

5. LA RESPUESTA A LAS DEMANDAS EN SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRANTES

La atención sanitaria de las personas extranjeras tiene un indudable calado humano y afecta a la propia esencia del ejercicio de los derechos humanos, pero necesariamente debe ser abordada desde una perspectiva jurídica. Desde esta perspectiva, la atención sanitaria de las personas extranjeras depende de lo previsto en los tratados internacionales y en las leyes internas, básicamente en lo establecido en el artículo 12, de la Ley Orgánica 4/2000, que regula los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Si lo comparamos con el alcance que reconocía la Ley General de Sanidad, podemos decir que la Ley Orgánica 4/2000 amplía el derecho a la asistencia de las personas extranjeras.

Respecto a los problemas que pueden existir en la atención sanitaria de estas personas, habría que excepcionar a los ciudadanos de la Unión Europea (UE), porque tienen una situación jurídica distinta. En este análisis, aunque concurren en ellos circunstancias especiales relativas a otras culturas, creencias o religiones, tampoco abordaremos los problemas que los pacientes de estos grupos podrían plantear, sobre el modo en que desean ser atendidos (p. e. La atención por profesionales de otro sexo, o el rechazo de atención basándose en sus creencias).

Analizaremos principalmente los problemas que se plantean con los extranjeros que carecen del derecho a la libre circulación entre los estados miembros de la UE. En este grupo, el problema se agrava para las personas que se pueden encontrar en situación de clandestinidad. Sin embargo, sería un error pensar que son estos los únicos que tienen obstáculos para acceder al sistema de salud en las condiciones que requieren.

Pertenecer a grupos minoritarios étnicamente diferenciados conlleva desigualdades específicas en el nivel de salud, que no son automáticamente atribuibles a variables socioeconómicas (Townsend 1992, Nazroo 1997). Estas desigualdades se derivarían, al menos parcialmente, de los problemas en el acceso a los servicios sanitarios en el nivel de residencia (acceso vedado, o negado ilegalmente), así como de problemas en la utilización efectiva de dichos servicios (por inadecuados o discriminatorios).

El ordenamiento jurídico determina cuál es el alcance del derecho a la salud de los inmigrantes, y cualquiera que fuera la perspectiva desde la que abordásemos el problema de su asistencia sanitaria, deberíamos tener presente cuál es esa regulación, sobre todo si de ella se derivan limitaciones respecto de los nacionales. Pero al analizar la respuesta a las demandas de salud de ciudadanos de otras culturas, no debemos pensar que el problema se puede resolver únicamente con una adecuación normativa, sin que con ello pretendamos obviar su importancia.

Esta adecuación normativa es necesaria pero no suficiente para cerrar definitivamente la cuestión. La emigración forma parte de nuestra historia y, por tanto, no debería ser difícil pensar en cuáles son las dificultades inherentes a la inmigración: cambio de idioma, cultura, alimentación, vivienda, entorno, etc.

A esas circunstancias se añaden actualmente otras que, cuando se dan, pueden dejar en segundo plano a los problemas clásicos de la inmigración que hemos mencionado.

En un artículo del Dr. Achotegui, publicado en la revista Norte, de salud mental [*Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*] se refiere a las afecciones que pueden tener las personas

como consecuencia de haber emigrado en situaciones extremas, y al hecho de que a esa larga cadena de dificultades se ha de añadir una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas, no siempre les atiende adecuadamente.

Sin referirse a esta faceta concreta de las necesidades de los inmigrantes, el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004-2008, al analizar el entorno de su aplicación, ya se refiere a la inmigración entre los factores de cambio que se prevén para los próximos años.

Ante esta situación en la que se encuentran personas que viven en nuestro entorno, cualquiera de las perspectivas desde la que analicemos la atención de estas personas –ética, legal o sanitaria–, debería llevarnos a tratar de eliminar las restricciones existentes, para superarlas.

El derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal que debe, asimismo, aplicarse a todas las categorías de población. Pero más allá de las razones evidentes de justicia o equidad, existen datos de índole sanitaria que también deberían ser tenidos en cuenta, para procurar no solo eliminar esas barreras jurídicas, sino para ir más allá y tratar precisamente de lo contrario, es decir, lograr el acercamiento de este colectivo a los sistemas de salud. Desde este punto de vista, podemos decir que existe un interés que trasciende de un derecho individual a acceder a la atención sanitaria.

La tuberculosis y la hepatitis A se presentan como un problema emergente vinculado a las personas que proceden de zonas en las que, por determinadas circunstancias, estas enfermedades están presentes (por ejemplo, en situaciones de guerra). La discriminación de estas personas en los países de acogida propicia una situación de precariedad, agravada por la barrera que, en el acceso a los servicios sanitarios, supone su desconocimiento de los usos y costumbres del nuevo país, y los problemas de lenguaje, lo que podría suponer una mayor incidencia –aún no contrastada– de la tuberculosis en la población inmigrante.

Si ya de por sí en algunos colectivos existe un mal conocimiento de las prácticas de promoción y mejora de la salud, el establecimiento de límites jurídicos en su derecho a la salud acentuará su indiferencia a las posibilidades de ser atendidos y su acercamiento a los servicios de prevención y tratamiento.

Además de las adecuaciones normativas para reconocer la igualdad en el acceso a los recursos y servicios que necesiten, también se deben prever medidas que afectan al ámbito organizativo, para procurar dar respuesta a las situaciones o circunstancias que podemos considerar especiales, si tenemos en cuenta que tales éstas no se dan habitualmente en los nacionales o en las personas inmigrantes que ya conocen los servicios y recursos de los que se trate.

Podemos pensar, por ejemplo, en que los márgenes previstos con carácter general para la atención de un paciente no serán suficientes para quien, seguramente, necesita un intermediario para relacionarse con el profesional que le atiende (*“las dificultades lingüísticas parecen ser una explicación a numerosos problemas de salud, especialmente mental”* - Lazaridis, 1985, Huisman y col., 1997) o también, en el desconocimiento de los recursos y servicios existentes.

Teniendo presente lo anterior, parece evidente que la formación de los profesionales para afrontar las necesidades específicas de los inmigrantes, y la dedicación de medios materiales que ayuden a eliminar las barreras lingüísticas (no sólo de intérpretes, sino

de mayor tiempo de atención, por sus especificidades) son los elementos más esenciales para una deseable participación de los inmigrantes en los servicios de salud y en los programas de prevención de enfermedades.

Es evidente que, aunque existan restricciones, la inmigración clandestina continúa. La Ley 4/2000, en su artículo 12, prevé que estas personas pueden entrar en dos categorías diferentes: la de quienes no han regularizado su situación y están empadronadas, y la de quienes están en igual situación pero no han accedido al padrón. Seguramente porque temen ser expulsados, muchos inmigrantes en situación irregular no acceden al padrón, con lo que no se dará la equiparación sanitaria que permite el artículo 12, en su apartado primero. Por ello, estaremos en las situaciones del apartado dos, que son seguramente las personas inmigrantes que, formalmente, quedan fuera de los servicios sanitarios y sociales.

Ante esa realidad que nos ofrecen los inmigrantes sin documentación, podemos decir que más que ante un problema jurídico para lograr el derecho a la asistencia sanitaria (ya que pueden conseguirlo empadronándose) estamos ante un problema de otra naturaleza, como es el miedo que tienen de ser localizados y la consecuencia de que ello les puede alejar de los servicios de salud.

Plan Vasco de Inmigración 2003-2005

Al preguntarnos sobre cuál es la respuesta que dan los poderes públicos de nuestra Comunidad Autónoma a esta situación, debemos referirnos al vigente Plan Vasco de Inmigración.

Un objetivo esencial de este Plan 2003-2005 es articular medidas para el reconocimiento de los derechos y deberes de las personas inmigrantes y dedicar recursos para garantizarlos.

Como nos adelanta su presentación, el Plan se sitúa en un marco normativo y organizativo que no está dando respuestas a las necesidades de estas personas. A partir de esa consideración, y teniendo en cuenta las situaciones jurídicas diferentes en las que se pueden encontrar (cualquiera de las previstas en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000), busca articular medidas para la integración de estas personas.

El plan abarca diferentes áreas, todas ellas relativas a factores que inciden en los problemas de salud de las personas inmigrantes: su situación laboral, la vivienda, la educación y la atención de sus necesidades sociales. Estas intervenciones se complementan con las acciones relativas a su atención sanitaria.

Respecto a la atención sanitaria, las medidas no van encaminadas únicamente a procurar que todos los inmigrantes tengan acceso a una tarjeta individual sanitaria (TIS), sino que prevé acciones para lograr su acercamiento al sistema sanitario.

Para ello, tiene en cuenta que las dificultades en el acceso a los servicios de salud no se dan únicamente en las personas inmigrantes carentes de tarjeta sanitaria.

La Ley Orgánica 4/2000, en su artículo 12, establece una categoría inferior en el derecho a la salud para los extranjeros que no están empadronados, limitando su asistencia sanitaria a las situaciones que refiere: *“Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”*.

Sin embargo, salvo que se pretenda limitar su asistencia a los supuestos de urgencia, (con el riesgo de que la urgencia sea entendida en un sentido estricto, similar al previsto para los casos de reintegro de gastos por la utilización de servicios ajenos al sistema público de salud) es razonable pensar que, a los efectos del acceso de la población inmigrante al sistema de salud, tanto las personas empadronadas como las que no lo están deberían ser objeto de una política material similar.

Hemos comentado antes que las dificultades en el acceso a los servicios de salud no se dan únicamente en las personas inmigrantes carentes de tarjeta sanitaria. Ello lleva a considerar que los programas para procurar que se acerquen al sistema deben estar dirigidos a toda la población inmigrante en general. Desde esta perspectiva, la tarjeta individual sanitaria se convierte en la consecuencia de ese acercamiento, y no la causa de que esta se produzca.

En este sentido, pensamos que la distinción que hace el apartado 2 del artículo 12 de la Ley 4/2000 entre personas inmigrantes empadronadas y no empadronadas no debería tener consecuencias a los efectos de los programas que se elaboren para la atención de la población.

La redacción del plan deja sin determinar si el contenido de la asistencia sanitaria de los extranjeros no empadronados se va a equiparar a la de quienes lo están o si, por el contrario, persistirán los límites que prevé el apartado 2 del mismo artículo: *“Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica”*.

La Guía para la Orientación de las Personas Inmigrantes, del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, refiere para las personas no empadronadas un contenido igual al del artículo 12, apartado 2. Sería deseable que la concreción de medidas para el cumplimiento de la directriz del Plan de Inmigración equipare su atención sanitaria con las del resto de las personas con TIS, lo que, en principio, nos parece que es consustancial a las demás directrices de esta área donde, sin distinguir categorías de extranjeros, prevé algunas medidas encaminadas a su acercamiento al sistema sanitario, dando la posibilidad de ser atendidos por los servicios de prevención y tratamiento en enfermedades como la tuberculosis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual, VIH, enfermedades psicosomáticas, etc.

En cualquier caso, parece obvio que estamos ante una situación en la que la información y las instrucciones para el acceso a la tarjeta individual sanitaria deberán ser claras, ya que la equiparación que plantea el Plan Vasco de Inmigración entre la atención de los inmigrantes y el resto de las personas (*“Tramitación de la TIS aún en ausencia de documentación identificativa y empadronamiento. También de transeúntes”*) pudiera no casar con las limitaciones que en principio diseña la Ley Orgánica 4/2000 respecto de su asistencia sanitaria.

Una de las cuestiones clave en el ejercicio del derecho a la salud es la información. Resulta evidente que existe una vinculación directa entre el conocimiento que el usuario tenga respecto de la organización del sistema y de sus prestaciones, y el uso que haga de ese conocimiento.

Aunque en principio nos encontramos ante un derecho a la información sobre los servicios y prestaciones, que es consustancial a la posición jurídica de cualquier usuario,

la referencia que sobre ello realiza el Plan Vasco de Inmigración (en términos de divulgación entre la población inmigrante acerca del acceso y organización del sistema de salud) da pie para pensar que, al menos en su previsión, la Administración parte de la convicción de que se debe evitar que la falta de utilización de los servicios o el acceso a ellos se deba a la falta de información.

No hará falta insistir en la importancia que la divulgación tiene para su acercamiento a los servicios de salud, si nos damos cuenta del protagonismo que un buen sistema de información tiene para los usuarios nacionales a la hora de lograr un acceso adecuado a los mismos servicios.

La incidencia que en el ámbito sanitario tiene actualmente la regulación en materia de extranjería obliga a que las situaciones que se plantean en esta última materia tengan en cuenta las de aquel, o viceversa. También es posible que, en ocasiones, una y otra nos lleven a respuestas contradictorias, quizás no deseadas. En tales situaciones se debe procurar, cuando menos, que las respuestas sean iguales, lo que no siempre será fácil.

Se ha equiparado al extranjero empadronado pero pendiente de regularizar su estancia con el extranjero residente legal en España, en cuanto a la concesión de unos derechos en materia de asistencia sanitaria. Algunos autores han pensado que esa situación, privilegiada en relación con otros extranjeros en situación legal podría tener como objetivo no confesado el detectar y localizar a extranjeros indocumentados.

Sea o no esa la intención, esa reflexión nos lleva a señalar la incidencia que la legislación sectorial sobre extranjeros tiene en la cobertura sanitaria, y la importancia de que existan criterios precisos para evitar confusiones o desatenciones.

Hecha esta observación sobre la equiparación del residente legal con el que no lo es y a lo que hemos denominado objetivo no confesado, podemos completarla con otra sobre las consecuencias que actualmente puede estar teniendo esa aplicación de la legislación sobre extranjeros en relación con el acceso al derecho a la salud.

Un supuesto planteado en la institución del Ararteko puede ilustrar una de estas situaciones en las que una legislación sectorial puede incidir sobre otra.

Dos personas extranjeras, con permiso de residencia temporal no lucrativo, acudieron a una oficina de la Administración con el objetivo de obtener la tarjeta sanitaria. Se la denegaron presumiendo que por el tipo de permiso de residencia (artículo 31, de la Ley 4/2000), tenían medios suficientes para sufragar su asistencia sanitaria.

Estas personas habían acudido a varios seguros privados, que rechazaron su petición de suscribir una póliza, debido a su edad avanzada.

Por los datos de su queja, parecía que, tomando como base el artículo 31 de la Ley Orgánica 4/2000, que establece que se concederá permiso de residencia temporal a las personas que acrediten disponer de medios suficientes para atender sus gastos de estancia y mantenimiento, la Administración había concluido que no cumplían las condiciones para la TIS universal.

Tal presunción no era correcta, no al menos desde la perspectiva del acceso a la TIS. Además, por su edad, no encontraban quien suscribiera una póliza con ellas. Informamos a estas personas que tal presunción no era correcta. Es decir, sin conocer cuáles son las condiciones efectivas, los parámetros de dicha ley orgánica no se pueden equiparar a la situación del Decreto 26/1988, de 16 de febrero, sobre asistencia sanitaria a quienes carezcan de recursos suficientes.

Estas personas plantearon su caso en otro centro, donde tras valorar su petición desde otra perspectiva, la sanitaria, solventaron su problema.

Realmente, esta incidencia de la Ley 4/2000 en materia de sanidad da pie a situaciones que, para procurar evitarlas, requieren un esfuerzo de información de los servicios responsables de canalizar las tarjetas sanitarias.

La nueva situación

En un país como el nuestro, que ha pasado de ser un país emisor de emigración a ser receptor de inmigrantes, el aumento demográfico que ello supone y las circunstancias diferentes de muchas de estas personas no se ha visto acompañado de un aumento de recursos para su atención, que facilite una correcta atención sanitaria.

En relación con esa ausencia de recursos, en un sistema que en ocasiones adolece de falta de más tiempo para los profesionales, existe una opinión extendida de que los inmigrantes utilizan más los servicios sanitarios. Sin embargo, no parece que existan datos objetivos para soportar tal idea.

Sí puede ocurrir que, por las diferencias culturales y de idioma, estas personas requieran más tiempo de atención, pero esto, que también se puede dar en otros usuarios que no son inmigrantes, no debe ser confundido con un mayor uso individual (por ejemplo, en relación con la utilización de los servicios de urgencias, la tasa de utilización parece ser la misma que la que corresponde a la población no inmigrante).

En cualquier caso, estamos ante una situación con nuevas necesidades y su atención demanda la incorporación de más recursos sanitarios. Pero, gracias a la constatación de que factores esenciales en esas necesidades son, fundamentalmente, las diferencias culturales y de idioma, nos daremos cuenta de que los profesionales sanitarios han de contar con nuevos conocimientos, habilidades y formación específica, y también a que, junto con los recursos propiamente sanitarios, se tengan en consideración otros, por ejemplo, los relativos al idioma. De este modo, se puede evitar o atenuar el efecto que el desconocimiento cultural mutuo puede tener como factor generador de prejuicios y, quizás, posteriores discriminaciones.

Junto a esas razones que explican que su atención requiere más tiempo, existen otras que igualmente se deben tener en cuenta a la hora de planificar medidas para su atención, en tanto que, en principio, supone también más tiempo de atención.

Piénsese, por ejemplo, en que, si la relación del sistema sanitario con el paciente gira normalmente en torno a la patología concreta por la que ha acudido a un centro sanitario, en el caso de las personas inmigrantes es posible que sea conveniente indagar sobre antecedentes relativos a las condiciones sanitarias de su origen, lo que evidentemente supondrá un tiempo mayor que el previsto para su atención.

De nuevo es importante destacar que esta perspectiva de mayor dedicación requiere utilizar medidas distintas de las que resultarían de un mero análisis cuantitativo (no existen datos para pensar que la tasa de utilización de servicios sanitarios sea mayor en los inmigrantes), llevando a cabo planes de formación de los profesionales. Observamos que ya existen algunos referentes para realizar esos planes, como pueden ser la Guía de atención al inmigrante de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria, y trabajos que se están desarrollando, como el proyecto que se realiza en Bizkaia entre

la UPV y Médicos del Mundo, con el objetivo de facilitar la integración de la población inmigrante en el sistema sanitario vasco y, junto con otros fines, servir para la formación de los profesionales de la salud.

Conclusión

Hemos mencionado los aspectos que, a juicio de la institución del Ararteko, se deben tener en cuenta para lograr el acercamiento de la población inmigrante al sistema sanitario, lo que debe también hacer posible la atención de sus necesidades sociosanitarias.

Teniendo en cuenta que estamos ante derechos de configuración legal, hemos partido de la previsión que respecto de la atención sanitaria de las personas extranjeras realiza la Ley Orgánica 4/2000, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Sin olvidar ese referente legal, las dificultades en el acceso a los servicios de salud no se dan únicamente en las personas inmigrantes carentes de tarjeta sanitaria, y el mayor peso de las actuaciones de los poderes públicos se debe dirigir al acercamiento de esta población, con lo que ello supone de inversión en programas de prevención y de medidas de formación de los profesionales ante unas personas para cuya atención carecen seguramente de información suficiente en aspectos étnico-culturales, lo que en tal caso influirá seguramente en la relación médico-paciente.

Es posible que en el ámbito que corresponde a los programas de prevención y formación de los profesionales el sistema de salud adolezca actualmente de falta de desarrollo suficiente para que la población inmigrante pueda ser atendida adecuadamente. Además de estas carencias, que digamos que están directamente relacionadas con la formación de los profesionales, cabe mencionar la relativa al idioma, ya que, a diferencia de lo que sucede en el área de garantías jurídicas, el Plan de Inmigración, en el área de sanidad, no establece ninguna directriz sobre la puesta a disposición de un servicio de intérprete. Esto, cuando las personas inmigrantes no acuden acompañados por alguien que les permita superar esa barrera, puede ser un elemento fundamental para garantizar su acceso a la atención sanitaria en condiciones, que proclama el plan en su directriz 1, en el área de sanidad.

Situada la atención de las personas inmigrantes en el contexto de las circunstancias a las que nos hemos referido aquí, podemos decir que la encrucijada en la que nos encontramos es más sanitaria y ética que jurídica.

Más sanitaria, porque superada la discusión jurídica sobre su atención, la Administración ha diseñado unos objetivos en las diferentes áreas que afectan a la salud de esta población, entre ellas unas directrices sanitarias con medidas cuyo desarrollo requiere un esfuerzo, que se espera que al final del plazo del Plan Vasco de Inmigración tenga efectos tangibles. También ética, porque el compromiso de los representantes políticos, no sólo de los profesionales sanitarios, deberá jugar un papel esencial para afrontar el reto de la atención de estas personas.