

18 diciembre_ Día Internacional de la población migrante

“No podemos hablar de una atención universal en la sanidad pública vasca al estar excluida parte de la población inmigrante”

En vísperas del 18 de diciembre, declarado por las Naciones Unidas como el Día Internacional de la población migrante, entrevistamos a Carmen López, médica y miembro del Foro Vasco por la Salud, acerca del acceso de la población inmigrante a la sanidad pública vasca. Carmen tiene contacto directo diario con personas migrantes a través del Centro de Atención Sanitaria para Personas Inmigrantes (CASSIN) que Munduko Medikiak, organización de la que es vocal del área de inclusión, tiene en Bilbao.

-¿Cómo ha afectado el Real Decreto Ley (RDL) de 2012 a la atención sanitaria pública de la población inmigrante en Euskadi?

Antes de nada, hay que recordar que el **RDL 16/2012** supone mucho más que la retirada de tarjetas sanitarias a inmigrantes en situación irregular. En realidad **ha supuesto un cambio en el modelo sanitario**, ya que el derecho a la asistencia sanitaria ha dejado de ser universal y ligado a la ciudadanía, para convertirse en un derecho vinculado de alguna manera al mercado laboral, al reconocer el acceso solo a las personas que puedan acreditar la condición de aseguradas (trabajadoras por cuenta ajena o propia, afiliadas a la Seguridad Social, pensionistas, perceptoras de prestación y subsidio por desempleo) o beneficiarias.

-Lo que no cambia es la forma en la que se financia...

No, no se ha cambiado el modelo de financiación de la sanidad, que sigue haciéndose a través de los impuestos que paga toda la población; también la inmigrante en situación irregular cuando compra una barra de pan o cualquier otra cosa, por ejemplo. Por esto se trata de un paso atrás tan grave en nuestro sistema sanitario, porque **esta ley afecta no solo a personas inmigrantes en situación irregular**, sino también a un número no desdeñable de personas autóctonas: mayores de 26 años sin seis meses de cotización, personas con nacionalidad española que residan más de tres meses en el extranjero (sin contribuir a la Seguridad Social) y, por supuesto, a aquellas que, aunque trabajen, no estén aseguradas.

-Gobierno Vasco no asumió dicho decreto, pero tampoco podemos hablar de que en Euskadi exista a día de hoy una atención universal para el conjunto de la población, ¿no?

En junio de 2012 en Euskadi se promulgó el Decreto 114/2012, con la intención de regular el acceso sanitario a los servicios del Sistema Vasco de Salud a aquellas

personas que quedaban excluidas por no tener la condición de aseguradas ni beneficiarias. En este decreto se especificaba el acceso al sistema sanitario de inmigrantes en situación irregular, que debían cumplir tres **requisitos**: el empadronamiento ininterrumpido en el País Vasco durante un año como mínimo; la percepción de la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) o tener ingresos inferiores a la misma, y carecer del acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otra vía. Si no se cumplen estas condiciones solo se atiende dentro de la sanidad pública a mujeres durante el embarazo, parto y postparto, menores de 18 años y casos de urgencia; aunque también las enfermedades infecto-contagiosas y de riesgo para la salud pública pueden ser atendidas en función de la Instrucción Comarcal de 12 de septiembre de 2013. En los casos de enfermedades crónicas graves y problemas de salud mental se deja una vía abierta, mediante la asignación de médico de cabecera 'preferente', pero no deja de ser una 'entrada por la puerta de atrás', sujeta en muchos casos a la interpretación de la persona que en ese momento atiende a la afectada.

-Así que Euskadi mejoraba la cobertura del Estado y de la mayoría de las CCAA, pero no garantizaba la universalidad del acceso.

Efectivamente, no podemos hablar de una atención universal en Euskadi al quedar excluidas aquellas personas extranjeras indocumentadas, las que no pueden acreditar un empadronamiento de un año ininterrumpido (situación que cada día se dificulta más), las que no tienen residencia fija (que viven en albergues o sin hogar) o que tienen rentas levemente superiores a la RGI, pero insuficientes para pagarse un seguro privado de salud.

-Desde el gobierno autonómico, sin embargo, se ha presumido de seguir atendiendo a todas las personas tras el RDL.

Como decía anteriormente, la cobertura vasca en un principio si mejoraba a la de la mayoría de las CCAA que aplicaron el RDL de forma más estricta, pero debemos recordar que hubo otras, como Andalucía y Asturias, que nunca aplicaron el RDL y siguieron atendiendo a inmigrantes en situación irregular como antes de 2012. Además, es importante destacar que **después de las elecciones autonómicas de mayo de este año, varias CCAA han normalizado el acceso a inmigrantes en situación irregular, flexibilizando las condiciones.** Navarra y Baleares no exigen empadronamiento; Aragón, Cantabria, Cataluña y Valencia lo exigen de tres meses) y otras CCAA han anunciado cambios aún sin especificar. Mientras, **la situación en Euskadi sigue siendo la misma que en 2012.**

-Así que la atención no cumpliría siquiera con los principios programáticos publicados en la web de Osakidetza, que considera a la persona "objetivo fundamental del sistema, que, garantizando el respeto a su personalidad e intimidad, propiciará su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva."

Obviamente, parece que hablamos de dos categorías de personas, ¿no? Hablamos de **personas de primera y de segunda**, ya que hay un amplio colectivo que sigue estando excluido. Por otra parte, siempre destacamos que, al excluir a **mujeres migrantes** en situación administrativa irregular del sistema universal de salud, se impide que se beneficien de una oportunidad privilegiada en los centros de sanitarios para detectar

los casos de violencia contra la mujer; algo que ha sido denunciado por diferentes organismos internacionales, como el Comité CEDAW.

-¿Con qué dificultades se encuentra la población inmigrante en cuanto a la cobertura de su salud? Cumplir, por ejemplo, el requisito del empadronamiento por un año ininterrumpido igual no es tan fácil.

En el Centro de Atención Sanitaria para Personas Inmigrantes (CASSIN) de Munduko Medikiak en Bilbao, desde la entrada en vigor del RDL de 2012, comenzamos a recibir a personas inmigrantes que estaban siendo atendidas con normalidad hasta ese momento, pero a las que se retiró la tarjeta sanitaria por haber cambiado su situación administrativa (haber perdido el trabajo, por ejemplo) y otras que han quedado excluidas del sistema sanitario público del País Vasco; básicamente, aquellas que no tienen pasaporte para acreditar su identidad y aquellas que, teniéndolo, no pueden acreditar un año de empadronamiento, que son muchas. Efectivamente, no es fácil obtenerlo, y menos aún durante un año continuado. **Hay que tener en cuenta la gran movilidad de estas personas, que con frecuencia cambian de residencia en busca de trabajo.** Desde Munduko Medikiak y otras entidades elaboramos informes acreditando la imposibilidad de empadronarse, y este informe puede sustituir al empadronamiento para poder hacer la solicitud de acceso al sistema sanitario. El problema está en que, de esta forma, no se gana antigüedad de empadronamiento y no se llega al acceso completo.

-Por otro lado, tener que pagar la atención sanitaria si se cuenta con una renta mayor que la RGI, que ya de por sí es para asegurar un mínimo de ingresos a una persona o familia, tampoco habla muy bien de un servicio que debiera ser público y universal.

Obviamente, no es un sistema universal. Ya hemos visto que deja fuera a gran número de personas por distintos motivos. Y tampoco creo que nadie pueda pensar que con unos ingresos levemente superiores a la RGI alguien se pueda permitir **el lujo de pagarse un seguro de salud privado.**

-¿A qué cantidad de personas se está dejando fuera del sistema público de salud?

Es imposible saber las cifras exactas. A nivel Euskadi no tenemos datos oficiales. Y tampoco el Gobierno Central los aporta, aunque en un primer momento se habló de que se habían retirado más de 800.000 tarjetas sanitarias a nivel estatal. Pero podemos aportar los datos de REDER, la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 que, entre enero de 2014 y julio de 2015, ha reunido más de **1500 casos de personas que han visto vulnerado su derecho a la salud**: 109 casos de menores de edad a quienes se denegó la asistencia sanitaria; 232 incidencias en urgencias (denegación de atención, facturaciones irregulares...) y 78 mujeres embarazadas que han visto vulnerado de alguna manera su derecho a ser asistidas. Hay que precisar, no obstante, que **estas cifras representan solo una mínima parte de las personas que se han podido ver afectadas**, pues están recogidas tan solo entre quienes acuden a alguna de las organizaciones que integran REDER para recibir acompañamiento, asesoría o atención médica. A nivel Euskadi hemos presentado **27 quejas al ararteko**, después de lo cual él mismo ha dirigido una carta al consejero de Sanidad en la que se denunciaba esta situación.

-Entonces, tampoco se está cumpliendo lo que se establece por ley.

A diario vienen a la consulta del CASSIN personas que han visto vulnerado su derecho a la atención sanitaria, bien porque le han puesto trabas para tramitar la solicitud, bien porque les amenazan con facturarles la atención de urgencias, bien porque se les niega la atención a mujeres embarazadas, a casos urgentes e incluso a menores. Parece que la mayoría de estos casos se dan por **desconocimiento de la ley por parte del personal** que les atiende, ya que se suele solucionar tras nuestra mediación. En estos casos nos ponemos en contacto con los centros sanitarios donde se ha producido la vulneración o acompañamos a la persona afectada (recordemos que muchos tiene problemas para comunicarse por no hablar nuestra lengua y además estas situaciones les producen temor), y la mayoría de las veces de esta forma se logra solucionar el problema. Pero es importante señalar que estas situaciones tienen un **efecto disuasorio a la hora de acudir en busca de atención sanitaria**, imposible de cuantificar, pero importante sin duda, sobre otras personas.

-Siempre se habla del coste que supone la atención sanitaria como argumento para poner unos límites. También se habla del turismo sanitario... Sin embargo, la atención que se garantiza de manera universal es únicamente la de urgencias, que a nivel económico es un gasto más importante que la atención en una consulta "normal". ¿Habría formas de que la atención universal a la población inmigrante fuera más eficaz y eficiente, que supusiesen una optimización de recursos?

No hay que confundir el llamado turismo sanitario con los inmigrantes que han venido a nuestro país para trabajar. El gobierno adujo **falsas razones económicas** y de ahorro para poner en marcha esta ley injusta; aunque ni antes ni después, y ya llevamos más de tres años de su aplicación, ha sido capaz de aportar datos que lo justifiquen. Por otro lado, parece lógico pensar, y así lo avalan varios estudios, como el de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que **la atención en urgencias es más costosa que la atención normalizada en atención primaria.**

-Desde el Foro Vasco por la Salud se insiste en la necesidad de implicación por parte de la ciudadanía en la reclamación de una sanidad pública y universal, pero hay parte que todavía cuestiona que el colectivo inmigrante pueda optar a servicios públicos como la sanidad. ¿Con qué argumentos contamos para convencer a esa parte de la población?

El más importante es que **todas las personas somos iguales y tenemos los mismos derechos; entre ellos el derecho a la salud, y esto es algo que está recogido por las leyes internacionales.** Hay que ser conscientes de que las personas que están sufriendo la exclusión sanitaria se encuentran en una **situación de enorme desamparo**, no solo por no recibir asistencia médica cuando la necesitan, sino también porque no están siendo informadas adecuadamente de sus derechos. Por otra parte, hay que desmontar **varios 'mitos'** sobre los que se suelen apoyar las opiniones que cuestionan el derecho de los inmigrantes en situación irregular a acceder a los servicios públicos. La primera, que desde finales de los años 90 la sanidad se financia no mediante cuotas a la Seguridad Social, sino con cargo a los presupuestos generales del Estado a través de los impuestos que pagamos todas las personas, con lo que la población inmigrante en situación irregular también contribuye a financiar una sanidad que les ha dejado fuera. En segundo lugar, existe la falsa creencia de que la sanidad

española constituye un factor de atracción para que la población inmigrante elija nuestro país como lugar de destino, pero los estudios que analizan sus razones para acudir a un país o a otro ponen de manifiesto que ésta no es la principal causa de su decisión, sino más bien el hecho de tener familiares o redes sociales en el lugar. En tercer lugar habría que destacar que no es cierto que las personas inmigrantes consuman más recursos sanitarios que la población estatal. Existe bibliografía suficiente que contradice con datos estadísticos la acusación de un supuesto abuso por parte de la población inmigrante.