



Mayo de 2014

Liana Mailli vacuna a un niño en la policlínica de Perama, MdM Grecia, 2013.

EL ACCESO A LA SANIDAD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE MAYOR PRECARIEDAD EN UNA EUROPA EN CRISIS SOCIAL

El caso de las mujeres embarazadas y los/las menores

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



Argentina | Belgium | Canada | France | Germany | Greece | Japan | Netherlands | Portugal | Spain | Sweden | Switzerland | United Kingdom | United States of America



/ ÍNDICE /

RESUMEN	3
EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LOS SISTEMAS DE SALUD.	4
Los efectos documentados de la crisis y de la austeridad en Europa	4
El impacto en la salud de mujeres y menores	4
Políticas basadas en el miedo y la intolerancia en detrimento de políticas de base empírica	5
Algunos cambios positivos en las políticas nacionales, escasos y por ende dignos de mención.	5
INTRODUCCIÓN A LA ENCUESTA DE 2013.	6
CIFRAS DE 2013	7
MÉTODOS	8
Médicos del Mundo y sus acciones	8
Presentación sintética de los programas y los sitios de encuesta	8
Estadísticas	9
Las personas encuestadas	9
ENFOQUE EN LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS.	10
ENFOQUE EN LA VACUNACIÓN DE MENORES.	14
El conocimiento de los lugares de vacunación	15
LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	16
Sexo y edad	16
Nacionalidad y zona geográfica de origen	17
Tiempo de residencia de la población extranjera en el país de la encuesta	19
Razones de migración	19
LAS CONDICIONES DE VIDA	20
Condiciones de vivienda	20
Situación administrativa	20
Actividad e ingresos.	22
Apoyo moral	22
LAS VIOLENCIAS SUFRIDAS.	23

EL ACCESO A LA SANIDAD	26
La cobertura de los gastos de salud	26
Los obstáculos en el acceso a la sanidad	27
La renuncia a la atención sanitaria.	28
El racismo en las estructuras sanitarias	28
La denegación de atención sanitaria	28
LOS ESTADOS DE SALUD	29
Estado de salud percibido	29
Enfermedades crónicas y tratamientos	30
Seguimiento insuficiente de los pacientes antes de llegar a MdM	30
Problemas de salud poco conocidos antes de llegar a Europa	30
Estado de salud diagnosticado	30
ESPAÑA: VUELCO DEL SISTEMA DE SALUD Y RESISTENCIA SOCIAL	31
La destrucción de un sistema de salud universal	31
La respuesta de Médicos del Mundo	31
GRECIA: ¿PODEMOS SALVAR A LA SALUD PÚBLICA?	33
Vacunación y atención prenatal y parto	33
Grupos estigmatizados en situación de exclusión aun antes de la crisis	33
Respuesta de MdM Grecia a la crisis.	34
EL COMPROMISO DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y DE LA UE EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.	35
El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU.	35
El Consejo de Europa	35
Las instituciones de la Unión Europea.	36
RECOMENDACIONES A LOS MIEMBROS DEL PARLAMENTO EUROPEO	37
INVITACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	37
RECOMENDACIONES A LOS GOBIERNOS NACIONALES	38



RESUMEN

Este informe de Médicos del Mundo (MdM) presenta para el año 2013 nuestras observaciones sobre los determinantes sociales de la salud y sobre el estado de salud de las personas beneficiarias de la asistencia de 25 de nuestros 160 programas europeos de acceso a la sanidad.

En 2013, se analizaron 29.400 consultas (de las cuales 15.445 fueron consultas médicas) en 25 ciudades de ocho países europeos, con un total de 16.881 pacientes. Los análisis cuantitativos se basaron en los testimonios proporcionados por los equipos de terreno.

Este año, hemos decidido reafirmar la necesidad de un acceso incondicional al seguimiento prenatal de las mujeres embarazadas y a la vacunación esencial de los niños que, al día de hoy, siguen sin ser garantizados. Esto es una denegación de derecho que viola los derechos fundamentales, los convenios internacionales y los principios fundamentales de la salud pública.

Los resultados de 2013 indican que de las 285 mujeres embarazadas atendidas, el 65,9% no había tenido acceso a la atención prenatal antes de acudir a los centros de MdM, y el 42,8% había recibido la atención demasiado tarde. En la primera consulta médica, los médicos determinaron que más del 70% de los casos necesitaban una atención sanitaria urgente o bastante urgente. Los efectos de riesgo de estas mujeres y de sus futuros hijos conciernen, por tanto, a dos tercios de las mujeres embarazadas atendidas en Médicos del Mundo.

En 2013, 1.703 menores¹ acudieron a uno de los centros europeos. En el mejor de los casos, solo uno de cada dos menores había sido vacunado contra el tétanos, la hepatitis B, la rubeola o la tos ferina. En algunos países, este índice es inferior al 30%, muy por debajo de los índices de cobertura de vacunación de la población general, situados alrededor del 90%.

Aprovechando la creciente pobreza a la que se enfrenta actualmente la población general, ciertos partidos políticos agobian a la población migrante desfavorecida, en la que encuentran fácilmente la figura del chivo expiatorio.

Al mismo tiempo, en varios países, los grupos sociales ya de por sí debilitados antes de la crisis (migrantes en situación irregular, solicitantes de asilo, personas usuarias de drogas, personas en situación de prostitución, ciudadanos europeos desfavorecidos y personas sin hogar) sufren la reducción e incluso la privación de las redes de protección y de las redes sociales que les garantizaban una atención de base. Los mecanismos de cobertura médica se deterioran, dejando un gasto sanitario cada vez mayor a cargo de los pacientes, aunque no tengan recursos financieros, en un contexto de creciente necesidad para un número cada vez mayor de personas en situación de precariedad. Esta injusticia pone en tela de juicio la base social de la solidaridad en Europa y debe combatirse.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los proveedores de atención sanitaria representan la solidaridad, pero, en última instancia, les incumbe a los gobiernos garantizar la protección de las poblaciones vulnerables: algo que ciertas personas parecen haber olvidado bajo la presión de los cálculos económicos a corto plazo y de las políticas de austeridad. En estos días de crisis, las personas vulnerables tienden a necesitar aún más protección y no lo contrario.

Casi la mitad de los pacientes atendidos por Médicos del Mundo vive en situación regular en Europa. La situación es aún más difícil para las personas sin permiso de residencia, europeas o no.

Numerosos estudios muestran la importancia de detectar los antecedentes violentos en las poblaciones migrantes. En 2013, el 76,3% de las personas encuestadas señalan haber sufrido al menos un episodio de violencia. Se trata en su mayoría de inmigrantes de Medio Oriente y de solicitantes de asilo. Las formas de violencia más frecuentes son haber vivido en un país en guerra y el hambre. Casi el 20% de las personas manifiestan haber sufrido violencia en el país de la encuesta.

Más de una cuarta parte de los pacientes atendidos por Médicos del Mundo declaran tener un estado de salud general malo o muy malo. Sin embargo, la salud personal solo representa el 2,3% de los motivos de migración, en consonancia con lo que se venía observando los años anteriores. Estas cifras demuestran nuevamente la carencia de fundamento de los discursos que acusan a la población migrante de venir a aprovecharse de los sistemas de salud europeos.

Casi dos terceras partes de los pacientes tratados en los centros no habían recibido ninguna atención sanitaria antes de acudir a nuestros programas.

Los tres obstáculos al acceso a la sanidad citados con más frecuencia son los problemas financieros (25%), los problemas administrativos (22,8%) y la falta de conocimiento o de comprensión del sistema sanitario (21,7%). Estos resultados contradicen claramente el mito que acusa a la población migrante de venir a Europa para beneficiarse de los servicios de salud.

Como profesionales de la salud y conforme a los códigos deontológicos de las profesiones médicas, exigimos con firmeza el derecho a brindar atención sanitaria a cada paciente, independientemente de su estatuto administrativo, su origen étnico o sus recursos financieros.

Instamos a la creación de sistemas de salud nacionales universales, solidarios, equitativos y abiertos a toda persona que resida en la Unión Europea (UE).

Para las poblaciones especialmente vulnerables, como los niños y las mujeres embarazadas, estos sistemas deben permitir un acceso incondicional a la atención sanitaria pre y postnatal, a los programas nacionales de vacunación y a la atención pediátrica.

En tiempos de crisis, se debe reforzar el acceso a la sanidad.

La Comisión Europea y el Parlamento Europeo deben instar a los Estados miembros, responsables de la salud, a proteger y a consolidar los sistemas de salud y los mecanismos de protección social en tiempos de crisis.

La Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) aporta esperanza para muchos ciudadanos: pedimos a los Estados miembros la aplicación de las opiniones esgrimidas por esta agencia.

El Consejo de Europa debe desempeñar un papel importante en la protección de los derechos fundamentales en Europa. El Comité Europeo de los Derechos Sociales se ha pronunciado claramente sobre este asunto al confirmar que el derecho a la atención sanitaria contenido en la Carta Social Europea se aplica a todas las personas, independientemente de su situación administrativa.

1 Se trata de los únicos menores registrados en la base de datos.

EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Los efectos documentados de la crisis y de la austeridad en Europa

Recientemente se obtuvo un número creciente de evidencias científicas sobre los efectos concretos de la crisis económica en la salud de la población, pese a que, al día de hoy, solo los efectos más recientes son visibles, debido al retraso de varios años en la publicación de datos sobre salud². La proporción de personas en riesgo de sufrir un deterioro de la salud mental se ha incrementado en más de 3 millones de personas en la UE entre 2007 y 2011. La inseguridad en la vivienda y en el trabajo ha contribuido especialmente a este incremento³. El número de suicidios² de personas menores de 65 años ha aumentado en la UE desde 2007⁴. La mayor vulnerabilidad a sufrir problemas mentales entre las personas más desfavorecidas se debe a factores como la inseguridad, la falta de esperanza, la mala educación, el desempleo, el endeudamiento, el aislamiento social y la vivienda en malas condiciones⁵. Los brotes recientes del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) relacionados con la inyección de drogas en Grecia y Rumanía han frenado una tendencia positiva de descenso en el número de nuevas infecciones por VIH vinculadas con el uso de drogas⁶. La proporción de personas con un estado de salud bueno o muy bueno ha descendido considerablemente, principalmente entre las personas con rentas bajas⁷. En 2013, el 27,6% de los pacientes atendidos en los centros de salud abiertos por MdM presentaron un estado de salud mental malo o muy malo.

Se han desplegado fuertes mecanismos de protección social para mitigar algunos de los efectos negativos de la recesión en la salud⁷. En muchos países, se ha incrementado la contribución de la población a una cobertura médica pública y/o al copago de ciertos servicios⁸. Países como Bulgaria, Grecia, Portugal, Rumanía y Eslovenia han incrementado las contribuciones patronales y salariales al seguro médico reglamentario. En muchos otros⁹ países, como respuesta a la crisis y al déficit presupuestario de los planes de seguro médico o de los servicios sanitarios públicos, se introdujeron o incrementaron los gastos sanitarios de los usuarios.

Los servicios de salud pública, principalmente los de urgencias, son con frecuencia la única puerta que permanece abierta a la atención sanitaria.

Aquellas personas que afrontan múltiples factores de vulnerabilidad ya se encontraban en una situación de desigualdad preocupante en materia de sanidad antes de que la crisis azotara a Europa. No obstante, muchos de los programas de prevención dirigidos a la reducción del daño entre las personas usuarias de drogas han sufrido recortes en los últimos años (por ejemplo, en Portugal¹⁰, Grecia, España, Rumanía y Hungría), mientras que las políticas de estigmatización de algunos países han provocado visiblemente un efecto contrario de "inducción del daño" con el consiguiente mayor predominio del virus de la hepatitis C (VHC) y del VIH¹¹. Algunos ejemplos de estas políticas son la criminalización y el encarcelamiento de personas en situación de prostitución o usuarias de drogas, así como la realización obligatoria de las pruebas del VIH o del VHC, lo que incrementa el umbral de pruebas y tratamientos, aumentando así la vulnerabilidad de las personas. Los recortes también afectaron a los servicios de reducción de daños y a los servicios de salud de bajo umbral dirigidos a las personas en situación de prostitución¹².

La criminalización de las personas sin hogar está en alza a raíz de la aplicación de multas contra la mendicidad (por ejemplo, en España y los Países Bajos)¹³. Estas prácticas discriminatorias tienen a veces por objetivo impedir el acceso a los servicios sociales y de acogida a las personas sin hogar¹⁴. Por último, las personas mayores están siendo también cada vez más afectadas por la crisis y la austeridad.

El impacto en la salud de mujeres y menores

En tiempos de crisis económica, las mujeres embarazadas y los menores deberían contar especialmente con la protección de redes de bienestar social; sin embargo, no es lo que está ocurriendo. Según cifras oficiales, entre una tercera y una cuarta parte de la población griega carece en estos momentos de cualquier tipo de cobertura médica. Como consecuencia, las mujeres embarazadas sin seguro médico tienen que asumir el coste total de la atención prenatal y del nacimiento (aproximadamente 1.300 euros), lo cual resulta imposible para la familia media. Grecia ha sufrido una fuerte caída en el número de nacimientos y un aumento de muertes fatales, alcanzando un 21,15% entre 2008 y 2011¹⁵.

Las dificultades financieras excluyen a un número creciente de menores del acceso a los servicios sanitarios esenciales, como la vacunación; algunas leyes nacionales dificultan también el acceso a la vacunación y a un seguimiento médico para los menores cuyos padres están en situación irregular.

2 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381: 1323–31.

3 Véase *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin: Eurofound, 2013.

4 Fuentes: Base de datos de mortalidad de la OMS y Eurostat, 2013. Impacto de la crisis económica en la salud mental. OMS Europa, 2011

5 Stuckler D. y Basu S. *Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Santillana, 2013.

6 Colectivo. *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013.

7 Colectivo. *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*. Dublin: Eurofound 2013.

8 Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, McKee M. [Health policy responses to the financial crisis in Europe](#). Geneva: WHO and European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, Policy Summary n. 5.

9 Armenia, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Países Bajos, Portugal, Rumanía, Federación Rusa, Eslovenia, Suiza y Turquía.

10 Por ejemplo, véase EATG (2014), The impact of economic austerity on the HIV response in Portugal: a community perspective.

11 Colectivo. Who is paying the price for austerity? Amsterdam: Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013.

12 Jakobsson P. Sex work in Europe: the legal landscape and a rights-based way forward. Amsterdam: Correlation Network, 2013.

13 Colectivo. *On the Way Home? Monitoring Report on Homelessness and Homeless Policies in Europe*. Bruselas: FEANTSA, 2012.

14 Resolución del Parlamento Europeo, del 16 de enero de 2014, sobre una estrategia de la UE para las personas sin hogar (2013/2994(RSP)).

15 Simou E., Stavrou M., Kanavou E., Koutsogeorgou E., Roumeliotou, A. *Association between birth rates and selected socio-economic indicators in a time of economic crisis: the case of Greece*. Atenas: Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Escuela Nacional de Sanidad griega, en prensa.

Políticas basadas en el miedo y la intolerancia en detrimento de políticas de base empírica

Los sistemas sanitarios deberían ser eficientes y sostenibles financieramente. Para tal fin, estos tienen que dar cobertura a toda la población, sin excepción, y en particular, sin excluir del sistema a aquellos sectores que ya hacen frente a factores de vulnerabilidad múltiples. En tiempos de crisis, especialmente cuando esta golpea tan fuerte como en España y en Grecia, la mayoría de la personas empiezan a temer por ellas mismas y por sus familias, por lo que pueda acontecer en un futuro próximo. En estos tiempos de temor, se acrecienta la manipulación política de determinados agentes y el oportunismo de grupos extremistas. La solidaridad se sustituye rápidamente por la exclusión y el rechazo, y se extiende la figura del chivo expiatorio mediante un abuso del miedo legítimo del pueblo europeo, que vive un presente oscuro con altas tasas de desempleo, recortes salariales y falta de esperanza para un futuro mejor.

Por ejemplo, en **España**, la población migrante adulta en situación irregular ha sido excluida de la atención sanitaria básica desde que en septiembre de 2012 entrara en vigor el Real Decreto-ley 16/2012. Las mujeres embarazadas y los menores en situación irregular quedaron explícitamente fuera del ámbito de aplicación de esta nueva ley, y sin embargo, a ellos también se les ha negado con frecuencia el acceso a servicios básicos desde la entrada en vigor del decreto¹⁶: el mensaje político de exclusión de la población migrante en situación irregular ha sido más contundente que la propia ley.

Al debatir acerca del derecho de libre circulación de personas en la UE, algunos políticos británicos señalaron el peligro del “turismo social”. En realidad, la población migrante ciudadana de la UE es contribuyente neta de los sistemas nacionales de protección social, y los gastos relacionados con su atención sanitaria son muy bajos en proporción al volumen total del gasto sanitario de los países de acogida¹⁷. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad del Reino Unido planea la extensión de los gastos del Servicio Nacional de Salud británico (NHS por sus siglas en inglés) a turistas y migrantes. Las medidas propuestas incluirán el pago extraordinario de medicamentos, el pago de los servicios de urgencias y el pago de mayores tasas por la visita al oculista y al dentista a partir de marzo de 2015. Se prevé que estas modificaciones supondrán nuevos obstáculos para el acceso a la sanidad por parte de la población migrante. Aunque estas medidas no dispongan aún de cobertura legal, el mensaje político de reducción del acceso de la población migrante a la sanidad genera más confusión entre los profesionales de la salud, rechazos de atención sanitaria (incluso primaria) y desconcierto general entre la población migrante, que desconoce a qué servicios sanitarios tiene derecho.

En **Bélgica**, un programa de “atención médica de urgencia” permite, en teoría, el acceso de la población migrante en situación irregular a los servicios sanitarios básicos (tanto preventivos como curativos). Sin embargo en Amberes, la segunda ciudad más grande del país, el centro de protección social ha hecho una interpretación sumamente restrictiva de la legislación nacional durante muchos años. Las autoridades locales están claramente convencidas de que limitar el acceso a la sanidad les permitirá regular los flujos migratorios: herramienta política que ha demostrado ser contraria a la ética e ineficaz.

En **Grecia**, los brutales ataques y los crímenes de odio contra las minorías étnicas reportados el año pasado son interminables. En 2013, MdM Grecia atendió a varios menores que presenciaron actos de violencia racista hacia sus padres o hacia ellos mismos.

Algunos cambios positivos en las políticas nacionales, escasos y por ende dignos de mención

En 2013, algunos gobiernos dieron pasos importantes con el fin de proteger a los sectores más vulnerables.

En **Suecia**, la población migrante en situación irregular y sus hijos solo tenían acceso a la atención de urgencia con la correspondiente facturación posterior. En julio de 2013, entró en vigor una nueva ley que otorgaba a los menores acceso a la atención sanitaria pública gratuita. La población migrante adulta en situación irregular ha conquistado los mismos derechos en calidad de solicitantes de asilo: ahora pueden acceder a la atención sanitaria “impostergable”, a la atención pre y postnatal, a la planificación familiar, a la interrupción del embarazo y al cuidado dental “impostergable” con la condición de pagar una cuota de 6 euros por cada visita al médico o al dentista. Muchos de los profesionales sanitarios desconocen aún dicha modificación. Además, esta ley no siempre se aplica correctamente, ya que a la población migrante se le hace pagar a veces más de lo establecido o, simplemente, se le niega la atención médica. El problema más preocupante reside en que la población migrante no tiene cómo saber cuáles de estos servicios se consideran “impostergables”, sobre todo porque cada profesional médico puede tener su propia interpretación de este criterio. No obstante, la nueva ley es un paso crucial para avanzar en la prestación de la atención médica a los sectores más vulnerables cuando éstos la necesiten.

En **Francia**, se elevó el umbral de ingresos de las personas solicitantes de atención sanitaria gratuita, concediendo así a 600.000 nuevos pacientes el acceso a una cobertura médica completa. Este mismo umbral vale también para la Ayuda Médica del Estado (AME) a la población migrante en situación irregular. Además, en 2013 se suprimió la cuota de 30 euros de inscripción en la AME para la población migrante en situación irregular, que había sido implantada por el gobierno anterior.

En **Alemania**, aquellas personas que habían perdido su cobertura médica tuvieron que pagar el 5% de interés además de su deuda (precio de la cobertura médica) desde 2007. Con la ley de agosto de 2013, estas personas “solo” tienen que pagar el 1% de interés y tienen la oportunidad de quedar exentas del pago de sus deudas.

16 Colectivo. [Un año de exclusión sanitaria. un año de desobediencia.](#)

Madrid: Yo Sí Sanidad Universal, Campaña de desobediencia al Real Decreto-Ley 16/2012, 2013.

17 Juravle C., Weber T., Canetta E., Fries Tersch E., Kadunc M. [Fact finding analysis on the impact on Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence.](#) Bruselas: Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, 2013.



Miembros de MdM Alemania, Bélgica, Canadá, España, Francia, Grecia, Japón, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Estados Unidos demuestran su solidaridad con las personas sin cobertura médica en Grecia: mujeres embarazadas, niños y médicos intentan reunirse, separados por una barrera financiera. Flashmob de MdM, Plaza de Monastiraki, Atenas, 21 de febrero de 2014.

INTRODUCCIÓN A LA ENCUESTA DE 2013

En 2006 y 2008, el Observatorio Europeo de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo¹⁸ (MdM) realizó una encuesta referente específicamente a las personas en situación irregular, con una muestra de consultores en diferentes países europeos. En 2012, El Observatorio de la Red Internacional presentaba los datos recopilados del conjunto de personas encuestadas (ya no solo de las personas en situación irregular) en cinco ciudades europeas (Ámsterdam, Bruselas, Londres, Múnich y Niza).

El Observatorio de la Red Internacional de Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo puede consultarse en www.mdmeuroblog.wordpress.com

El año pasado, el informe de 2013 (basado en los datos de 2012 de 14 ciudades de siete países europeos) se centró en las dificultades de acceso a la sanidad y en las condiciones de vida de las personas en situación de exclusión en Europa, en tiempos de crisis y de aumento de la xenofobia en el continente.

Este año, tenemos el agrado de presentar en este documento los análisis de los datos recopilados de forma sistemática en 25 ciudades de ocho países europeos: Amberes y Bruselas (Bélgica); La Chaux-de-Fonds, en el cantón de Neuchâtel (Suiza); Múnich (Alemania); Atenas, Mitilene, Patras, Perama y Tesalónica (Grecia); 11 ciudades en España (Almería, Málaga, Sevilla, Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, Zaragoza, Toledo, Tenerife, Valencia y Alicante); Ámsterdam y La Haya (Países Bajos); Niza y Saint-Denis (Francia); Londres (Reino Unido).

¹⁸ El Observatorio Europeo pasa a denominarse “Observatorio de la Red Internacional” en 2011.

/ CIFRAS DE 2013 /

16 881 pacientes atendidos en 25 ciudades de 8 países europeos

29 400 consultas entre las cuales:
15 445 consultas médicas
21 913 diagnósticos

285 mujeres embarazadas

El **52,5%** vive en vivienda precaria
El **89,1%** vive por debajo del umbral de pobreza
El **36,2%** recibe un nivel bajo de apoyo moral
El **63,7%** no tiene permiso de residencia
El **83,5%** no dispone de cobertura médica

1 703 menores

El **35%** está vacunado contra la hepatitis B (excepto en Grecia: 58%)
A lo sumo, el **50%** está vacunado contra la tos ferina o la rubeola

→ Entre el conjunto de las personas encuestadas

El **43,7%** son mujeres

La edad media es de **32 años**

El **95,0%** son personas extranjeras

El **93,0%** vive por debajo del umbral de pobreza

El **11,4%** no tiene domicilio fijo

El **51,1%** emigra por razones económicas
el **31,1%** por razones políticas
el **23,1%** por razones familiares

El **45,5%** tiene derecho de residencia en Europa

El **38,0%** se ve o se ha visto afectado por una solicitud de asilo

Obstáculos en el acceso a la sanidad:

El **25,0%** financieros

El **22,8%** administrativos

El **21,7%** y falta de conocimiento o de comprensión del sistema sanitario y de los derechos

El **22,1%** ha renunciado a la atención sanitaria o a tratamientos médicos durante el año

El **16,8%** ha sufrido por lo menos un rechazo de atención sanitaria a lo largo del año

El **5,4%** ha sufrido racismo en las estructuras de salud durante el año

El **60,7%** de las personas sin permiso de residencia manifiestan limitar sus desplazamientos o actividades por miedo a la detención

El **63,1%** presenta una salud precaria

El **26,1%** siente tener una salud mala o muy mala

El **27,6%** manifiesta tener una salud mental mala o muy mala

El **34,3%** padece al menos una enfermedad crónica

El **30,0%** tiene al menos un problema de salud que necesita tratamiento según los médicos, pero que nunca tuvo seguimiento o tratamiento antes de acudir a MdM

El **77,3%** de los hombres y el **42,4%** de las mujeres han vivido en un país en guerra

El **47,0%** de los hombres y el **26,8%** de las mujeres han sufrido el hambre

El **10,0%** de las mujeres declaran haber sufrido agresiones, y el **6%** una violación

El **20,0%** de los actos de violencia se cometieron después de llegar al país de la encuesta

Cifras clave

Entre las personas encuestadas

El **15,6%** se encuentran aisladas socialmente sin posibilidad de contar con ayuda ajena

El **34,8%** considera que el estado de su vivienda es nefasto para su salud o la de sus hijos

El **2,3%** emigra por motivos de salud

El **64,5%** no se beneficia de ninguna cobertura de la atención sanitaria

El **76,3%** declara haber sufrido al menos una vez un acto de violencia

El **27,6%** declara tener una salud mental mala o muy mala

Entre las mujeres embarazadas

El **65,9%** carece de acceso a la atención prenatal

El **42,8%** recibió atención sanitaria en una fase demasiado avanzada del embarazo

El **70,0%** necesitaba atención sanitaria urgente o bastante urgente según los médicos

Entre los menores

Solo un **50%** en promedio está vacunado contra el tétanos

Un **70,0%** en promedio no está vacunado (o no sabe que lo está) contra la hepatitis B, la rubeola o la tos ferina

MÉTODOS

En 2013, cada paciente que acudió a consulta en uno de los programas de Médicos del Mundo asociado al Observatorio de la Red Internacional fue encuestado empleando al menos uno de los tres cuestionarios estándares multilingües y comunes establecidos (cuestionario social, cuestionario médico y cuestionario(s) de nueva consulta médica).

A lo largo de este documento, se utilizarán las siguientes abreviaturas:

- **BE** (Bélgica) para Amberes y Bruselas
- **CH** (Confederación Helvética – Suiza) para La Chaux-de-Fonds, en el cantón de Neuchâtel
- **DE** (Alemania) para Múnich
- **EL** (Grecia) para Atenas, Mitilene, Patras, Perama y Tesalónica
- **ES** (España) para Almería, Málaga, Sevilla, Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, Zaragoza, Toledo, Tenerife, Valencia y Alicante
- **FR** (Francia) para Saint-Denis (en las afueras de París) y Niza
- **NL** (Países Bajos) para Ámsterdam y La Haya
- **UK** (Reino Unido) para Londres

Médicos del Mundo y sus acciones

MdM trabaja para mejorar el acceso a la sanidad y la protección de los derechos humanos desde 1980. Somos una asociación internacional humanitaria que proporciona atención médica y contribuye a la mejora del acceso a los servicios sanitarios de las personas que enfrentan diversos factores de vulnerabilidad en todo el mundo. En nuestros 171 programas nacionales, trabajamos principalmente con las personas sin hogar, las personas usuarias de drogas, los ciudadanos europeos más desfavorecidos, las personas en situación de prostitución, la población migrante en situación irregular, los solicitantes de asilo, las comunidades romaníes, etc. Trabajamos principalmente con profesionales sanitarios voluntarios. [En el transcurso de las consultas médicas y sociales, recopilamos información sobre los principales determinantes sociales de la salud y sobre el estado de salud de los pacientes con el fin de determinar las dificultades que enfrentan.](#) También informamos a los pacientes sobre los sistemas sanitarios y sus derechos de acceso a la sanidad.

Nuestros programas conducen al empoderamiento gracias a la participación activa de los grupos de personas beneficiarias, la cual constituye un medio para identificar soluciones sanitarias y combatir la estigmatización y la exclusión de estos grupos. MdM apuesta por la creación de grupos de autoayuda con el objetivo de fortalecer a la sociedad civil y reconocer los conocimientos basados en la experiencia. Por consiguiente, nuestras acciones pueden conducir al progreso social no solo modificando leyes y prácticas sino también reforzando la equidad y la solidaridad.

Presentación sintética de los programas y los sitios de encuesta

En [Bélgica](#), se recopilan los datos rutinarios durante las consultas médicas, sociales y psicológicas que se realizan de día en los dos Centros de atención sociosanitaria y orientación de Bruselas y Amberes. Estas consultas gratuitas permiten el acceso sanitario a toda persona en situación precaria, independientemente de su estatuto administrativo. Se trata también de reintegrar a las personas en el sistema sanitario de derecho común informándoles sobre sus derechos y acompañándoles en la adquisición de los mismos.

En [Suiza](#), en el cantón de Neuchâtel, MdM organiza consultas sociales y enfermeras: en el marco de la red “Réseau Santé Migrations” establecida en La Chaux-de-Fonds, MdM se dirige principalmente a la población migrante. Además, MdM ofrece consultas enfermeras en los centros para los solicitantes de asilo.

En [Alemania](#), open.med ofrece, en colaboración con una asociación¹⁹ del centro de Múnich, llevar a cabo consultas médicas y sociales gratuitas para las personas sin cobertura médica, como los ciudadanos europeos en situación precaria (nacionales de Alemania inclusive) y las personas en situación irregular (la obligación del funcionamiento de denunciar toda persona en situación irregular ante el Ministerio de Inmigración hace que ésta no pueda acceder, de hecho, al sistema sanitario, siendo el servicio de urgencias su único recurso a la sanidad).

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Gisela, 55 años, alemana: “*La primera vez que oí hablar de Médicos del Mundo fue en la televisión. Me sorprendió mucho saber que había muchas otras personas sin cobertura médica.*” En mayo de 2013, Gisela vino a MdM. No había visto a un médico en cuatro años. Después de perder su trabajo cayó en una grave depresión. “*Estaba siempre asustada, sobre todo por el hecho de perder mi apartamento. No puedo ni siquiera pagar mi seguro médico de 500 euros mensuales.*” El médico de MdM la examinó y le hizo un análisis de sangre que reveló una anemia fuerte. En la siguiente visita, sospechando una enfermedad autoinmune, el médico la mandó al hospital, que le negó el acceso por no tener seguro médico. El hospital le pidió una garantía de pago de 200 euros. Finalmente, después de que MdM llamara al hospital, la hospitalizaron durante dos semanas. Al salir del hospital, un médico voluntario de MdM le proporcionó un seguimiento gratuito. Hoy, ella ha presentado una solicitud de reactivación de su seguro médico después de que MdM le informara de la nueva ley alemana (agosto de 2013)²⁰. Si su solicitud no prospera, el equipo de MdM le proporcionará ayuda para recuperar su cobertura médica.

MdM Alemania – Múnich – Enero de 2014

¹⁹ Café 104: cafe104.maxverein.de

²⁰ Antes de la ley de agosto de 2013, las personas que habían perdido su cobertura médica debían pagar el 5% de interés mensual además de su deuda (contribuciones) desde 2007. Ahora, el interés mensual se reduce al 1%.

En **Grecia**, MdM multiplica sus actividades en el país con el fin de responder a las necesidades masivas de las personas en los pueblos y en las islas, en situación de mayor precariedad y alejamiento de los profesionales de la salud y de las estructuras sanitarias. En 2013, se analizó una parte de los datos médicos y sociales de cinco policlínicas²¹ de Atenas, Patras, Perama, Tesalónica y Mitilene (isla de Lesbos). Estos dispositivos ofrecen atención primaria de salud y apoyo psicológico a toda persona carente de acceso al sistema nacional de salud. En Mitilene, se ofrece atención sanitaria, psicológica y jurídica a la población migrante que llega en barco a la isla y necesita una protección internacional. Patras recibe también una mayoría de migrantes.

En **España**, MdM dirige Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIM), cuyo objetivo principal es la integración de las personas en los dispositivos sanitarios y sociales de derecho común. Para ello, los equipos llevan a cabo acciones de concienciación, de promoción de la salud, de formación y de información para los profesionales de los centros de salud públicos, así como acciones de formación con y para los mediadores interculturales. Con vistas al informe del Observatorio 2013, 130 pacientes respondieron al cuestionario durante tres semanas de diciembre en los centros CASSIM de Tenerife²², Zaragoza, Bilbao, Sevilla, Málaga, Madrid, Alicante, Valencia, Mallorca, Almería y Toledo. Se integraron estos 130 expedientes en el análisis, aunque no se trate de una recopilación rutinaria de datos del año completo como en los otros países.

En **Francia**, para responder a las necesidades de las poblaciones más excluidas (principalmente sin cobertura médica efectiva y/o con recursos muy escasos), MdM estableció los Centros de atención sociosanitaria y orientación (CASO por sus siglas en francés). En 2013, se implantaron 20 CASO en territorio francés. Éstos ofrecen consultas sociales y médica, así como el acompañamiento de las personas en la tramitación de su acceso a las estructuras de derecho común. Con vistas al informe del Observatorio de la Red Internacional, se analizaron los datos de los centros CASO de Saint-Denis y de Niza.

En los **Países Bajos**, MdM ofrece a la población migrante en situación irregular consultas de ayuda semanales en Ámsterdam y en La Haya. Las personas reciben información sobre sus derechos. La mediación permite derivarlas hacia los profesionales de la salud del sistema de derecho común, en particular los médicos generalistas, con el objetivo de garantizar una continuidad en el seguimiento médico.

En el **Reino Unido**, MdM dirige un centro de atención sociosanitaria y orientación en la zona este de Londres, donde intervienen voluntarios, médicos, enfermeros, personal de acogida y trabajadores sociales que ofrecen atención sanitaria primaria a las personas excluidas, en particular a la población migrante y a personas en situación de prostitución. Una gran parte del trabajo consiste en inscribir a los pacientes en la lista de un médico generalista, lo que representa una puerta de entrada al sistema sanitario.

Estadísticas

Este informe contiene tres tipos de proporciones.

Las proporciones por país son, en su totalidad, *proporciones brutas* en todos los sitios de encuesta (independientemente del número de ciudades o de programas²³).

Las proporciones totales calculadas son, en su mayoría y a menos que se indique lo contrario, *proporciones medias ponderadas* (WAP o *weighted average proportion*) entre todos los países; lo cual permite corregir las diferencias de efectivos entre los países, que tienen así el mismo peso en el total. Cuando existen diferencias importantes entre esta *proporción media ponderada* (WAP) y la *proporción media bruta* (CAP o *crude average proportion*), esta última (que “aplata” la contribución de los países con efectivos reducidos) se incluye a veces también a título informativo.

Las personas encuestadas

Este informe se basa en el análisis de los datos relativos a 16.881 personas, de las cuales 1.703 son menores y 285 son mujeres embarazadas. Las mujeres representan el 43,7%.

País	Pacientes	% del total	Periodo de la encuesta
BE (2 ciudades)	2 382	13,2	01/01/2013-31/12/2013
CH (1 ciudad)	237	1,3	03/01/2013-30/12/2013
DE (1 ciudad)	520	2,9	04/01/2013-27/12/2013
EL (5 ciudades)*	3 430	19,0	01/01/2013-31/12/2013
ES (11 ciudades)**	130	0,7	02/12/2013-26/12/2013
FR (2 ciudades)	9 002	49,7	01/01/2013-26/12/2013
NL (2 ciudades)	133	0,7	03/01/2013-19/12/2013
UK (1 ciudad)***	1 047	5,8	01/01/2013-20/12/2013
Total (25 ciudades)	16 881	100	

*En Grecia, en al menos dos de las cinco ciudades, se registró una proporción muy baja de pacientes en la base de datos (16%).

**En España, se incluyeron 125 expedientes relativos a 3 semanas de actividad en 10 de las 11 ciudades y 25 casos a lo largo del año 2013 en las islas Canarias.

***En Londres, se interrumpieron las consultas médicas durante 5 meses, del 14/05 al 21/10/2013.

21 En 2013 en Grecia, la base de datos analizada en este informe registra los siguientes porcentajes de pacientes: aproximadamente el 3% en Atenas, cerca del 13% en Tesalónica, 50% en Patras, 57% en Perama y 91% en Mitilene.

22 En Tenerife, se administraron 25 cuestionarios durante el año 2013.

23 En un mismo país, si un programa de una ciudad atiende 10 veces menos de pacientes que otro programa de otra ciudad, la representación proporcional del primero será de una décima parte con respecto al segundo.



Grecia, 2014

ENFOQUE EN LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

El total de mujeres embarazadas atendidas en consulta fue de 285 (principalmente en Bélgica, Alemania y Francia), representando el 6,2% de las pacientes. La edad media de las mujeres embarazadas es de 27,6 años, **el 3,2% son menores**, y la más joven tiene 14 años. En cuanto a sus condiciones de vivienda, **el 52% de las mujeres embarazadas atendidas en consulta habita una vivienda inestable**; un tercio de ellas (32,3%) vive en condiciones que considera nefastas para su salud, y el 4,8% no tiene domicilio fijo. La inmensa mayoría (89,1%) vive por debajo del umbral de pobreza²⁴.

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Anthéa, mujer griega de 34 años, ingresó en un hospital de maternidad pública tras el nacimiento de su hijo. No tenía ni cobertura médica ni ingresos. Su marido y ella estaban desempleados. Nos dijo que el personal de la clínica se negó a darles el certificado de nacimiento “mientras no pagaran la factura de hospitalización”. Esta acción es contraria a la ley, por lo que MdM intervino para garantizar que la familia recibiera este documento, conforme a la ley garante del derecho de todo hijo(a) a tener una existencia jurídica.

MdM Grecia – Atenas – 2013

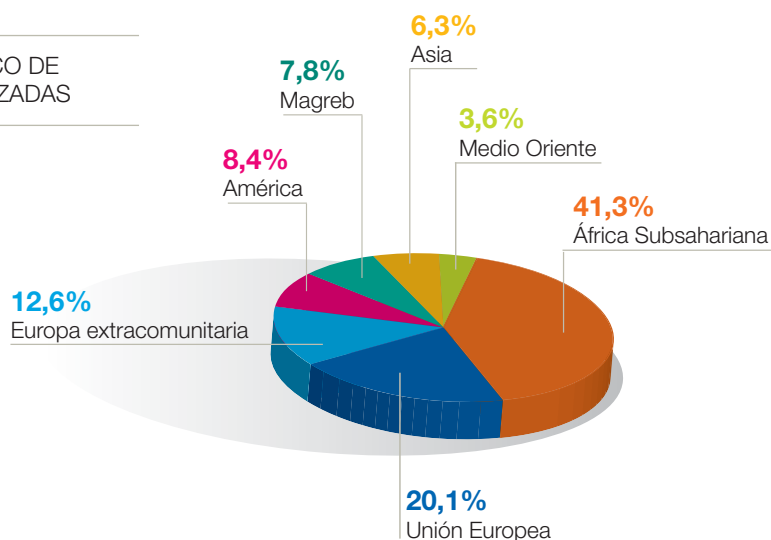
→ NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS POR PAÍS Y PROPORCIÓN EN EL TOTAL DE MUJERES

	Número de mujeres embarazadas	% del total
BE	94	33,0
CH	6	2,1
DE	57	20,0
EL	17	6,0
ES	5	1,8
FR	65	22,8
NL	14	4,9
UK	27	9,5
Total	285	100,0

²⁴ El umbral de pobreza considerado es el del país de la encuesta. La información facilitada sobre los recursos no incluye el número de personas que viven de éstos; si pidiéramos esta información, obtendríamos un índice más alto de personas que viven por debajo del umbral de pobreza, e incluso quizás la totalidad.

La casi totalidad de las mujeres embarazadas atendidas (94,7%) son de nacionalidad extranjera, principalmente de África Subsahariana (41,3%), de la UE (20,1%) y de países europeos extracomunitarios (12,6%).

→ ORIGEN GEOGRÁFICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Adjoua, mujer beninesa de 28 años, está embarazada de tres meses cuando se presenta en un centro CASO por primera vez. No dispone entonces de alojamiento y no recibe ningún seguimiento del embarazo. Nos contactamos con el Samu Social para que le asigne una habitación en un hotel. Durante su embarazo, se aloja en dos hoteles distintos, obligándola así a cambiar de centro de maternidad. Al nacer su hija, regresa a su habitación de hotel a pesar de que ésta tenga serios problemas de humedad: las paredes de la habitación están cubiertas de moho, el agua se filtra y se hace muy difícil respirar. Su hija, de tres semanas, es hospitalizada en urgencia durante una semana. No se les asigna otra habitación de hotel hasta tres semanas después.

MdM Francia – Saint-Denis – Junio de 2013

El 41,8% de las embarazadas indican tener a su cargo uno o varios menores. De este porcentaje, el 44,3% viven separadas de uno o varios de sus hijos menores (el 38,5% están separadas de todos sus hijos menores).

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Macire, 28 años, de Kenia: "Llegué a Alemania hace un año con mis dos hijos (de 7 y 3 años) para seguir a mi compañero, que es ciudadano alemán. Al poco tiempo de llegar, me di cuenta de que estaba embarazada; no sabía qué hacer con este embarazo, ya que teníamos pocos ingresos y yo no tenía cobertura médica. Desafortunadamente, no teníamos los medios para pagarla, y al no trabajar, tenía que pagar la totalidad de las contribuciones mensuales. En open.med, tuve mi primera consulta, y desde entonces vengo todos los meses a la consulta para mujeres embarazadas. Aquí me dieron una cartilla con toda la información sobre mi embarazo. Hoy en día, están intentando conseguirme un seguro médico asequible. Open.med me ha ayudado mucho a darme cuenta de que podía ser madre de nuevo. Aunque el futuro sea incierto, ahora tengo esperanza. Espero conseguir mi propio seguro médico antes de dar a luz. Temo que la factura del parto vaya a ser muy alta."

MdM Alemania – Múnich – Enero de 2014

Hay que destacar que el 36,2% de las mujeres embarazadas manifiesta tener un nivel bajo de apoyo moral y, entre ellas, un 10% carece por completo de este apoyo²⁵. Estas mujeres embarazadas se encuentran tan aisladas como el resto de las mujeres encuestadas.

El análisis de la situación administrativa de las 285 mujeres embarazadas atendidas en consulta muestra que el 63,7% no tiene permiso de residencia: el 15,8% de ellas son ciudadanas de la UE y el 47,9% son ciudadanas extracomunitarias.

25 Sobre el tema del apoyo moral, solo se encuestó a un tercio de las mujeres (94).

→ SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

	n	%
Sin necesidad de permiso de residencia (nacionales)	16	6,0
<i>Ciudadanas de la UE</i>		
Sin autorización para permanecer	42	15,8
Sin necesidad de permiso de residencia (vive en el país desde hace menos de 3 meses)	14	5,3
Autorizadas a permanecer (recursos oficiales suficientes y cobertura médica válida)	6	2,3
<i>Ciudadanas extracomunitarias</i>		
Sin permiso de residencia	127	47,9
Solicitante de asilo	20	7,5
Visado (turismo, estancia corta, estudios)	16	6,0
Permiso de residencia válido	14	5,3
Permiso de residencia en otro país europeo	5	1,9
Visado de trabajo	3	1,1
Protección a título humanitario	2	0,8

* Vive en el país desde hace más de 3 meses sin recursos financieros suficientes y/o sin cobertura médica.

El 7,5% se encuentra en proceso de solicitud de asilo, el 34% está solicitando o ha solicitado en algún momento el asilo y, entre estas mujeres, a la mitad se les ha negado el derecho de asilo.

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Lisa, 33 años, de Mongolia. Le acaban de rechazar la solicitud de asilo y está ahora considerada como una ilegal. Hasta esta negativa, podía recibir atención sanitaria en el sistema de salud público. Tras dos abortos con medicamentos fallidos, va por tercera vez al mismo hospital. Sufre dolores costales y vómitos.

El ginecólogo no quiere atenderla si no paga varios cientos de euros. Lisa y su compañero acuden a MdM, que les informa sobre la nueva ley que ampara a las personas en situación irregular y que les reconoce el derecho a la atención obstétrica y a la interrupción del embarazo.

Dos semanas después, el compañero de Lisa vuelve al hospital con la información sobre la nueva ley para las personas en situación irregular. En el mostrador de recepción, nadie sabía de la existencia de esta ley. Al final, Lisa recibe una factura de 45 euros por la visita y la prestación del servicio de interrupción del embarazo.

MdM Suecia – Estocolmo – 2013

Como consecuencia de su situación administrativa, **casi una de cada dos mujeres embarazadas (45,1%) limita sus desplazamientos por miedo a la detención**: ocasionalmente (18,3%), frecuentemente (18,3%) y muy frecuentemente (8,5%). Esto representa un obstáculo adicional considerable al acceso al seguimiento del embarazo.

Independientemente de su situación administrativa, **el 83,5% de las mujeres embarazadas atendidas en MdM no dispone de ninguna cobertura médica²⁶**, lo que significa que debe pagar su atención sanitaria en la mayoría de los países (excepto, por ejemplo, en Francia, donde el seguimiento del embarazo puede ser gratuito para todas las mujeres independientemente de su cobertura médica y, en teoría, de su situación administrativa; y también en España, donde las mujeres embarazadas en situación irregular deberían recibir atención pre y postnatal (y durante el parto) al igual que el resto de las mujeres).

→ COBERTURA MÉDICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

	n	% de mujeres embarazadas
Ninguna cobertura/ debe pagar todo	156	65,8
Acceso único a urgencias	42	17,7
Cobertura en otro país europeo	15	6,3
Cobertura médica total	11	4,6
Cobertura médica parcial	9	3,8
Atención continuada	4	1,7

²⁶ Incluimos a las mujeres sin ninguna cobertura médica junto con las que solo pueden acudir a urgencias, es decir, aquellas que no tienen acceso a la asistencia sanitaria ni cobertura médica.

2013/14	
	Total to be charged
	€
Non complex pregnancy (normal or assisted delivery without complications, up to 2 days stay, 2 scans, 4 outpatients appointments)	5,176
Complex pregnancy (normal or assisted delivery with complications, up to 5 days stay, 2 scans, 4 outpatients appointments)	9,233
Booking visit only - no scan	771
Out patients visit only - no scan	402
Per Scan	160
Less than 12 hours admission (non-delivery stay)	953
Less than 24 hours admission (non-delivery stay)	1,139
Non complex delivery - includes up to 3 nights stay	4,078
Complex delivery - includes up to 4 nights stay	8,135
Per night in addition to any of the above (delivery or non-delivery)	559
Caesarian delivery with complications - includes 4 nights stay	9,793

2013/14	
	Total to be charged
	€
Neonatal Intensive Care Unit - Level 1	2,476
Neonatal Intensive Care Unit - Level 2	1,559
Special Care Baby Unit	1,010

Presupuesto de 4.930 a 11.720 euros para dar a luz en el hospital, MdM RU, Londres 2014.

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Nina, una mujer marroquí embarazada de 7 meses, solicitó su permiso de residencia en abril de 2013. Posteriormente solicitó la tarjeta del seguro médico en la seguridad social. Sin embargo, al no tener un Número de Identidad de Extranjero válido (NIE) ni trabajo, y al no poder inscribirse como derechohabiente (no estaba casada), desestimaron su solicitud de tarjeta bajo el pretexto de haber solicitado el permiso de residencia después del 24 de febrero de 2012. Posteriormente, el servicio administrativo del centro de salud la remitió de nuevo al centro de seguridad social para “solucionar el problema de la tarjeta”. Un día, Nina se siente mal y se presenta en urgencias. Una médica se preocupa por su situación y, sin saber qué hacer, la deriva a MdM. Es ahí donde Nina y la médica tienen constancia por primera vez de que las mujeres embarazadas tienen derecho a un acceso sanitario sea cual sea su situación administrativa. La médica se informa de los procedimientos a seguir a través de MdM y afirma que los pondrá en conocimiento del personal de la administración del centro. De esta manera, Nina podrá presentar los documentos necesarios y obtener “la atención sanitaria para situaciones especiales”.

MdM España – Castilla La Mancha – Junio de 2013

El 65,8% de las mujeres embarazadas que llegan a nuestros centros de atención carece de acceso a la atención prenatal y, según los médicos, el 42,8% recibió atención en una fase demasiado avanzada del embarazo, es decir, después de la semana 12.

Cuando acuden a la consulta médica por primera vez, los médicos determinaron que más del 70% de las mujeres embarazadas necesitaban atención urgente (35,6%) o bastante urgente (36,7%).

Privación del certificado de nacimiento a los recién nacidos de mujeres que no han podido pagar.

Últimamente, los equipos de MdM son testigos de las negativas a conceder certificados de nacimiento, lo cual atenta contra el derecho fundamental de todo ser humano a tener un reconocimiento de su existencia. Testimonios en Bélgica y Grecia demuestran la espiral infernal generada por la obsesión de recuperar los costes, aun contraviniendo los derechos fundamentales.

Por tanto, ¿los hijos nacidos de padres demasiado pobres para pagar el parto no tendrían derecho a existir en Europa? ¿Cómo podemos tolerar semejante deriva? MdM insta a las instituciones europeas y a los gobiernos que garanticen a cada niño una existencia legal.

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Maritza, una mujer armenia de 33 años, vive en Bélgica desde hace 7 años. Al principio, vivía de pequeños trabajos pero empezó a sufrir problemas psiquiátricos (trastornos de ansiedad). En base a su solicitud de residencia por razones médicas, ella recibió una prestación mínima y la ayuda médica del centro público de acción social (CPAS por sus siglas en francés) durante varios meses. Esta solicitud de residencia por razones médicas fue finalmente rechazada, por lo que dejó de percibir las ayudas. Maritza vino al centro de MdM embarazada de seis meses para informarse sobre el seguimiento del embarazo y el parto, y también pidió ver a un psiquiatra por su ansiedad. Ella debería poder recibir la Ayuda Médica Urgente (AMU, otorgada por el CPAS) específica para las personas en situación irregular. Como Maritza ya no estaba en condiciones de trabajar y por tanto de pagar una habitación, le dieron alojamiento unos compatriotas suyos. El CPAS pide un certificado de alojamiento, un documento de identidad y la declaración de ingresos de los que alojan a la persona, quienes se muestran siempre muy reticentes a presentar este tipo de documentos. El CPAS consideró entonces que se trataba de una negativa a colaborar y la petición de la AMU fue desestimada por no poder hacerse dicha investigación social. Con respecto al seguimiento prenatal, a Maritza la remitieron de inmediato a *Kind en Gezin* (Hijo y familia). Maritza dio a luz a principios de primavera. Ingresó en el hospital, pero al no ser beneficiaria de la AMU y a pesar de sus 21 horas de trabajo de parto, la obligaron a volver a su casa al día siguiente de dar a luz. Por si fuera poco, el hospital se negó a darle el certificado de nacimiento, necesario para la inscripción del bebé en el registro municipal. La intervención del servicio social de MdM facilitó la entrega del certificado.

MdM Bélgica – Amberes – 2013



Consulta pediátrica en MdM España.

ENFOQUE EN LA VACUNACIÓN DE MENORES

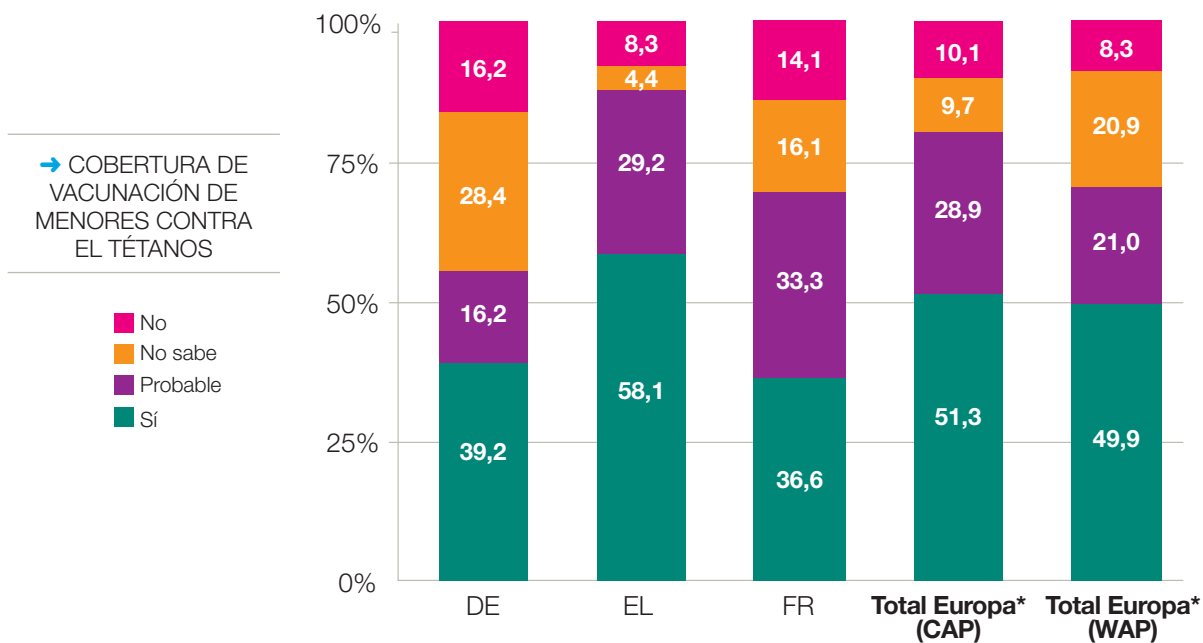
Un total de 1.703 pacientes menores fueron a consulta en uno de los centros vinculados con la encuesta, o sea el 10,4% de los pacientes para los cuales se ha indicado una edad.

En los seis países europeos en los cuales se recogieron datos sobre la vacunación, (los centros de España no reciben menores, y en Londres no se planteó esta pregunta), **solo uno de cada dos menores estaba vacunado contra el tétanos** (proporción media ponderada del 49,9%). En el peor de los casos, solo el 36,6% estaba vacunado contra el tétanos... Un tercio de los menores seguramente no estén vacunados o no lo saben (lo que es lo mismo en términos de indicación formal de vacunación), y el 21% lo estaban probablemente, pero de manera incierta (lo cual requeriría igualmente volver a vacunarlos dada la gravedad potencial de la enfermedad).

→ NÚMERO DE MENORES POR PAÍS

	Número de menores	% del total
BE	257	15,1
CH	23	1,4
DE	79	4,6
EL*	713	41,9
FR	608	35,7
NL	5	0,3
UK	40	2,3
Total	1703	100

* La base de datos analizada en este informe solo recoge el 13% de los menores que acudieron a consulta en las cinco policlínicas griegas.



*Total, inclusive BE, CH, DE, EL, FR y NL²⁷

Pero hay que destacar que la actividad de vacunación (interna) de los programas de MdM es excepcional: solo los centros griegos y el de Múnich realizaron vacunas infantiles²⁸.

Respecto a la vacunación contra la hepatitis B, los índices son aún peores: a excepción de Grecia (con un 58,7% de menores vacunados), los índices no superan el 35% en el resto de los países donde se planteó la pregunta.

Conviene recordar que la mayoría de los países europeos han seguido la recomendación de la Organización Mundial de la Salud²⁹ (OMS) de incluir esta vacuna en los programas nacionales de vacunación. En estos países, la cobertura de vacunación de la población general se sitúa aproximadamente en un 93%³⁰.

En cuanto a la vacuna contra la tos ferina o la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubeola), los índices de vacunación son casi los mismos que para la hepatitis B. En el mejor de los casos, uno de cada dos menores está vacunado contra la tos ferina (33,3% en el peor de los casos), siendo la misma proporción para la triple viral (25,7% en el peor de los casos) cuando, en la mayoría de los países de la encuesta, la cobertura de vacunación contra la tos ferina y la rubeola a la edad de 2 años alcanza (y generalmente supera) el 90%³⁰.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Anton, 5 años, y su familia dejaron Bulgaria en 2013 para trasladarse a Múnich. “Al principio, toda la familia tenía seguro médico gracias a mi trabajo, pero lo perdí, y con él la cobertura médica. Cuando Anton tuvo fiebre, lo llevamos por primera vez a open.med. También nos preocupaban un problema de pigmentación de piel y sus manos hinchadas”, cuenta su madre. El equipo de open.med lo citó con un dermatólogo, que diagnosticó una “dismorfia genética” y mandó hacer una prueba genética, pero ni los padres ni MdM podían pagar esta prueba demasiado cara. El pediatra de MdM pidió la cartilla de vacunación de Anton, pero sus padres, que nunca habían visto tal cartilla, no sabían qué vacunas había recibido ya. MdM les preguntó también sobre su cobertura médica en Bulgaria. A pesar de que Anton podía recibir atención médica en Bulgaria, sus padres no tenían la tarjeta sanitaria europea. “Espero que open.med pueda ayudarnos a conseguir una cobertura médica en Alemania para poder llevar a Anton a hacer la prueba genética.”

MdM Alemania – Múnich – Enero de 2014

El conocimiento de los lugares de vacunación

Los pacientes encuestados sobre la vacunación de sus menores fueron también interrogados sobre su conocimiento de los lugares de vacunación. Casi el 40% (39%) no sabía adónde ir para vacunar a sus hijos. Después de Suiza (donde prácticamente la totalidad de las personas saben adónde acudir), las personas en Francia eran las mejor informadas sobre los lugares de vacunación.

27 Por razones de comparación entre países, solo incluimos la información de aquellos en los que hemos obtenido respuestas sobre más de 75 menores.

28 Conviene precisar que las cinco policlínicas griegas atendieron a un total de 5.596 menores y realizaron 5.327 vacunaciones. Nuestra base de datos refleja únicamente el 13% de estos menores, sin computar el total de 7.654 menores atendidos en las unidades móviles, donde se realizaron 3.261 vacunaciones.

29 De Franchis R., Marcellin P., et al. EASL International Consensus Conference on Hepatitis B. J Hepatol 2003; 39: S3-25.

30 OCDE. Programmes de vaccination des enfants. En: *Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE*. París, Éditions OCDE, 2011. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-50-fr.

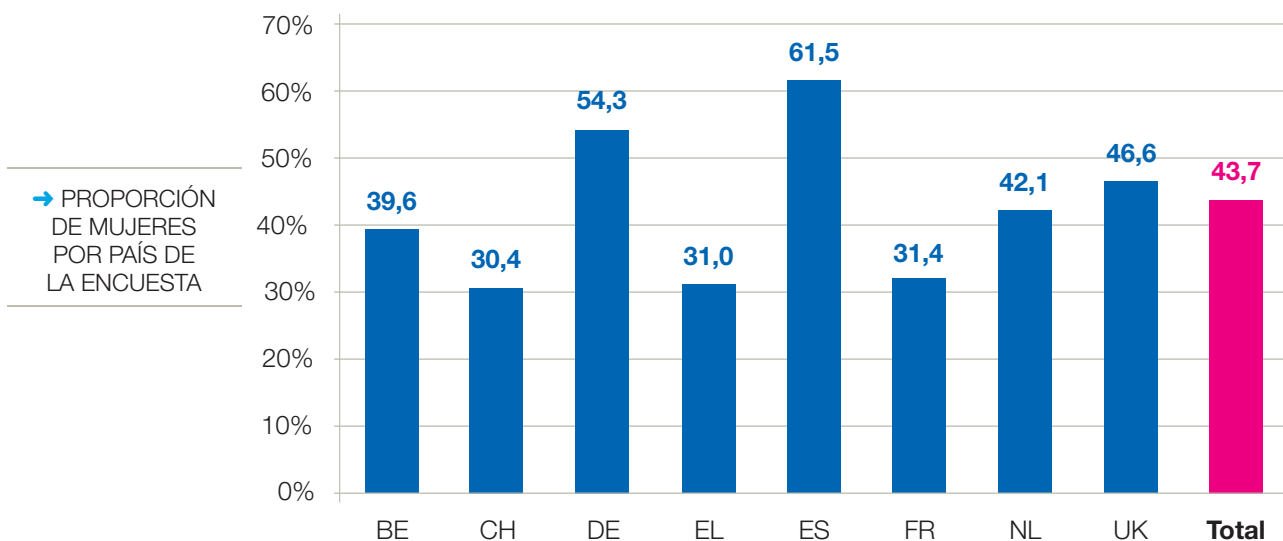


Centro de atención sociosanitaria y orientación, Marsella, Francia, 2013.

LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Sexo y edad

Del total de pacientes atendidos(as) en 2013 en MdM, el 43,7% son mujeres. La edad media de los pacientes atendidos es de 33,1 años (mediana = 32). La mitad de los pacientes tienen entre 24 y 42 años.

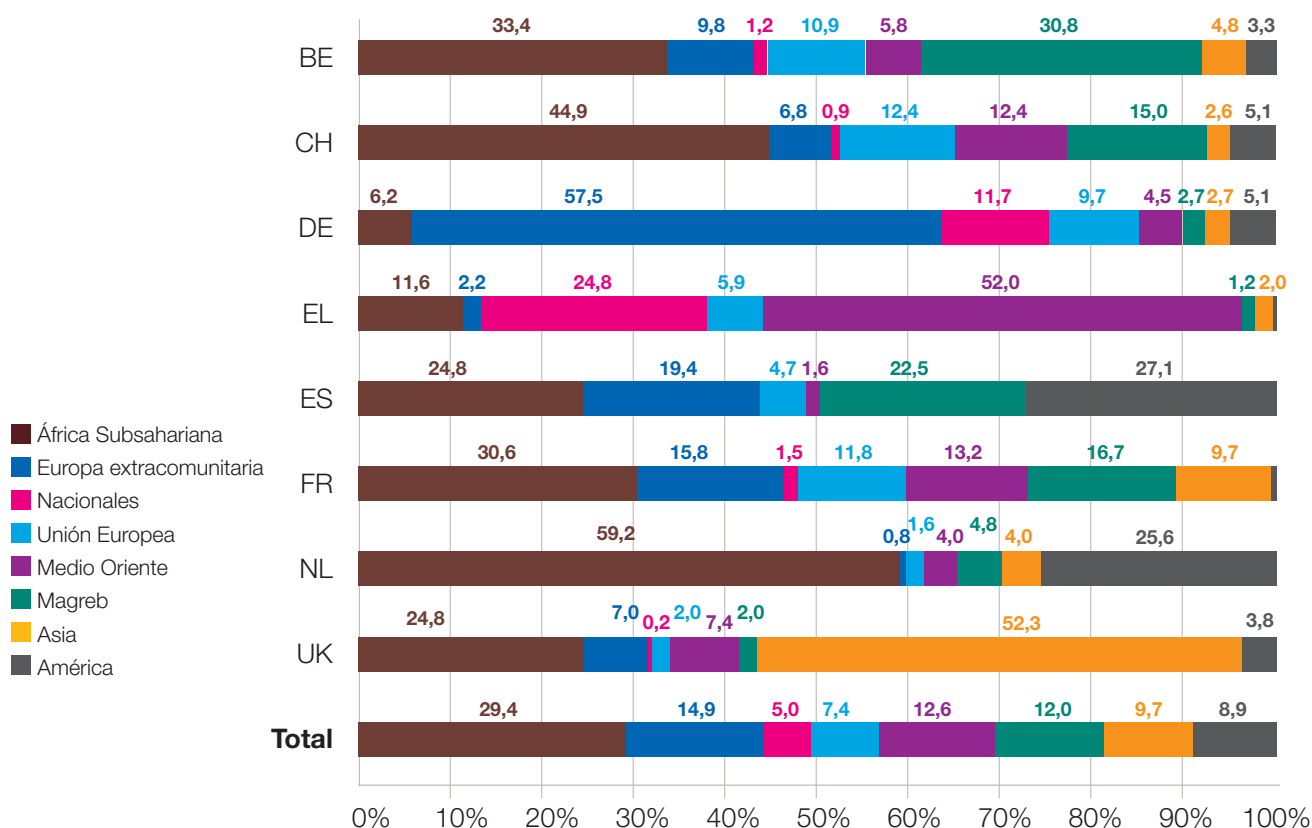


Nacionalidad y zona geográfica de origen

La gran mayoría de los pacientes atendidos en los centros y programas de MdM son inmigrantes (95%). Las regiones de origen de los pacientes son África Subsahariana (29,4%), Europa (14,9% de la UE y 7,4% fuera de la UE), Medio Oriente³¹ (12,6%), Magreb (12%), Asia (en sentido amplio, 9,7%), América (principalmente América Latina, 8,9%).

La población ciudadana de la Unión Europea ocupa la segunda posición.

→ REGIONES DE ORIGEN DE LOS PACIENTES POR PAÍS DE LA ENCUESTA



En **Francia**, en el centro de Saint-Denis, la mayoría de las personas atendidas son de origen rumano, paquistaní e indio; en Niza, son principalmente oriundos del Magreb y África Subsahariana.

En **Bélgica**, las personas que frecuentan los centros de MdM son mayoritariamente de Marruecos, Guinea y República Democrática del Congo.

En los **Países Bajos**, las personas de Nigeria y Ghana son más numerosas que las de origen surinamés.

En **Londres**, las personas del subcontinente indio (Bangladesh e India) son las más numerosas, seguidas por las de origen filipino.

En **Múnich**, a las personas de origen búlgaro les siguen las de origen alemán y rumano.

En **Grecia**, los pacientes más frecuentes son los de origen afgano, seguidas por aquellos de origen griego y sirio, que aparecen más notoriamente este año (ocupaban la décima posición el año pasado).

31 Para este informe, el término Medio Oriente incluye Afganistán, los Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Irán, Irak, Kazakstán, Kuwait, Kurdistán, Jordania, Líbano, Pakistán, Palestina, Siria y Yemen.

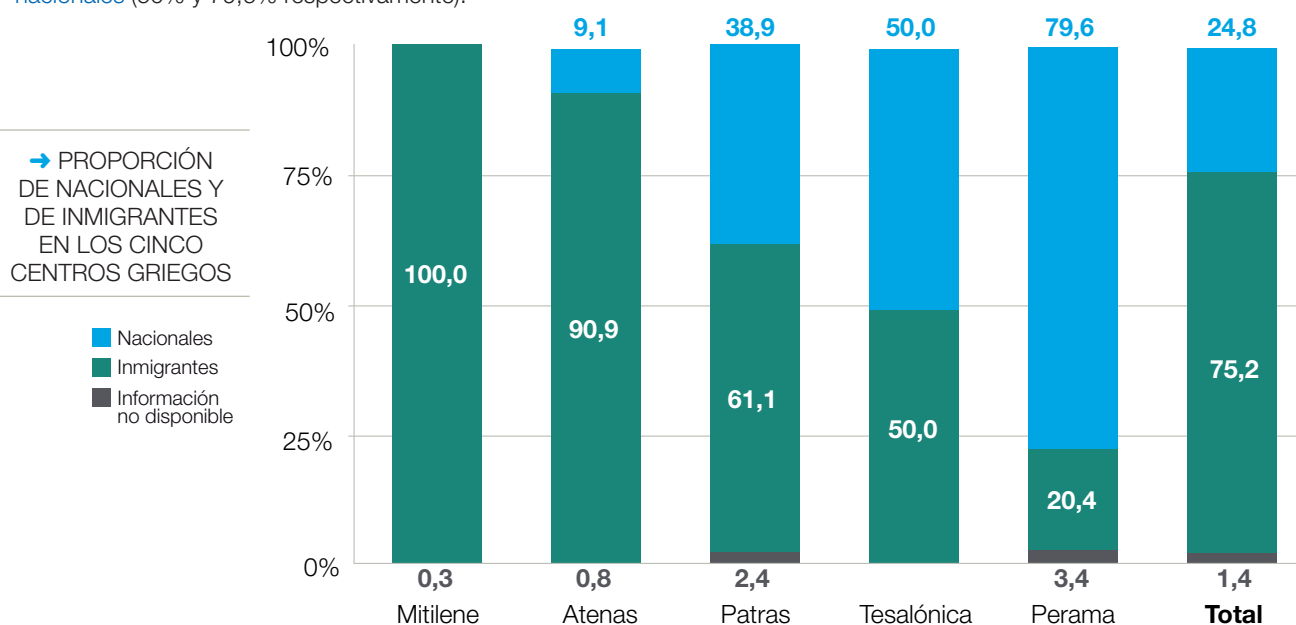
→ LAS DIEZ NACIONALIDADES CON MAYOR REPRESENTACIÓN, POR PAÍS

Bélgica	Suiza	Alemania	Grecia	España	Francia	Países Bajos	Reino Unido
Marruecos (545)	Nigeria (26)	Bulgaria (190)	Afganistán (1151)	Marruecos (24)	Rumanía (1031)	Nigeria (35)	Bangladesh (165)
Guinea (137)	Eritrea (17)	Alemania (60)	Grecia (838)	Rumanía (19)	Paquistán (873)	Ghana (22)	India (117)
RD Congo (137)	Afganistán (15)	Rumanía (59)	Siria (530)	Nigeria (8)	India (575)	Surinam (13)	Filipinas (108)
Argelia (123)	Argelia (14)	Serbia (22)	Albania (173)	Cuba (6)	Túnez (514)	Brasil (5)	Uganda (99)
Camerún (113)	Marruecos (13)	Polonia (14)	Somalia (170)	Guinea (6)	Costa de Marfil (512)	Colombia (3)	China (76)
Nigeria (65)	Gambia (10)	Hungría (10)	Sudán (64)	Senegal (5)	Malí (470)	Egipto (3)	Nigeria (63)
Rumanía (63)	Guinea-Bissau (8)	Mongolia (10)	Bangladesh (59)	Honduras (4)	Marruecos (417)	Ecuador (3)	Vietnam (43)
Afganistán (62)	Georgia (6)	Afganistán (8)	Eritrea (57)	Nicaragua (4)	Argelia (370)		Rumanía (39)
Senegal (62)	Portugal (6)	Croacia (8)	Bulgaria (52)	Venezuela (4)	Moldavia (351)	-	Paquistán (30)
Bulgaria (46)	Túnez (6)	Irak (8)	Paquistán (51)		Cabo Verde (254)		Afganistán (28)

La proporción de pacientes de Medio Oriente³² aumentó considerablemente entre 2012 y 2013 por razones de conflicto político en esta región. En 2013, la cifra alcanza el 30,8% en Bélgica, el 22,5% en España, el 16,7% en Francia y el 15% en Suiza. En Grecia, la población siria constituye, en 2013, la tercera nacionalidad más representada (15,5%).

En Francia, la inclusión de un segundo centro (Saint-Denis, en la región parisina), además del de Niza, explica la inversión de los datos del informe sobre las personas de origen magrebí/africano subsahariano entre 2012 y 2013. De hecho, en 2012 en Niza, la población magrebí representaba el 36%, frente al 19,9% de población africana subsahariana. Este año, el total de los dos centros sitúa a las personas de origen africano subsahariano en primera posición (31%), muy por delante de la población magrebí (17%).

En Grecia, la proporción de nacionales sigue siendo la más importante entre todos los países de la encuesta: una cuarta parte de los pacientes atendidos en Grecia son de origen griego. Esta disminución aparente entre 2012 (la mitad de pacientes eran de origen griego) y 2013 se explica por la participación en la encuesta de un nuevo centro frecuentado exclusivamente por la población inmigrante (Mitilene, abierto en 2013). En Tesalónica³³ y Perama, la mayoría de los pacientes atendidos en consulta son siempre nacionales (50% y 79,6% respectivamente).



³² Incluye AF, EG, IQ, IR, PS, SY y YE.

³³ La base de datos de este informe solo recoge el 13% de los pacientes atendidos en Tesalónica y el 57% en Perama, lo cual justifica en gran parte la disminución de la proporción de la población griega en el total de la población atendida.

Tiempo de residencia de la población extranjera en el país de la encuesta

Para pacientes no nacionales, la última fecha de entrada en el país de la encuesta permite determinar en ciertos países su situación administrativa con respecto al acceso a la sanidad. En promedio, la población extranjera reside en el país desde hace casi 3 años (32,5 meses); el 50% de esta población está desde hace entre 4 meses y 3 años. Las antigüedades de residencia son notoriamente más largas en España y en Londres (promedio de 64 meses, o algo más de 5 años), en los Países Bajos (promedio de 87,8 meses, o algo más de 7 años) y en Bélgica (promedio de 40,8 meses, o sea casi 3,5 años) que en el resto de los países, donde los promedios giran en torno a los veinte meses.

Estas cifras demuestran de nuevo el carácter mitológico de la migración sanitaria, ya que los pacientes atendidos solo acuden a consulta pasado un largo periodo en territorio europeo.

Razones de migración

Como cada año, se interrogó a la población migrante acerca de las razones que motivaron su decisión de emigrar (excepto en Bélgica y en Francia). Varias respuestas eran posibles.

→ RAZONES DE MIGRACIÓN POR PAÍS

	CH	DE	EL	ES	NL	UK	Total (CAP)	Total (WAP)
Razones económicas (imposibilidad de ganarse la vida en el país de origen)	28,2	65,9	69,9	60,0	41,9	38,1	48,1	47,2
Razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual	23,6	4,6	40,2	4,8	31,0	28,5	23,7	24,2
Para reencontrarse con o acompañar a otra persona	18,2	31,8	3,8	22,4	14,0	10,7	15,2	14,6
Razones de conflicto familiar	10,0	3,5	2,9	5,6	13,2	7,2	6,7	8,5
Para huir de la guerra	16,4	5,8	8,4	5,6	6,2	4,7	6,0	6,9
Para garantizar el futuro de sus hijos	0,0	4,6	2,1	10,4	2,3	2,1	3,1	3,9
Para estudiar	1,8	3,5	0,8	1,6	1,6	4,9	3,6	2,6
Razones personales de salud	3,6	4,1	2,5	6,4	0,8	0,9	2,3	3,0
Otras	9,1	11,3	2,5	4,0	2,3	15,6	11,2	7,8
Total*	110,9	135,0	133,1	120,8	113,2	112,8	119,9	118,8
Índice de respuesta	46,8	94,3	9,2	96,2	97,0	95,0		

* Varias respuestas posibles - En Francia, no se incluyó esta pregunta; en Bélgica, solo se podía plantear a uno de cada siete pacientes; y Grecia presenta un índice de respuesta muy bajo (9,2%).

Al igual que en 2012, las razones esgrimidas con más frecuencia son claramente las de carácter económico (48,1%), político (en total, 23,7% + 6% "Para huir de la guerra") y familiar (reencuentro familiar en un 15,2%, y conflicto familiar en un 6,7%)³⁴.

Las razones de salud son notablemente escasas (un 2,3%, comparable a las cifras de 2008 y 2012³⁵). En los países cuyo acceso a la sanidad es especialmente complicado para las personas en situación precaria de residencia (Alemania y Suiza), las razones de migración por salud, aun con índices bajos, son entre las más frecuentes³⁶ (4,1% y 3,6% respectivamente). Londres solo recoge un 0,9% de personas esgrimiendo razones de salud, lo que demuestra una vez más la incongruencia del discurso que acusa a la población migrante de emigrar supuestamente para aprovecharse del sistema sanitario británico.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Víctor, 56 años, rumano: "Nací en 1958 y crecí en B., Rumanía. Estaba casado y tenía dos hijos. En mi país, ya no tenía las condiciones para encontrar trabajo, por lo que decidí venir a Alemania para trabajar. Llegué en mayo de 2008 y encontré trabajo en la construcción. Trabajaba varias horas todos los días, pero no sabía que mi empresa estaba obligada a pagar mi seguro médico por ley. En 2012, tenía dolores musculares con frecuencia, así que decidí acudir a MdM. Al poco tiempo, mis dolores aumentaron, sobre todo en la pierna, pero aun así seguí yendo a trabajar, lo cual era muy difícil porque estaba agotado físicamente. En mayo de 2013, regresé a open.med, y el médico me dijo que se trataba de una urgencia, así que me envió al hospital. Allí me diagnosticaron una hernia discal lumbar y me operaron de inmediato. Después de 11 días en el hospital, me atemorizó ver el importe de la factura: 4000 euros. Pedí ayuda a MdM, quienes hablaron con varias instituciones sociales y me remitieron a un organismo de beneficencia (Cáritas). Fue un gran alivio saber que no tendría que pagar los costes de la operación. El médico del hospital me dijo que normalmente, después de la cirugía, los pacientes deben hacer unas sesiones de fisioterapia, pero sin seguro no me lo podía permitir. Afortunadamente, open.med pudo organizar algunas de estas sesiones en las que aprendí unos ejercicios para practicar en casa, y con el paso del tiempo empecé a recuperarme."

MdM Alemania – Múnich – Enero de 2014

³⁴ Proporciones medias brutas (CAP) (por motivos de comparación con los datos de 2012).

³⁵ En 2008 y 2012, el 6% y el 16% respectivamente de las personas encuestadas presentan la salud como una de las razones de migración.

³⁶ No se tiene en cuenta la cifra en España, donde la migración es la más antigua entre todos los pacientes atendidos en 2013. En otra época, la población inmigrante más antigua podía acceder a la asistencia sanitaria, al contrario de lo que ocurre hoy día en el caso de las personas en situación irregular.



Barrios de chabolas en Francia, 2013.

LAS CONDICIONES DE VIDA

Condiciones de vivienda

En total, en los siete países donde se planteó esta pregunta, el 62,4% de los pacientes residen en una vivienda inestable o temporal³⁷ (en Suiza y en los Países Bajos principalmente).

Un tercio de las personas encuestadas (34,8%) consideran que su vivienda se encuentra en condiciones nefastas para su salud o la de sus hijos.

En Múnich y en Londres, las condiciones de vivienda aparentan ser las menos nefastas.

Entre los pacientes atendidos en los programas de MdM, el 11% no tiene domicilio fijo (el 20% de los hombres), el 7% está alojado por organismos o asociaciones (el 15% de las mujeres), mientras que el 5% vive en un barrio de chabolas, y el 3% ocupa viviendas.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Christian, un hombre belga de 47 años, vivió un año en las calles de Bruselas. Le diagnosticaron diabetes severa de tipo I. “¿Cómo me he tratado en la calle? Yo me cambiaba los vendajes en los aseos para discapacitados porque son más grandes, así que podía sentarme, quitarme los vendajes y ponerme los nuevos, o limpiar los viejos. Los secaba en el secamanos. Mi nivel de azúcar era estable. Cuando no tienes nada que comer o comes menos que antes, tu azúcar se porta bien. Mi glucemia estaba perfecta, sin problema, y eso sin hacer ningún esfuerzo, para variar (risas). Con respecto a mi salud, MdM me escuchó y me apoyó. Un día, fui al hospital, me desmayé por la diabetes y el dolor en los pies. Ya tenía una deuda de 250 euros, entonces cuando llegué me echaron y me puse a andar, andar para olvidar el dolor, durante toda la noche.”

MdM Bélgica – Bruselas – Enero de 2014

Situación administrativa

Una mayoría de las personas atendidas en los centros de MdM (56,5%) carecen de permiso de residencia. El 48,6% son ciudadanos extracomunitarios, y el 7,9% son ciudadanos de la UE (en el territorio desde hace más de tres meses, sin recursos oficiales suficientes y/o sin cobertura médica vigente); se trata principalmente de personas de Rumanía, Bulgaria, Polonia y Eslovaquia, aunque también hay personas de origen holandés, español, portugués, italiano, etc.

³⁷ No se planteó la pregunta en Grecia. Los pacientes evocan la noción de vivienda inestable cuando no están seguros de poder mantenerse en la vivienda. Lo que nos interesa es su propia percepción de la precariedad de su vivienda.

→ SITUACIÓN ADMINISTRATIVA POR PAÍS

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total
Sin permiso de residencia	63,2	15,4	8,5	23,8	53,5	67,8	90,2	61,5	48,6
Ciudadanía de la UE sin autorización a permanecer ¹	15,9	2,1	30,9	2,4	8,5	5,7	2,3	1,1	7,9
<i>Total sin permiso de residencia</i>	<i>79,1</i>	<i>17,5</i>	<i>39,4</i>	<i>26,2</i>	<i>62,0</i>	<i>71,9</i>	<i>92,4</i>	<i>62,7</i>	<i>56,5</i>
Sin necesidad de permiso de residencia (nacionales) ²	1,8	0,9	12,4	47,1	3,1	5,1	0,8	0,5	8,8
Solicitante de asilo (solicitud o recurso en trámite)	6,3	69,7	3,0	13,0	1,6	7,5	5,3	16,7	15,5
Permiso de residencia válido	3,5	7,3	4,7	5,6	19,4	5,7	0,8	2,3	6,2
Ciudadanía de la UE y residente por un periodo menor a 3 meses (sin necesidad de permiso de residencia)	2,3	1,3	20,1	2,8	1,6	2,5	0,0	0,7	3,9
Visado ³	2,5	1,3	10,2	0,4	5,4	2,5	0,0	6,2	3,6
Ciudadanía de la UE con autorización a permanecer ⁴	1,8	0,9	6,5	4,3	6,2	1,1	0,0	1,8	2,8
Permiso de residencia en otro país europeo	1,8	0,4	1,8	0,0	0,0	2,2	0,0	0,1	0,8
Situaciones específicas con derecho a la residencia	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,7
Protección subsidiaria/humanitaria	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
<i>Total con permiso de residencia</i>	<i>20,1</i>	<i>81,6</i>	<i>60,4</i>	<i>73,2</i>	<i>37,2</i>	<i>28,1</i>	<i>6,8</i>	<i>33,1</i>	<i>42,5</i>
No sabe	0,8	0,9	0,2	0,6	0,8	0,0	0,8	4,2	1,0
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Información no disponible	6,5	1,3	5,4	86,5 ⁵	0,8	28,7	0,8	7,4	
Número de personas encuestadas	2227	234	492	463	129	6057	132	969	

¹Sin recursos económicos suficientes ni/o seguro médico

²En Francia y en Grecia los menores extranjeros no necesitan tarjeta de residente, por tanto pertenecen a esta categoría

³Turismo, estancia corta, estudios, trabajo

⁴Recursos suficientes y seguro médico válido

⁵En Grecia, la información es insuficiente para poder analizarla

En Alemania, el 30,9% de los pacientes tienen ciudadanía de la UE pero no están autorizados a permanecer por falta de recursos o de seguro médico válido (frente al 7,9% en promedio en el resto de los países), el 20,1% de los pacientes tienen ciudadanía europea y llegaron hace menos de tres meses (frente a menos del 3% en el resto de los países), y el 6,5% tiene ciudadanía europea y autorización a permanecer. Las personas ciudadanas europeas (no nacionales) representan la gran mayoría de los pacientes encuestados en este país.

En España, el 19,4% de los pacientes son personas extracomunitarias con permiso de residencia válido (frente a menos del 7% en el resto de los países), consecuencia del desempleo masivo y de las dificultades económicas del país (que afectan en primer lugar a las personas inmigrantes).

En Suiza, la gran mayoría de los pacientes son solicitantes de asilo (69,7%), al contrario que en el resto de los países (16,7% en Londres y menos del 10% en los demás países). De hecho, uno de los dos programas está destinado a las personas necesitadas de asilo que viven en tres centros de acogida del cantón de Neuchâtel, y representa el 68% del total de pacientes.

En Londres, el 61,5% de los pacientes son personas extranjeras sin permiso de residencia, y el 16,7% son solicitantes de asilo.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Muenda, hombre ugandés de 35 años, huyó a Kenia en 2005. Pertenecía al partido político de la oposición, temía por su vida y solicitó asilo en Kenia, pero lo repatriaron a Uganda y lo enviaron a la cárcel. Finalmente logró escaparse y llegar al Reino Unido. En 2011, cayó enfermo. *“Había tenido un problema cuando estaba en la cárcel en Uganda, una prostatitis crónica. En el Reino Unido, no tenía dinero para ver a un médico privado, por lo que fui al hospital. Me sentía mal, estaba débil, apenas podía andar. Cuando llegué, me pidieron el nombre de mi médico generalista... y me dijeron que no podían ayudarme: solo me dieron paracetamol. Entonces pedí dinero prestado a un amigo y fui a ver a un médico privado, quien me volvió a mandar al hospital para hacer un escáner de próstata, hígado, riñones, vejiga y un análisis de sangre. El coste total de las pruebas alcanzaba unos 454 euros, pero no tenía suficiente dinero, así que le pedí al médico que eliminara una de las pruebas. Tuve que volver al hospital por una infección. Luego, el médico privado me recetó unos medicamentos que no pude pagar. Tener que vivir sin los medicamentos sabiendo que tenía una receta médica que me ayudaría a sentirme mejor fue un auténtico infierno. En 2012, fui a MdM. Había perdido sangre y peso. El médico de MdM me dio una receta y medicamentos gratuitos. Me sentí mucho mejor. Tomé los medicamentos durante 21 días, la infección se había extendido. MdM tardó un año en inscribirme en la lista de un médico generalista, después de dos negativas... Mi padre y mi hermano murieron, y no pude ir a sus entierros. Cuando me echaron de las urgencias, a pesar de que estaba tan mal, fue como si me decían vete y muérete”.*

MdM Reino Unido – Londres – Septiembre de 2013

En Grecia, una cuarta parte de los pacientes son de origen griego³⁸.

En total, en los 6 países donde se planteó la pregunta con una frecuencia suficiente³⁹, el 38% de los pacientes están presentando o han presentado una solicitud de asilo.

Solo una minoría muy pequeña de los solicitantes de asilo obtuvieron el estatuto de refugiado (entre el 2,1% y el 4,1% según se estime una proporción media bruta o ponderada) mientras que 4 de cada 10 ya han recibido una decisión final negativa (43,9%).

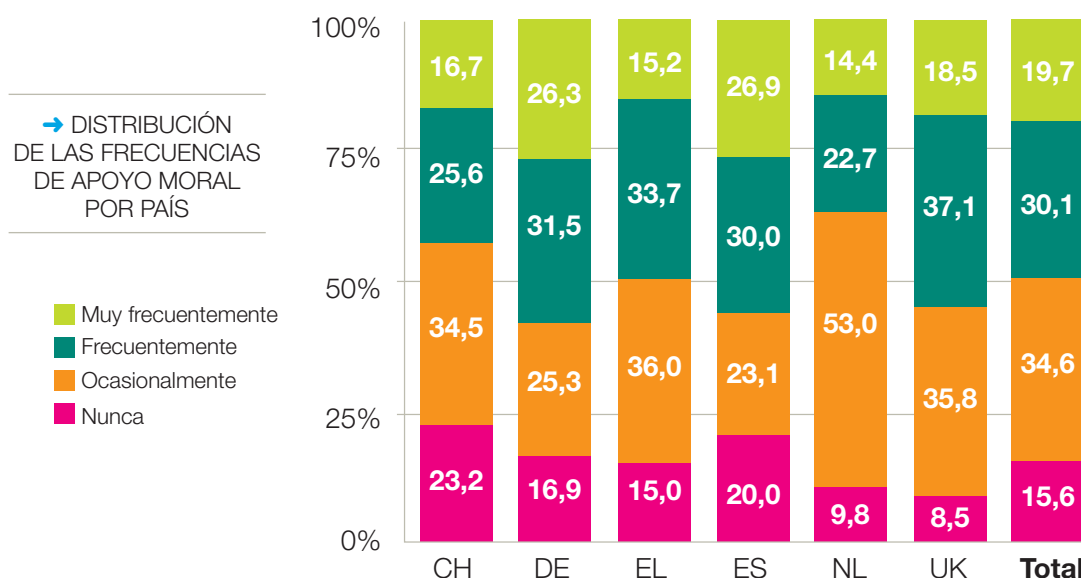
Actividad e ingresos

Una pequeña mayoría de personas encuestadas en los centros de MdM carecen de permiso de residencia y, por tanto, de trabajo. Por consiguiente, no es sorprendente que solo el 21% de las personas encuestadas declaren ejercer una actividad para ganarse la vida.

La casi totalidad de las personas encuestadas (93%) viven por debajo del umbral de pobreza⁴⁰ (en promedio en los últimos tres meses e incluyendo todas las fuentes de ingresos).

Apoyo moral

A la pregunta sobre el apoyo moral⁴¹, el 15,6% de los pacientes respondieron no haber podido contar nunca con nadie que les apoyara moralmente o reconfortara en caso de necesidad. Un tercio (34,6%) solo pudo contar con alguien ocasionalmente. En total, una de cada dos personas raramente o nunca pudo contar con ayuda en caso de necesidad.



En todos los países (salvo en Londres), los hombres se encuentran significativamente más aislados que las mujeres. A escala global, el 56,9% de los hombres solo han contado con este apoyo ocasionalmente o incluso nunca, frente al 41,3% de las mujeres ($p < 10^{-6}$).

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Hélène, mujer belga: "Como vía de escape, acepté varios pequeños trabajos y llegué a trabajar hasta 15 horas diarias. Me dormía en el trabajo por agotamiento. Comencé a perder fuerzas... Tuve graves problemas de salud y tuve que ir dejando de trabajar poco a poco. Tuve que gastar todos mis ahorros para sobrevivir. Estaba tan agotada que ni siquiera tenía energía para los trámites necesarios... Afortunadamente conocí a alguien que me ayudó a reconstruir un tejido social, administrativo y médico. Esta persona me ayudó a encontrar el apoyo al que tenía derecho. Yo ya ni tenía la fuerza para informarme, solicitar el subsidio de paro, la mutua, etc."

MdM Bélgica – Bruselas – Enero de 2014

38 Cabe recordar de nuevo que en las dos policlínicas que reciben a una mayoría griega, solo se registraron el 13% y el 57% de pacientes, lo que baja considerablemente el índice.

39 Los índices de respuesta en Alemania (14%) y en Grecia (4,6%) impiden una explotación específica de los datos, pero éstos computan en los totales.

40 No se calcula el número de personas que viven de los recursos financieros de la persona encuestada. El porcentaje de personas que viven por debajo del umbral de pobreza es aún más alto, alcanzando incluso la casi totalidad de los pacientes atendidos por MdM.

41 Esta pregunta no se planteó en Bélgica ni en Francia. Grecia presenta un índice de respuesta muy bajo: 14,3%.



Paciente después de sufrir un ataque xenófobo, Grecia 2013.

LAS VIOLENCIAS SUFRIDAS

Numerosos estudios muestran la utilidad de detectar los antecedentes de violencia en las poblaciones migrantes, dada la frecuencia⁴² de esta y la importancia de sus consecuencias para la salud mental y somática de las víctimas (incluso a largo plazo), años después del incidente.

En un contexto en el que la estigmatización de la persona “extranjera” constituye uno de los principales obstáculos a un mejor reconocimiento de los exiliados que huyen la tortura y la violencia política⁴³, y conociendo los países de origen y las condiciones de los viajes migratorios, es necesario saber escuchar los antecedentes de violencia vividos. Si no, se corre el riesgo de dejar a un lado los trastornos psicológicos (depresión, síndromes postraumáticos⁴⁴), las infecciones de transmisión sexual, las mutilaciones genitales femeninas y, evidente y frecuentemente, la violencia doméstica.

En 2013, el 76,3% de las personas encuestadas sobre este asunto declararon haber vivido al menos un episodio de violencia. De hecho, la gran mayoría de las personas encuestadas acerca de la violencia fueron interrogadas en Grecia y, en consecuencia, casi el 80% de los casos provienen de pacientes atendidos en los programas griegos.

Entre las víctimas, los casos de violencia afectan a una proporción significativamente mayor de inmigrantes de Medio Oriente: el 72% de las víctimas de al menos una forma de violencia son originarios de esta región⁴⁵, frente al 3,6% del conjunto de pacientes atendidos originarios de las otras regiones del mundo.

Como era de esperar, los solicitantes de asilo tienen una mayor representación entre las víctimas de violencia (24,1%, frente al 15,5% en la población total, $p < 0.001$).

42 Baker R. Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe.

En: Basoglu, M., ed. *Torture and its consequences*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992, pp. 83-106.

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

44 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.

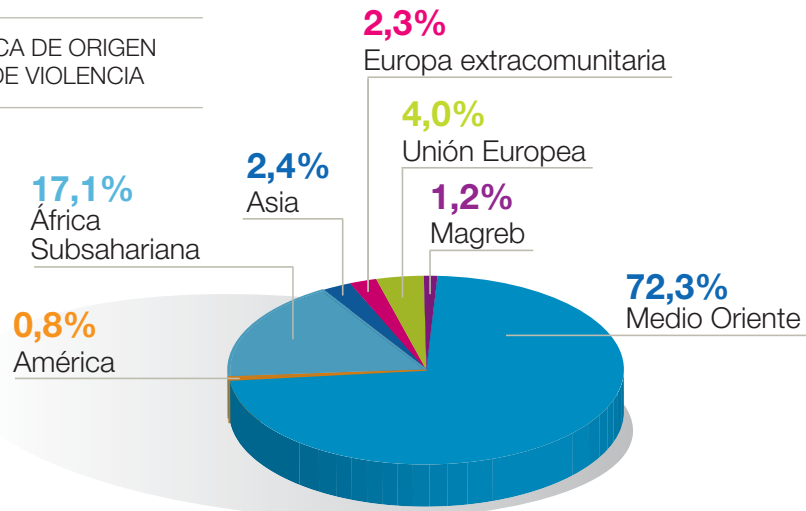
45 Origen afgano (65,5%), sirio (29,9%), iraquí (0,8%), iraní (0,5%), palestino (0,5%), egipcio (0,1%) y yemení (0,1%).

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Aicha, mujer camerunesa de 35 años en situación irregular, se presenta en el servicio de guardia del centro Réseau Santé Migrations por problemas dentales, ginecológicos y dolores abdominales. Tras dos semanas de exámenes, se entera de que está embarazada y es seropositiva. El padre del bebé no quiere saber nada de ella, su hermana la echa de casa, y se encuentra por tanto sin vivienda ni recursos. MdM la acompaña al Centro de ayuda a las víctimas de delitos. Después de largas conversaciones, ella explica haber sido víctima de la trata de seres humanos y haber sido secuestrada en una habitación durante cuatro meses. Pudo escaparse gracias a la ayuda de un cliente. Aicha es acogida en urgencia en un refugio y decide iniciar un procedimiento de denuncia penal. Los servicios sociales de la ciudad se hacen cargo de sus tratamientos médicos y de su vivienda. Se beneficia de un seguimiento de su embarazo en el hospital, ha iniciado un tratamiento antirretroviral y recibe también apoyo psicológico mediante un psiquiatra.

MdM Suiza – Neuchâtel – Septiembre de 2013

→ ZONA GEOGRÁFICA DE ORIGEN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA



Los casos de violencia más frecuentemente reportados son: haber vivido en países en guerra (citado por el 77,3% de los hombres y el 42,4% de las mujeres) y el hambre (citado por el 47% de los hombres y el 26,8% de las mujeres).

Entre una tercera y una cuarta parte de los hombres encuestados acerca de la violencia mencionan casos de violencia de las fuerzas del orden, violencias psicológicas y/o amenazas, torturas o encarcelamiento por razones ideológicas.

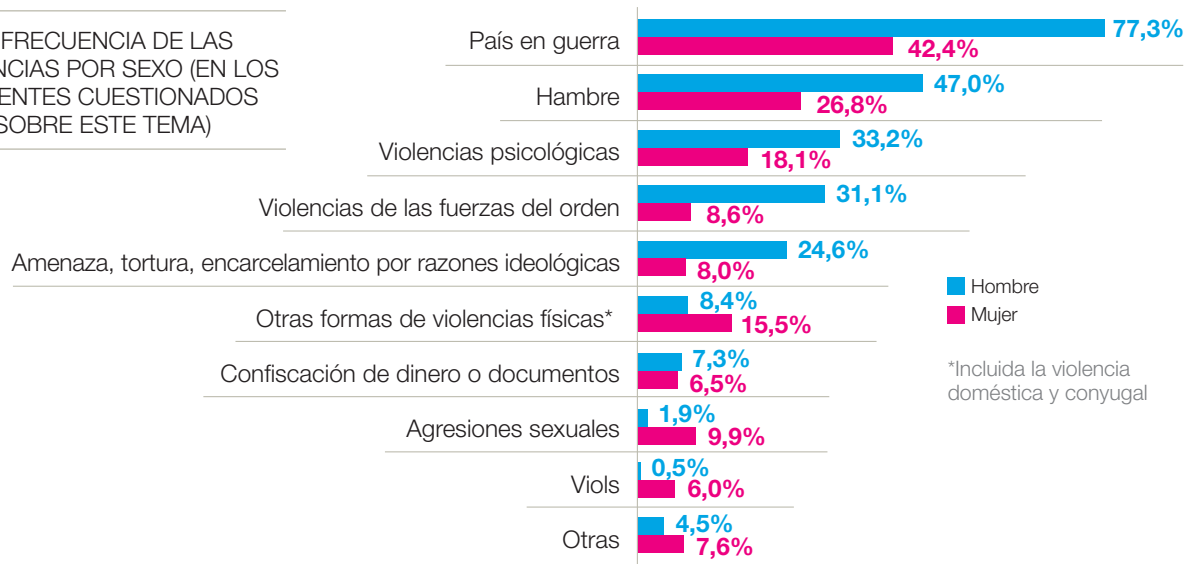
Casi una de cada cinco mujeres menciona la violencia psicológica.

El 10% de las mujeres manifiestan haber sufrido agresiones sexuales (frente al 2% de los hombres) y el 6% citan la violación, las más jóvenes siendo niñas de 8 años.

Un tercio de las agresiones sexuales o de las violaciones conciernen a los hombres.

Las víctimas (ambos sexos incluidos) no vienen de las mismas zonas geográficas que las víctimas de violencia en general. Las tres principales zonas geográficas de donde provienen los casos de agresión sexual y de violación son África Subsahariana (38,5%), Medio Oriente (25,3%) y Europa extra e intracomunitaria (22%), siendo Medio Oriente la zona que concentra el 72% de casos de violencia en general.

→ FRECUENCIA DE LAS VIOLENCIAS POR SEXO (EN LOS PACIENTES CUESTIONADOS SOBRE ESTE TEMA)





Taller de prevención de mutilaciones genitales femeninas en MdM España.

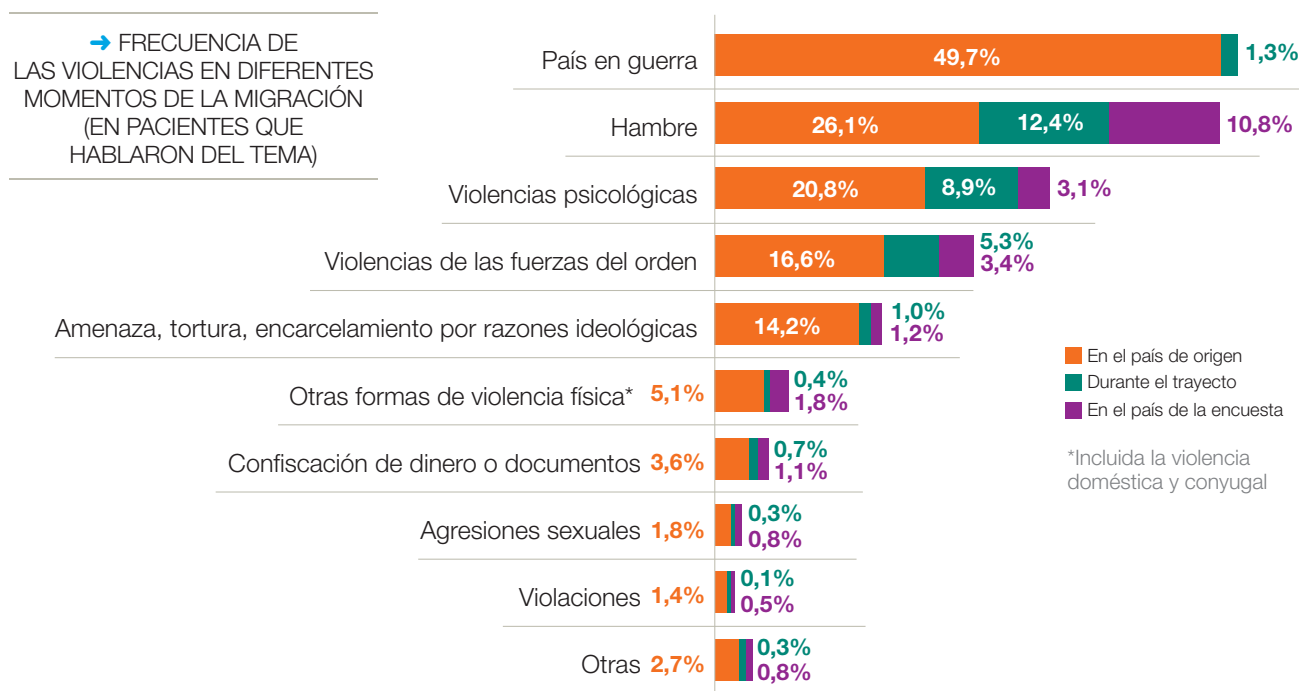
Las violencias vividas después de llegar al país de la encuesta no son excepcionales: casi el 20% de los casos de violación, de agresión sexual, de otras agresiones físicas o de confiscación de dinero o documentos se producen una vez llegado al país de la encuesta. Una cuarta parte de las personas que han sufrido el hambre lo han sufrido en el país de acogida.

En total, en el país de acogida, 11% de las personas encuestadas sobre este tema han sufrido el hambre, 3% la violencia de las fuerzas del orden y 3% la violencia psicológica.

TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Shaid es un migrante iraní que fue atacado en la plaza Metaxourgiou de Atenas. *“Iba andando por la calle, hablando por teléfono, cuando tres hombres de negro me atacaron, me golpearon. Entonces uno de ellos me puso el brazo por el cuello, me inmovilizó y me cortó la oreja con los dientes. Empecé a sangrar y mi oreja cayó al suelo, pero yo no me di cuenta. Un amigo mío me vio, vino y me ayudó. Él encontró la oreja amputada y me llevó al hospital. Me hicieron cirugía de soldadura pero no funcionó, así que me quitaron la oreja. Me dieron de baja en el hospital dos semanas después. Fui a MdM y allí me ayudaron a cambiarme las gasas que necesitaba. Me gustaría decir a los migrantes que quieren dejar su país que quizá la situación sea mejor en su propio país. Yo no vi civismo en Europa, ni civilización, ni amor.”*

MdM Grecia - Atenas





Flashmob de MdM, Plaza de Monastiraki, Atenas, 21 de febrero de 2014.

EL ACCESO A LA SANIDAD

La cobertura de los gastos de salud

Dos tercios de los pacientes atendidos (64,5%) en los centros de MdM no se benefician de ninguna cobertura de salud⁴⁶ al acudir a nuestros programas.

→ COBERTURA DE LOS GASTOS SANITARIOS POR PAÍS

Variables	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	UK	Total
Ninguna cobertura/debe pagar todo	89,9	14,9	0,0	61,5	0,0	92,3	20,3	94,1	46,6
Acceso único a urgencias	0,0	1,3	68,6	14,2	59,4	0,0	0,0	0,0	17,9
Cobertura médica total	5,2	72,4	3,8	18,1	25,0	3,8	3,1	1,3	16,6
Cobertura médica parcial	0,4	9,6	4,0	6,0	4,7	2,8	76,6	0,1	13,0
Cobertura en otro país europeo	2,4	1,8	19,0	0,2	0,8	1,2	0,0	0,0	3,2
Atención continuada	2,1	0,0	4,6	0,0	10,2	0,0	0,0	0,0	2,1
Acceso gratuito a la medicina general	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,5
Acceso pago a la atención sanitaria secundaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Información no disponible	10,2	3,8	13,1	86,0	1,5	30,2	3,8	11,2	36,2

⁴⁶ Sumamos los datos de las personas sin cobertura médica y de aquellas que solo pueden acudir a servicios de urgencias.

En Londres, la casi totalidad de los pacientes (94,1%) no tienen ninguna cobertura médica cuando acuden a los programas de MdM. No han podido aún inscribirse en la lista de un médico generalista (puerta de entrada al sistema sanitario), en un contexto político en el que las posibilidades de acceso a la sanidad de la población inmigrante sin permiso de residencia son cada vez más cuestionadas por el gobierno actual.

Esta proporción es especialmente alta en Francia (92,3%) y en Bélgica (89,9%). Este índice se explica en parte por el hecho que los centros sanitarios en cuestión (Niza, Saint Denis, Bruselas y Amberes) reciben mayoritariamente a personas sin ninguna cobertura y derivan a aquellas con cobertura hacia los dispositivos de atención sanitaria de derecho común. En estos dos países, los derechos de las personas indocumentadas al acceso sanitario son en teoría relativamente favorables, pero los obstáculos administrativos, el tiempo de tramitación de expedientes y la renovación periódica de los derechos multiplican las situaciones y los períodos sin cobertura médica efectiva.

En Grecia, donde las personas nacionales son sin embargo las más representadas entre los pacientes atendidos, casi dos tercios (61,5%) no tenían ninguna cobertura (más de los gastos de salud). Las personas extranjeras sin permiso de residencia no tienen efectivamente derecho a nada, mientras que la población nacional y las personas en situación regular han perdido su cobertura médica al no cotizar por estar desempleadas o al no poder pagarla.

En Suiza, el 72,4% de los pacientes atendidos tienen una cobertura médica total. Se trata en su mayoría de solicitantes de asilo que, durante el procedimiento, tienen derecho a un seguro médico (sin embargo, la tramitación puede revelarse complicada en un contexto más bien restrictivo). El resto no tiene, o dejó de tener, afiliación a un seguro médico.

En Alemania, casi dos tercios de los pacientes (68,6%) solo tienen acceso a la atención sanitaria urgente, y el 19% dispone de una cobertura en otro país europeo (relacionado con la proporción de personas europeas entre los pacientes, como se ha mencionado anteriormente).

En España⁴⁷, casi el 60% de los pacientes atendidos también tienen acceso solo a la atención sanitaria urgente.

En los Países Bajos, el 76,6% de los pacientes atendidos en Ámsterdam y en La Haya no pueden tener cobertura médica dada su situación irregular (pero, si el paciente no puede pagar, el coste de la atención sanitaria puede ser reembolsado al proveedor de salud, caso por caso).

Los obstáculos en el acceso a la sanidad

Entre el conjunto de pacientes encuestados, solo el 24,5% manifestó no haber enfrentado ningún obstáculo en el acceso a la sanidad. Esta proporción es aún más baja si descontamos el caso de Suiza (donde el 84,8% de los pacientes dijeron no tener ningún obstáculo en el acceso sanitario⁴⁸). En realidad, en el resto de los países, solo el 15,9% de pacientes dijeron no haber enfrentado ningún obstáculo en el acceso a la sanidad. Otra cuarta parte (24,9%) no intentó acceder a la sanidad: algunos pueden no tener necesidad o razones para solicitar atención sanitaria, mientras que otros sin duda interiorizaron tanto estos obstáculos al acceso a la sanidad que desistieron de ser atendidos.

Los tres obstáculos más frecuentemente citados por los pacientes son, como indican nuestros estudios anteriores, los problemas financieros (25%) (alto coste de las consultas, de los pagos anticipados, de los tratamientos o de la cobertura médica), los problemas administrativos (22,8%) (legislación restrictiva, dificultades para reunir los justificantes necesarios para obtener cualquier forma de cobertura médica y deficiencias administrativas) y una falta de conocimiento o de comprensión del sistema de salud y de sus derechos (21,7%). Desde los primeros estudios realizados por el Observatorio de la Red Internacional de MdM en 2006, nada parece haber cambiado respecto a estos problemas: casi la mitad de los pacientes desconocen el sistema de salud y sus derechos y/o están perdidos frente a los procedimientos burocráticos del país de acogida. Estos resultados contradicen claramente el mito según el cual la población migrante viene a Europa para aprovecharse de los servicios de salud.

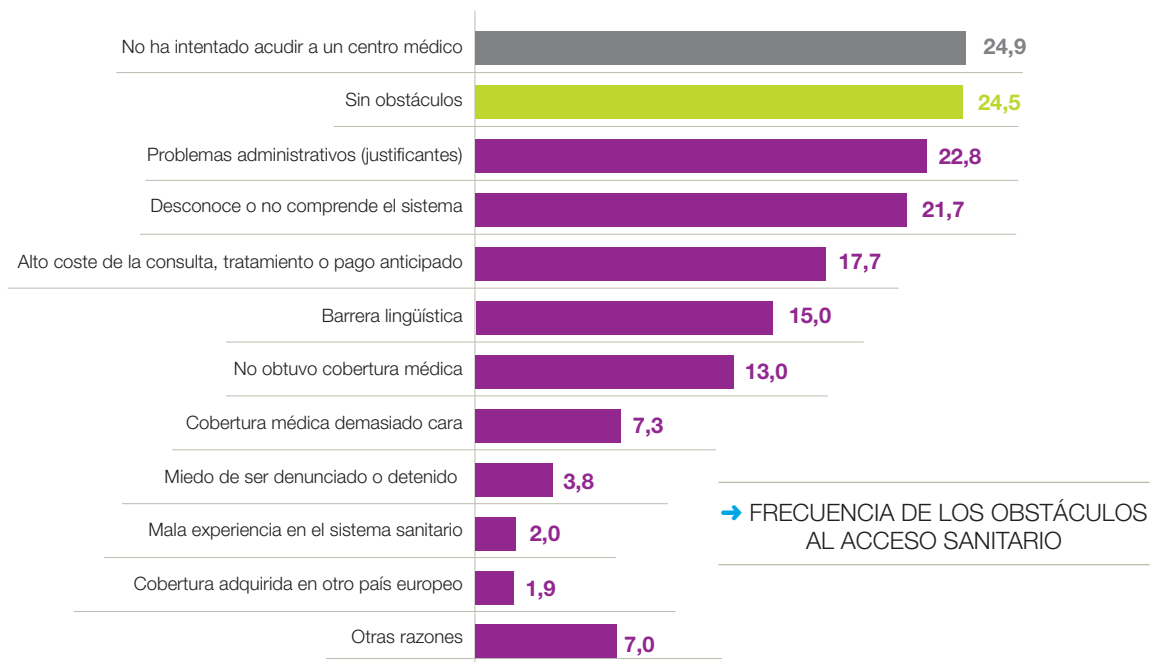
TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Adama, 31 años, de Kenia, en situación irregular. Se presentó en un centro de MdM para ver a un médico porque tenía dolores debajo del pecho hasta el brazo y náuseas con bastante frecuencia. El equipo de MdM lo derivó a un centro de salud público. *“En el centro de salud, le presenté a la recepcionista la documentación que me había dado MdM en referencia a la nueva ley sobre el acceso sanitario de las personas en situación irregular. La recepcionista me hizo entonces varias preguntas: qué hacía en Suecia, por qué vine aquí, etc. Tenía la impresión de estar en la oficina de inmigración, fue muy desagradable. Al final, me dijo que debía pagar 200 euros para ver a un médico, a pesar de haberle mostrado la documentación sobre la nueva ley que me amparaba. Yo sabía que debía costar 6 euros, así que fui a otro centro sanitario, y allí pagué 6 euros por la cita con un médico. El médico me recetó dos medicamentos que me costaron 30 euros en la farmacia.”*

MdM Suecia – Estocolmo – 2013

47 Conviene recordar que en España, desde septiembre de 2012, perdieron la cobertura médica entre 750.000 y 873.000 inmigrantes (Legido-Quigley H., Urdaneta E., Gonzales A., et al. Erosion of Universal Health Coverage in Spain. *Lancet* 203; 382: 1977).

48 Los solicitantes de asilo son mayoritarios en los programas suizos.



La renuncia a la atención sanitaria

Durante los últimos 12 meses, uno de cada cinco pacientes (22,1%) renunció a la atención sanitaria o a los tratamientos médicos.

El racismo en las estructuras sanitarias

Afortunadamente, los casos de racismo sufridos en las estructuras sanitarias son pocos: en promedio (bruto), el 5,4% de los pacientes han padecido el racismo en los últimos 12 meses⁴⁹. Las cifras griegas se basan en un número muy bajo de personas encuestadas (13,9%), principalmente porque muchas de ellas son griegas y no se les ha planteado la pregunta, y también porque en Mitilene (centro con el mayor número de pacientes registrados en la base de datos de los cinco centros griegos) la población migrante acaba de llegar y aún no ha estado en contacto con ninguna estructura sanitaria.

Por otro lado, estos comportamientos son muy frecuentemente citados en España, donde el número de casos⁵⁰ se ha quintuplicado entre 2012 (6,3%) y este año (33,6%, $p < 10^{-3}$). Asistimos a un deterioro evidente de la percepción de la población migrante en España, debido a los discursos de los principales representantes políticos que señalan a esta población en la reforma sanitaria pretendiendo justificar la necesidad de limitar su acceso sanitario por el coste demasiado alto que representa para el sistema de salud. La población migrante se ha convertido, por tanto, en el chivo expiatorio de la crisis también en España.

La denegación de atención sanitaria

La denegación de atención sanitaria se caracteriza por cualquier comportamiento de los profesionales de salud que produciría, directa o indirectamente, una ausencia de atención o de tratamientos sanitarios adaptados a la situación del paciente. La denegación de atención sanitaria (durante los últimos 12 meses) concierne al 16,8% de los pacientes atendidos por MdM.

Al igual que en 2012, es en España donde con más frecuencia se reportan casos de denegación de atención sanitaria, afectando aproximadamente la mitad de los pacientes (52,4%). Estos pacientes, que esperaban ser atendidos tal y como lo eran antes de las modificaciones introducidas por la nueva ley/decreto, se dieron cuenta de que ya no tenían este derecho al presentarse en las estructuras sanitarias.

LA HISTORIA DE ALPHA PAM

Alpha Pam, senegalés de 28 años, vivía en España desde hacía 8 años. Intentó ir a ver a un médico durante 6 meses, pero le negaron la atención siete veces en un centro sanitario y dos en el hospital. En su tercer y último intento, pidió incluso a un amigo que lo llevara porque ya no tenía fuerzas ni para andar solo. Una vez allí, lo atendieron durante 5 minutos sin hacerle examen torácico ni de otro tipo. Le recetaron unos medicamentos que no dieron mejoría. Murió 11 días más tarde, en su casa, de una tuberculosis que se habría podido y debido detectar y curar desde el primer día.

MdM España – Baleares – Abril de 2013

En segundo lugar figura Londres, donde a una cuarta parte de los pacientes (24,9%) se les denegó la atención sanitaria. Las cifras belgas, griegas y francesas deben interpretarse con precaución debido a sus bajos índices de respuesta.

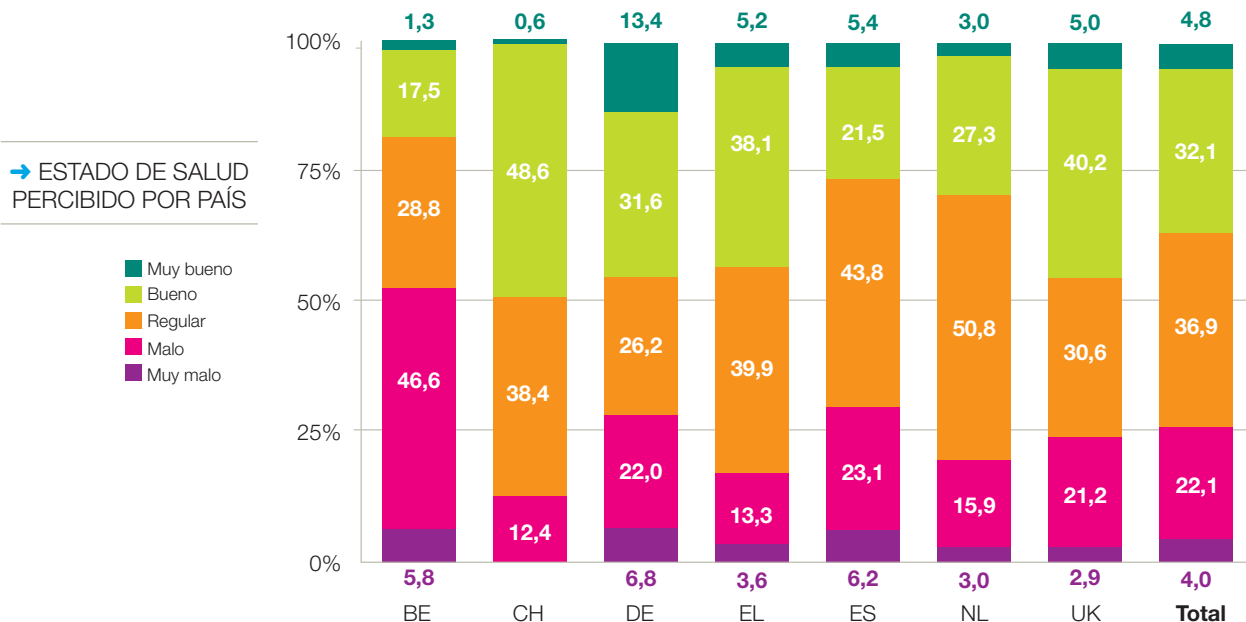
49 Esta pregunta no se planteó en Bélgica ni en Francia.

50 A pesar de que España presente números muy bajos de personas encuestadas: 103 pacientes en 2012 y 130 en 2013.

LOS ESTADOS DE SALUD

Estado de salud percibido

Casi dos tercios de los pacientes (63,1%) atendidos en los programas de MdM presentan un estado de salud percibido como deteriorado: una cuarta parte de los pacientes perciben su salud como mala o muy mala. Esta proporción alcanza el 52,4% de los pacientes atendidos en Bélgica⁵¹. Hay que destacar que la edad media es de 32 años.



En seis países (Suiza, Alemania, Grecia⁵², España, Países Bajos y Reino Unido), los pacientes fueron cuestionados sucesivamente sobre su estado de salud percibido físico y psicológico. A escala global, la salud psicológica de las personas aparecía aun más deteriorada que la salud física: en total, el 27,6% de los pacientes manifiestan tener una salud mental mala o muy mala.

Este hecho se aplica particularmente a España, con un 40% de casos (frente al 23,9% que manifiesta tener una salud física mala o muy mala), al igual que Suiza, con un 27% de pacientes con una salud psicológica mala o muy mala (frente al 18,2% que declara tener una salud física mala o muy mala).

TESTIMONIO DE UNA PACIENTE

Asya, periodista chechena de 38 años, llega a Niza en diciembre de 2012 con su hija de 7 años. Presenta entonces una solicitud de asilo. Acude a un centro CASO a final de diciembre e informa al médico de que fue tratada de cáncer de mama en 2008, así como de metástasis pulmonares y óseas en 2012. Sufre un gran cansancio, adelgazamiento y una fuerte tos permanente. El médico la deriva al centro antituberculoso para hacer una radiografía pulmonar, la cual muestra anomalías que necesitan urgentemente la opinión de un cancerólogo.

Durante este tiempo, el equipo de MdM se pone en contacto con la DDCS (servicio público francés encargado de la gestión del alojamiento de los solicitantes de asilo) y pide una solución para el alojamiento de Asya y su hija: obtienen rápidamente un sitio en el centro de acogida de solicitantes de asilo (CADA por sus siglas en francés).

En Niza, el centro antituberculoso es un establecimiento privado con una misión de servicio público. La primera cita tiene lugar muy pronto. Se da un diagnóstico de numerosas metástasis y fase cancerígena avanzada. El médico hospitalario recomienda con carácter urgente iniciar una quimioterapia.

Ahora bien, Asya no tiene cobertura médica. El equipo de MdM elabora su expediente y solicita su tramitación urgente al CPAM (organismo público encargado de gestionar el seguro médico en Francia), enviando un correo a la atención del mostrador de admisión del hospital para explicar la situación de Asya.

La primera sesión de quimioterapia se fija para principios de enero. El mostrador de admisión del hospital pide un cheque de garantía de 3.000 euros sin el cual no la podrán ingresar. Al enterarse de esta petición, el equipo de MdM llama a los servicios administrativos del centro antituberculoso, quienes anteponen el estatuto privado del establecimiento (ocultando su misión de servicio público). El equipo de MdM interpeló entonces directamente al médico que prescribió la quimioterapia, y Asya pudo finalmente recibir su tratamiento.

MdM Francia – Niza – Diciembre de 2012

51 Esta pregunta no se planteó en Francia.

52 Los datos griegos han de ser interpretados con precaución debido a la gran falta de respuesta (85% para las dos preguntas relativas a la salud física y mental).

Enfermedades crónicas y tratamientos

Un tercio de los pacientes (34,3%) atendidos por un médico presentaron un diagnóstico de al menos una enfermedad crónica.

En total, más de la mitad de los pacientes (55,2%) necesitan un tratamiento, ya sea necesario o accesorio⁵³. En las tres cuartas partes de los casos, los médicos consideran este tratamiento necesario, lo cual es una proporción muy importante.

Seguimiento insuficiente de los pacientes antes de llegar a MdM

Casi el 30% de los pacientes padecían al menos un problema de salud que no había sido nunca seguido o tratado antes de llegar a MdM.

En Grecia, esta proporción es especialmente baja (3,3%), evidenciando así la frecuencia de las interrupciones en la atención sanitaria: algunos problemas de salud detectados y curados durante un tiempo en el pasado ya no lo estaban y necesitaban la asistencia de MdM. Hay que recordar que la crisis y las medidas de austeridad han afectado gravemente al sistema de salud griego (éstas han sobrepasado incluso los objetivos de reducción impuestos por la troika en lo relativo al gasto hospitalario y farmacéutico: las personas más desfavorecidas son obviamente las más afectadas⁵⁴).

La proporción de pacientes que necesitaban tratamiento y que carecían de seguimiento antes de acudir a MdM es similar: casi el 30% de pacientes se encuentran en esta situación y, para estas personas, MdM constituye por tanto el primer recurso para la atención sanitaria de un problema de salud que requiere tratamiento.

Esta prevalencia es incluso mayor en Suiza y los Países Bajos, donde excede el 45%. En Grecia, la proporción, al igual que la anterior, es especialmente baja por las razones ya mencionadas. A escala global, el 13,8% del conjunto de pacientes atendidos en nuestros centros padece al menos una enfermedad crónica sin seguimiento antes de acudir a MdM.

Un poco más de cuatro de cada diez pacientes (40,5%) afectados por enfermedad(es) crónica(s) no tenían seguimiento antes de acudir a MdM (de al menos una de sus enfermedades crónicas).

Problemas de salud poco conocidos antes de llegar a Europa

Del conjunto de la población inmigrante encuestada, el 13,6% de pacientes⁵⁵ presentaban al menos un problema de salud ya conocido antes de llegar a Europa. No obstante, tal y como se constató, entre las razones de migración, la salud solo representa el 2,3% del total.

Esto coincide con la observación general citada anteriormente acerca de la rareza de las “migraciones sanitarias” muy frecuentemente resaltadas por ciertos discursos demagogos y populistas. Solo dos países presentan una proporción notoriamente más alta: Suiza (con un alto número de solicitantes de asilo) y España⁵⁶.

Estado de salud diagnosticado

En total, nueve problemas de salud conciernen a la mitad de las consultas médicas. Se trata de síntomas digestivos (8,6%), hipertensión arterial (7%), síntomas osteoarticulares no precisados (6,7%), diabetes (insulinodependiente o no: 5,7%), angustia, estrés o trastornos psicósomáticos (5,6%), infecciones respiratorias superiores (5,2%), otros diagnósticos digestivos (4,6%), problemas de raquis no precisados (3,9%) y trastornos dorsolumbares (3,6%).

Si se clasifican estos problemas de salud por tipo de patología, el trastorno psicológico aparece en el 10,4% de las consultas médicas. Se trata principalmente de angustia, estrés o trastornos psicósomáticos (en el 5,6% de las consultas: 4,8% en mujeres y 6,1% en hombres, $p < 10^{-5}$) o de trastornos depresivos (en el 2,8% de las consultas: 3,6% en mujeres y 2,3% en hombres, $p < 10^{-8}$).

Los problemas ginecológicos conciernen en total al 10% de las consultas médicas de las mujeres. Los embarazos y puerperios no patológicos son los motivos más frecuentes (8,8%), seguidos de otros problemas ginecológicos no precisados (2,3%), las infecciones de transmisión sexual o ITS (2%), y por último los embarazos y puerperios patológicos (0,8%).

Los problemas dermatológicos conciernen al 6,1% de las consultas.

⁵³ Los tratamientos se juzgan necesarios cuando su ausencia conllevaría un deterioro casi seguro del estado de salud del paciente o constituiría una pérdida de chance significativa; se consideran accesorios en el resto de los casos. No se trata por tanto de tratamientos “vanos” ni de simple “conforte”.

⁵⁴ Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014; 383: 748-53.

⁵⁵ Esta pregunta no se planteó en Francia.

⁵⁶ La proporción de pacientes con al menos un problema de salud conocido antes de emigrar a Suiza y a España es de 25,5% y 26,9% respectivamente.

ESPAÑA: VUELCO DEL SISTEMA DE SALUD Y RESISTENCIA SOCIAL

La destrucción de un sistema de salud universal

En abril de 2012, el gobierno y el parlamento aprobaron el Real Decreto-Ley 16/2012 relativo a “las medidas urgentes que garantizan la viabilidad del sistema nacional de salud y mejoran la calidad y seguridad de las prestaciones”. Este decreto elimina el acceso sanitario de las personas en situación irregular y vincula la cobertura médica exclusivamente a la situación laboral en detrimento del sistema universal que prevalecía anteriormente. Provoca un aumento en los costes farmacéuticos a cargo de los pacientes. Aparte de las personas en situación irregular, toda persona (española o inmigrante en situación regular) que resida más de tres meses fuera de España (sin contribuir a la seguridad social) perderá su tarjeta sanitaria automáticamente y deberá reiniciar el proceso de inscripción a la seguridad social desde el principio.

Este decreto suscita problemas éticos importantes entre los profesionales de la salud (personal médico, enfermero, farmacéutico, administrativo, del trabajo social, etc.) y **viola el derecho deontológico**. Introduce también una reforma del modelo de salud español, que se revela **injusta** desde el punto de vista de los derechos humanos, **ineficaz** en el plano económico y **peligrosa** desde la perspectiva de la salud pública.

Con la nueva ley⁵⁷, 750.000 personas extranjeras en situación de residencia precaria⁵⁸ perdieron de golpe su cobertura médica. Aun amparando a las mujeres embarazadas y a los menores, el acceso sanitario de estas personas resulta ocasionalmente imposible debido a los obstáculos administrativos en ciertas regiones autónomas, a la negativa de expedición de tarjetas sanitarias individuales y a la impresión cada vez más generalizada (por culpa del discurso político) de que la persona extranjera en situación irregular ya no tiene derecho a acceder al sistema de salud.

Por otro lado, la eliminación del acceso al sistema de salud entraña un riesgo sanitario personal y global: las enfermedades infecciosas dejan de ser detectadas en la medicina general. Al igual que en la detección de los casos de violencia, el único punto de entrada actualmente es el servicio de urgencia hospitalaria, lo que provocará a la postre un mayor número de casos de enfermedades y de víctimas de violencia no detectado ni tratado correctamente.

Al sistema del seguro médico personal, con un coste de 60 euros mensuales para las personas menores de 65 años y de 157 euros para las mayores de 65, solo tienen acceso las personas residentes con una antigüedad de más de un año en el país y aquellas que puedan pagar tales importes. Además, este sistema solo es accesible en dos regiones autónomas.

Hay que destacar también el aumento del copago farmacéutico, que ya estaba muy alto en España, alcanzando el 40% sin límite de gasto para las personas de renta inferior a 18.000 euros anuales (máxima de 1.500 euros mensuales) y el 50% para aquellas personas de entre 18.000 y 100.000 euros de renta anual. Las personas que sufren enfermedades crónicas no se salvan de este copago: deben abonar el 10% del coste farmacéutico (independientemente de sus rentas) con un límite de 4,13 euros por medicamento (aunque sin límite mensual). Todos los pacientes atendidos por los equipos de MdM viven por debajo del umbral de pobreza (645 euros mensuales en España). Por tanto, el gasto farmacéutico representa para este sector de la población una proporción considerable de sus ingresos⁵⁹.

La respuesta de Médicos del Mundo



57 Esta cifra fue facilitada por el gobierno español en febrero de 2014 al Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

58 En 2008, el informe Clandestino estimó en 354.000 el número de personas en España sin permiso de residencia (Triandafyllidou A, ed. Clandestino Project. Final report. Bruselas: Comisión Europea, 2009).

http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2010/03/clandestino-final-report_-november-2009.pdf

59 Las únicas exenciones conciernen a los jubilados que reciben la pensión mínima y las personas desempleadas sin indemnización o que reciben menos de 400 euros mensuales. Además, los jubilados tienen un límite de copago mensual: 8,14 euros si tienen una renta inferior a 18.000 euros anuales (en marzo de 2014).

MdM ha lanzado desde 2012 la campaña “[Derecho a Curar](#)”, en colaboración con una de las principales asociaciones médicas especializadas en atención sanitaria primaria, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). En esta campaña, la primera y más importante acción de movilización del personal médico es la reivindicación de la objeción de conciencia⁶⁰.

La campaña comenzó contando con el apoyo de otras [instituciones importantes](#) en atención primaria y especializada de salud, así como con el de diversas organizaciones sociales y redes de organizaciones europeas implicadas en la defensa de los derechos de las personas inmigrantes.

En el marco de la estrategia de difusión de la campaña se han creado diferentes soportes promocionales que pueden consultarse en línea en el sitio web [www.derechoacurar.org](#), tales como carteles, videos virales, pegatinas y pins para las redes sociales. Estas herramientas son acciones dirigidas al personal profesional de la salud, a las personas beneficiarias de los servicios sanitarios y al público en general.

Es indudablemente el [video de la campaña](#) que muestra a los profesionales de la salud haciendo público su rechazo a la aplicación de la nueva ley que ha contado con el mayor apoyo, logrando una gran audiencia no solo entre las personas de la profesión, sino también entre la opinión pública. De cara a la exclusión de la población inmigrante en situación irregular del sistema sanitario impuesta por decreto, MdM exhorta al personal de salud a ejercer su derecho a la resistencia individual y colectiva y a la objeción de conciencia para curar a toda persona necesitada, independientemente de su situación administrativa.

Durante el verano de 2013, se relanzó la movilización comunicativa contra la ley a través de las redes sociales mediante la serie de videos [#leyesquematan](#), que entraron en la sección de Twitter *trending topic* (tema de moda), la cual demuestra la importante difusión alcanzada.

En unos meses, más de 253.000 personas han visto los videos de Médicos del Mundo.

Más de 2.000 profesionales de la salud han corrido el riesgo de hacer oficialmente público su rechazo a aplicar la ley de exclusión durante la primera fase de la campaña. Ello da una idea del número total de profesionales que, en privado y sin hacer ruido, siguen recibiendo en consulta a personas sin cobertura médica. Asimismo, MdM ha recogido 19.000 firmas de apoyo a la carta dirigida al Ministerio de Salud, enviada a principios de enero de 2014 en el marco de la campaña “[Derecho a Curar](#)” .

Médicos del Mundo es una asociación dotada de una larga experiencia (24 años) en proyectos en España, razón por la que los agentes de las regiones autónomas de Médicos del Mundo son, en muchas de ellas, un motor esencial de las acciones en red entre organizaciones opuestas a la reforma del sistema de salud. Ciertamente, MdM dirige 45 programas de acceso a la salud para todos en 12 regiones autónomas.

El contexto creado por el Real Decreto-Ley 16/2012 es tan preocupante para las organizaciones y los grupos implicados en la defensa de los derechos humanos y la lucha contra la discriminación y la xenofobia, que ha favorecido el fortalecimiento del trabajo en red. Si este efecto ya comenzaba a ser evidente en 2012, se confirmó en 2013 con ocasión del primer aniversario de la entrada en vigor de la ley, el cual ha provocado un nuevo momento de efervescencia de la movilización social.

Las consecuencias negativas de esta reglamentación y de otras políticas de austeridad han sido descritas en las revistas médicas británicas *The Lancet* y *British Medical Journal*.

Algunos especialistas ya han alertado sobre el previsible aumento de enfermedades transmisibles, como el VIH y la tuberculosis, como consecuencia de la privación de acceso sanitario y farmacéutico a aproximadamente el 2% de la población⁶¹. Otros expertos han advertido contra un incremento probable de los trastornos mentales, como los suicidios.

Con el objetivo de documentar con la mayor precisión posible los casos a los que nos enfrentamos y las barreras al acceso sanitario, Médicos del Mundo ha promovido el establecimiento de “observatorios”, como el que ya funciona con éxito en la Comunidad Valenciana ([ODUSALUD](#)) – compuesto por 49 organismos–, el Observatorio del Derecho a la Salud (ODAS), que acaba de iniciarse en Baleares, y la [Plataforma por una Atención Sanitaria Universal](#) en Cataluña.

La campaña [Nadie Desechado](#) de 2013 reveló cómo la reforma sanitaria, anunciada como concerniente “solo” a la población inmigrante, excluye también del sistema a todos los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, en particular a las personas con enfermedades crónicas. Se han recogido decenas de miles de firmas.

Al día de hoy, Médicos del Mundo ha identificado más de 1.000 casos de violación de los derechos a la sanidad y ha elaborado y presentado varios informes a la Comisión de Salud del Congreso de los Diputados y al defensor del pueblo.

Médicos del Mundo pide al gobierno que retire esta ley y restaure el sistema universal de salud en España.

Las autoridades sanitarias deben, mientras tanto y de inmediato, garantizar el pleno acceso a la atención sanitaria a las mujeres embarazadas y a los menores y, como mínimo, el servicio de urgencias gratuito a las personas en situación irregular en caso de necesidad.

Por último, Médicos del Mundo pide a todo el personal médico y social que recurra a la objeción de conciencia en aplicación de su derecho a no colaborar con la violación de los derechos humanos fundamentales.

60 Del juramento hipocrático a la adopción en 1948 de la Declaración de Ginebra revisada en 2006 por la Asociación Médica Mundial (AMM), la profesión ha manifestado en virtud de su código deontológico su fuerte compromiso con la protección de la salud de la población sin discriminación. “No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes.” Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos de los pacientes: “Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.” [www.wma.net/en/30publications/10policies/14/](#)

61 Véase la historia de Alpha Pam, el joven senegalés de 28 años fallecido por tuberculosis en Baleares (página 28).

GRECIA: ¿PODEMOS SALVAR A LA SALUD PÚBLICA?

En Grecia, la crisis y las medidas de austeridad han conducido a una recesión mucho más profunda de la esperada, como ha reconocido el Fondo Monetario Internacional⁶². En Diciembre de 2013, el desempleo subió al 28%⁶³. El recorte masivo en el gasto de sanidad ha provocado una reducción del paquete de beneficios del EOPYY (sistema público griego de Atención Primaria), una disminución de servicios de salud pública, recortes en los programas de prevención y un incremento del gasto médico y farmacéutico del paciente, incluso en los casos de enfermedades crónicas, como la diabetes, la cardiopatía isquémica y el cáncer. Según datos oficiales, la población ciudadana sin seguro médico se acerca a los 3 millones, de un total de 10.815.197.

El último Memorandum de Acuerdo entre las autoridades griegas y la Troika⁶⁴ contenía un programa de vales de salud destinado al acceso gratuito a servicios de atención sanitaria primaria (que incluía siete consultas prenatales) para las personas sin seguro. En realidad, se estima que el programa cubrirá en teoría a solo 230.000 ciudadanos sin seguro para el periodo 2013-2014, menos del 10% del total. Desde el anuncio del programa en julio de 2013 hasta octubre de ese año, se emitieron únicamente 21.000 vales de salud⁶⁵ (menos del 1% de las personas sin seguro). En el momento en que se redactó el primer borrador del presente informe (marzo de 2014), el Ministerio de Salud había ordenado el cierre de la mayoría de las estructuras públicas de atención primaria de salud durante al menos un mes bajo el pretexto de reorganizar la Primera Red Nacional de Salud griega (PEDY). Actualmente, un gran movimiento de protesta se está desarrollando entre los profesionales de la salud en contra del tique de 5 euros de entrada en las policlínicas griegas, lo que supone un verdadero obstáculo a la atención sanitaria para la mayoría de las personas más desfavorecidas que viven en Grecia.

Vacunación y atención prenatal y parto

A pesar de no haberse modificado el calendario de vacunación nacional en Grecia, cada vez más menores dejan de vacunarse debido a la desaparición paulatina de los servicios públicos de salud (a los cuales este sector de la población tenía acceso gratuito anteriormente). Según un estudio de la Escuela Nacional de Sanidad griega publicado en mayo de 2013, entre el 65% y el 70% de los menores fueron vacunados por pediatras privados, lo que añade una carga financiera suplementaria a los padres y las madres desempleados o sin seguro médico.

La vacunación completa de menores cuesta alrededor de 1.200 euros sin seguro. Por esta razón, los equipos de Médicos del Mundo Grecia vacunaron alrededor de 9.000 menores en 2013 en las policlínicas y unidades móviles establecidas en localidades e islas remotas, donde más se evidencia la gran cantidad de menores y personas sin acceso a la sanidad por culpa del cierre de centros sanitarios que hasta entonces habían permanecido abiertos.

El acceso a las clínicas de maternidad públicas se ha vuelto extremadamente difícil o incluso imposible para las mujeres embarazadas sin seguro. Ellas deben pagar por el seguimiento de su embarazo y asumir el coste del nacimiento. A pesar de que las personas solicitantes de asilo pueden en teoría acceder a la atención prenatal y natal, todavía tienen que sortear numerosos obstáculos administrativos. En efecto, estas personas tienen que demostrar su insolvencia antes de poder acceder gratuitamente a la atención sanitaria en los hospitales públicos.

El coste del seguimiento prenatal para las mujeres sin seguro durante un embarazo normal es aproximadamente de 650 euros. Por tanto, las mujeres tienen que pagar unos 650 euros por un nacimiento sin complicaciones y cerca de 1.200 euros por una cesárea. La interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento legal en Grecia, pero cuesta alrededor de 350 euros sin seguro médico.

La incapacidad de pagar el seguimiento del embarazo limita considerablemente las posibilidades del recién nacido y pone en grave peligro la salud de la madre y del niño.

Algunos centros de maternidad públicos han negado a las madres el certificado de nacimiento por no poder pagar el coste del parto. En ocasiones, el personal del centro amenazaba a los padres con no devolverles a sus bebés mientras no hayan traído el dinero necesario para pagar el parto...

Grupos estigmatizados en situación de exclusión aun antes de la crisis

En abril de 2013, durante las operaciones de barrido de inmigrantes masivas, las llamadas **“Operaciones Thetis”**, la policía griega reunió a personas usuarias de drogas en el centro de Atenas, las condujo esposadas al centro de detención de migrantes de Amygdaleza (una zona remota fuera de Atenas) o las abandonó a su suerte en zonas rurales a varias horas de viaje de Atenas. En Amygdaleza, las personas usuarias de drogas fueron sometidas a pruebas obligatorias del VIH⁶⁶. Estas operaciones se repitieron en numerosas ocasiones, aumentando así la vulnerabilidad de las víctimas.

Pero también hay buenas noticias. A finales de 2013, Atenas dio un paso importante con la apertura de una pequeña sala de consumo supervisado de drogas, cerca de la Plaza Omonia. Solo dos personas usuarias de drogas pueden usarla a la vez y permanece cerrada por

62 Gordon J., Karpowicz I., Lanau S., Manning J., McGrew W., Nozaki M., Shamloo M. [Greece: Ex Post Evaluation of Exceptional Access under the 2010 Stand-By Arrangement](#). Washington DC: Fondo Monetario Internacional, Informe de país n° 13/156, de 2013.

63 Eurostat. *Harmonised unemployment rate by sex*. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. Última consulta: 3 de marzo de 2014.

64 Samaras A., Stourmaras Y., Provopoulos G. Greece: Letter of Intent, Memorandum of Economic and Financial Policies, and Technical Memorandum of Understanding, 17 July 2013. Disponible en el sitio web del Fondo Monetario Internacional: <https://www.imf.org/external/np/loi/2013/grc/071713.pdf>

65 Zafiropoulou M., Kaitelidou D., Siskou O., Oikonomou B. *Impact of the crisis on access to healthcare services: country report on Greece*. Bruselas: Eurofound, 2013.

66 Kokkini E. Greece... the country of harm induction. *Ámsterdam: Correlation Network (Policy paper), newsletter 03/2013.* [Who is paying the price for austerity?](#)

la noche y durante el fin de semana. Confiamos en que la organización OKANA, que dirige esta sala, pueda recaudar más fondos con el fin de ampliar sus horarios de apertura y el número de personas por sesión con uso supervisado de drogas, ya que Grecia presenta el mayor uso de drogas en lugares públicos de Europa.

Los trabajadores sexuales pasaron por momentos terribles en abril de 2012, justo antes de celebrarse un nuevo proceso electoral, cuando se aprobó un reglamento que daba vía libre a las pruebas obligatorias de enfermedades infecciosas. Algunas de estas personas fueron arrastradas por el pelo hasta los equipos médicos del Estado (!) que les hicieron pruebas de detección del VIH y otras enfermedades, contra su voluntad.

Luego, las mujeres seropositivas salieron fotografiadas en los periódicos. Fueron acusadas de envenenar a sus clientes y tuvieron que pagar elevadas multas. Estos tipos de violaciones graves de los derechos humanos contradicen las recomendaciones de todos los organismos internacionales, tanto de las instituciones públicas como de las ONG, como ONUSIDA, la Comisión Global sobre VIH y Derecho, la OMS, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (CPCE) o el Observatorio de Derechos Humanos. Las pruebas no voluntarias sin garantía de anonimato generan desconfianza hacia los centros de pruebas. Todas las ONG y los especialistas en enfermedades infecciosas esperan la desaparición definitiva de este decreto⁶⁷.

Desgraciadamente, la población migrante sigue sufriendo los discursos de odio y violencias. Sigue siendo considerada como el chivo expiatorio de la crisis económica que azota al país. Con el desmantelamiento de redes sociales, las personas desfavorecidas se enfrentan a una desesperación creciente y el miedo al futuro se propaga considerablemente. Los partidos políticos de la extrema derecha se han ampliamente aprovechado de la crisis social.

La violencia contra la población migrante en Grecia no perdona a los niños, como con este chico afgano de 14 años, Ismail, quien ha sido agredido por tres individuos justo después de haberles respondido que era afgano. Necesitó más de 30 puntos de sutura después de que los asaltantes lo desfiguraran con botellas rotas. Lo dejaron en la acera, desangrándose. Recibió los primeros auxilios gracias a un transeúnte que lo llevó al hospital. Desafortunadamente, tuvo que salir del hospital horas después, solo, porque no tenía ni cobertura médica ni permiso de residencia. MdM le procuró atención sanitaria, un refugio seguro y un apoyo social para que encuentre a su familia.

Las personas extremistas atacan indiscriminadamente a mujeres (incluidas las mujeres embarazadas), menores y hombres aislados, principalmente por la noche; han organizado redadas racistas contra personas albanesas y vendedores extranjeros en los mercados, han amenazado abiertamente al personal humanitario de las ONG, han incitado al crimen de odio, etc.

Respuesta de MdM Grecia a la crisis

En respuesta a la crisis y a las necesidades masivas generadas, MdM Grecia ha multiplicado sus zonas de acción. Cientos de personas voluntarias y 30 miembros del personal asalariado dirigen diariamente 22 proyectos a nivel local, de los que 13 comenzaron después de 2010. Por ejemplo, la asociación dirige cinco policlínicas, un centro para personas refugiadas y solicitantes de asilo en Atenas y cuatro unidades móviles que ofrecen servicios sanitarios a las personas que viven en lugares aislados y remotos de Grecia⁶⁸. También se ofrece asistencia social y soporte legal a la población migrante necesitada de protección internacional en las islas de Lesbos y Quiós.

Otros proyectos van dirigidos a las personas sin hogar en Atenas (incluido un refugio nocturno), a las personas usuarias de drogas inyectables (proyecto de reducción del daño "Calles de Atenas"), a los menores romanes que viven en campamentos a las afueras de Atenas y a las personas mayores (programa "Mensaje de Vida").

El programa "¡Ya basta!", en colaboración con el Consejo Griego para Refugiados, pretende fomentar la tolerancia, acabar con la violencia racista en Grecia y proporcionar atención médica, psicológica, social y legal a las víctimas de la violencia racista. El proyecto también busca contribuir a una mejor comprensión de la magnitud del fenómeno.

En 2013, MdM Grecia recibió a 75 víctimas de la violencia xenófoba. En muchos casos, se denunció el uso de palos, cadenas, cuchillos, botellas rotas y perros. Todos excepto uno de estos ataques los perpetraron múltiples atacantes, quienes, en la mayoría de los casos, iban vestidos de negro y llevaban símbolos neonazis. Cuatro de los ataques tuvieron lugar en comisarías de policía. Debido a que la mitad de las víctimas se encontraban en situación irregular, éstas no pudieron presentar la denuncia correspondiente. La Directiva 2012/29/EU sobre víctimas de delitos en la Unión Europea estableció normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de TODAS las víctimas de crímenes (incluyendo específicamente a las personas migrantes en situación irregular⁶⁹) y deberá ser incorporada y aplicada también en Grecia. Algunos criminales eran incluso menores de edad, razón por la que el proyecto "¡Ya basta!" de MdM Grecia organiza encuentros en las escuelas griegas para alcanzar a los menores de entre 12 y 16 años. Se celebraron 19 encuentros en escuelas griegas con un total de 770 menores de entre 12 y 16 años.

La presentación en estas escuelas se inicia mostrando una foto con las manos de menores de diferentes grupos étnicos sosteniendo el globo del mundo. Este momento inaugural pone de relieve el objetivo de la presentación de cohesión social y solidaridad sin discriminación. Con el fin de mostrar que tenemos que superar la connotación negativa de la palabra "extranjero" (xenos), mostramos el ejemplo de algunas celebridades del mundo académico y deportivo para demostrar que, aunque se trata de personas migrantes (tanto personas griegas viviendo en el extranjero como personas extranjeras viviendo en Grecia), éstas desempeñan un papel importante en la sociedad para los jóvenes como ejemplos a seguir. Además, mostramos fotografías de la migración masiva de personas griegas durante los años 50 y explicamos que ellas son también migrantes en otros países y que "todas las personas son extranjeras en algún lugar". Tras explicar que Grecia es una puerta de entrada a los países europeos, hacemos una breve referencia al trabajo de MdM presentando algunos de los servicios y atenciones médicas que prestamos a los grupos vulnerables, con el objetivo de suscitar el sentimiento de solidaridad. Durante la presentación, le pedimos al alumnado que exprese sus propias opiniones y experiencias sobre el tema de "la aceptación y la diferencia". La presentación concluye con el fomento de buenas prácticas, como la aceptación de la diversidad, la prevención del comportamiento racista y el fortalecimiento de la solidaridad social. Por último, pedimos a los alumnos que escriban una redacción corta sobre el fenómeno del racismo, recogemos sus textos y los usamos como material en la campaña antirracista.

67 En Julio de 2013, El ministro de Salud reactivó el decreto 39A, el cual sería modificado a más tardar en abril de 2014, según palabras del propio ministro en una reunión en la Comisión de la UE del 18 marzo de 2014.

68 Una unidad móvil de pediatría, una de dental, una de oftalmológica y una de medicina general destinada a mujeres y menores.

69 (http://ec.europa.eu/justice/criminal/files/victims/guidance_victims_rights_directive_en.pdf) Desafortunadamente, Grecia no ha aplicado aún esta directiva.

EL COMPROMISO DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y DE LA UE EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

En los dos últimos años, un número creciente de instituciones internacionales y europeas ha instado a los gobiernos a proteger a las poblaciones más vulnerables de las consecuencias de la crisis y la austeridad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el derecho de toda persona “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En mayo de 2012, el Comité expresó su preocupación por la reducción de los niveles de protección otorgados a los derechos a la vivienda, salud, educación y trabajo, entre otros, como consecuencia de las medidas de austeridad adoptadas por el gobierno español. Respecto a la exclusión de las personas adultas migrantes en situación irregular de la atención sanitaria, el Comité instó a España a garantizar que todas las personas residentes en su territorio, independientemente de su situación administrativa, tengan acceso a los servicios de atención sanitaria, de conformidad con el principio de universalidad de los servicios de salud⁷⁰.

El Consejo de Europa

En febrero de 2013, el Comisionado de Derechos Humanos Nils Muižnieks condenó en firme la violencia xenófoba y la impunidad en Grecia⁷¹. Respecto a España, el Comisionado criticó el hecho de que se haya negado en varias ocasiones a los menores migrantes cuyos padres se encuentran en situación irregular el acceso a la tarjeta sanitaria o a la atención sanitaria (en incumplimiento del RDL 16/2012, que solo excluye a las personas adultas migrantes en situación irregular). Además, denunció el impacto desproporcionado de las medidas de austeridad en el acceso a la atención sanitaria de los menores⁷².

En junio de 2013, con arreglo a un [informe sobre la igualdad de acceso a la atención sanitaria](#), la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa publicó la [resolución 1946 \(2013\)](#), que destaca el impacto negativo de las medidas de austeridad en los derechos sociales y sus efectos en las personas más vulnerables. La Asamblea “*crea que la crisis debería servir como una oportunidad para reconsiderar los sistemas de salud, para incrementar su eficiencia y no para justificar la adopción de medidas retrógradas*”. La Asamblea pide específicamente a los Estados miembros que garanticen el acceso de todas las personas a la vacunación y el acceso universal a la atención sanitaria para las mujeres embarazadas y los menores, independientemente de su estatuto administrativo. Por último, la Asamblea pide también “*la disociación de las políticas de seguridad e inmigración de la política sanitaria*”, por ejemplo, aboliendo la obligación del personal profesional de la salud de denunciar a las personas migrantes en situación irregular.

En noviembre de 2013, el Comité Parlamentario de Migración, Refugiados y Personas Desplazadas instó a los Estados miembros a garantizar el acceso universal a la prevención y tratamiento del VIH, denunciando con firmeza el mito del turismo sanitario⁷³. El Comité manifestó su preocupación por las pruebas obligatorias del VIH. Además, consideró que la persona migrante con VIH “*nunca deberá ser expulsada cuando está claro que no recibirá la atención sanitaria⁷⁴ y asistencia adecuadas en el país donde se la traslada. Lo contrario equivaldría a una sentencia de muerte para la persona en cuestión*”.

En enero de 2014, el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa publicó sus [conclusiones de los países](#). El Comité advirtió de que la exclusión del sistema sanitario de las personas adultas migrantes en situación irregular (RDL 16/2012) es contraria al artículo 11 de la Carta, que establece que “*toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar*”.

“En este sentido, el Comité ha afirmado que los Estados Partes en la Carta Social Europea tienen obligaciones positivas en materia de acceso a la atención sanitaria con respecto a los migrantes, se encuentren o no en situación irregular. [...] La Crisis económica no debe traducirse en una reducción de los derechos reconocidos por la Carta. Los gobiernos deben por tanto adoptar todas las medidas necesarias para conseguir que esos derechos sean efectivamente garantizados en el momento en el que la necesidad de protección se hace sentir más.”

70 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en Ginebra. [Observaciones finales sobre España](#), mayo de 2012. Disponible en www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/co/E.C.12.ESP.CO.5_sp.doc.

71 “[Greece must curb hate crime and combat impunity](#)” (Muižnieks N. Informe de su visita a Grecia del 28 de enero al 1 de febrero de 2013. Estrasburgo).

72 Muižnieks N. Informe de su visita a Grecia del 28 de enero al 1 de febrero de 2013. Estrasburgo.

73 Propuesta de resolución adoptada por el Comité el 20 de noviembre de 2013: Migrants and refugees and the fight against AIDS (véase <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=20322&lang=en> Última consulta: 31 de marzo de 2014).

74 La asistencia sanitaria adecuada en el país de origen “deberá ser evaluada en base a la disponibilidad geográfica y financiera del tratamiento para el paciente en cuestión en ese Estado en particular. Deberá prestarse especial atención a la accesibilidad del tratamiento continuo y del seguimiento especializado (por ejemplo, la puesta a disposición cualitativa y cuantitativa suficiente de médicos y estructuras sanitarias especializadas en VIH, al igual que los análisis de sangre necesarios y otros instrumentos, etc.). La ausencia o presencia de tratamiento requiere también ser evaluada a la luz del estado de salud específico de la persona solicitante (progreso de la enfermedad, complicaciones)”. (Traducción libre. Versión inglesa disponible en <http://website-pace.net/documents/10643/110596/20131120-rapportFialaE.pdf/9adf511f-0f91-4f78-9b54-98af54fcc537>).

Las instituciones de la Unión Europea

En Julio de 2013, una gran mayoría del Parlamento Europeo (PE) votó a favor de una resolución sobre el ["Impacto de la crisis en el acceso de los grupos vulnerables a la asistencia"](#) [2013/20044(INI)], como recordatorio del respeto a los valores fundamentales de la UE incluso en situaciones de crisis. Sin embargo, *"los grupos más vulnerables se están viendo afectados de forma desproporcionada por la crisis actual"*. El PE reconoce que *"los grupos que presentan varios factores de vulnerabilidad, como la población romaní, las personas que carecen de permiso de residencia válido o los indigentes, corren un riesgo aún mayor de que se les excluya de las campañas de prevención de riesgos, detección y tratamiento"*. El PE instó a la Comisión y a los Estados miembros no solo a trabajar por la sostenibilidad financiera de los sistemas de seguridad social, sino también a considerar el impacto social de las medidas de austeridad. El Parlamento consideró que *"dejar a las personas vulnerables sin acceso a los servicios asistenciales o de atención sanitaria representa un ahorro falso, ya que puede tener una incidencia negativa a largo plazo tanto en los costes sanitarios como en la salud individual y pública"*.

En referencia a la Troika, en marzo de 2014, el PE criticó que *"Entre las condiciones para pedir la asistencia financiera, los programas contenían recomendaciones de recortes específicos en el gasto social en áreas fundamentales como pensiones, servicios sociales básicos, atención sanitaria y, en algunos casos, productos farmacéuticos para la protección básica de los más vulnerables [...]"*⁷⁵. El Parlamento instó a la Comisión y a los Estados miembros a *"que consideren el gasto público en sanidad y educación no como un gasto susceptible de recortes, sino como una inversión pública en el futuro del país que han de respetar y aumentar a fin de mejorar la recuperación económica y social"*.

En 2011, la [Agencia de los Derechos Fundamentales \(FRA por sus siglas en inglés\)](#) de la UE publicó *"Migrantes en situación irregular: acceso a la sanidad en 10 Estados miembros de la Unión Europea"*. La FRA formuló la opinión de que las personas migrantes en situación irregular deberían, como mínimo, tener derecho por ley a acceder a la atención sanitaria necesaria. Tales prestaciones no deberían limitarse únicamente a la atención de urgencia, sino también incluir otras formas de atención sanitaria básica, como la atención prenatal, natal, postnatal, infantil, mental y de enfermedades crónicas.

En marzo de 2014, los dirigentes de tres instituciones intergubernamentales de [derechos humanos](#)⁷⁶ afirmaron lo siguiente en una declaración conjunta con ocasión del Día Internacional de la Eliminación de la Discriminación Racial: *"Cuando los líderes hablan en contra de los crímenes de odio, se traslada un mensaje contundente de tranquilidad a las comunidades afectadas. Los líderes políticos juegan también un papel clave en el desarrollo de políticas para luchar contra los crímenes de odio. En primer lugar, tienen que poner en marcha un sistema exhaustivo de denuncia y registro de incidentes racistas a fin de proporcionar a los legisladores la información necesaria para generar respuestas sólidas y efectivas."*

En una mesa redonda celebrada por Médicos del Mundo el pasado mes de noviembre de 2013 en el Parlamento Europeo titulada *"Impacto de la crisis en el acceso de mujeres y menores a la atención sanitaria"*, el Secretario General del Partido Popular Europeo Antonio LÓPEZ-ISTÚRIZ afirmó: *"Existen casos en los que se rechaza a personas que vienen y que necesitan realmente servicios de atención sanitaria. Estas personas que no tienen medios ni cobertura médica, estén o no en situación irregular, deberían tener un acceso sanitario gratuito e universal, y es por lo que debemos sostener en el conjunto de la UE. [...] Las mujeres embarazadas y los menores deben tener acceso inmediato a la sanidad por razones obvias..."*

⁷⁵ Comité de Empleo y Asuntos Sociales. [Informe sobre los aspectos laborales y sociales del papel y las actividades de la Troika \(BCE, Comisión y FMI\)](#) en relación con los países de la zona de euro sujetos a un programa (2014/2007(INI)). Estrasburgo: Parlamento Europeo (sesión plenaria), 20/02/2014.

⁷⁶ Embajador Janez Lenarcic, Director de la Oficina OSCE para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos (ODIHR por sus siglas en inglés); Christian Ahlund, Presidente de la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia del Consejo Europeo (ECRI por sus siglas en inglés); y Morten Kjaerum, Director de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE (FRA).

RECOMENDACIONES A LOS MIEMBROS DEL PARLAMENTO EUROPEO

En 2013 y a principios de 2014, con vistas a las elecciones del Parlamento Europeo, Médecins du Monde invitó a todos los grupos políticos a que explicaran con claridad cómo pretendían velar por los sistemas de salud y de atención sanitaria en tiempos de crisis, tal y como se exige desde el Parlamento Europeo y muchas otras instituciones europeas.

A pesar de la subsidiariedad de los Estados miembros en asuntos de salud, la Comisión desempeña un papel cada vez más importante en materia de protección del acceso a la sanidad de las personas más vulnerables: a través del Semestre Europeo y de las recomendaciones específicas a los distintos países sobre las reformas sanitarias, como miembro de la Troika negociador de los términos de ayuda financiera para los países en procedimiento de déficit excesivo y como agente organizador del intercambio de las mejores prácticas en materia de política pública sanitaria entre Estados miembros. Los miembros del PE tendrán que trabajar en colaboración estrecha con la Comisión con el fin de limitar las consecuencias negativas de la crisis en el acceso a la sanidad.

Por otro lado, pedimos a los miembros del Parlamento Europeo que continúen en la lucha contra la incitación al odio xenófobo y el discurso del chivo expiatorio antiinmigrante, tanto en el Parlamento Europeo como durante las reuniones con sus homólogos políticos, instancias decisorias y representantes de los Estados miembros.

INVITACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En 2009, 147 organismos de profesionales sanitarios firmaron la Declaración Europea de los Profesionales de la Salud⁷⁷, en la que redactaron que el acceso discriminatorio a la sanidad contradice la ética profesional. Esta ética de la profesión sanitaria nos atribuye la responsabilidad conjunta de reconocer y velar por los derechos del paciente, como lo afirmó la Asociación Médica Mundial en 1981: *“Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.”*⁷⁸

Los actos y discursos de los profesionales de la salud han supuesto un gran avance en favor de los derechos de los grupos vulnerables a la atención sanitaria en numerosas ocasiones. El rechazo a cumplir las medidas legales que alteran la ética profesional y excluyen a ciertos grupos de pacientes manda una señal contundente a las autoridades. Pedimos a los profesionales de la salud que nos acompañen en la exigencia de dar prioridad a la ética médica, independientemente del estatuto social o administrativo de los pacientes o de sus prácticas.

77 Declaración Europea de los Profesionales de la Salud. Hacia el acceso no discriminatorio a servicios de salud. Disponible en inglés en <http://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-declaration-health-professionals.pdf>. Última consulta: 31 de marzo de 2014.

78 Declaración Médica Mundial de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (1981). Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/>. Última consulta: 31 de marzo de 2014.

RECOMENDACIONES A LOS GOBIERNOS NACIONALES

Médicos del Mundo pide a los gobiernos nacionales e instituciones de la UE que garanticen los sistemas de salud públicos universales fundamentados en la solidaridad, la igualdad y la equidad, y abiertos a toda persona que viva en cualquier Estado miembro europeo.

Hay que empezar por la cobertura de vacunación y la atención pre y postnatal universales...

Pedimos a los Estados miembros que basen sus políticas de salud pública en la evidencia científica. La exclusión de grupos de población de los servicios sanitarios esenciales resulta peligrosa, inmoral y muy costosa. Los gobiernos europeos se han comprometido a alcanzar, antes del 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la asistencia reproductiva y de inicio de la reversión de la incidencia de las enfermedades infecciosas, como el VIH y la tuberculosis. También se han comprometido a conseguir erradicar el sarampión (el cual requiere una cobertura de vacunación sostenida por encima del 95% con dos dosis de vacuna).

Todo menor debe tener pleno acceso a los planes de vacunación nacionales y a la atención pediátrica. Toda mujer embarazada debe tener acceso a la atención pre y postnatal.

Hay que invertir la atención sanitaria adaptada a todas las personas, incluidas aquellas con múltiples factores de vulnerabilidad

MdM cuenta con una experiencia de casi 30 años en programas sanitarios a nivel local que toman en consideración los determinantes sociales de la salud, como las condiciones de vida, el apoyo moral disponible, el trabajo y la renta, el estatuto de residencia, la violencia sufrida, etc. En primer lugar, una importante lección adquirida es el enfoque multidisciplinario requerido en el tratamiento de las personas con [múltiples factores](#) de vulnerabilidad.

Nuestros datos revelan que muchos pacientes no disponen de ninguna forma de cobertura médica cuando nos consultan por primera vez. En consecuencia, aparte de simplificar los procedimientos de acceso, una buena práctica de las autoridades consiste en financiar los servicios de información a pacientes sobre sus derechos sanitarios, así como facilitar los procedimientos administrativos complejos a los que les remiten los prestatarios de la atención sanitaria.

[Los centros comunitarios de atención primaria de salud](#), abiertos a todos, son una herramienta clave para garantizar el acceso universal.

Algunas personas migrantes, principalmente aquellas que no hablan el idioma del país de acogida, podrían necesitar servicios de interpretación o mediación intercultural. Los estudios revelan un aumento importante en la calidad de la atención cuando se hace un uso adecuado de la mediación⁷⁹, lo cual puede tener también un impacto en el número de consultas necesarias y en el cumplimiento terapéutico.

Más de una cuarta parte de los pacientes atendidos por MdM manifiestan tener una salud mental mala o muy mala. Muchos solo cuentan con un apoyo social limitado. Algunos incluso sufren trastorno de estrés postraumático y necesitan tratamiento psiquiátrico. Muchos padres y madres migrantes viven separados de al menos uno de sus hijos. Las personas migrantes en situación irregular están especialmente expuestas a padecer sufrimiento psíquico: cada vez que salen a la calle corren el riesgo de ser detenidas. Además, la situación irregular dificulta hacer planes de futuro. Por todas estas razones, resulta especialmente útil la organización de un [trabajo multidisciplinario entre los profesionales de la salud mental y general](#): este último puede facilitar la derivación hacia un acceso efectivo a los profesionales de la salud mental; el primero puede sensibilizar a los profesionales de la atención sanitaria general sobre el reconocimiento y tratamiento de los síntomas.

[Los pacientes pueden ser empoderados mediante su implicación en los programas sanitarios](#): invitando a las personas usuarias de los servicios a participar como miembros efectivos de los equipos, como educadores, expertos en alcance comunitario, etc. Esta implicación también se consigue mediante otras técnicas más accesibles (encuestas, actividades comunitarias, etc.). La participación del paciente mejora la calidad de los programas de salud y conduce a enfoques innovadores y rentables.

[Las actividades móviles comunitarias](#) son una herramienta necesaria para allanar el camino hacia una atención sanitaria accesible. Por ejemplo, el trabajo de calle, las visitas a los hogares o las unidades móviles que acuden a las casas de okupas, a las chabolas o a las zonas geográficamente más aisladas permiten acercar la sanidad a las personas más vulnerables. Las unidades móviles con horario laboral adaptado (nocturno) son más eficientes a la hora de acceder a las personas en situación de prostitución, usuarias de drogas o sin hogar.

⁷⁹ Por ejemplo, véase Verrept H. Intercultural mediation. An answer to health care disparities? En: Valero Garcés C., Martin A., eds. *Crossing Borders in Community Interpreting: Definitions and Dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2008.

Autores

Pierre CHAUVIN

Médico y epidemiólogo, Director de Investigación del Inserm, Equipo de Investigación de Epidemiología Social francés (ERES por sus siglas en francés), Instituto Pierre Louis de Epidemiología y Salud Pública francés (La Sorbona-Inserim, Universidades UPMC)

Nathalie SIMONNOT

Red Internacional de Médicos del Mundo

Caroline DOUAY

Red Internacional de Médicos del Mundo

Frank VANBIERVIET

Red Internacional de Médicos del Mundo

Con la participación de

Eva AGUILERA

Chema ATIENZA

Jean-François CORTY

Janine DERRON

Luc EVRARD

Ramon ESTESO

Agnès GILLINO

Nathalie GODARD

Stéphane HEYMANS

Lucy JONES

Margreet KROESEN

Olivier LEBEL

Liana MAILLI

Victor MENDELGWAIG

Maria MELCHIOR

Christina PSARRA

Begoña SANTOS OLMEDA

Sabrina SCHMITT

Elena URDANETA

Diseño gráfico

Maud LANCTUIT

Persona de contacto

Nathalie SIMONNOT

Dirección de la Red Internacional de Médicos del Mundo

nathalie.simonnot@medecinsdumonde.net

Tel: +33 1 44 92 14 37

Traducción

Lucía AMORIN

Gonzalo GARCÍA-PATÓN

Impresión

Clumic Arts Graphiques

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a los 16.881 pacientes que respondieron a nuestras preguntas por aceptar dedicar su esfuerzo y tiempo para dar testimonio de sus experiencias, a pesar de las dificultades sociales y sanitarias que enfrentaban durante el periodo de las encuestas.

La elaboración de este informe no habría sido posible sin la contribución de todas las personas que participaron en la recogida y el análisis de los datos, en especial los coordinadores, los equipos de voluntarios y asalariados de los diferentes programas de Médicos del Mundo en los que se recopiló dicha información.

Este trabajo ha contado con el apoyo de la Dirección General de la Salud (Francia) y del Programa Europeo para la Integración y la Migración (EPIM por sus siglas en inglés), una iniciativa de la Red de Fundaciones Europeas (NEF por sus siglas en inglés).

Los contenidos que se presentan en este documento son de entera responsabilidad de los autores y en ningún caso reflejan necesariamente las posiciones de NEF, de EPIM o de las fundaciones asociadas.





"Soy lesbiana. Me obligaron a casarme, por lo que quedé embarazada. Tuve que huir para evitar que me mataran. Aquí en el hospital me han dado un presupuesto de 12.000 euros para dar a luz."
MdM UK, Londres, 2014

Alemania / Ärzte der Welt	www.aerztederwelt.org
Bélgica / Médecins du monde	www.medecinsdumonde.be
Bélgica / Dokters van de Wereld	www.doktersvandewereld.be
Francia / Médecins du monde	www.medecinsdumonde.org
España / Médicos del Mundo	www.medicosdelmundo.org
Grecia / Giatri Tou Kosmou	www.mdmgreece.gr
Países Bajos / Dokters van de Wereld	www.doktersvandewereld.org
Portugal / Médicos do Mundo	www.medicosdomundo.pt
Reino Unido / Doctors of the World	www.doctorsoftheworld.org.uk
Suecia / Läkare i Världen	www.lakareivarlden.org
Suiza / Médecins du monde	www.medecinsdumonde.ch

Los documentos y las informaciones sobre el programa europeo pueden consultarse en www.mdmeuroblog.wordpress.com

