



**Universitat de les
Illes Balears**

El acceso a la salud de los inmigrantes en situación irregular en España

NOM AUTOR: Isis Noriega Valdés

DNI AUTOR: 42253452Z

NOM TUTOR: *Dr. Andreu Bover Bover*

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Ciències de la Salut

Paraules clau: inmigración ilegal, sistema sanitario, accesibilidad a los servicios
de salud, España

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2012-2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella

Resumen

La situación que vive España con la llegada masiva de población inmigrantes en situación irregular, ha supuesto un gran reto. Esta población se encuentra socialmente menos favorecida debido a las distintas oportunidades y recursos en cuestión de salud, es lo que se conoce como desigualdades sociales de la salud.

Se realizo una búsqueda bibliográfica de la información disponible sobre acceso a la salud de la población inmigrante en situación irregular. Cabe destacar que esta población tiene muchísimas dificultades para acceder al sistema sanitario debido a su situación y a los obstáculos que se encuentran, relacionado todo eso con los cambios de legislaciones vividos en los sistemas de salud.

En España, en el último año ha dado un retroceso en cuestión de salud por el nuevo decreto sacado por el Gobierno al que no se le permite el acceso a la población inmigrante en situación irregular.

En definitiva, haremos un repaso a través de las diferentes legislaciones que existen en la Unión Europea y los obstáculos que sufre para acceder al sistema sanitario la población inmigrante en situación irregular.

Palabras Clave: inmigración ilegal, sistema sanitario, accesibilidad a los servicios de salud, España.

Abstract

The situation in Spain with a population influx of illegal immigrants has been a great challenge. This population is socially less favored because of the different opportunities and health resources, commonly known as social inequalities in health.

We performed a literature search of the available information on access to health care of immigrants in an irregular situation. Note that this population is extremely difficult to access the health system due to its location and the obstacles encountered all this related with the legislation changes experienced in health systems.

In the last years, there has been a setback in Spain in terms of health by the new decree taken by the government which not allows access to the illegal immigrant population.

In short, we will review through the various laws that exist in the European Union the obstacles suffered when accessing the healthcare system.

Keywords: illegal immigration, health systems, health services accessibility, Spain.

Introducción

La inmigración es un fenómeno que se encuentra de actualidad en nuestro país como en muchos otros. Para empezar hay que saber que la palabra inmigración viene del verbo inmigrar, según la RAE significa llegar a otro para establecerse en él, especialmente con idea de formar nuevas colonias o domiciliarse en las ya formadas (Real Academia Española, 2001, 22º ed.).

Personalmente quiero debatir sobre esta idea porque me encuentro muy sensibilizada con este tema, ya que provengo de una familia de inmigrantes cubanos. Mi familia como otras tantas familias inmigrantes salimos de nuestros países de origen en busca de un futuro mejor para nosotros y nuestras familias, porque en nuestro país no lo podíamos tener.

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

En mi caso en particular, mi padre fue el primero que se vino a España dejando a toda su familia atrás. Vino a trabajar con la esperanza de reunir el dinero necesario para poder traer a su familia. Tuvieron que pasar tres años hasta que mi padre consiguió reunir la suma de dinero necesaria para traernos mediante reagrupación familiar, en total éramos seis personas a las que tenía que traer y así lo hizo. Nunca se me va olvidar la fecha en la que llegue a España fue un 30 de mayo del 2003 a la edad de 12 años. En esa época la población autóctona aceptaba muy bien a la población extranjera, no como se encuentra ahora las relaciones entre los dos colectivos. En cuanto al trato que se nos ofreció por los diferentes ámbitos de servicios fue muy bueno por las facilidades que nos brindaban, pero hay que decir que también dependía del estatus de residencia con el que te encontrabas en el país.

Como futura profesional de enfermería me he permitido abordar esto porque creo que es un grupo de población que se encuentra en un alto riesgo de exclusión social, y que padecen como otros tantos grupos de desigualdades en salud. Durante las prácticas he podido ver a una gran mayoría de población inmigrante, por esto me asaltan las dudas con la nueva Ley de Sanidad; ¿Qué va a pasar con esas personas que no tendrán derecho a la salud?

En los últimos años España se ha enfrentado a un fenómeno de recepción masiva de población inmigrante, legal o ilegal, lo que obliga a afrontar una serie de nuevas cuestiones que afectan a todos los sectores públicos y especialmente al sanitario.

En el proceso de inmigración se deben distinguir entre dos grupos principales, aquellos inmigrantes con residencia legal, sea permanente o temporal y, por tanto, en mejor situación económica y social, frente aquellos que entran en el país de forma ilegal, o que permanecen en el país de acogida ilegalmente tras haber expirado su periodo permitido de estancia.

Hay que decir, el proceso de inmigración que hemos tratado anteriormente es totalmente diferente para los llamados “ilegales”, ya que la estancia y la entrada al país se lleva a cabo muchas veces poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ellos como de sus familias (Zarza Gonzalez & Sobrino Prados, 2007).

Según la revisión del padrón del 2008 (INE), en España residen 46.15.822 personas, de las cuales 6.044.528, es decir el 13.10% es extranjera. El peso de la población latinoamericana es significativo 2.298.787, que supone un 38.03% de la población extranjera residente en España (García Ballesteros, Jiménez Basco & Redondo González, 2009). Se calcula que en España viven clandestinamente alrededor de 300.000 personas, según la Organización Internacional de Inmigración (OII) del 2003 (Zarza Gonzalez & Sobrino Prados, 2007).

El incremento de la inmigración tiene relación tanto con los lazos históricos y sociales, como también con las favorables condiciones para la obtención de la nacionalidad española y el permiso de residencia. Hay que decir que esta llegada masiva de nueva población ha supuesto un importante reto social, no sólo por su elevado número sino por su heterogeneidad, patrones socio-demográficos y culturales (García Ballesteros, Jiménez Basco & Redondo González, 2009).

En nuestro Estado existe un modelo sanitario público universal que se rige bajo los principios de calidad, equidad, y solidaridad; comprometido con los derechos básicos de las personas y de los pueblos. En cuanto a los inmigrantes cuando se encuentran en el Estado español tienen una Ley sobre los derechos, sobre las libertades y su integración social (Ley de Extranjería). En el artículo 12 de esta norma dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, estipula que: “Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles” (Jansà & García de Olalla, 2004).

El 20 de abril del 2012, se modifica la Ley de Sanidad mediante el Real Decreto-Ley 16/2012 para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Además, para mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, mediante el cual se deja de ofrecer atención sanitaria con carácter universal y gratuito en España a los inmigrantes no regularizados (Del Estado, 2012).

Hay que tener en cuenta que esta exclusión sanitaria representa una grave e inaceptable involución política en materia de derechos humanos, al restringir gravemente el derecho a la protección de la salud y la asistencia médica de las personas afectadas, poniendo también en peligro su derecho a la vida y despreciando su dignidad humana. Asimismo, supondrá un factor de inseguridad y exclusión social para estos colectivos, lo que se añade a la creciente precariedad que sufren ya.

La pregunta que nos hacemos ahora es: ¿Cuáles son las dificultades de acceso que sufren los inmigrantes ilegales?

Para mejorar mi práctica enfermera con respecto a este tema mis objetivos serán: analizar si la situación irregular impacta en el acceso a la salud de la población inmigrante; analizar las diferentes legislaciones y los obstáculos tanto jurídicos como prácticos, existentes en la Unión Europea con relación al acceso a la asistencia sanitaria para los inmigrantes en situación irregular; y por último conocer las posibles consecuencias sobre la salud de los inmigrantes en situación irregular, en la negación al acceso a la salud.

Objetivos

- Analizar si la situación irregular impacta en el acceso a la salud de la población inmigrante.
- Analizar las diferentes legislaciones y los obstáculos tanto jurídicos como prácticos, existentes en la Unión Europea con relación al acceso a la asistencia sanitaria para los inmigrantes en situación irregular.
- Conocer las posibles consecuencias sobre la salud de los inmigrantes en situación irregular, en la negación al acceso a la salud.

Estrategia de búsqueda bibliográfica y resultados

Para realizar mi método de búsqueda lo primero es saber la pregunta de investigación que es la siguiente “¿Cómo la situación irregular impacta en el acceso a la salud de la población inmigrante en España?”. Después, tener claro los objetivos ya mencionados anteriormente y las palabras claves que van estar muy presentes en el trabajo que son: inmigración ilegal, sistema sanitario, accesibilidad a los servicios de salud, España. A partir de los objetivos propuestos, se diseñó una estrategia de búsqueda bibliográfica para realizar un análisis más exhaustivo de la información.

Ésta consistió en determinar las palabras claves, traducirlas a lenguaje documental mediante el DeCS, seleccionar las bases de datos de Ciencias de la Salud, seleccionar los artículos y realizar una lectura crítica de la bibliografía científica encontrada para, posteriormente, realizar un comentario crítico mediante la síntesis de uno de los artículos en la revisión bibliográfica.

Seguimos adelante con el siguiente paso que sería la asignación de los descriptores y los operadores booleanos. Los descriptores para este trabajo serían: inmigración ilegal/illegal immigration (raíz), accesibilidad a los servicios de salud/health services accesibility (secundario), y España/ Spain (marginal). Con los descriptores asignados podemos seguir con los operadores booleanos para la búsqueda que quedarían de estas dos formas: illegal immigration and health services accesibility ó illegal immigration and (health service accesibility or Spain).

Las áreas de conocimiento que intentaré abordar con mi trabajo serán las de ciencias de la salud, enfermería, social, político y económico. Para encontrar los artículos que se ajusten a mi trabajo utilizare un metabuscador que será EBSCOhost; segundo buscaré en bases de datos como Pubmed, Ibecs, IME, Cuiden; y por último haré una revisión bibliográfica en Cochrane.

Los motivos por los cuales se seleccionaron los diferentes Metabuscadores, Bases de Datos Específicas y de Revisión para realizar la búsqueda son: EBSCOhost, es una base de datos a nivel internacional que recoge las principales publicaciones en Enfermería y Ciencias de la; Pubmed, porque es una base de datos a nivel internacional que recoge las principales publicaciones en el campo de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas; IME, ya que recogen las publicaciones nacionales en los diferentes campos de biomedicina y ciencias de la salud; Cuiden, recoge publicaciones en el campo de la Enfermería

española y latinoamericana y, por último, Cochrane Library Plus, que proporciona acceso a un conjunto de bases de datos sobre Medicina Basada en la Evidencia a nivel internacional y contiene la traducción al español de revisiones sistemáticas completas y otros documentos relevantes.

Para acotar más la búsqueda tendré los siguientes criterios de inclusión los artículos no tendrán más de 10 años, estarán en texto completo y utilizaré tanto el castellano como el inglés en los descriptores.

Tras realizar la búsqueda, y a partir de los resultados obtenidos, se encontraron un total de 45 artículos de los cuales fueron seleccionados 30.

Discusión

La llegada de personas procedentes de otros países en busca de una vida mejor, está poniendo sobre la mesa cuestiones que no se habían planteado con anterioridad, aunque eran previsibles.

Las situación de las personas inmigrantes que viven en Europa sin permiso de residencia es todavía bastante desconocida. Mediante testimonios sabemos que tienen muchísimas dificultades para conseguir que se les respete su derecho al acceso a los servicios, en especial a la sanidad. Se encuentran con numerosos, y con frecuencia, considerables, obstáculos que le dificultan el disfrute de un buen estado de salud.

Un importante punto de referencia en materia de acceso a la atención a la salud es el proporcionado por las normas descritas en el marco de los derechos humanos. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud. Otros tratados vinculantes físicos y mentales que incorporan el derecho a la salud, que incluye la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD), la Constitución de la OMS, la Declaración de Alma-Ata, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud y de la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un globalizado mundo (Cuadra, 2012).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que supervisa e interpreta, recomienda que los Estados tienen “la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluyendo [...] los solicitantes de asilo y los inmigrantes ilegales, a los preventivos, curativos y paliativos servicios de salud; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como una política de Estado, [...]” (Cuadra, 2012).

Con el fin de discutir los derechos de los migrantes indocumentados, la noción de “derecho” debe aclararse mejor. El derecho a la salud, tal como se entiende en este artículo, implica una noción de accesibilidad de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones sobre la aplicación de ICESCR. Esta comisión propone que el derecho a la salud conlleva la posibilidad de recibir la atención que está disponible, accesible, aceptable y de buena calidad. La accesibilidad se subdivide en cuatro dimensiones: la no discriminación, accesibilidad

física, accesibilidad económica y la información de accesibilidad. “Accesibilidad” se entiende, entonces, como un elemento esencial del “derecho” (Cuadra, 2012).

El Sistema Sanitario Europeo está intentando equilibrar las consideraciones relativas a los costos y la salud pública de manera que se rijan por las normas de los derechos humanos. La única garantía que se pudo conseguir mediante el Consejo de Europa fue el acceso de la salud por parte de los inmigrantes ilegales y esto es vinculantes a todos los estados miembros de la UE, sigue siendo el estado de obligación de proporcionar atención médica de emergencia derivada del derecho a la vida y la prohibición de la inhumanidad (European & Agency, 2011).

La última vez que se abordó este tema fue en marzo del 2011 en el Parlamento Europeo, donde salió el derecho fundamental a la salud de inmigrantes en situación irregular. En la resolución sobre las desigualdades en salud, se llega a reconocer que la asistencia sanitaria no puede estar garantizada, ya sea tanto por la parte práctica como por la parte legislativa para los inmigrantes indocumentados. Se le pidió a los estados miembros de la UE que se unieran para evaluar la factibilidad de apoyar la salud para dicho colectivo, proporcionando una definición basada en principios comunes para la base de elementos en salud que se mencionan es la legislación nacional (European & Agency, 2011).

En la Unión Europea existen diferentes requisitos para acceder a los servicios de salud pública, dependiendo del tipo de sistema de salud, como por ejemplo la ciudadanía, residencia o pertenencia a un seguro.

En términos generales, cinco de los estados que operan con seguro de salud basado en sistemas (Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Polonia), cuatro tienen sistema de salud a través de impuestos (Irlanda, Italia, España, Suecia), y por último Grecia que opera con un sistema de salud mitad seguro y la otra mitad impuestos (European & Agency, 2011).

Para poder ver más fácilmente como afecta el acceso a los servicios la situación irregular debemos saber distinguir tres grados de accesibilidad. El primero es el que se basa en la atención de emergencia que incluye medidas de salvamento, así como el tratamiento médico necesario para evitar daños graves a una persona. En segundo nos encontramos con la atención primaria que incluye tratamientos esenciales de enfermedades menores relativamente comunes previstas en forma ambulatoria o comunitaria. Y por último, la atención secundaria comprende un tratamiento y una

atención médica proporcionada por los médicos especialistas (European & Agency, 2011).

Mediante un estudio realizado por el Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo podemos conocer las diferencias que existen en Europa en cuanto al acceso a los servicios de salud de la población inmigrante sin permiso de residencia se refiere. Al ser muchos los países de la UE me centrare en tres de ellos, los escogidos son Alemania, Grecia y España porque cada país tiene unas legislaciones diferentes en cuanto al acceso de los inmigrantes irregulares se refiere (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

En Alemania el sistema de salud se rige mediante la seguridad social que es obligatoria para todos, este sistema parte desde un principio de subsidiariedad y de solidaridad. Las contribuciones se basan en los ingresos. En cuanto llegamos a las personas extranjeras en situación irregular tienen derecho a las prestaciones sanitarias en igualdad de condiciones que las personas autóctonas cuando hayan pasado un total de 48 meses en territorio alemán. Durante ese periodo solo tienen derecho a la atención de urgencias, embarazo, pruebas médicas preventivas. No obstante, los miembros de las administraciones públicas, incluidos los del servicio de ayuda social tienen obligación de denunciar a los servicios de inmigración a toda persona en situación irregular conocida en el marco de su trabajo. Por esto, las personas sin permiso de residencia renuncian a ir o a llevar a sus hijos a que les atiendan por miedo a la denuncia y a la expulsión (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

En cuanto a Grecia se refiere las personas están cubiertas mediante un seguro médico obligatorio. El acceso para las personas en situación irregular solo se puede dar en casos de urgencia y hasta que se establezca su estado. Desde el 2001, una ley prohíbe a las instituciones públicas ayudar a las personas que no puedan demostrar que tengan un permiso de residencia en Grecia. Aunque esto no se aplica a los hospitales ni a las clínicas cuando se trata de menores o personas en situación irregular que necesitan ser hospitalizadas (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

En España nos regíamos por el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 que reconoce “el derecho a la protección de la salud” y el preámbulo de la Ley General de Sanidad de 1986 lo completa: “Todos los ciudadanos españoles, así como los ciudadanos extranjeros que tengan residencia en el país tienen derecho a la protección de su salud y al acceso a la atención sanitaria”. Por esta razón, los inmigrantes en situación irregular gozaban del libre acceso a todos los servicios prestados por el

Sistema Nacional de Salud (SNS) en las mismas condiciones que los nacionales. Lo único que tenían que tener era la tarjeta sanitaria individual, esto significa que tenían que estar registrados en el padrón de su municipio (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009). En 2012 la situación cambia totalmente debido al Real Decreto Ley 16/2012 en el que se expone que los inmigrantes irregulares no tendrán acceso a la salud, la única excepción será en situaciones de emergencias podrán ser atendidos. Esto es debido a medidas urgente para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Del Estado, 2012).

Después de conocer los diferentes tipos de legislación existentes en la EU hay que saber que la población inmigrante sufre dificultades para acceder al sistema. Las personas inmigrantes tienen muchas dificultades de acceso al sistema sanitario por diferentes razones: porque la situación administrativa les impide tener un acceso normalizado al sistema sanitario; porque desconocen los trámites administrativos necesarios para el acceso; porque ignoran que existen algunos servicios sanitarios; porque le faltan los recursos económicos necesarios para acceder a otros; por incompatibilidad horaria por extensas jornadas laborales; o bien porque tienen dificultades de comunicación con el personal del sistema sanitario, ya sea por problemas de idioma o por cuestiones culturales (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009)

Como se puede ver, la población sin permiso de residencia no solo se encuentra con obstáculos de tipo legislativos sino con muchos otros. En este sentido, la información es una cuestión esencial. Sin embargo, desgraciadamente, la información a menudo es errónea y contradictoria o no se adapta a la situación específica, ya venga de familiares o incluso de instituciones públicas o de asociaciones.

La negación de la atención sanitaria, los obstáculos administrativos y la mala información provoca retraso o la renuncia a acudir a los servicios sanitarios. La sensación de discriminación o de que sólo se les atiende “por defecto” afecta a su confianza en el sistema sanitario en general, hasta el punto de que algunos cuestionan el diagnóstico médico o dudan de las prescripciones. Incluso en aquellos países en los que se prevé el acceso a la sanidad para todos y todas, las interpretaciones y complejidades administrativas, la negación de la atención sanitaria, el miedo a la denuncia y el desconocimiento de las posibilidades legales de acceso a la sanidad limitan considerablemente el acceso a la sanidad en el sistema sanitario público (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Algunas personas, tras una fase de desorientación, consiguen entender el sistema sanitario y ejercen el derecho a la atención sanitaria, juntos a sus hijos e hijas. Al disfrutar de una cobertura médica para ellos e hijos y conocer el sistema sanitario, ganan en autonomía frente al sistema sanitario, ya que pueden ver la situación con mayor perspectiva y elegir el centro al que desean acudir en función de la situación (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Con un estudio realizado por el Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo se sabe que casi el 70% de la población que participo en la encuesta ha tenido algún obstáculo para acceder a la atención sanitaria, dicha frecuencia está reflejada en la gráfica 1 del anexo. En orden decreciente nos encontramos con:

- Problemas administrativos en el 74% de los casos. Se encuentran representados los porcentajes en el gráfico 2 del anexo, la incidencia de dicho problema en los países EU.
- Desconocimiento del sistema y de sus mecanismos. En la gráfica 3 del anexo, se representa el porcentaje de dicho problema en los países de la EU.
- Problemas lingüísticos.

Además, nos encontramos con problemas más subjetivos pero no por ello menos importantes. El 16% tiene miedo a que les denuncien o le detengan, el 8% el rechazo de ayuda por parte de los servicios sociales o de los profesionales sanitarios, e incluso el 6% tiene miedo a la discriminación. De la población de la encuesta solo el 60% había superado las barreras y había obtenido la cobertura sanitaria (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

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

Después de analizar los datos de este estudio hay que decir que puede ser muy probable que muchas personas que se encontraban en situación irregular no acudieran a consultas de los servicios sanitarios sobre todo del sistema público, por tener miedo a la negación de dicho servicio. Con esto se puede ver que las personas tienen una interiorización de discriminación muy importante y que le afecta considerablemente.

Estas restricciones sobre el acceso de los inmigrantes indocumentados a todos los servicios de salud financiados con fondos públicos, pueden ser una amenaza para la salud de la comunidad en general (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Estas medidas tendrán unas consecuencias importantes sobre la salud de la población, generando problemas en la salud pública:

- La falta de atención sanitaria en patologías crónicas en una primera instancia, provocará complicaciones que requerirán la utilización de la vía de urgencias hospitalarias, incrementando la presión asistencial. Se generará un incremento de ingresos hospitalarios con un mayor coste a largo plazo.
- Perjudica a los propósitos generales de salud pública. El acceso a la atención primaria y a los programas de prevención reduce la morbilidad y, para ciertas patologías, la prevención y el diagnóstico temprano son más eficientes y tienen menos coste que los tratamientos curativos. Sienta las bases para la pérdida de control de las enfermedades transmisibles y epidemias. Esta medida, además, fomenta el incumplimiento terapéutico en las patologías crónicas en general y en la enfermedad mental grave en particular, lo que a su vez genera más recaídas y un mayor coste a largo plazo.
- Un gran sector de la población como personas jubiladas, pensionistas, con enfermedades crónicas y especialmente con problemas de salud mental quedará excluida de la atención o deberá realizar colapsos, lo que aumentará el sufrimiento personal, familiar y el de su entorno más próximo.

En vista de todos los problemas que sufren los inmigrantes ilegales debido al difícil acceso a la salud en algunas regiones lleva a la población inmigrante a enfrentar altos riesgos para superar dicha exclusión. En Bruselas, una mujer sin permiso de residencia utilizaba la tarjeta de su amiga para acudir al médico. Un día tuvo un accidente muy grave y le encontraron dicha tarjeta, como consecuencia recibió una transfusión de sangre que no coincidía con su grupo sanguíneo. La mujer murió horas más tarde (European & Agency, 2011).

La situación en muchos países no es estática, un ejemplo de ello es lo que está sucediendo en estos momentos en España. Como se han dicho anteriormente las personas en situación irregular anteriormente a lo que sucede ahora tenían el derecho al

acceso al Sistema Nacional de Salud como una persona autóctona. Esta situación ha cambiado radical mente, debido a un cambio sufrido en la legislación del sistema sanitario en el 2012 que vulnera todos los convenios, tratados del Estado Español.

Anulando dicho derecho a la asistencia por el llamado turismo sanitario, no más que otra forma de estigmatizar aún más dicho colectivo. El turismo sanitario nada tiene que ver con el de brindar el acceso a los servicios de salud a las personas que viven en el territorio español.

Estas medidas contradicen todos los principios éticos de las profesiones sanitarias cuya vocación y obligación por preservar la vida, prestar auxilio y minimizar el sufrimiento está recogida en los códigos deontológicos y diversas declaraciones mundialmente reconocidas desde el Juramento Hipocrático hasta la actualidad.

Esta nueva realidad puede generar un conflicto ético entra la conciencia de las enfermeras y enfermeros que trabaja en el sistema, ya que existe una colisión entre el Código de Ética y Deontología y la reglamentación que como empleados públicos deben cumplir. Esta situación de conflictividad que se encuentran, los profesionales establecen una relación de confianza con el paciente basada en el compromiso de prestarle los cuidados que necesite estando obligados a no abandonarlos; por lo tanto, dejar de atender a un inmigrante no regularizado que está enfermo con un proceso crónico podría considerarse como abandono del paciente, yendo en contra de la deontología de la profesión enfermera (Duguet & Beviere, 2011).

La enfermería tiene un mandato claro para garantizar el acceso a la salud y a la atención de salud, mediante la atención de empoderamiento sensibles a los que sufren injusticias. Como enfermeras estamos dedicadas a trabajar para cambiar las condiciones sociales subyacentes que producen y perpetúan la inequidades en salud. Además, ayudar en mayor medida a las personas y a sus familiares para paliar los efectos de las desigualdades, y sin duda debemos seguir haciéndolo (Reutter & Kushner, 2010).

Después, de analizar todo el tema en cuestión es posible implementar o desarrollar otras medidas para mejorar la calidad y la eficacia del sistema, garantizando su sostenibilidad: aplicar medidas para reclamar el pago a terceros según lo establecido en anteriores normativas, aplicación de los recuerdos comunitarios para el reembolso, reducir el gasto hospitalario, racionalizar el empleo de fármacos, introducir la economía de escala en la adquisición de material sanitario y aumentar las medias de promoción de la salud (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2010).

En España, están sucediendo cosas que se preveían que iban a suceder después de la nueva Ley de Sanidad. En la Comunidad Autónoma de las Illes Balears se ha producido una consecuencia a dicha ley; que fue la negación a la atención sanitaria en un primer momento al joven senegalés que tenía tuberculosis por no disponer de la tarjeta sanitaria, que luego atendieron “por la puerta de atrás”. Pero nada pudieron hacer ya que el joven murió. Después, de este hecho se han vuelto a abrir el debate en cuanto a denegar la atención sanitaria a la población indocumentada que acuda al sistema sanitario.

En estos momentos Alfredo Pérez Rubalcaba, secretario general del PSOE ha pedido al Gobierno que derogue el decreto de reforma sanitaria para evitar casos como el del joven senegalés “sin papeles” que falleció en Mallorca.

También, la comisión de Derechos Humanos de la entidad colegial y las ONG Médicos del Mundo, Prosocial y Xarxa-EAPN han propuesto que se realice una creación de “una tarjeta sanitaria solidaria” que garantice la cobertura para aquellos ciudadanos extranjeros sin permiso de residencia a los que se le retiró por orden gubernamental (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

En definitiva, sean o no las medidas que limitan el acceso son finalmente promulgadas como ley, es posible que el debate acerca de los derechos de los inmigrantes a recibir atención financiada por fondos públicos promueva a la población hasta a un ambiente más hostil. Los políticos deben ser advertidos de los efectos que se están sucediendo con estas medidas y los que van a suceder a largo plazo debido a la dura restricción del uso de servicios de salud a la población más vulnerables, que son los inmigrantes en situación irregular (Berk, Schur, Chavez & Frankel, 2000).

Conclusiones

Los inmigrantes en situación irregular son una población que padece desigualdades sociales. Además, son vulnerables a aspectos relacionados con la discriminación, estigmatización, y la xenofobia que interactúan directamente con dichas desigualdades.

Por esta razón, necesitamos de una disposición que ofrezca una atención eficiente y de calidad a toda la población, incluidos los inmigrantes. El sistema de salud necesita una reorientación de la atención mediante un modelo que responda a las experiencias, expectativas y necesidades de salud de una sociedad muy diversa (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2010).

Es evidente que la asistencia a este tipo de población es un tema polémico, tanto en la salud y en la política de inmigración. Aunque la atención de la salud es considerada por muchos como un derecho humano fundamental, esta visión comienza a vacilar con la inmigración, en particular en relación con los inmigrantes ilegales.

Los problemas específicos de salud que experimentan los inmigrantes, tanto en todo el proceso de migración, así como en el país de destino, ilustran por qué la inmigración sí debe ser considerada como un determinante social de la salud. La gestión de la salud de los migrantes va más allá de la gestión tradicional de las enfermedades entre las poblaciones móviles y es intrínsecamente vinculada con los determinantes más amplios de la salud y la distribución desigual de servicios sociales y de salud. Es por esta razón por la que los agentes multidisciplinares y multisectoriales deben trabajar en sociedad para evitar la exclusión social y mejorar la salud de todas las personas, incluyendo los inmigrantes (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

Por esto, la salud de los inmigrantes la debemos gestionar con una mayor eficacia para poder obtener un mejor bienestar para todos, abordando tanto las necesidades de los particulares y de las comunidades de acogida.

Nos encontramos ante la ocasión extraordinaria para crear mejores oportunidades en salud y mejorar los sistemas de atención a la salud para todas las personas de la Unión Europea. Una de las principales prioridades de cualquier problema de salud es el de garantizar una atención a las personas, con independencia de su país de origen o nacionalidad, y bajo igualdad de condiciones, teniendo acceso a servicios de salud, como se establece en los derechos fundamentales (Hernández-Quevedo & Jiménez-Rubio, 2009).

En cuanto a España, como en muchos otros países con una larga tradición como son los países de la EU, indica que hay variaciones considerables en los niveles de salud y el acceso a los recursos de atención de salud entre las poblaciones extranjeras y residentes.

A pesar de estas limitaciones, en la literatura sobre inmigración y salud, en España la atención de la salud tiene un importante papel que desempeñar en la diseño de los servicios de salud más efectivos para los inmigrantes.

Antes de aprobar la nueva Ley de Sanidad, España era uno de los países referentes en materia de acceso y atención a la salud de los inmigrantes. Un ejemplo de ello, fue la implantación de varias medidas para mejorar el acceso a servicios de atención de la salud, tales como el suministro de los defensores de los pacientes en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid y varios hospitales de Valencia, así como la traducción de la salud información relacionada a los diferentes idiomas en Andalucía, estas son iniciativas a nivel local que no están todavía disponibles en toda España. Algunas de las políticas que podría promover la integración de los extranjeros en el sistema sanitario español deberían ser : la institucionalización de los pacientes defensores de los inmigrantes en materia de salud en los centros, la promoción de programas de capacitación en la prestación de la cultura del cuidado de la salud sensibles a los profesionales de la salud, la reducción de la administración barreras requeridas para tener derecho a la salud, la mejora de la información para grupos minoritarios sobre el acceso a la salud servicios, así como el diseño específico de las encuestas de salud para los inmigrantes.

Aunque ya esto nada tiene que ver con lo que estaba sucediendo en España con las personas en situación irregular, ahora se les está negando el acceso y la atención en salud. Con estas medidas, se están viviendo muchos problemas de salud con respecto a esta población. Por esta razón, diversos estudios sugieren que las políticas de salud deben centrarse ampliarse para asegurar un mejor acceso de los inmigrantes mediante la reducción de barreras legales, culturales y administrativas. Profundizar en la comprensión de estas barreras ayudaría a orientar mejor los recursos a las necesidades de la población, asegurando unas políticas de salud mucho más eficaces (Karl-Trummer, Novak-Zezula & Metzler, 2010).

Con este trabajo, sacamos a luz la realidad, tantas veces oculta, de las personas en situación irregular. Como hemos visto a lo largo de esta revisión bibliográfica, las

condiciones y los obstáculos que se encuentran las personas sin permiso de residencia para acceder a la sanidad son nefastos y atentan contra los derechos humanos y la deontología médica.

Esperamos que, en todos los estados de la Unión Europea, se mejore el acceso a la prevención y a la atención sanitaria sea igual para todos, tanto para las personas en situación irregular como para los demás, sin discriminación alguna por la situación.

En definitiva, los países de Europa Occidental tienen como unas de sus principales metas en cuestión de políticas la de igualar la atención sanitaria. Esto implica poner en marcha o reforzar los dispositivos de cobertura sanitaria y de acceso a la sanidad para las personas que viven en situación de precariedad, incluidos los inmigrantes en situación irregular (Chauvin, Parizot & Simonnot, 2009).

En la reducción de las inequidades en salud se ofrecen nuevas oportunidades y desafíos para la profesión de enfermería. La lucha contra las desigualdades en salud se encuentra claramente dentro del mandato de enfermería, sin embargo, está subutilizada este papel dentro del ámbito de la práctica de la enfermera.

Los obstáculos y las limitaciones sociales dentro de nuestra profesión presentan retos importantes. La clave para abordar este fenómeno y mejorar la práctica enfermera, es la educación e investigación. Por tanto, es necesario que se amplíen los conocimientos en este ámbito que incorporen el análisis de políticas y la defensa de las mejoras en la práctica, que ayuden a la profesión enfermera a poder proporcionar una atención integrada a este grupo vulnerable.

Nuestra aportación como enfermeros podría ser realizar estudios como este, en los que se ponga de manifiesto la importancia de la repercusión que tiene la salud de los inmigrantes en nuestro SNS.

Con todas estas soluciones, podremos construir un acceso justo a la sanidad y al sistema sanitario a la población inmigrante en situación irregular.

Bibliografía

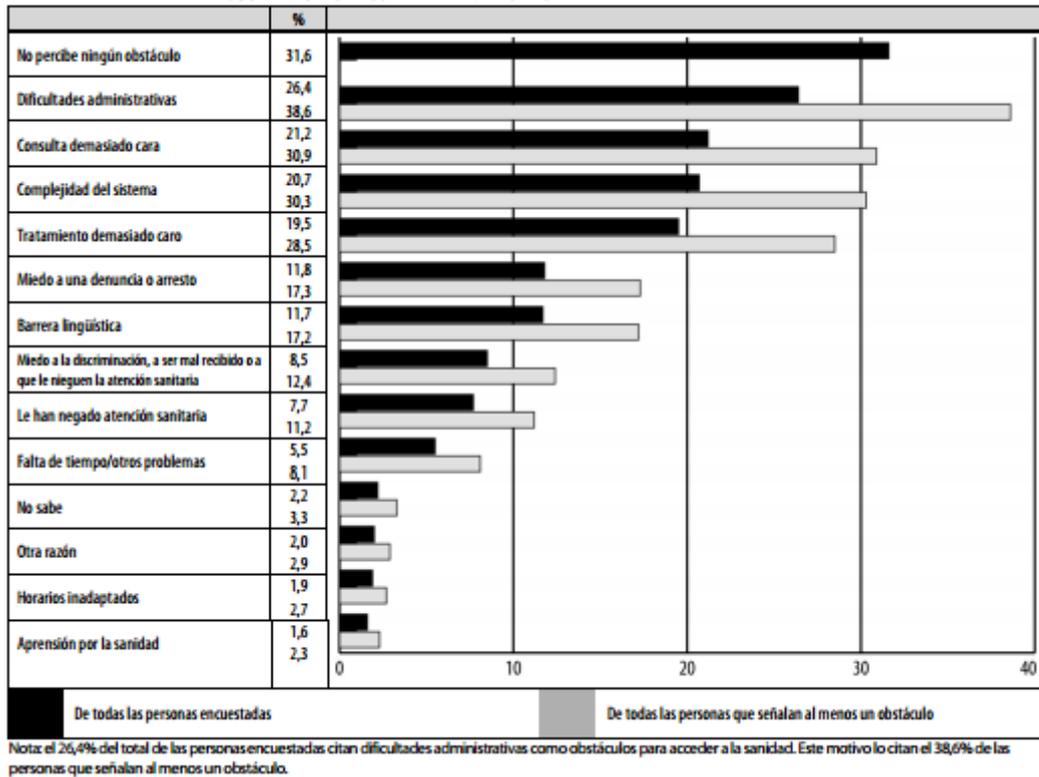
1. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (22nd ed.). Madrid, Spain: Author
2. Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
3. Zarza González, M. J., & Sobrino Prados, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23(1), 72-84.
4. García Ballesteros, A., Jiménez Basco, B., & Redondo González, Á. (2009). La inmigración latinoamericana en España en el siglo XXI. *Investigaciones geográficas*, (70), 55-70.
5. Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207-213.
6. Oliva, J., & Pérez, G. (2009). Inmigración y salud. *Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 23(1), 1-3.
7. Combelles, O. V., & García-Algar, O. (2004). Inmigración y salud. *An Pediatr (Barc)*, 60(1), 1-2.
8. Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Médicos del Mundo.
9. Stronks, K., Ravelli, A. C., & Reijneveld, S. A. (2001). Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?. *Journal of epidemiology and community health*, 55(10), 701-707.
10. Hernández-Quevedo, C., & Jiménez-Rubio, D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Social science & medicine (1982)*, 69(3), 370.
11. Sanz, B., Regidor, E., Galindo, S., Pascual, C., Lostao, L., Díaz, J. M., & Sánchez, E. (2011). Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *International journal of public health*, 56(5), 567-576.
12. Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Barrera, V. H., de Andrés, A. L., & Miguel, Á. G. (2009). Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. *BMC Public Health*, 9(1), 201.

13. Rué, M., Cabré, X., Soler-González, J., Bosch, A., Almirall, M., & Serna, M. C. (2008). Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): A cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 81.
14. Berk, M. L., Schur, C. L., Chavez, L. R., & Frankel, M. (2000). Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health Affairs*, 19(4), 51-64.
15. Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., Ronda-Pérez, E., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A. M., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*, 68(10), 1866-1874.
16. Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E., & Díaz Olalla, J. M. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta sanitaria*, 23, 4-11.
17. Kullgren, J. T. (2003). Restrictions on undocumented immigrants' access to health services: the public health implications of welfare reform. *Journal of Information*, 93(10).
18. Reutter, L., & Kushner, K. E. (2010). 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nursing inquiry*, 17(3), 269-280.
19. Miklavcic, A. (2011). Canada's Non-status Immigrants: Negotiating Access to Health Care and Citizenship. *Medical anthropology*, 30(5), 496-517.
20. Marshall, K. J., Urrutia-Rojas, X., Mas, F. S., & Coggin, C. (2005). Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latino women. *Health Care for Women International*, 26(10), 916-936.
21. Berk, M. L., & Schur, C. L. (2001). The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *Journal of Immigrant Health*, 3(3), 151-156.
22. Duguet, A. M., & Beviere, B. (2011). Access to Health Care for Illegal Immigrants: A Specific Organisation in France. *European Journal of Health Law*, 18(1), 27-35.
23. Cuadra, C. B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, 22(2), 267-271.
24. Raijman, R., Schammah-Gesser, S., & Kemp, A. (2003). International migration, domestic work, and care work: Undocumented Latina migrants in Israel. *Gender and Society*, 727-749.
25. Bustamante, A. V., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S. P., Rizzo, J. A., & Ortega, A. N. (2012). Variations in healthcare access and utilization

- among Mexican immigrants: the role of documentation status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), 146-155.
26. McKay, S., Markova, E., Paraskevopoulou, A., & Wright, T. (2009). The relationship between migration status and employment outcomes. *Final report, Undocumented Worker Transitions EU Sixth Framework Programme*.
 27. Porthé, V., Benavides, F. G., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A. M., Ahonen, E., & Benach, J. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, 107-114.
 28. Del Estado, J. (2012). Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de las prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 98.
 29. Karl-Trummer, U., Novak-Zezula, S., & Metzler, B. (2010). Access to health care for undocumented migrants in the EU. *Eurohealth*, 16(1), 13.
 30. European, F. R. A., & Agency, U. (2011). *Migrants in an irregular situation : access to healthcare in 10 European Union Member States*. doi:10.2811/32432

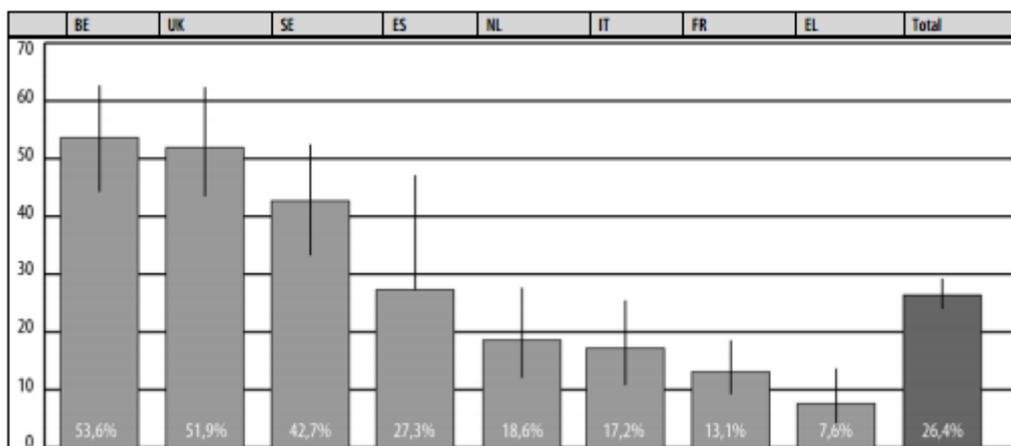
Anexos

Gráfico 1. Frecuencia de los obstáculos de acceso a la atención sanitaria.



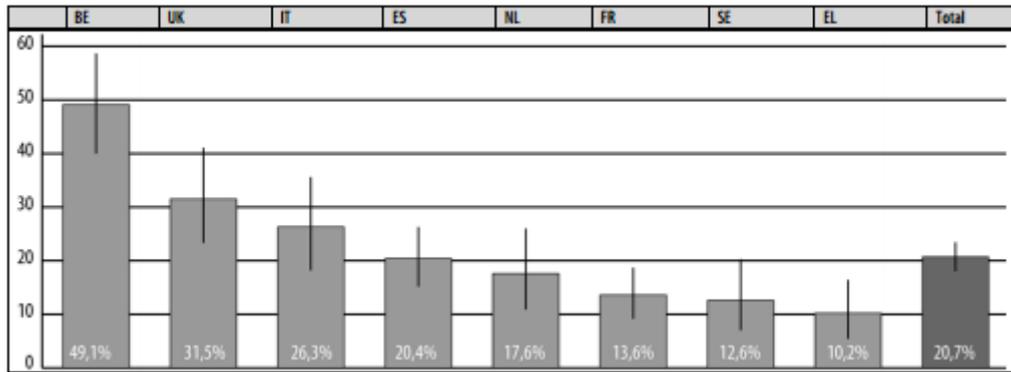
Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Médicos del Mundo.

Gráfico 2. Porcentaje de personas encuestadas que mencionan las dificultades administrativas como un obstáculo para acceder a la sanidad.



Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Médicos del Mundo.

Gráfico 3. Porcentaje de personas encuestadas que mencionan la complejidad del sistema como obstáculo para acceder a la sanidad.



Chauvin, P., Parizot, I., & Simonnot, N. (2009). *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Médicos del Mundo.