes. Solía trabajar allí como guardia de seguridad. El problema es que te dicen que vas a ganar 400 euros al mes, pero en realidad no es verdad. ¡Solo ganaba 180 euros al mes! Tenía un seguro de enfermedad allí, a través de mi trabajo, eso estaba muy bien. Pero cuando perdí mi trabajo perdí también mi seguro. Mi primo me dijo que tenía un trabajo para mí aquí, pero cuando llegué, ya no estaba disponible. Ahora que estoy aquí, quiero intentar quedarme. Pero es un círculo vicioso: Tengo que tener un domicilio registrado en el municipio para conseguir trabajo, pero para tener un domicilio necesito dinero para pagar el alojamiento. Tengo que solicitar cada vez un lugar para dormir y de esta manera es muy difícil encontrar trabajo. Oí hablar de su asociación a través de otra clínica para personas sin hogar de la ciudad de Múnich. Me dijeron que tenía que hacerme una radiografía, pero que no tenían médicos que me la pudieran hacer de forma gratuita. Me han dicho que ustedes podrían ayudarme. He tenido bronquitis un par de días. Nunca había tenido esto antes. Me estoy quedando en un lugar con 16 hombres en una habitación, y no están muy sanos, creo que la situación en la que vivo ahora está afectando a mi salud".

MdM Alemania – Múnich – Diciembre de 2014

# EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

## LA COBERTURA DE LOS COSTES SANITARIOS

Dos tercios (el 62,9%) de los pacientes atendidos en los centros de MdM europeos no tenían cobertura sanitaria cuando acudieron por primera vez a alguno de los programas de MdM.

### COBERTURA DE LOS COSTES SANITARIOS POR PAÍSES

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
➤ SIN COBERTURA <sup>A</sup> / TIENEN QUE PAGAR TODOS LOS COSTES	91.9	15.9	73.6	85.1	62.0	92.3	14.0	48.7	82.7	62.9	85.5	98.7
➤ COBERTURA SANITARIA COMPLETA <sup>B</sup>	5.1	74.9	4.7	5.6	33.7	4.1	3.5	5	4.7	15.7	7.6	0.1
➤ COBERTURA SANITARIA PARCIAL <sup>C</sup>	0.3	7.9	3.1	9.1	3.1	2.2	82.5	28.7	0.0	15.2	3.2	0.8
➤ DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN OTRO PAÍS DE LA UE	1.5	1.3	15.5	0.2	0.0	1.4	0.0	15.0	0.0	3.9	1.9	0.0
➤ ACCESO CASO POR CASO	1.1	0.0	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.6	0.4	0.0
➤ ACCESO GRATUITO A LOS SERVICIOS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0	1.1	1.0	0.4
➤ ACCESO FACTURABLE A LA ATENCIÓN SECUNDARIA	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	3.6	0.6	0.4	0.0
➤ TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
➤ DATOS NO DISPONIBLES	6.1	3.3	1.9	36.2	2.7	33.6	7.3	18.4	17.0	14.1	23.1	9.5

A. Incluye Sin cobertura / todos los costes tienen que abonarse y acceso solo a los servicios de urgencias

B. Tanto como haya en el país, lo que significa que la atención puede aún requerir pagos directos

C. Incluidos los que tienen que pagar parte del coste para consultar al médico de familia.

En Londres, casi todos los pacientes (el 82,7%) no tenían ningún acceso al NHS cuando acudían a la clínica de MdM: aún no habían sido capaces de registrarse con un médico de familia que es el punto de entrada al sistema sanitario. Todo esto en un contexto político en el que el Gobierno se cuestionaba (y se sigue cuestionando) cada vez más el acceso a la atención sanitaria para los inmigrantes. Solo el 9,0% ya tenían acceso gratuito a un médico de familia.

La proporción de pacientes sin cobertura sanitaria era muy elevada en Francia (el 92,3%) y en Bélgica (el 91,9%). Estas tasas se explican en gran medida por el hecho de que los centros concernidos (Niza, Saint-Denis, Bruselas y Amberes) solo aceptan pacientes sin cobertura sanitaria efectiva, mientras que a las personas con cobertura sanitaria se las refiere a los centros del sistema sanitario general. En teoría, en ambos países, los migrantes indocumentados tienen condiciones de acceso a la atención sanitaria relativamente favorables, sin embargo, en la práctica, las barreras administrativas y el tiempo necesario para los trámites y las solicitudes periódicas de renovación del acceso aumentan la frecuencia de situaciones y de períodos intermedios sin cobertura sanitaria efectiva.

Zoé, una mujer marroquí de 60 años de edad, está indocumentada. Vive en la casa de su hermana. Zoé acude a las consultas de MdM de forma regular y anticipa los posibles problemas debido a su edad. Ella explica lo difícil que le es permanecer de pie durante horas fuera en el frío con muchos otros pacientes que no tienen acceso al sistema sanitario. Sin embargo, ella no quiere posponer la visita y esperar demasiado tiempo hasta que sea demasiado tarde. Zoé tuvo durante un tiempo la Ayuda Médica Urgente (AMU, específicamente para los migrantes indocumentados), pero tenía que renovarla demasiado a menudo, además le era difícil ir al CPAS cada vez para hacerlo. Zoé resume lo absurdo de la situación: "¿Por qué no ofrecen al menos tarjetas médicas de un año? Estas tarjetas cubren solo 15 días y si no se está enfermo durante ese periodo, son inútiles. Cuando se está enfermo, es una urgencia, entonces si conseguir la tarjeta lleva su tiempo, ¿qué es una urgencia para ellos?". A Zoé le gustaría trabajar para contribuir a las necesidades de su familia. "Se puede tener un trabajo no declarado, pero no puedes contribuir en nada. No eres nadie cuando tienes un trabajo no declarado. Consigues un poco de dinero, pero no tienes derecho a la atención sanitaria. No conozco muy bien el sistema belga pero es injusto a veces". Dado que la legislación nacional no especifica el período de vigencia de la AMU, cada CPAS define el período, que varía de un día a seis meses.

MdM Bélgica – Bruselas – Diciembre de 2014

En Alemania, el 73,6% de los pacientes solo tenían acceso a la atención sanitaria de urgencias. El 15,5% tenían derecho a la cobertura sanitaria en otro país europeo (lo que está en consonancia con el elevado número de europeos entre los pacientes atendidos, como se señaló anteriormente). En Múnich, los solicitantes de asilo, los refugiados y los migrantes indocumentados están obligados a solicitar un vale sanitario en la oficina de asistencia social municipal para acceder a la atención sanitaria gratuita. No obstante, los empleados públicos incluyendo el personal sanitario tienen el deber de denunciar a los migrantes indocumentados a la policía, lo que crea una barrera enorme a la atención sanitaria, puesto que los migrantes indocumentados tienen miedo de que les arresten. Para la atención de urgencias, el Gobierno emitió una recomendación que indicaba que el personal sanitario no estaba obligado a denunciar a los migrantes indocumentados. Sin embargo, esta recomendación no es vinculante y no ha sido ampliamente difundida. Como resultado de ello, el equipo de MdM sigue confrontándose a situaciones en las que los pacientes indocumentados han sido denunciados a la policía en los servicios de urgencias, por lo que ha celebrado una serie de reuniones con personal del hospital a fin de informarles acerca de la posibilidad de no denunciar a los migrantes indocumentados en los casos de urgencias – i tendría que ser un DEBER el no denunciarlos!

En Grecia, el 84,9% de los pacientes no tenían ninguna cobertura sanitaria. Los extranjeros sin permiso para residir no tienen derecho a ninguna cobertura sanitaria. Conforme fue empeorando la crisis social en Grecia, cada vez más ciudadanos griegos y extranjeros con permiso para residir también fueron perdiendo su cobertura sanitaria debido a la falta de cotizaciones a través de su empleo o de su incapacidad para pagar.

En los Países Bajos, el 82,5% de los pacientes atendidos en Ámsterdam y en La Haya podían tener acceso a los médicos de familia, aunque teniendo que abonar una contribución financiera, y el 14,0% no tenían ningún acceso.

En España<sup>100</sup>, el 61,6% de los pacientes atendidos solo tenían acceso a la atención sanitaria de urgencias. Aunque se supone que los migrantes indocumentados tienen acceso gratuito a la atención de urgencias, en la práctica, MdM da testimonio de casos en los que les cobraron la atención de urgencias, y eso mismo ha declarado también el Defensor del Pueblo de España<sup>101</sup>.

100 Cabe señalar que, desde septiembre de 2012, entre 750 000 y 873 000 migrantes en España han perdido su cobertura sanitaria (Legido-Quigley H, Urdaneta E, González A y otros. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*, 382: 1977, 2013).

101 El Informe del Defensor del Pueblo en España publicado en enero de 2015 sobre los derechos de los pacientes en los servicios de urgencias, destaca, con referencia a los migrantes indocumentados: "La práctica diaria de los centros asistenciales evidencia una realidad distinta a la que señala la norma, y destaca problemas subyacentes a la atención sanitaria de urgencia de estas personas, que en principio están llamadas a recibirla sin obstáculos y en condiciones de gratuidad". Las urgencias hospitalarias en el Sistema nacional de salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo. Madrid, enero de 2015.

En Suecia, la mitad de los pacientes (el 47,5%) no tenían acceso a ninguna atención sanitaria, una cuarta parte (el 28,7%) tenían acceso a atención sanitaria subvencionada, es decir, tenían que pagar una tarifa reducida por un paquete definido de atención sanitaria<sup>102</sup> –y el 15,0% eran ciudadanos de la UE con cobertura en otro país.

En Suiza, el 74,9% de los pacientes atendidos tenían una cobertura sanitaria completa. Eran principalmente solicitantes de asilo, que tienen derecho a la atención sanitaria durante su proceso de solicitud (aunque los procedimientos implicados pueden ser complejos y el contexto bastante restrictivo). Los demás pacientes atendidos no tenían o habían dejado de tener cualquier forma (adecuada o efectiva) de cobertura sanitaria.

En Turquía, la inmensa mayoría de los pacientes no tenían ninguna cobertura de sus gastos sanitarios (el 98,7%).

El 70,4% de los ciudadanos de la UE migrantes en Europa no tenían ningún tipo de cobertura, y el 15,1% tenían acceso solo a los servicios de urgencias. Incluso con menos frecuencia estaban completamente cubiertos que los ciudadanos de países de fuera de la UE (el 3,7% frente al 8,3%, p<0,001), aunque el 8,1% de ellos tenían derecho a la atención sanitaria en otro país de la UE.

### COBERTURA DE LA ATENCIÓN SANITARIA: COMPARACIÓN ENTRE LOS CIUDADANOS NACIONALES, LOS CIUDADANOS DE LA UE Y LOS MIGRANTES DE PAÍSES DE FUERA DE LA UE

	CIUDADANOS NACIONALES (Nº= 531)	CIUDADANOS DE LA UE (Nº= 15 197)	CIUDADANOS DE PAÍSES DE FUERA DE LA UE (Nº=11 605)	P*
SIN COBERTURA <sup>A</sup> / TIENEN QUE PAGAR TODOS LOS COSTES	50,6	70,4	82,4	<0,001
ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SOLO	18,5	15,1	3,3	<0,001
COBERTURA SANITARIA COMPLETA	16,0	3,7	8,3	<0,001
COBERTURA SANITARIA PARCIAL <sup>B</sup>	14,5	2,4	2,3	0,990
DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN OTRO PAÍS DE LA UE	0	8,1	0,9	<0,001
ACCESO CASO POR CASO	0	0,1	0,4	-
ACCESO GRATUITO A LOS SERVICIOS DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA	0,0	0,2	0,9	0,004
ACCESO FACTURABLE A LA ATENCIÓN SECUNDARIA	0,3	0,0	0,5	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	
DATOS NO DISPONIBLES	24,8	23,6	19,0	

A. Comparando los ciudadanos de la UE y los ciudadanos de países de fuera de la UE.

B. Incluidos los que tienen que pagar para consultar al médico de familia.

102 A los migrantes de países de fuera de la UE, una consulta de atención primaria con un médico de familia o con un ginecólogo les cuesta alrededor de 5 €. La misma cantidad tienen que pagar cuando son referidos por un médico de familia a un servicio de urgencias o a la consulta de un especialista. El acceso directo a la atención de urgencias les cuesta 40 €.

Adrian e Izie son dos griegos gemelos de dos años de edad. Los niños tienen asma grave que requiere hospitalización y un tratamiento regular. Los ataques de asma pueden reducirse tomando una medicación y evitando la exposición a una serie de desencadenantes conocidos. La familia vive en un contexto de pobreza (humedad en la casa, falta de calefacción). Sin ingresos, la familia está cubierta por el seguro de la asistencia social que ha sido irregular, dejando a los niños sin tratamiento de vez en cuando, porque sus padres no podían compensar financieramente los períodos sin cobertura. Los medicamentos no siempre están disponibles en el hospital. Además, los procedimientos administrativos para la solicitud de un fondo de asistencia social anual tardan entre dos y seis meses, durante los cuales la familia no tiene acceso gratuito a los tratamientos. MdM les garantizó el acceso continuo a los medicamentos recetados.

MdM Grecia – Perama – Septiembre de 2014

## LAS BARRERAS AL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Solo el 23,0% de todos los pacientes encuestados en siete países europeos declararon que no habían experimentado ninguna dificultad en el acceso a la atención sanitaria antes de ir a una clínica de MdM<sup>103</sup>. Otra tercera parte (el 33,9%) no había intentado acceder a la atención sanitaria; con enormes diferencias entre Francia (el 4,9%) en la parte inferior del ranking y Suecia (el 42,0%) y el Reino Unido (el 52,2%), en la parte superior. Si bien puede ser que algunas de estas personas no hayan necesitado la atención sanitaria, es probable que otras personas hayan interiorizado las diversas barreras al acceso a la atención sanitaria hasta tal punto<sup>104</sup> que ni siquiera hayan intentado buscarla. Al igual que en las encuestas anteriores, las cuatro barreras citadas con más frecuencia por los pacientes atendidos en Europa estaban relacionadas con:

- las barreras financieras (el 27,9%), una combinación de los costes de las consultas y de los tratamientos, los pagos por adelantado y el coste prohibitivo de las cotizaciones de la cobertura sanitaria;
- los problemas administrativos (el 21,9%), incluyendo la legislación restrictiva y las dificultades para recopilar toda la documentación necesaria para obtener cualquier tipo de cobertura sanitaria, así como el mal funcionamiento administrativo;
- la falta de conocimiento o de comprensión del sistema sanitario y de sus derechos (el 14,1%);
- las barreras de la lengua (el 12,7%). Aun así, el 42,2% de las consultas necesitaban la asistencia de un intérprete, ya se satisficiera esta necesidad (el 32,1% tenían a un intérprete, en persona o por teléfono) o no (el 78%). Esto parece indicar que la barrera de la lengua está declarada por debajo de la realidad.

Era muy diferente en Estambul, donde más del 40% de los pacientes declararon cuatro situaciones, es decir, en una proporción mucho mayor de pacientes que en Europa: la ausencia de cualquier recurso anterior a la atención sanitaria (el 41,5%), el coste de las consultas o del tratamiento (el 44,6%), la barrera de la lengua (el 40,9%) y el miedo a que les denuncien o les arresten (el 45,9%). La proporción de pacientes con una mala experiencia anterior en el sistema sanitario también era particularmente elevada (el 21,6% frente al 2,3% de promedio en Europa,  $p < 0,001$ ). Solo el 1% de los pacientes declararon que no habían tenido dificultades al buscar la atención (frente al 23% en Europa,  $p < 10^{-6}$ ). Todas estas dramáticas diferencias reflejan el acceso tan drásticamente limitado a la atención sanitaria para los migrantes (particularmente los indocumentados) en Turquía.

103 No hay datos de Bélgica ni de Suiza.

104 También puede ser que hayan percibido las barreras que existen como más grandes que en la realidad, por la falta de conocimiento sobre sus derechos en los pocos países en los que tienen algunos.

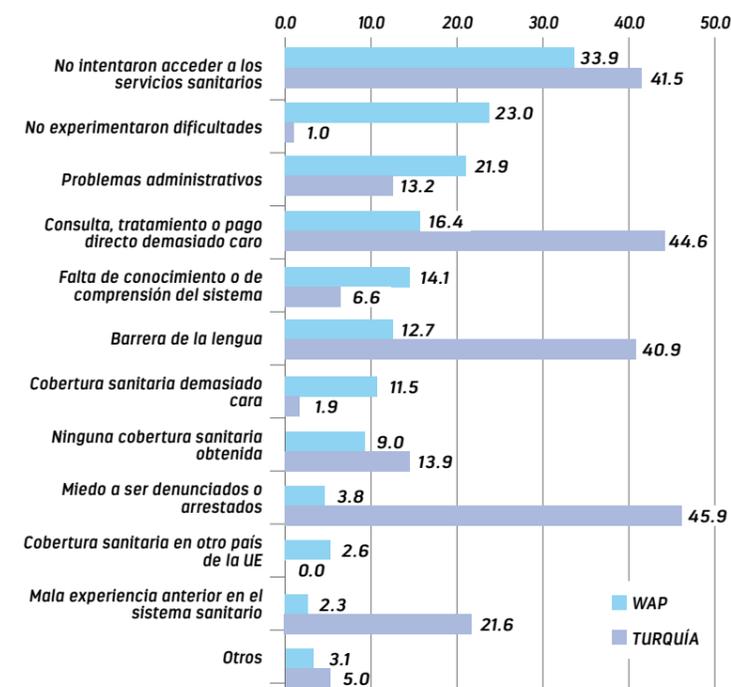
María es una enfermera griega desempleada de 39 años. Tenía cobertura sanitaria hasta 2009. Gana unos 400 € al mes y tiene un trabajo no declarado como cuidadora de una anciana. "Mis ingresos cubren el alojamiento y la comida... Me quedé embarazada y estaba sin cobertura sanitaria, no podía pagar ni el coste de los exámenes necesarios ni el de las medicinas". En Grecia, gracias al nuevo Decreto Presidencial del 5 de junio de 2014, todas las personas que vivan legalmente en Grecia y sin cobertura sanitaria pueden beneficiarse de un examen médico gratuito en un hospital. Sin embargo, este decreto no se conoce bien o no se aplica. Por lo tanto, para que se ejecute, los trabajadores sociales de MdM proporcionan a los profesionales sanitarios versiones impresas de la ley y se las explican. Explican el caso de cada paciente y luego le hacen un seguimiento. María pudo beneficiarse de exámenes médicos gratuitos y del parto en el hospital en condiciones de seguridad. No obstante, como en el hospital a veces no están disponibles algunas vacunas o medicamentos, su bebé todavía tiene seguimiento médico y vacunación en los servicios de MdM.

MdM Grecia – Chania – Septiembre de 2014

La historia de Said, turco de 23 años de edad, demuestra el desconocimiento por parte del personal médico de la nueva ley de 2013 que da acceso a los migrantes indocumentados a la atención sanitaria "que no pueda posponerse": "Intenté conseguir una cita en la consulta de un médico, pero me dijeron que hacía falta un número de seguridad social para obtener una cita y que tenía que pagar 185 € por la consulta. Luego me dijeron que solo podía recibir tratamiento si era solicitante de asilo y me refirieron a un hospital. Les dije que en Médicos del Mundo Suecia me habían dicho que una cita solo debía costarme 5 €. A continuación, le pregunté al personal si conocían la nueva ley y me dijeron que no".

MdM Suecia – Estocolmo – Octubre de 2014

### TASAS DE LAS BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN SIETE PAÍSES EUROPEOS Y EN TURQUÍA



## RENUNCIAR A BUSCAR ATENCIÓN SANITARIA

Un paciente de cada cinco (el 20,4%) dijeron que habían renunciado a intentar acceder a la atención sanitaria o al tratamiento médico en los 12 meses anteriores<sup>105</sup>, y hasta el 61,2% declararon lo mismo en Estambul.

La frecuencia con la que las personas habían renunciado a buscar atención sanitaria ha ido disminuyendo considerablemente en España desde 2012: era del 52,0% en 2012, del 22,0% en 2013 y del 15,0% en 2014. La interpretación de esta disminución es difícil, ya que, lamentablemente, los lugares estudiados han ido cambiando con el tiempo (así como el procedimiento de muestreo de un año a otro). Sin embargo, es útil señalar que estas cifras no representan la situación general de los migrantes en España, pero deberían tomarse como un indicador de los migrantes que contactan con MdM. Desde el Real Decreto 16/2012, los equipos de MdM España han ido explorando diferentes canales para integrar a los migrantes en los servicios sanitarios generales<sup>106</sup>. A pesar de que algunas comunidades autónomas están llevando a cabo programas especiales que confieren ciertos derechos para algunos migrantes indocumentados en determinadas circunstancias, la mayoría de los profesionales sanitarios y de los migrantes que acuden a MdM no los conocen, ya que no ha habido ninguna comunicación sobre estas medidas específicas (como en la Comunidad Valenciana y en la Comunidad de Canarias). Algunos de los pacientes entrevistados en 2014 ya habían estado en MdM antes de contestar al cuestionario (por lo que ya estaban informados de sus derechos), lo que explica la disminución del número de pacientes que renuncian a buscar atención.

## LA DENEGACIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Los profesionales sanitarios definen la denegación del acceso a la atención sanitaria como cualquier comportamiento voluntario por parte de un profesional de la salud que, directa o indirectamente, tenga como resultado el que no se proporcione atención sanitaria o tratamiento médico apropiado para la situación del paciente. El 15,2% de los pacientes atendidos por MdM en Europa declararon que se les había denegado el acceso a la atención sanitaria (en los 12 meses anteriores)<sup>107</sup>. En Estambul, el 37,1% de los pacientes había vivido esa situación y una cuarta parte en España.



UNIDAD MÓVIL DE REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA USUARIOS DE DROGAS – CALLES DE ATENAS – GRECIA – 2014

105 En 2014, las proporciones no son válidas en Bélgica y en Suiza (donde se hizo la pregunta a menos del 10% de las personas) y el índice de respuesta fue especialmente bajo en Francia y en el Reino Unido, por lo que esta cifra debe considerarse con cautela.

106 Por favor, tenga en cuenta también que ha aumentado el número de profesionales que han hecho objeción de conciencia, es decir, que se han negado a excluir a los migrantes indocumentados de la atención sanitaria.

107 A título informativo, las proporciones no son válidas en Bélgica y en Suiza: se formuló esta pregunta a menos del 10% de las personas y el índice de respuesta fue considerablemente bajo en Grecia, en Francia y en el Reino Unido. Valores no disponibles: el 30,4% en DE, el 43,3% en EL, el 0,8% en ES, el 58,6% en FR, el 11,4% en NL, el 17,3% en SE, el 62,0% en UK y el 22,4% en TR.

Johan, un hombre alemán de 74 años, explica: "Cuando mi pareja murió, perdí la casa. Ya no tengo mi propio hogar, suelo dormir en casa de mi hija. No quería solicitar dinero del Estado. Siempre he sido independiente, he hecho todo tipo de trabajos, como portero, cuidador de caballos o peluquero. Pero ya soy viejo y ya no puedo trabajar mucho. Mis hijos y mis amigos me echan una mano. No tengo seguro de enfermedad desde hace un par de años. Intentaba ganar dinero siempre que podía y luego pagar las consultas a mi médico de mi bolsillo. A veces me compraba comprimidos en la farmacia que no necesitaban receta médica. Empecé a tener problemas de corazón y la semana pasada tenía las piernas hinchadas, así que fui al hospital para un chequeo. Les dije que no tenía seguro de enfermedad. No me avisaron y tras hacerme algunas pruebas i me dijeron que tenía que quedarme más tiempo y que pagar 3 000 €! Bueno pues entonces... ¡Realmente me sentí muy mal! Les di todo el dinero que pude y me fui inmediatamente, con el catéter de la orina aún puesto. Espero que ustedes puedan quitármelo. ¡No voy a volver a ese hospital!"

MdM Alemania – Múnich – Diciembre de 2014

Miriam era una mujer marroquí de 35 años de edad. Su marido, Ahmed, había estado trabajando en España desde 1991 hasta 2007, no declarado durante los primeros nueve años. Cuando su empresa quebró, Ahmed y Miriam buscaron trabajo sin éxito y finalmente se trasladaron a Bélgica, donde también tuvieron trabajos no declarados. Miriam dio a luz a una niña (Sonia) en diciembre de 2012. El bebé, con una anomalía cardíaca, fue sometido a la cirugía, aunque los padres no contaban con suficientes recursos económicos. El CPAS se negó a cubrir los gastos, esgrimiendo que los padres tenían los documentos legales españoles, y que era allí donde tenían derecho a la atención. Como se habían ido de España cuatro años antes, la respuesta del CPAS fue claramente insatisfactoria, puesto que el derecho a la cobertura sanitaria solo dura un año.

El bebé necesitaba una segunda operación, pero los padres aún seguían sin contar con recursos económicos. La segunda petición de cobertura sanitaria fue rechazada, ya que la CPAS dijo que el padre era económicamente responsable de los costes de la operación de su hija. La cirugía se retrasó. El padre trabajaba duro, pero aun así no podía pagar la factura. Le rechazaron tres solicitudes. En 2014, Miriam acudió a MdM Bélgica con fuertes dolores, y MdM la derivó al hospital. Ella tenía esos dolores desde hacía algún tiempo, pero no se atrevía a ir al hospital debido a la factura que tenía pendiente por la cirugía de su hija. Miriam fue operada de un absceso en la ingle, pero no pudieron controlarle la infección. Además, el personal médico descubrió que Miriam tenía diabetes, ella no lo sabía. Miriam murió en el hospital a las pocas semanas. Su hija tenía 26 meses de edad.

Tras la muerte de su mujer, Ahmed no podía trabajar y cuidar a su hija, así que Sonia fue llevada a una familia de acogida. Sonia se debía beneficiar de la cobertura sanitaria de su familia de acogida, sin embargo, a pesar del certificado médico, el registro en el CPAS no se concluía. La última solicitud al CPAS fue finalmente aceptada a finales de 2014.

MdM Bélgica – Amberes – Diciembre de 2014

## EL RACISMO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Afortunadamente, pocos pacientes declararon haber sido víctimas del racismo en una estructura sanitaria, al menos en Europa: aproximadamente el 4,5% de los pacientes declararon haber tenido una experiencia de ese tipo en los seis países en los que se formuló la pregunta<sup>108</sup>. La proporción más alta se dio en Estambul (el 38,7% con un índice de respuesta del 77,5%).

## EL MIEDO DE QUE LES ARRESTEN

Se preguntó a los migrantes indocumentados y a los migrantes con residencia temporal si habían restringido sus movimientos por el miedo de que les arrestasen (en el momento de la encuesta) puesto que esto también constituye una barrera conocida en la búsqueda de acceso a la atención sanitaria.

En Europa, la mitad de los pacientes entrevistados (el 52,0%), declararon que habían restringido sus movimientos (a veces, a menudo o muy a menudo).<sup>109</sup> Esta proporción era particularmente elevada en Londres<sup>110</sup> (el 83,9%), en los Países Bajos (el 69,4%) y en Estambul (el 85,0%), donde, como ya se ha mencionado anteriormente, el miedo a que les denunciaran o a que les arrestaran era una barrera en el acceso a la atención sanitaria citada con frecuencia. En España, esta proporción era menor (el 57,5%).

Sofía, una mujer marroquí de 45 años de edad, estaba embarazada. Su marido estaba a punto de obtener la nacionalidad española, pero no pudo registrarse en la cobertura sanitaria de su marido porque aún no tenían el permiso de residencia. Sofía, aquejada de intensos dolores y sangrando, acudió al servicio de urgencias del hospital de maternidad de Málaga. Según ella y la amiga que le acompañó, el médico dijo que no podía ser atendida sin cobertura sanitaria. Tras dos semanas sus dolores aumentaron y regresó al centro sanitario. Le negaron la atención *"hasta que se resolviera su situación administrativa"*.

Ella acudió a MdM una semana más tarde. Con la intervención de MdM, el centro sanitario *"resolvió el caso"* y le proporcionó una tarjeta sanitaria. Durante la consulta, su médico de familia inmediatamente la derivó al servicio de urgencias del hospital de maternidad, que le diagnosticó que había tenido un aborto natural que *"tendría que haber sido tratado un mes antes"*. Sofía y su esposo han presentado una denuncia en el juzgado. Aunque sea muy restrictivo, el Real Decreto proporciona acceso a la atención a las mujeres embarazadas y a los niños. Incluso este acceso limitado no siempre está garantizado.

MdM España – Málaga – Enero de 2014



ESTA NOCHE, ESTA FAMILIA VA A DORMIR EN UNA TIENDA DE CAMPAÑA EN EL CENTRO DE LYON EN LUGAR DE TENER ACCESO A UN ALOJAMIENTO DECENTE - FRANCIA - 2014

108 Valores no disponibles: respectivamente el 34,8% en DE, el 45,3% en EL, el 0,8% en ES, el 23,6% en NL, el 19,4% en SE y el 68,7% en UK.

109 Debido al bajo número de encuestados o a las altas proporciones de valores no disponibles, solo los datos españoles, holandeses, británicos y turcos pueden considerarse por separado.

110 A pesar de que no es obligatorio que las personas enseñen sus documentos de identidad a la policía/a las autoridades, es posible que muchos migrantes indocumentados no sean conscientes de ello y que aún tengan miedo de que les arresten, lo que explica el alto número de personas que declararon esa restricción de movimientos.

# EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA

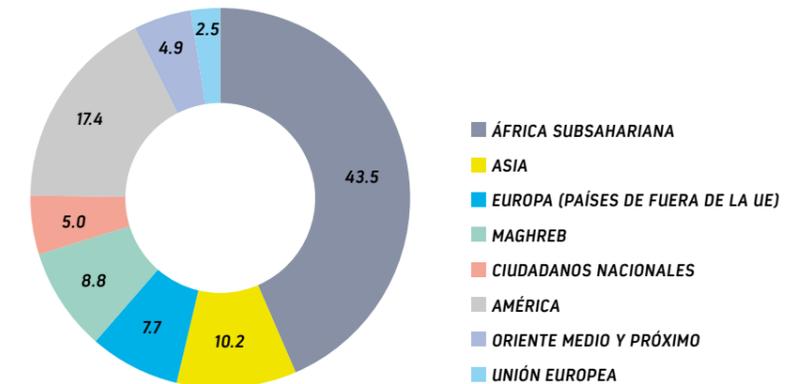
Resulta esencial identificar las experiencias de violencia sufridas anteriormente en las poblaciones de migrantes, teniendo en cuenta su frecuencia y su impacto en la salud mental y física de las víctimas incluso muchos años después del episodio original<sup>111</sup> (como los trastornos de depresión o de estrés postraumático, el riesgo de errores de diagnóstico ante trastornos físicos inexplicables y la necesidad de detectar las infecciones de transmisión sexual derivadas de la violencia sexual). Por eso es tan importante escuchar atentamente los relatos de las experiencias de violencia sufridas anteriormente, en el país de origen, durante el viaje migratorio y en el país de "acogida". Por desgracia, la estigmatización de los "extranjeros" sigue siendo uno de los principales obstáculos para mejorar la atención a las personas que huyen de la tortura y de la violencia política<sup>112</sup>.

En 2014, a 1 809 pacientes se les preguntó sobre la violencia<sup>113</sup>. El 84,4% est declararon que la habían sufrido al menos una vez en BE, CH, DE, EL, ES, FR, NL y UK (el 83,5% de las mujeres y el 85,8% de los hombres).

Los pacientes procedentes del África Subsahariana y de América Latina estaban sobrerrepresentados entre las víctimas de la violencia pero ningún origen se libraba de la violencia, incluyendo (obviamente) los ciudadanos de la UE y los ciudadanos nacionales.

Se registraron experiencias de violencia en ambos sexos y a todas las edades. Los solicitantes de asilo estaban desproporcionadamente altamente representados entre las víctimas de la violencia (el 57,6% frente al 34,4% de todos los pacientes,  $p < 0,001$ ).

ORIGEN GEOGRÁFICO DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA (EN OCHO PAÍSES EUROPEOS DE LA ENCUESTA)



Sally, una mujer ugandesa de 27 años, fue encarcelada en Uganda por ser homosexual. Explicó que sufrió torturas y agresiones sexuales en la cárcel. Cuando fue liberada, tuvo que vivir en la calle. Fue víctima de la trata: algunas personas que la vieron en las calles de Uganda se la llevaron al Reino Unido. La persona que la trajo al Reino Unido le quitó todos sus documentos y sus objetos de valor y le golpeó. La dejaron fuera de una iglesia y alguien de la iglesia se ofreció a cuidarla.

Sospechando que estaba embarazada, Sally buscaba a un médico, por lo que contactó con MdM. MdM la refirió al Mecanismo Nacional de Derivación (el proceso del Gobierno nacional para identificar a las víctimas de la trata de seres humanos y garantizar que reciban una protección y un apoyo apropiados), y le consiguió el acceso a la atención médica y al asesoramiento. Sally ahora está registrada con un médico de familia a quien ve con regularidad, ha tenido una revisión de salud sexual completa, está teniendo acceso al asesoramiento y tiene atención prenatal para su embarazo. Está recibiendo una ayuda financiera mientras evalúan su solicitud.

MdM Reino Unido - Londres - 2014

Fadel es un camerunés de 17 años que se fue de su país, mientras que su madre enferma, sus hermanos y sus hermanas se quedaron. Llegó a Francia, tres años después de un violento viaje migratorio. Fadel explicó que vivió durante más de un año en el norte de Marruecos *"escondido en el bosque"*. Construyó un refugio improvisado con otras personas que intentaban cruzar el Estrecho de Gibraltar. Fue repetidamente *"arrestado y golpeado por la policía marroquí"*. Fadel dijo que sus *"compañeros no regresaban después de haber sido arrestados"*. Un día, Fadel fue arrestado y recibió una paliza brutal. Fue enviado al hospital donde se quedó en estado de coma durante una semana: *"Cuando me desperté, no me acordaba de nada, solo de los golpes de la policía"*. Intentó de nuevo cruzar el Estrecho y consiguió llegar a España, luego a Francia en junio de 2014.

MdM Francia – Saint-Denis – Agosto de 2014

111 Baker R. Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M, ed. *Torture and its consequences*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 83-106. Weinstein HM, Dnasky L, Lacopino V. Torture and war trauma survivors in primary care practice. *West J Med* 1996; 165: 112-8; Loutan L, Berens de Haan D, Subilia L. La santé des demandeurs d'asile: du dépistage des maladies transmissibles à celui des séquelles post-traumatiques. *Bull Soc Pathol Exotique* 1997; 90: 233-7; Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. *Med Hyg* 2003; 61: 2034-8.

112 Colectivo. *Soigner les victimes de torture exiliées en France*. Livre blanc. Paris: Centre Primo Levi, mayo de 2012, p.9.

113 Lamentablemente, los programas de MdM siguen sin plantear apenas la cuestión de la experiencia de la violencia, por lo que los equipos de MdM no la detectan lo suficiente: solo al 11,3% de los pacientes (727 mujeres, el 12,3%, y 1 082 hombres, el 10,5%) se les preguntó sobre esta cuestión en algún momento durante su primera consulta o su seguimiento.

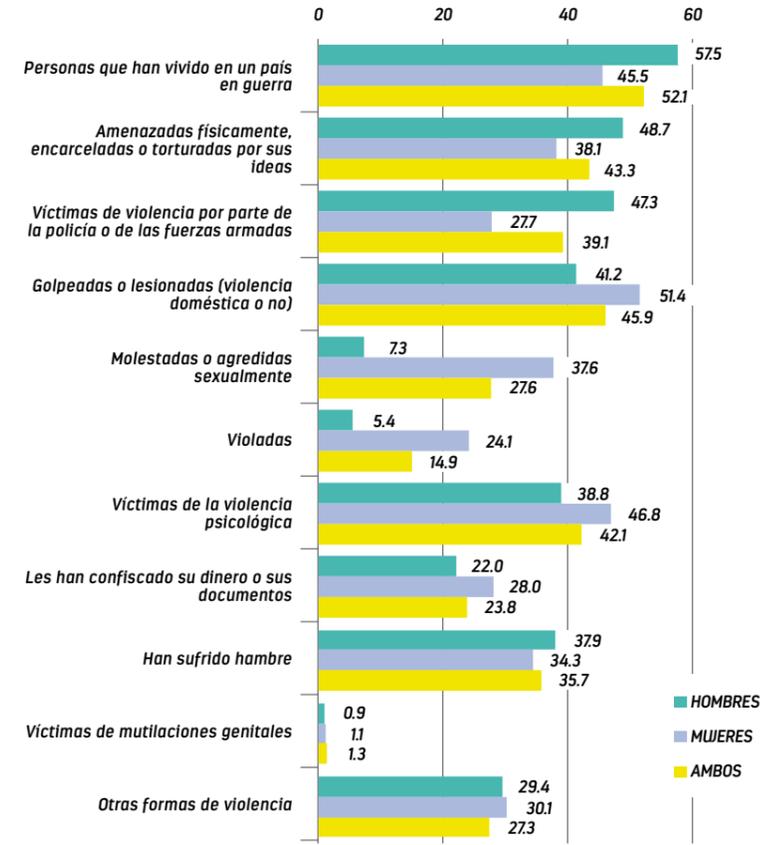
Los tipos de violencia declarados con más frecuencia en ocho países europeos fueron:

- vivir en un país en guerra (el 52,1%), las amenazas físicas, el encarcelamiento o la tortura por las ideas personales (el 43,3%) y la violencia perpetrada por la policía o por las fuerzas armadas (el 39,1%);
- los golpes o las lesiones como resultado de la violencia doméstica o no doméstica (el 45,9%);
- la violencia psicológica (el 42,1%);
- el hambre (el 35,7%);
- las agresiones sexuales (el 27,6%), declaradas por el 37,6% de las mujeres (en comparación con el 7,3% de los hombres) y la violación (el 14,9%), declarada por el 24,1% de las mujeres y el 5,4% de los hombres. Una cuarta parte del número total de agresiones sexuales fueron declaradas por pacientes de sexo masculino;
- la confiscación de dinero o de documentos (el 23,8%).

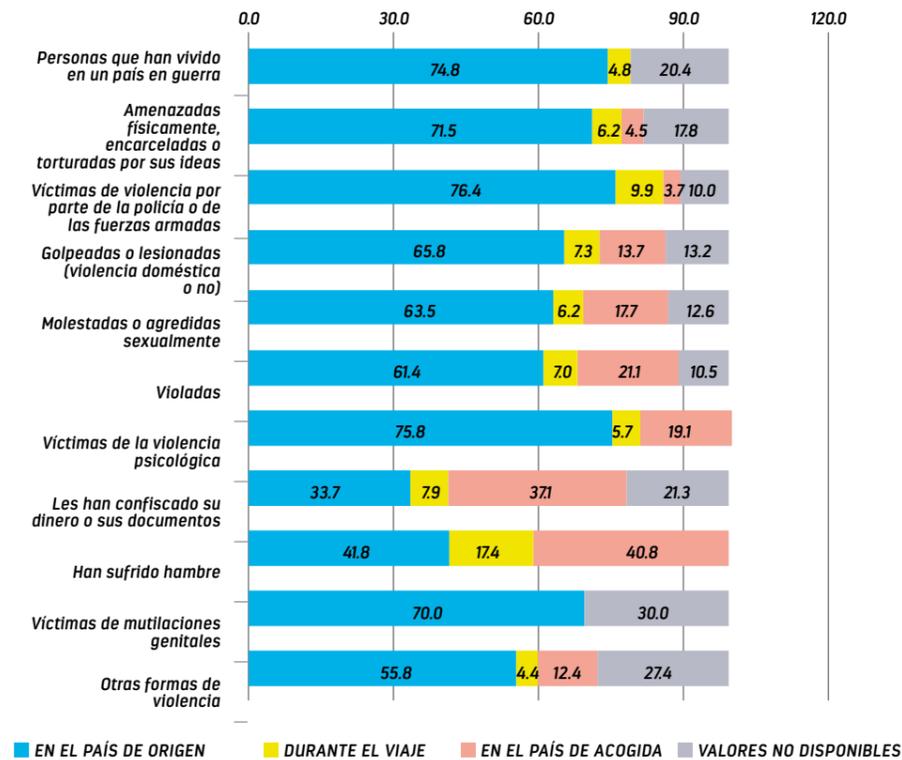
Entre los encuestados, el 9,8% declararon haber sufrido la violencia después de haber llegado a los países de la encuesta. El 21,1% de las violaciones declaradas se dieron después de que la víctima llegara a su país de acogida, al igual que el 17,7% de las agresiones sexuales, el 37,1% de los casos de confiscación de dinero o de documentos, el 19,1% de la violencia psicológica y el 40,8% de las experiencias de hambre.

La percepción del estado de salud de los pacientes que habían sufrido la violencia al menos una vez era considerablemente peor en términos de salud física, mental y general ( $p < 0,001$ ) que la percepción del estado de salud de los pacientes que no habían sufrido la violencia. De estos, el 71,4% consideraban que su salud en general era muy buena o buena frente a solo el 33,5% de las personas que declararon una experiencia de violencia. El 12,4% de quienes habían sufrido la violencia percibían su salud mental como muy mala frente al 1,7% de las personas que declararon no haber sufrido la violencia. Esto confirma el gran impacto de la experiencia de la violencia en la salud y el deber médico de preguntar sistemáticamente a los pacientes si han sufrido la violencia en el pasado, con el fin de detectar y de proporcionar la atención y las derivaciones adecuadas.

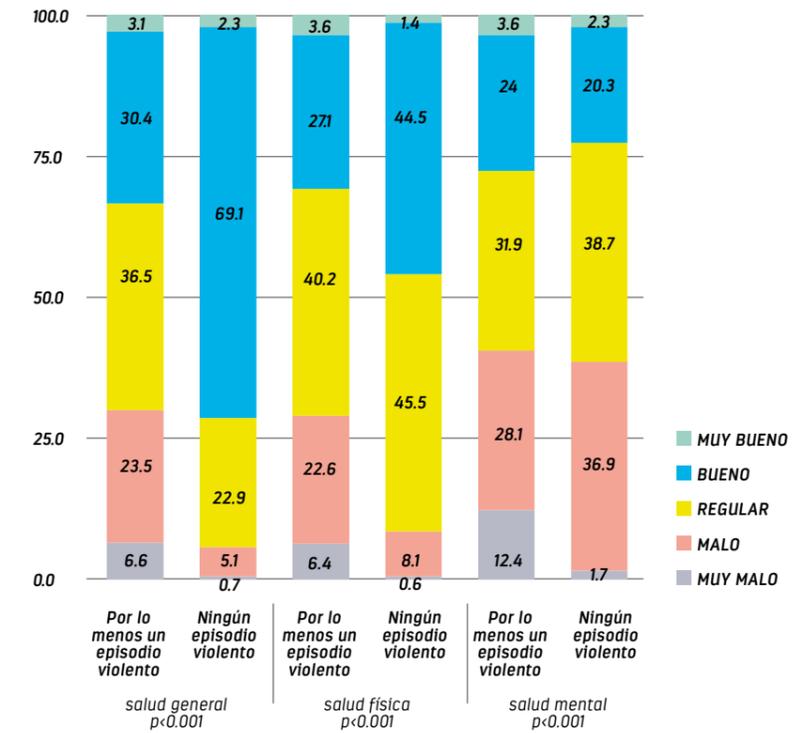
**LAS TASAS DE VIOLENCIA POR GÉNERO (ENTRE LOS PACIENTES ENCUESTADOS SOBRE ESTE TEMA EN OCHO PAÍSES EUROPEOS)**



**PROPORCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA MIGRACIÓN EN 8 PAÍSES EUROPEOS (COMO % DE LOS EPISODIOS DECLARADOS)**



**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD CON ARREGLO A LA VIOLENCIA SUFRIDA DECLARADA (ENTRE LOS PACIENTES ENCUESTADOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA %)**



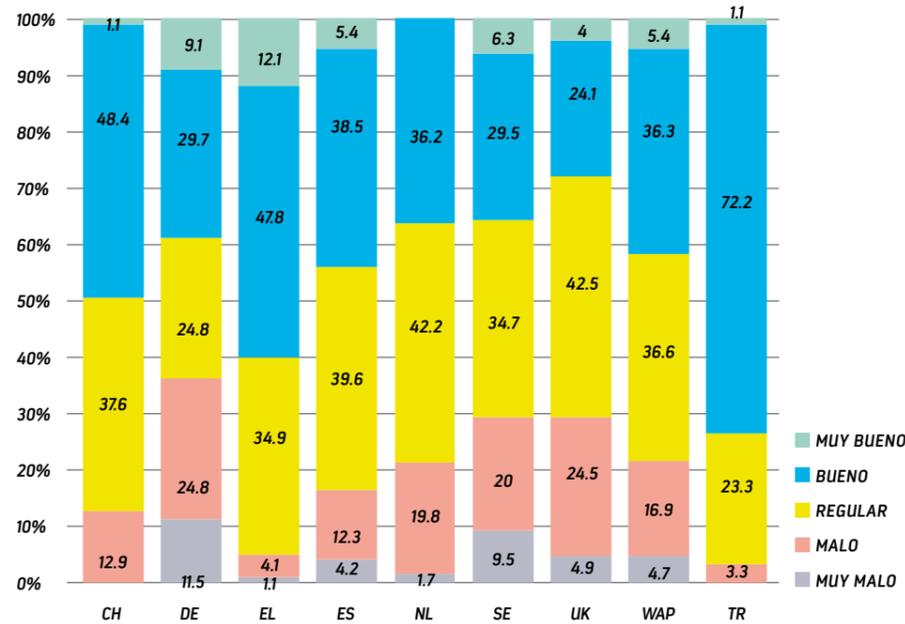
VÍCTIMA IRANÍ DE UNA AGRESIÓN RACISTA: TRES HOMBRES VESTIDOS DE NEGRO LE ATACARON EN ATENAS. UNO DE ELLOS LE ARRANCÓ LA OREJA DE UN MORDISCO. "EN EUROPA, NO HE VISTO NINGUNA CIVILIZACIÓN, NO HE VISTO NADA DE AMOR" – GRECIA – 2014

# ESTADO DE SALUD

## AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

La mayoría (el 58,2%) de los pacientes atendidos por MdM en Europa<sup>114</sup> percibían su estado general de salud como malo<sup>115</sup>. Sin embargo, el 22,9% percibían su salud física como mala o muy mala y este porcentaje subía al 27,1% cuando se trata de la salud mental. En Estambul (y en esta ciudad solo), hubo una diferencia muy significativa entre el estado de salud físico y el estado de salud mental: físicamente, solo el 5,8% de los pacientes consideraron que su salud era "mala" (y ninguno de ellos "muy mala"), pero el 41,4% describieron su salud mental como "mala" (y el 2,0% como "muy mala"). Al comparar estos datos con los de la población general de los países de acogida –obtenidos de las Estadísticas de la UE sobre la renta y las condiciones de vida de 2013 (último año disponible), el estado de salud de los pacientes de MdM era peor que el de la población general en todos los países, independientemente del grupo de edad considerado, así como en comparación con el grupo de edad de 25-44 años (cerca a la distribución por edades de los pacientes de MdM). Aunque estas cifras se refieren a las personas que acuden a las clínicas de MdM o de ASEM, la mayoría de las cuales, por definición, tienen un problema de salud, esto no es suficiente para explicar la magnitud de las diferencias con la población general. Entre los pacientes de MdM, el 16,9% y el 4,7% declararon tener una salud "mala" o "muy mala" respectivamente, en comparación con el 2,2% y el 0,5% de los adultos de 25-44 años de la población general en estos siete países (en 2013).

## LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR PAÍSES



## LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Los profesionales sanitarios indicaron, para cada problema de salud (en cada visita), si se trataba de un problema de salud crónico o grave; si pensaban que el tratamiento (o la atención médica) era necesario o solo preventivo; si el problema ya había sido tratado o examinado antes de que el paciente acudiera a MdM; y si, en su opinión, este problema debería haber sido tratado anteriormente.

Más de la mitad de los pacientes (el 55,3%) que vieron a un médico de los ocho centros europeos fueron diagnosticados con al menos un problema de salud crónico<sup>116</sup>. En Estambul, el 36,7% de los pacientes atendidos tenían por lo menos un problema de salud crónico.

Natalia es una mujer griega de 54 años. Es propietaria de una tienda de zapatos desde hace seis años. Debido a la crisis económica, en los últimos tres años no ha podido pagar el coste de su cobertura sanitaria. A Natalia le diagnosticaron hipertensión hace dos años, lo que requiere la adherencia a un tratamiento rutinario con medicamentos específicos. "Pude pagar el coste de las medicinas durante los primeros seis meses... luego como no podía pagarlo, tuve que interrumpir el tratamiento". Como no podía tomar la medicación con regularidad, tuvo un episodio de presión arterial alta por el que tuvo que acudir a urgencias. Desde allí, los servicios sociales del hospital local la refirieron a la Policlínica de MdM en Patras. Desde entonces, Natalia ha sido tratada en la Policlínica de MdM que cubre el coste de las pruebas médicas y de la medicación.

MdM Grecia – Patras – Octubre de 2014

114 En siete países europeos de la encuesta. Las preguntas no se formularon en Francia y en Bélgica solo se formuló la pregunta sobre el estado de salud general, pero con un índice de respuesta muy bajo (el 4%). Valores no disponibles: el 76,5% en CH, el 18,8% en DE, el 20,5% en EL, el 0,8% en ES, el 5,7% en NL, el 3,1% en SE, el 13,2% en UK y el 5,0% en TR.

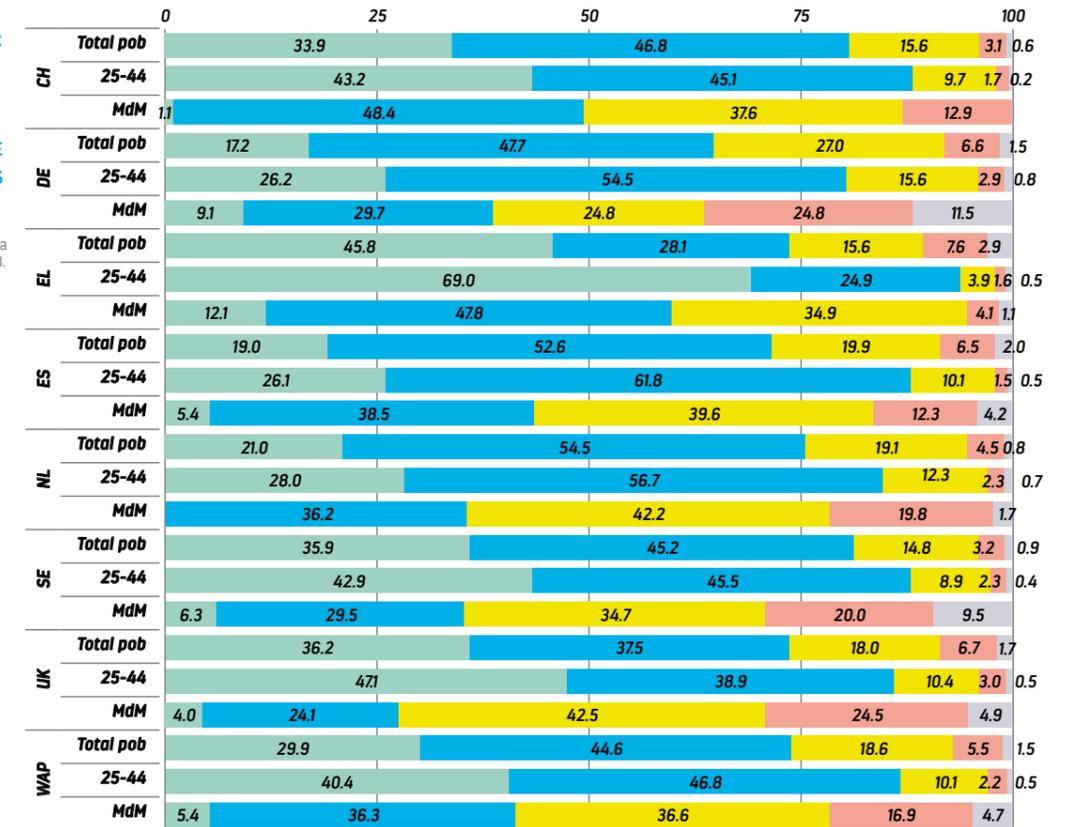
115 Un mal estado de salud se refiere a las respuestas muy mala, mala y regular.

116 Valores no disponibles: respectivamente el 19,5% en CH, el 32,0% en DE, el 21,2% en EL, el 1,0% en ES, el 24,4% en FR, el 8,4% en NL, el 59,7% en SE, el 5% en UK y el 0,1% en TR.

## ESTADO DE SALUD GENERAL: COMPARACIÓN ENTRE LOS PACIENTES DE MDM Y LA POBLACIÓN GENERAL (INCLUSO LAS PERSONAS DE 25-44 AÑOS) EN LOS PAÍSES DE ACOGIDA

Fuente: Estadísticas de la UE sobre la renta y las condiciones de vida de 2013.

MUY BUENO  
BUENO  
REGULAR  
MALO  
MUY MALO



## ATENCIÓN URGENTE Y TRATAMIENTO NECESARIO

En total, más de un tercio (el 36,5%) de los pacientes necesitaban atención urgente o bastante urgente cuando acudieron a MdM en siete países europeos<sup>117</sup> y esta cifra fue del 100% en el caso de Estambul. En total, en los programas europeos, tres de cada cuatro pacientes atendidos por un médico (el 74,5%) necesitaban tratamiento que fue juzgado como necesario por el médico<sup>118</sup>. Este porcentaje fue significativamente mayor en Suiza<sup>119</sup> (el 93,9% de los pacientes requerían al menos un tratamiento necesario), en Alemania (el 84,3%), en España (el 81,6%) y en Francia (el 79,5%). En Estambul, el 100,0% de los pacientes se encontraban en esta situación.

## PACIENTES HABÍAN RECIBIDO ESCASA ATENCIÓN SANITARIA ANTES DE ACUDIR A MDM

En los nueve países europeos de la encuesta, el 73,3% de los pacientes tenían al menos un problema de salud que nunca había sido examinado o tratado antes de que acudieran a MdM. Este porcentaje era significativamente mayor en Suiza (el 79,7%), en Alemania (el 82,9%), en Francia (el 76,9%), en los Países Bajos (el 65,3%) y en Londres (el 63,7%). En Estambul, casi todos los pacientes se encontraban en esta situación. En total, el 57,9% de los pacientes que requerían tratamiento no habían recibido atención antes de acudir a MdM. Así que para estos pacientes MdM representó su primer punto de contacto con un proveedor de

117 A título informativo, valores no disponibles: el 29,4% en CH, el 34,4% en DE, el 68,2% en EL, el 24,0% en ES, el 60,8% en FR, el 35,8% en NL, el 69,2% en UK, el 4,7% en TR. Pregunta no formulada en Bélgica.

118 Los tratamientos se consideraron como esenciales si la falta de ellos con toda probabilidad iba a significar el deterioro de la salud del paciente o un pronóstico considerablemente peor; en otros casos fueron clasificados como preventivos. En absoluto se trata aquí de un tratamiento innecesario, o de simple comodidad.

119 En Suiza, los pacientes son atendidos por enfermeros.

atención primaria de salud. Esta cifra también fue particularmente alta en Suiza (el 74,8%), en Alemania (el 72,6%), en Francia (el 61,2%) y sobre todo, en Estambul (el 98,9%). Casi la mitad de los pacientes atendidos por un médico en MdM (el 46,2%) tenían al menos una enfermedad crónica que nunca antes había sido comprobada o examinada por un médico. Esto concernió a la mitad de los pacientes atendidos por un médico en Francia, a uno de cada cinco pacientes atendidos en España, a un tercio de los pacientes atendidos en Estambul y a menos del 10% de los pacientes atendidos en Grecia. En otras palabras, entre los pacientes que padecían una o varias enfermedades crónicas, el 70,2% no habían tenido ningún seguimiento médico antes de acudir a MdM (al menos para una de sus enfermedades crónicas). Excepto en Grecia, donde era poco frecuente (el 10,2%), esta situación se daba al menos en un tercio de los pacientes con un problema de salud crónico en España, en el 60% en los Países Bajos, en el 68% en Londres y en torno a tres de cada cuatro pacientes en los otros cuatro países. En Estambul, casi todos los pacientes con un problema de salud crónico no habían recibido atención antes de acudir a ASEM (el 97,7%).

## PROBLEMAS DE SALUD EN GRAN MEDIDA DESCONOCIDOS ANTES DE LLEGAR A EUROPA

Solo el 9,5% de los migrantes tenían al menos un problema de salud crónico y lo sabían antes de llegar a Europa (en CH, DE, ES, NL, y UK).

Examinando los diagnósticos en detalle, muy pocos de los pacientes pueden haber emigrado debido a estas enfermedades crónicas, puesto que la mayoría de los diagnósticos registrados no eran de enfermedades potencialmente mortales. En Estambul, el 31,7% de los pacientes se encontraban en esta situación. Esto revela una vez más hasta qué punto la idea de la migración por razones de salud es falsa: en Estambul, los ciudadanos extranjeros deben pagar el 100% de los costes sanitarios.

## PROBLEMAS DE SALUD POR SISTEMA DE ORGANOS

La mitad de los problemas de salud encontrados se referían a cuatro sistemas de órganos del cuerpo: el sistema digestivo en el 14,4% de todos los diagnósticos, el sistema musculoesquelético el 13,3%, el sistema respiratorio el 10,0% y el sistema cardiovascular el 9,6%. Cuando los problemas de salud se agruparon en categorías generales de enfermedades, los problemas psicológicos fueron identificados en el 10,6% de las consultas médicas. Los problemas de salud mental registrados con más frecuencia fueron: la ansiedad, el estrés y los trastornos psicosomáticos (el 5,8% de las consultas) y los síndromes depresivos (el 2,9% de las consultas). Evidentemente, los trastornos psicóticos eran mucho más raros (el 0,5%). Los problemas relacionados con la utilización de sustancias psicoactivas eran prácticamente inexistentes (el 0,4%). En total, el 10% de las consultas médicas para las pacientes mujeres tuvieron que ver con problemas ginecológicos: se registraron con más frecuencia los problemas normales en el embarazo y en el periodo postnatal (el 11,0% y el 0,3%), seguidos de otros problemas ginecológicos no especificados (el 5,2%), los problemas de menstruación (el 4,2%) y la contracepción (el 1,7%).

Peter, un hombre nigeriano de 29 años, estuvo alojado temporalmente en un centro de solicitantes de asilo, después de un periodo de detención como consecuencia de su situación ilegal en el país. Durante su periodo de detención, sus problemas psiquiátricos empeoraron enormemente, lo que le llevó a un largo periodo de aislamiento. Una resolución judicial le liberó y le alojaron en el centro de solicitantes de asilo. Como allí no se disponía de la atención apropiada, después de un mes, MdM Países Bajos se implicó para supervisar la admisión de Peter en un pabellón psiquiátrico, especializado en el tratamiento de pacientes de diferentes orígenes culturales. Le diagnosticaron psicosis y Peter recibió tratamiento como paciente hospitalizado durante más de un año en el hospital psiquiátrico, situado en un pequeño pueblo en el campo, rodeado de aire puro y muy tranquilo. Gerd, un médico voluntario de MdM Países Bajos da testimonio: "Vi a un hombre grande, que temía por su vida porque sufría alucinaciones visuales y auditivas. Solo mejoró tras varios meses de tratamiento. Después de un año, Peter se había recuperado bien, tenía algunas recaídas, pero sus delirios habían acabado y se había convertido en un hombre más sociable, se había hecho algunos amigos en una iglesia de una ciudad cercana e iba allí en tren, con la autorización de su médico. Sin embargo, seguía la amenaza de ser expulsado. Un día me llamó lleno de temor desde su habitación del hospital. Le habían retenido en el tren, sin ninguna razón, porque tenía un billete. Casi le arrestaron porque los policías creyeron que le habían reconocido" de una lista de personas en situación ilegal que tenían que ser detenidas". Aunque Peter estaba más o menos curado de sus fobias, aún estaba tomando medicación fuerte y ahora, de repente, le entró el temor de ser hostigado y detenido por la policía. Este hecho ocurrió cuando Peter era todavía un paciente del hospital psiquiátrico y tenía un permiso de estancia. A pesar de que le pidieron disculpas, la actitud de la policía fue perjudicial para Peter, quien ahora tiene un nuevo temor que le impide socializarse.

MdM Países Bajos – Ámsterdam – Noviembre de 2014

### UN TRATAMIENTO MÁS EFICAZ CONTRA LA HEPATITIS C... ¡PERO INASEQUIBLE!

Se estima que 185 millones de personas en todo el mundo están infectadas por la hepatitis C, una infección en el hígado que a menudo causa cirrosis y cáncer potencialmente mortales. En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la hepatitis C. Existen tratamientos con graves efectos secundarios y con bajas tasas de curación (del 50% al 70%). Ahora una nueva generación de medicamentos trae una gran esperanza: los "antivirales de acción directa" son mejor tolerados por los pacientes y la tasa de curación supera el 90%!

Sin embargo, el primer fármaco de esta clase, sofosbuvir, se vende a precios exorbitantes (por ej., a 41 000 € en Francia por todo el tratamiento).

Eso significa que los sistemas de seguridad social de muchos países han empezado a seleccionar a los pacientes más enfermos para que se beneficien del nuevo tratamiento. Esto va en contra de las ventajas para la salud pública de tratar a todos los pacientes a fin de detener la propagación de la infección.

MdM acoge con satisfacción la auténtica innovación médica, pero los precios abusivos ponen en riesgo la propia existencia de nuestro modelo de salud pública, que se basa en la solidaridad y en la equidad. Por eso, en febrero de 2015, MdM se opuso a la patente para el sofosbuvir en la Oficina Europea de Patentes. MdM quiere que haya medicamentos a precios asequibles para tratar la hepatitis C en todos los pacientes.<sup>120</sup>

120 Disponible en francés en: <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Hepatitis-C-Medecins-du-Monde-s-oppose-au-brevet-sur-le-sofosbuvir> (last access 01/04/2015)



CONSULTA MÉDICA EN LA ASEM – ESTAMBUL – TURQUÍA – 2014

El testimonio de Trenton, ugandés de 26 años, ilustra cómo la violencia, la discriminación y el aislamiento social pueden crear un círculo vicioso de vulnerabilidades, con un grave impacto en la salud y en la salud mental especialmente: "Nací en Uganda. Crecí en una situación difícil. No tenía padres que cuidaran de mí, y me crió una tía, que apenas estaba en el país. Por eso mi niñez fue difícil y no tenía a nadie con quien hablar. Uganda es una sociedad que no acepta a la gente con mi orientación sexual. La homofobia en el país es extrema y es difícil crecer en ese entorno. Me las arreglé para salir del país, y vine al Reino Unido.

Cuando llegué por primera vez al Reino Unido pensaba que la vida aquí iba a ser muy fácil. Creía que iba a ser libre. Pero luego no fue así. En el Reino Unido tenía que vivir con una persona cercana a mi familia, por lo que no me era fácil expresarme. Tenía que ocultar quién era y tenía que fingir que era feliz y eso me estaba haciendo daño interiormente. Como ser humano, si uno oculta siempre quien es y guarda dentro de sí lo que quiere, suele terminar afectándole. Yo no sabía lo que me estaba pasando, lo que estaba pasando a mi alrededor. Empecé a desarrollar enfermedades. Empecé a tener dolores de cabeza y dolores inusuales. No tenía a nadie con quien hablar. Cuando empezaba a sentirme enfermo y a sentir dolor dentro de mí, no había nada que yo pudiera hacer al respecto. Tenía que ocultar mis sentimientos continuamente. Me sentía tan abatido y confundido, y preocupado todo el tiempo. No estaba interesado en nada, no me interesaba la vida en general".

Un amigo le aconsejó que acudiera a la clínica de MdM Reino Unido. Él relata su primer contacto: "Fue el momento en el que mi vida cambió. Escribí mi nombre, me senté y esperé pacientemente. El tipo de atención y de servicio que recibí cuando me atendió el médico es algo que nunca había experimentado en mi vida. Me atendieron muy bien, fueron encantadores y amables. Yo estaba tan agradecido. Inmediatamente conecté con ellos y conecté con el médico".

A su llegada Trenton había tenido un médico de familia, "Pero me habían dicho que sin el estado de visado no podía tener acceso a un médico de familia. Me dio miedo incluso visitar a mi médico de familia de nuevo. Pero en MdM Reino Unido me tranquilizaron y me dijeron: 'Cualquier persona tiene derecho a la atención médica independientemente de su estado de visado'. La voluntaria de MdM inmediatamente empezó a buscar a todos los médicos de familia de la zona. Me preguntó si estaba inscrito en sus consultas. Nunca olvidaré ese día. Me buscaron una cita y todo estaba arreglado antes de que saliera de la clínica. Me refirieron a dos diferentes grupos sociales, así como a un asesoramiento. Salí de la clínica ese día muy feliz. Por una vez estaba muy contento porque sabía que por lo menos tenía a alguien con quien hablar. A veces todo lo que necesitamos es alguien en quien confiar y con quien poder hablar".

A Trenton le diagnosticaron una depresión grave. "El médico se aseguró también de que tuviera un grupo social al que asistir. Me ayudó mucho tener un lugar seguro donde podía conocer a gente como yo para hablar de nuestras experiencias y abrirnos a los demás. Poco a poco me estaba curando porque estaba recibiendo medicación que tomaba diariamente. Los grupos sociales me ayudaron a ganar confianza y me refirieron a un abogado de inmigración. Mi abogado me reservó una cita en la oficina de inmigración de Croydon. Me detuvieron allí porque no tenía documentos válidos. A pesar de que había tomado la medicación por la mañana, al día siguiente no pude tomarla y no sabía con quien hablar en el centro de detención. Informé de ello a los agentes y les decía con insistencia: 'Necesito mi medicación'. Es un tratamiento de 30 días y no se puede saltar ningún día".

Trenton explica que estuvo en contacto con MdM Reino Unido y con el médico de familia para poder conseguir su medicación diaria. "La estancia en el centro de detención fue algo muy duro. Es difícil vivir en un entorno donde se puede ver a tantas personas estresadas, a tantas personas abatidas. Allí hay personas llorando, personas enfermas y para estar en un lugar así hace falta valentía, coraje y apoyo –mucho apoyo. La medicación que estaba tomando en el centro de detención era fuerte y me dejaba somnoliento. Pero yo también era fuerte porque yo sabía que tenía apoyo. En el centro de detención, no todos eran tan afortunados como yo". (Trenton se refiere al apoyo de MdM Reino Unido y del médico de familia).

"No todos podían obtener información sobre lo que estaba sucediendo en torno a ellos. Algunas personas ni siquiera sabían qué enfermedades tenían. Algunas de ellas estaban tan enfermas, que solo con mirarlas te hacían sentir miedo por ti mismo. Se veía a tantas personas llorando, todos los días. Creo que se tiene que hacer más sobre la atención sanitaria dentro del centro de detención. Después de salir del centro de detención me concedieron el estatus de refugiado. Ahora puedo vivir libremente. Tengo la libertad de ser quien soy sin ningún temor porque estoy en una tierra libre ahora. Me da paz interior saber que puedo caminar por las calles sin preocuparme sobre quién está alrededor de mí y sin el constante temor de que alguien me esté apuntando con el dedo. Me siento completamente libre y estoy muy agradecido a la clínica, es maravilloso el trabajo que hace con tanta gente. Hay tantas personas en el país sin médico de familia. Ahora que soy un hombre libre tengo planes para el futuro. Yo siempre había soñado con una carrera en las TI, pero cuando la salud no es buena eso afecta a todas las aspiraciones que se tengan. Pero creo que ha llegado mi hora de brillar. Espero empezar a trabajar y espero tener mi propio alojamiento".

MdM Reino Unido – Londres – Septiembre de 2014

# CONCLUSION

Los actores europeos reconocen cada vez más los impactos que han tenido la crisis económica y las medidas de austeridad en la accesibilidad de los servicios sanitarios nacionales. En el año 2014, tras las reiteradas peticiones de las ONG y del Parlamento Europeo<sup>121</sup>, la Comisión y el Consejo han reafirmado<sup>122</sup> su adhesión a los valores de la universalidad, el acceso a una atención de buena calidad, la equidad y la solidaridad.

→ **MdM insta a los Estados miembros de la UE y a las instituciones de la UE a que garanticen sistemas públicos de salud universales basados en la solidaridad, la igualdad y la equidad, abiertos a todas las personas que vivan en un Estado miembro de la UE.**

Son muy numerosas las instituciones internacionales y europeas que han pedido a los Gobiernos nacionales que garanticen la protección de las personas y de los grupos que se ven confrontados con múltiples vulnerabilidades. Y aun así, los datos recogidos por MdM en los últimos años demuestran claramente cómo las consecuencias de la crisis y de las políticas de austeridad siguen estando bien presentes. Además, el Consejo observa que : *"solo en los próximos años podrán evidenciarse en toda su magnitud los efectos que tienen en la salud la crisis económica y la reducción de los gastos en salud pública"*.

Los datos de este informe también revelan hasta qué punto las declaraciones de intenciones que los Estados miembros formularon a nivel del Consejo de la Unión Europea (*"el Consejo asume que el acceso universal a la atención sanitaria es de máxima importancia a la hora de hacer frente a las desigualdades en lo relativo a la salud"*) no han venido acompañadas de mejoras reales en el acceso a la atención sanitaria para los grupos que ya se ven confrontados con múltiples vulnerabilidades, como los ciudadanos indocumentados de terceros países, los ciudadanos de la UE desfavorecidos y los grupos que se ven confrontados con el estigma social.

El derecho de los niños a la salud y a la atención es uno de los derechos humanos más básico, más universal y más fundamental. Sin embargo, a la vez que se siente tan comprometida

121 Resolución del Parlamento Europeo del 4 de julio de 2013. Impacto de la crisis en el acceso de los grupos vulnerables a la asistencia (2013/2044 (INI)); Resolución del Parlamento Europeo del 4 de febrero de 2014 sobre las migrantes indocumentadas en la Unión Europea (2013/2115 (INI)); Resolución del Parlamento Europeo del 13 de marzo de 2014 sobre los aspectos laborales y sociales del papel y las actividades de la Troika en relación con los países de la zona del euro sujetos a un programa (2014/2007(INI))

122 Comunicación de la Comisión Europea sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos. COM (2014) 215 final.

123 Conclusiones del Consejo sobre la crisis económica y la atención sanitaria, Luxemburgo, 20 junio de 2014.

con su Carta de los Derechos Fundamentales y con su Carta Social Europea, al mismo tiempo, Europa tolera leyes nacionales que impiden que la cobertura de vacunación y que la atención prenatal y la atención posnatal sean universales y accesibles para todos los niños y las mujeres que viven en su territorio. MdM insta a la Unión Europea a que desarrolle los mecanismos necesarios para transformar su impresionante cuerpo de recomendaciones no vinculantes a hechos tangibles cuando se trata de los derechos humanos más básicos de los niños y de las mujeres embarazadas. Si la UE no se basa en el respeto de los derechos humanos por parte de sus Estados miembros, ¿en qué se basa?

→ **Todos los niños que residen en Europa tienen que tener pleno acceso a los programas nacionales de vacunación y a la atención pediátrica. Todas las mujeres embarazadas tienen que tener acceso a la interrupción del embarazo, a la atención prenatal y postnatal, y a un parto seguro.**

## DISIPANDO LOS MITOS...

Instituciones como el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) desempeñan un papel clave para disipar los mitos que algunos de los responsables políticos puedan difundir aún contra los migrantes o las minorías étnicas, como excusa para no anteponer una sanidad pública equitativa. En su informe de evaluación de cómo las enfermedades infecciosas afectan a las poblaciones de migrantes en Europa<sup>124</sup>, el ECDC advierte que: *"el deficiente acceso a la atención sanitaria es un importante factor de riesgo próximo que tiene como resultado la degradación de la salud"* y que es necesario hacer más para garantizar la igualdad de acceso a la atención sanitaria para los migrantes, especialmente para los solicitantes de asilo y los migrantes indocumentados. Los Gobiernos nacionales deberían garantizar que existan políticas para las enfermedades infecciosas que sean incluyentes y coherentes, y que permitan el acceso a la prevención, a la atención y al tratamiento para cualquier persona que resida en Europa.

Un pequeño número de migrantes enferman gravemente después de llegar a Europa (por ej., personas con el VIH, con problemas de salud mental, con insuficiencia renal, con cáncer, con hepatitis, etc.) y para ellas regresar a su país de origen no es posible, porque allí no van a poder acceder efectivamente

124 Traducción de cita del ECDC Technical Report. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Estocolmo, 2014.

a la atención sanitaria. Los gobiernos nacionales de la Unión Europea podrían lograr una "acción de ganancia rápida" (*quick win*) en términos de derechos humanos protegiendo a este pequeño grupo. Los Estados miembros que lo han hecho no han visto ningún aumento significativo en el número de migrantes gravemente enfermos que buscan protección. Al hacerlo, esos Estados siguen los pasos de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que consideró que un migrante con el VIH, por ejemplo, *"nunca debería ser expulsado cuando sea evidente que él o ella no va a recibir una adecuada atención sanitaria y asistencia en el país al que se le envía de vuelta"*<sup>125</sup>. Las expulsiones sin la garantía de atención sanitaria adecuada podrían equivaler a una pena de muerte, lo cual va en contra del posicionamiento de la UE y de todos los Estados miembros de la UE sobre: *"la firme e inequívoca oposición a la pena de muerte en cualquier momento y en cualquier circunstancia"*<sup>126</sup>. Cuando se expulsa a los migrantes gravemente enfermos a un país en el que no puedan conseguir una adecuada atención sanitaria, sufren consecuencias muy graves para su salud, incluso una posible muerte. Esto hay que evitarlo a todo precio protegiéndoles en Europa y dándoles acceso a la atención.

→ **Los migrantes gravemente enfermos no tendrían que ser expulsados cuando no vayan a tener acceso a una adecuada atención sanitaria en el país al que se les pretende expulsar.**

## LOS PROFESIONALES SANITARIOS PUEDEN TENER UN IMPACTO CONSIDERABLE

En 2014, el European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG, traducido literalmente: Consejo Europeo y Colegio de Ginecología y Obstetricia) presentó los estándares de la atención<sup>127</sup> desarrollados por sus miembros de 36 países europeos, con respecto a los servicios obstétricos, neonatales y ginecológicos. El Consejo destaca que: *"todavía existen evidentes disparidades en la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, en la calidad de la atención y en los resultados clínicos entre todos los países e incluso entre las regiones dentro del mismo país"*. El impacto

125 Traducción de cita de la resolución de la PACE 1997 Migrants and refugees and the fight against Aids. 2014.

126 Traducción de cita de la resolución de la PACE 1997 Migrants and refugees and the fight against Aids. 2014.

127 Traducciones de citas del EBCOG en inglés en: [www.ebcog.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=44&Itemid=177](http://www.ebcog.org/index.php?option=com_content&view=category&id=44&Itemid=177)

económico y social de la desigualdad de acceso revela: *"la necesidad imperiosa de mejorar la prestación de la atención"*. El EBCOG recomienda que: *"se desarrollen protocolos locales que faciliten la igualdad de acceso para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de todos los grupos vulnerables, incluyendo las poblaciones migrantes y las que no hablen la lengua del país de acogida"*.

En abril de 2014, la Asociación Europea de Salud Pública (EU-PHA), la Escuela Andaluza de Salud Pública y el Consorcio de Salud y Servicio Social de Cataluña lanzaron la Declaración de Granada<sup>128</sup>. Expone: *"En momentos en el que muchos países europeos están aplicando políticas de austeridad, resulta especialmente importante que la comunidad de la salud pública defienda a las personas más pobres y marginadas. Entre ellas hay muchas personas migrantes, quienes por diversas razones se encuentran ahora mismo en condiciones de alta vulnerabilidad"*. La declaración insta a una mejor protección de la salud de los migrantes y a una mejor atención sanitaria para ellos, incluyendo específicamente a los migrantes indocumentados. Casi 100 instituciones europeas y nacionales, asociaciones profesionales y asociaciones de la sociedad civil han aprobado el documento. Esto revela hasta qué punto muchos profesionales sanitarios exigen poder trabajar de acuerdo con su ética médica.

De conformidad con la Declaración sobre los Derechos del Paciente de la Asociación Médica Mundial, MdM seguirá proporcionando atención médica apropiada a todas las personas sin discriminación.

→ **MdM rechaza todas las medidas legales restrictivas que alteran la ética médica y exhorta a todos los profesionales sanitarios a proporcionar atención a todos los pacientes independientemente de su situación administrativa y de las barreras legales que existan.**

128 <http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/DeclaracionDeGranadade.pdf>



## SIGLAS

AME	AYUDA MÉDICA DEL ESTADO	NL	PAÍSES BAJOS
AMU	AYUDA MÉDICA URGENTE	OCDE	ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS
BE	BÉLGICA	OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
CAP	PROPORCIONES MEDIAS BRUTAS	SE	SUECIA
CAPT	PROPORCIONES MEDIAS BRUTAS INCLUYENDO TURQUÍA	TR	TURQUÍA
CH	SUIZA	UE	UNIÓN EUROPEA
CMUC	COBERTURA MÉDICA UNIVERSAL COMPLEMENTARIA	UK	REINO UNIDO
CPAS	CENTRO PÚBLICO DE ACCIÓN SOCIAL	VHB	VIRUS DE LA HEPATITIS B
DE	ALEMANIA	VIH	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
ECDC	CENTRO EUROPEO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES	VHC	VIRUS DE LA HEPATITIS C
EL	GRECIA	WAP	PROPORCIÓN MEDIA PONDERADA (CADA PAÍS CUENTA CON EL MISMO PESO)
FR	FRANCIA	WAPT	PROPORCIÓN MEDIA PONDERADA INCLUYENDO TURQUÍA
MDM	MÉDICOS DEL MUNDO		
NHS	SERVICIO NACIONAL DE SALUD (UK)		

**CONTACTO:** NATHALIE SIMONNOT, MÉDICOS DEL MUNDO - DIRECCIÓN DE LA RED INTERNACIONAL  
nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net +33 1 44 92 14 37

**TRADUCCIÓN:** CONSUELO MANZANO

**DISEÑO GRÁFICO:** COMMEQUOI? WWW.COMME-QUOI.FR

**IMPRESIÓN:** LE RÉVÉREND WWW.LEREVEREND.COM

### AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos dar las gracias a los 23 040 pacientes que respondieron a nuestras preguntas por aceptar dedicar su esfuerzo y su tiempo para hablarnos de sus experiencias, a menudo dolorosas, a pesar de los problemas sociales y de salud con los que se veían confrontados cuando les entrevistamos.

Este trabajo ha contado con el apoyo del Ministerio de Salud (Francia), del Programa Europeo para la Integración y la Migración (EPIM), una iniciativa de colaboración de la Red de Fundaciones Europeas (NEF) y la Comisión Europea –Dirección General Salud y Seguridad Alimentaria así como la financiación de una subvención de funcionamiento del Programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020).

Los contenidos que se presentan en este documento son de la entera responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las posiciones de la NEF, del EPIM, de las fundaciones asociadas ni de la DG Salud y Seguridad Alimentaria o las opiniones de la Comisión Europea ni/o de la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Seguridad Alimentaria ni de cualquier otro órgano de la Unión Europea. La Comisión Europea y la Agencia no aceptan cualquier responsabilidad por el uso que pudiera hacerse de la información que contiene.



### AUTORES

- Pierre Chauvin y Cécile Vuillermoz - Departamento de Epidemiología Social, Instituto Pierre Louis de Epidemiología y Salud Pública (INSERM – La Sorbona, Universidades UPMC)
- Nathalie Simonnot, Frank Vanbiervliet y Marie Vicart - Red Internacional de Médicos del Mundo
- Y Anne-Laure Macherey y Valérie Brunel - Red Internacional de Médicos del Mundo

### COLABORADORES:

Este informe no habría sido posible sin la contribución de todos los coordinadores y de los equipos de voluntarios y asalariados de los diferentes programas de Médicos del Mundo y la ASEM, donde se recogieron los datos, en particular.

- Lucile Guieu, Red Internacional de MdM
- BE: Sophie Damien, Kathleen Debruyne, Stéphane Heymans, Raissa Sabindemyi y Michel Roland
- CH: Bernard Borel y Janine Derron
- DE: Suzanne Bruins, Sabine Fürst y Heinz-Jochen Zenker
- EL: Eleni Chronopoulou, Konstantina Kyriakopoulou y Christina Samartzi
- ES: José Atienza, Ramón Esteso y Begoña Santos Olmeda
- FR: Audrey Arneodo, Marielle Chappuis y Agnès Gillino
- LU: Sylvie Martin
- NL: Gerd Beckers, Koen Bollhuis y Margreet Kroesen
- SE: Johannes Mosskin, Hannes Olauson, Jina Sedighi y Louise Tillaeus
- TR: Lerzan Cane, Bass N'Diaye y Sekouba Conde
- UK: Lucy Jones

### REFERENCIA PARA LAS CITAS:

Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C: *El acceso a la atención sanitaria de las personas confrontadas con múltiples vulnerabilidades de salud*. Red Internacional de Médicos del Mundo, París, 2015.



© SARAH ALCALAY

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE QUEDARÁN SIN OTRA PERSPECTIVA QUE LOS MUROS? CALAIS – FRANCIA – 2014

ALEMANIA / ÄRZTE DER WELT → [WWW.AERZTEDERWELT.ORG](http://WWW.AERZTEDERWELT.ORG)

BÉLGICA / DOKTERS VAN DE WERELD → [WWW.DOKTERSVANDEWERELD.BE](http://WWW.DOKTERSVANDEWERELD.BE)

BÉLGICA / MÉDECINS DU MONDE → [WWW.MEDECINSDUMONDE.BE](http://WWW.MEDECINSDUMONDE.BE)

FRANCIA / MÉDECINS DU MONDE → [WWW.MEDECINSDUMONDE.ORG](http://WWW.MEDECINSDUMONDE.ORG)

ESPAÑA / MÉDICOS DEL MUNDO → [WWW.MEDICOSDELMUNDO.ORG](http://WWW.MEDICOSDELMUNDO.ORG)

GRECIA / GIATRI TOU KOSMOU → [WWW.MDMGREECE.GR](http://WWW.MDMGREECE.GR)

PAÍSES BAJOS / DOKTERS VAN DE WERELD → [WWW.DOKTERSVANDEWERELD.ORG](http://WWW.DOKTERSVANDEWERELD.ORG)

SUECIA / LÄKARE I VÄRLDEN → [WWW.LAKAREIVARLDEN.ORG](http://WWW.LAKAREIVARLDEN.ORG)

SUIZA / MÉDECINS DU MONDE → [WWW.MEDECINSDUMONDE.CH](http://WWW.MEDECINSDUMONDE.CH)

TURQUÍA / ASSOCIATION DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE AUX MIGRANTS → [WWW.ASEMISTANBUL.ORG](http://WWW.ASEMISTANBUL.ORG)

REINO UNIDO / DOCTORS OF THE WORLD → [WWW.DOCTORSOFTHEWORLD.ORG.UK](http://WWW.DOCTORSOFTHEWORLD.ORG.UK)

Todos los informes de la Red Internacional de Médicos del Mundo y otros documentos e información sobre el programa europeo pueden consultarse en: [www.mdmeuroblog.wordpress.com](http://www.mdmeuroblog.wordpress.com)

