



INFORME FINAL

PROYECTO

**“MEJORA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE
SALUD DE LOS INMIGRANTES INDOCUMENTADOS EN EL ÁREA
SANITARIA 11 DE LA COMUNIDAD DE MADRID”**

Madrid, Diciembre de 2005



INDICE

	<i>Pag.</i>
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. RESULTADOS DEL PROYECTO.....	4
2.1. <i>Características de los inmigrantes.....</i>	<i>4</i>
2.2. <i>Actividades sanitarias.....</i>	<i>7</i>
2.3. <i>Barreras en el acceso a la salud y respuestas de MSF.....</i>	<i>10</i>
3. CONCLUSIONES.....	17
4. RECOMENDACIONES.....	20
ANEXO 1: MOTIVO DE CONSULTA Y MORBILIDAD	
ANEXO 2: PATOLOGÍAS O SITUACIONES COMPLICADAS	
ANEXO 3: LISTADO GENERAL DE RESULTADOS DEL PROYECTO	

GLOSARIO

ACS:	Agente Comunitario de Salud
CASI:	Centro de Atención Social para Inmigrantes
EMP:	Empadronamiento
ISS:	Inmigrantes Subsaharianos
IRA:	Infección Respiratoria Alta
L.O.:	Ley Orgánica
MSF:	Médicos Sin Fronteras
SS.SS:	Servicios Sociales
TIS:	Tarjeta Individual Sanitaria
VHB:	Virus Hepatitis B
VHC:	Virus Hepatitis C

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la asistencia sanitaria para los inmigrantes está reconocido en la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social en el artículo 12:

- Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio donde residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Los menores de 18 años tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y post parto tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Para el resto de personas que no estén inscritas en el padrón la asistencia sanitaria se limita a la asistencia de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

La Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) es el documento que permite acceder, con todos los derechos, al sistema sanitario público español en los casos primero y segundo, la Cartulina de Asistencia a la Embarazada en el tercero.

No obstante, y a pesar de estos derechos, existen evidencias sobre barreras que impiden o dificultan a gran número de población extranjera el acceso a los servicios normalizados de atención primaria y especializada, con las consiguientes repercusiones para la salud que ello podría suponer.

Partiendo de esta presunción, lo que Médicos Sin Fronteras (MSF) se propone es que la población inmigrante residiendo en la Comunidad de Madrid, cualquiera que sea su situación administrativa, tenga las mismas posibilidades reales, como cualquier otro ciudadano español, de acceder de un modo efectivo al Sistema Público de Salud. Con esta finalidad se plantean dos objetivos: 1º) Facilitar que el inmigrante indocumentado, acceda a los recursos sanitarios existentes a la hora de presentar problemas/situaciones de salud y barreras en el acceso; se hace especial énfasis en la incorporación al sistema público y en el seguimiento y control de la enfermedad. 2º) Obtener datos concluyentes sobre las barreras existentes y las repercusiones que estas tienen sobre la salud de los inmigrantes. El contenido y alcance de estos datos, pretenden utilizarse como objeto de acciones testimoniales posteriores, encaminadas a dar respuesta a las necesidades detectadas.

Con estos objetivos, MSF puso en marcha en noviembre de 2004, un proyecto piloto de un año de duración, a fin de dimensionar la magnitud del problema, centrando la intervención en los distritos de Villaverde y Carabanchel del municipio de Madrid, dada la mayor concentración del colectivo al que pretendíamos dirigirnos es decir, inmigrantes indocumentados procedentes del continente africano, tanto del Magreb como del África Subsahariana.

La estrategia que se ha utilizado para llevar a cabo esta intervención es la de Mediación Sanitaria, incorporándose al escenario sanitario la figura del Agente Comunitario de Salud (ACS).

Aunque como decíamos, el proyecto venga desarrollándose desde noviembre de 2004, y su duración sea de un año, por razones operativas se ha visto la necesidad de elaborar el presente informe con datos correspondientes a los primeros diez meses de trabajo. En él se recogen los resultados obtenidos durante este periodo en término de actividades realizadas, datos de morbilidad, etc., así como las barreras que se han encontrado y las repercusiones que estas tienen para la salud. Finalmente se hacen las recomendaciones oportunas.

2. RESULTADOS DEL PROYECTO

2.1. Características de los inmigrantes.

De noviembre 2004 a agosto 2005 (10 meses) se han atendido en el proyecto a un total de 295 casos (264 usuarios o inmigrantes).

Edad: Al agrupar las edades en segmentos etarios (tabla 1) observamos que un gran porcentaje (más del 60%) de casos son jóvenes entre 18 y 35 años. Esto va en concordancia con los datos oficiales que refieren que la mayoría de los inmigrantes asentados en España son jóvenes.

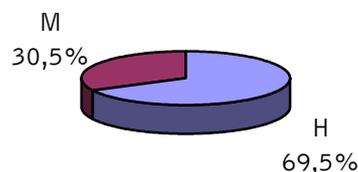
Tabla 1: Distribución por edades de los casos.

	<5 años	5-17 años	18-25 años	26-35 años	36-46 años	> 47 años
Nº	16	19	84	109	43	15
%	5,4%	6,4%	28,4%	36,9%	14,5%	5%

Nota: Hay que añadir 1 caso sin registro de edad y 8 que solo sabemos son mayores de 18 años.

Sexo: Hay 205 casos (69,5%) del sexo masculino y 90 (30,5%) del femenino. La relación entre ambos es de 2.3H/1M.

Gráfico 1: Distribución de casos según género



Lugar de procedencia: Por países, la procedencia de los inmigrantes es mayoritariamente de Marruecos, con el 33% del total de los usuarios. Los Inmigrantes Subsaharianos (ISS) en su conjunto representan el 50%, viniendo en su gran mayoría de la zona noroeste del continente, especialmente de Malí (11%), G. Conakry (7%), Senegal (6%), Camerún (6%) y C. Marfil (6%).

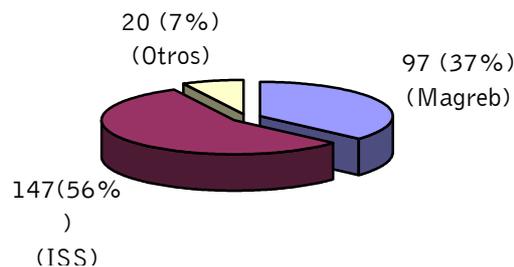
Hay un 8% de inmigrantes de orígenes distintos¹ a los países que se incluyen en el proyecto (continente africano).

Tabla 2: País de origen de los usuarios.

		Marruecos	Argelia	Túnez	Camerún	C. Marfil	RDC	Mali	Ghana	G. Conakry	G. Bissau	G. Ecuator.	Nigeria	Niger	Senegal	Mauritania	Angola	B. Fasso	S. Leona	Mozambique	Liberia	Congo Brazab	Otros ¹
Total	N	86	1	3	16	17	5	30	11	19	3	5	13	4	16	7	1	1	2	2	1	1	20
Acum.	%	33	0,4	1	6	6	2	11	4	7	1	2	5	1,5	6	3	0,4	0,4	1	1	0,4	0,4	8

En el gráfico siguiente se aprecia el porcentaje que representan los inmigrantes al agruparlos según procedan del Magreb, del África Subsahariana o de otros países.

Gráfico 2: Origen agrupado de los usuarios



La distribución de los casos por países y género es del 56% para las mujeres marroquíes, 33% para las ISS y 11% para las de otros países. Los hombres, por el contrario, son en un 31% del Magreb (78% marroquíes), en un 64% ISS y en un 5% de otros países.

Tiempo de estancia: Queda constancia de que la gran mayoría de los inmigrantes atendidos son de reciente llegada. El 74% llevan en España menos de 2 años y medio: un 19% llegan a lo largo del año 2005, un 44% durante el año 2004 y un 11% en el 2003. Estos porcentajes se mantienen al ser distribuidos según sexo.

El 68% de los inmigrantes subsaharianos y el 55% de los marroquíes tenían menos de año y medio de estancia en España cuando fueron incluidos en el proyecto.

Alojamiento: En el momento del primer contacto, 169 de los 265 usuarios (64%) estaban viviendo en un domicilio fijo²: 42 (25%) en Carabanchel, 65 (38%) en Villaverde y 62 (37%) en otros distritos o municipios de Madrid.

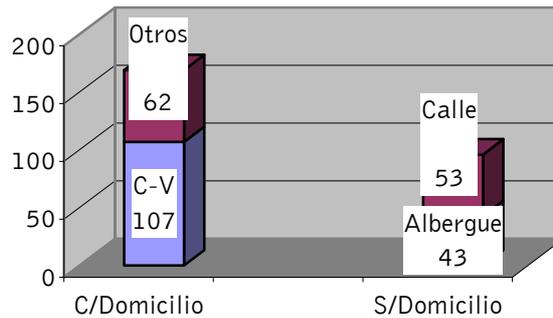
¹ 2 Ecuador, 1 Bolivia, 2 Colombia, 1 Argentina, 1 Cuba, 7 Rumania, 1 Irán, 1 Irak, 1 Pakistán, 1 Siria, 1 Palestina, 1 Líbano.

² La inestabilidad socio laboral en la que viven los inmigrantes atendidos por MSF (indocumentados) hace que no siempre estos domicilios sean estables o permanentes, especialmente si hablamos de ISS.

Hay 96 usuarios (36%) que carecían de una vivienda permanente: 43 (45%) se encontraban en alojamientos temporales (albergues, casas de acogida, etc.) y 53 (55%) estaban en la calle.

Nota: De los 265 inmigrantes que han sido atendidos por los ACS, 107 (40%) tenían el domicilio fijo en los dos distritos donde se ubica el proyecto.

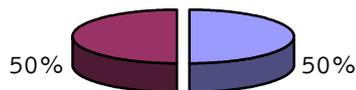
Gráfico 3: Alojamiento de usuarios



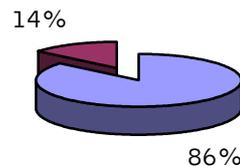
Por colectivos se recoge que del total de ISS, el 50% estaban alojados en un domicilio fijo, el 29% vivían en la calle y el 21% en albergues u otro recurso similar. De los magrebíes, el 86% disponían de domicilio, el 6% estaban en la calle y el 8% en albergues, etc.

Gráficos 4 y 5: Alojamiento de usuarios según origen

SUBSAHARIANOS



MAGREBIES



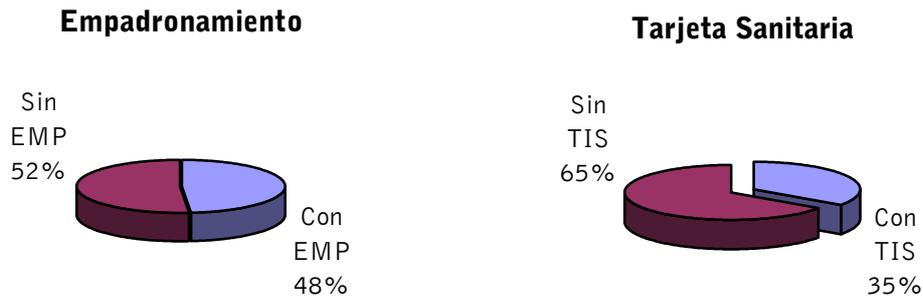
Separándolos por grupos específicos tenemos:

- ❑ Con domicilio: ISS 43%; magrebíes 49%
- ❑ En la calle: ISS 81%; magrebíes 11%
- ❑ En albergues, etc.: ISS 72%; magrebíes 19%

Situación administrativa: En los 10 meses en los que se basa este informe acudieron a los ACS 136 usuarios sin antes haberse empadronado, esto representa un 52% del total de los que acudieron al proyecto (264). Sin Tarjeta Sanitaria fueron registrados 172 usuarios, el

65%. Con este último dato se observa que hay 36 personas (21%) que no tramitaron su tarjeta sanitaria, aún estando empadronadas.

Gráficos 6 y 7: Situación administrativa de los usuarios



De estos sin empadronarse, el 68% son ISS y el 24% del Magreb. En cuanto a inmigrantes sin TIS, el 66% son ISS y el 27% magrebíes.

Aunque el proyecto va dirigido a inmigrantes indocumentados (situación administrativa irregular), se han atendido a 45 personas sin encontrarse en esta condición. Aun así, 3 de estos inmigrantes no estaban empadronados y 5 no tenían tarjeta sanitaria. Todos presentaban algún tipo de obstáculo o dificultad lingüística, de desconocimiento, etc. para acceder al sistema sanitario.

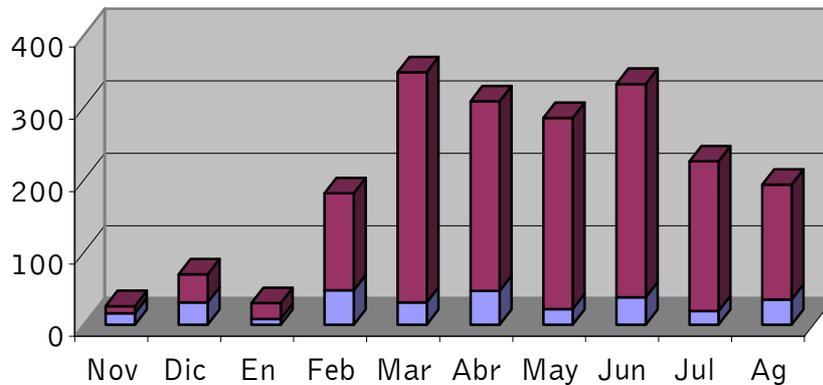
2.2. Actividades sanitarias.

Según lo reflejado en el apartado anterior, el número total de casos atendidos por MSF ha sido de 295, lo que nos da una media de 30 casos por mes. Los usuarios o inmigrantes vistos han sido 264, de los cuales, 26 presentaron un segundo caso de salud, 4 tres y 1 cuatro.

El total de acciones o intervenciones llevadas a cabo por los ACS han superado la cifra de 2.000, repartiéndose entre acompañamientos, derivaciones y otras gestiones de seguimiento, como se especificará a continuación. La media de intervenciones por caso ha sido de 7, aunque hay que tener en cuenta que actualmente quedan todavía un 27% de procesos abiertos.

En el gráfico que se muestra a continuación se detalla la evolución de los casos y acciones realizadas a lo largo del periodo en el que se basa el documento. Vemos como existe una cierta constancia en el número de casos atendidos en el proyecto. Sin embargo, las diversas acciones realizadas aumentan significativamente a partir del tercer mes (refuerzo con apoyo técnico) y se mantienen de forma más o menos estable hasta el final (el ligero descenso de julio y agosto se debe a las vacaciones de los ACS).

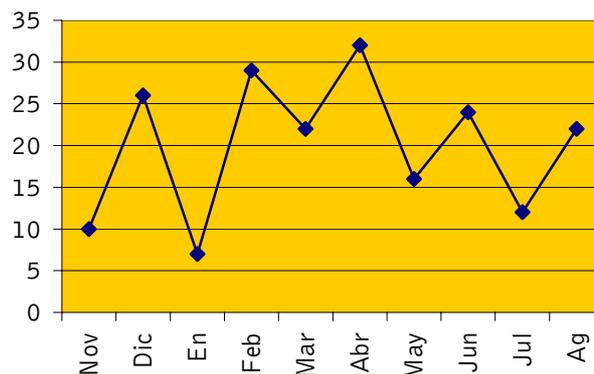
**Gráfico 8: Evolución mensual casos/acciones
(Nov-04 / Agos-05)**



El motivo de consulta de los usuarios ha estado relacionado con su salud (independientemente de la situación administrativa) en un 68% (n=200) y con la resolución “exclusiva” de su EMP/TIS en el 32% restante (n=95) .

Los casos sanitarios atendidos mensualmente y su evolución entre noviembre de 2004 y agosto de 2005 se reflejan en el siguiente gráfico. Se aprecia como la inclusión en el proyecto ha sido continúa, aunque con picos inconstantes a lo largo de este periodo. Hay varios factores que han contribuido a esto, entre los que se encuentran el proceso de regularización (febrero-abril), las derivaciones irregulares desde otras entidades, la difusión del proyecto entre la comunidad (el boca a boca) y la propia dinámica de trabajo comunitario del equipo de ACS.

Gráfico 9: Evolución mensual de los casos sanitarios



Los datos sanitarios quedan registrados como **motivo de consulta**³ al ACS y como **morbilidad con un diagnóstico médico**⁴ (Anexo 1):

³ Son las razones sanitarias por las cuales los usuarios acuden a los ACS.

⁴ Son patologías con el diagnóstico emitido por un facultativo.

- Motivos de consulta sanitaria: Han sido principalmente, y por orden decreciente, los problemas traumatológicos, los infecciosos del aparato respiratorio, la patología gastrointestinal, la dermatológica y la ginecológica.
- Morbilidad: Las patologías más frecuentes son: 1º.- Infecciosas (IRA, TBC, VHB y C, VIH e infecciones dermatológicas), 2º.- Traumatología, 3º Ginecología y Gastroenterología, 4º.- Hematología y 5º.- Renal.

Las actividades preventivas que han ayudado a que las mujeres embarazadas sigan los controles prenatales y las madres lleven a sus hijos a los controles pediátricos y completen sus vacunaciones también han tenido relevancia en el proyecto.

La patología psiquiátrica podría tener una mayor relevancia de la que percibimos en los datos epidemiológicos; existe la sospecha de que muchos de los motivos de consulta por cefaleas, mareos, insomnio, etc., y que posteriormente no tienen un diagnóstico médico, encubren un problema de salud mental.

En general, podemos reseñar que los inmigrantes han presentado mayoritariamente enfermedades comunes, como las de cualquier ciudadano autóctono, aunque con un componente importante de patología infecciosa, gastrointestinal y traumatológica que podría reflejar las condiciones sociolaborales en las que se encuentra inmersa gran parte de esta población.

No obstante, se han detectado igualmente patologías de una mayor severidad para las personas que las padecen y con posibles resultas en la salud pública (Anexo 2). Así, hay que destacar enfermedades infecciosas como las hepatitis, esquistosomiasis, TBC y VIH/SIDA. Las condiciones socioeconómicas y la situación administrativa en las que viven los pacientes, tal y como se verá más adelante, han tenido repercusiones negativas sobre el seguimiento y control de estas enfermedades. Hay que especificar que las TBC latentes, esquistosomiasis y hepatitis diagnosticadas, lo han sido en su mayoría durante el seguimiento de otros procesos clínicos.

Todos los casos incluidos en el proyecto han sido seguidos hasta su cierre; la atención ha sido más estrecha y continuada en aquellas ocasiones en las que la severidad de las patologías y la importancia de la continuidad de tratamientos y pruebas diagnósticas lo requerían (Anexo 2).

El tiempo medio utilizado en el seguimiento de los casos (desde que se abren hasta que se cierran) ha sido de 1,5 meses. Cuando estratificamos las razones por las que acuden al ACS vemos que:

- Solamente sanitarias: Media = 1,5 meses
- Sanitaria + Con EMP/Sin TIS: Media = 1,7 meses
- Sanitaria + Sin EMP/TIS: Media = 2 meses
- Con EMP/ Sin TIS: Media = 0,8 meses
- Sin EMP/TIS: Media = 1,5 meses

Estos periodos muestran como la situación administrativa del inmigrante retrasa en cierta medida el cierre del caso sanitario. Así mismo, se observa la dificultad en la gestión del empadronamiento y la tarjeta sanitaria.



Proyecto Madrid
Indocumentados

Los motivos de consulta sanitaria en ISS y magrebíes han ido casi parejos (49% y 41.5% respectivamente). Cuando el motivo de consulta era exclusivamente sanitario los magrebíes representaban el 55% de los usuarios y los ISS el 39%. Si el motivo era

sanitario, y además carecía de empadronamiento y tarjeta sanitaria, entonces el ISS representaba el 69% y el magrebí el 19%. Esto da idea de las mayores dificultades en el acceso a salud de los inmigrantes subsaharianos, que serán descritas con más detalle en el siguiente capítulo.

Las cifras acordes al tipo de acción realizada por el ACS para apoyar en la resolución de los casos son las siguientes:

- Número total de acompañamientos = 357 (la media es de 1,2 acompañamientos por caso)
- Número de casos con al menos un acompañamiento = 136 de 295 (46%)
- Número de gestiones administrativas (emp/tsi, citas médicas, etc.) = 481
- Otras gestiones (llamadas, encuentros, etc.) = 1037
- Derivaciones a salud (S. Salud, ONGs) = 75
- Derivaciones a SS.SS = 17
- Otras derivaciones (de carácter social-legal) = 49

El número de acompañamientos, al igual que el resto de acciones, justifica la necesidad de apoyar al inmigrante en sus procesos sanitarios y/o administrativos.

El origen de llegada de los usuarios a MSF ha sido principalmente a través de la búsqueda activa de casos por nuestros ACS (43%), seguido de los referidos por amigos o familiares, previamente atendidos por el proyecto (29%), asociaciones, ONG's (8%), SS.SS (5%), S. Salud (4%) y Otros (11%).

Las derivaciones desde S. Salud, SS.SS y asociaciones u ONG's, han sido generalmente para apoyar en casos sanitarios complejos a los que se les añadían barreras administrativas o sociales, como la ausencia de empadronamiento y TSI y/o alojamiento.

2.3. Barreras en el acceso a la salud y respuestas desde MSF.

La L.O. 4/2000 reconoce formalmente el derecho a que los inmigrantes indocumentados se beneficien de una asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población española. Sin embargo, queda constancia de que existen vacíos y condicionantes en esta ley que hacen que un número importante de esta población no tengan cubiertas todas las necesidades médicas asistenciales a través del Sistema Público de Salud.

El primer supuesto contempla que los **“inmigrantes empadronados”** tendrán derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Para poder obtener el certificado de empadronamiento es preciso un *“documento oficial que te identifique”* (pasaporte, cédula de inscripción, permiso de residencia o solicitud de asilo), además de *“cualquier documento que acredite el uso de la vivienda”* en el municipio donde se reside (contrato de alquiler, factura de agua, luz, etc. con el nombre o autorización de empadronamiento). A partir de aquí, y disponiendo de estos documentos, el trámite de la tarjeta sanitaria no conlleva mayores dificultades.

La realidad nos demuestra que en la obtención de estos documentos es donde radican los principales escollos para acceder a los servicios sanitarios. Ya se ha reportado en otro capítulo el dato relevante sobre el porcentaje de usuarios sin empadronamiento (52%), y por lo tanto sin tarjeta sanitaria. Entre las razones alegadas se encontraban:

- *Carencia exclusivamente de pasaporte en el 33% (n = 45) de los inmigrantes*
- *Carencia de pasaporte y de alojamiento en el 18% (n = 24)*
- *Ausencia exclusivamente de alojamiento en el 15% (n = 21)*
- *Falta de autorización de empadronamiento en el 13% (n = 18)*
- *Desconocimiento de sus derechos en un 15% (n = 20)*
- *Otros: 5% (n = 7)*

La resolución de algunas de estas situaciones suele llevar a trámites largos, difíciles, y en ocasiones, estériles. Así por ejemplo, la tramitación de un pasaporte se complica o se imposibilita cuando no existe representación consular del país de origen del inmigrante en Madrid o España, cuando el inmigrante no se ha inscrito en el consulado a su llegada, cuando no tenga recursos económicos para pagar el trámite o cuando tenga miedo de ser identificado y expulsado. En el caso de la embajada de Marruecos, a parte del certificado de penales y DNI del país, se requiere una oferta formal de trabajo, algo difícil de obtener dada su situación de irregularidad o empadronamiento. Muchos de estos inmigrantes recurren a sus familiares en el país de origen para el envío del pasaporte. En muchos de estos casos se pueden llegar a tardar meses antes de obtener este documento.

La tenencia de otros documentos de identidad que sirvan para empadronarse (cédula de inscripción, permiso de trabajo o solicitud de asilo) es prácticamente inexistente en este tipo de usuarios. La adquisición de una cédula de inscripción es complicada y difícil de obtener, a lo que se suma el miedo a la expulsión tras la resolución negativa del caso.

Para poder acreditar el uso de una vivienda hay que disponer en primer lugar de la misma, y ya se ha reportado que el 36% de los usuarios atendidos en el proyecto carecían de un alojamiento estable. Los inmigrantes que están temporalmente en algunos albergues, casas de acogida, CASI (Centro de Atención Social a Inmigrantes), etc. son generalmente empadronados en estos establecimientos, aunque, y sin razón aparente, no puedan hacerlo las asociaciones y ONGs que trabajan con esta población. Habitualmente, las tarjetas sanitarias emitidas en estas circunstancias tienen periodos de validez de entre 3 / 6 meses y 1 año. La variabilidad existente a la hora de obtener/renovar estos documentos está sujeta a la arbitrariedad de juntas municipales y/o centros de salud.

Las mayores dificultades aparecen cuando el inmigrante vive en la calle (el 55% de los que están sin domicilio fijo). La ley de empadronamiento establece que aun viviendo en chabolas, parques, debajo de un puente, etc. puede uno empadronarse, previa visita de la policía municipal o de los Servicios Sociales. La experiencia nos dice que esta alternativa es prácticamente inaplicable, debido al desconocimiento de esta ley por parte del inmigrante y, más importante aun, al temor entre los inmigrantes de la visita comprobatoria de la policía. A pesar de que los Servicios Sociales tienen la capacidad de empadronar en sus dependencias (siempre y cuando se disponga del documento que certifique la identidad de la persona), este recurso tampoco ha resultado eficaz cuando ha sido solicitado.

En repetidas ocasiones, esta falta de alojamiento se va perpetuando con el tiempo, llevando a los inmigrantes a agotar los recursos existentes y terminar definitivamente en la calle. De esta manera comprobamos desde el proyecto que, *de los usuarios que se encontraban en la calle, el 57% llevaban viviendo en España más de un año.*

El hecho de disponer de un alojamiento no quiere decir que no existan dificultades a la hora de conseguir el certificado de empadronamiento. La falta de autorización por parte del arrendatario sucede con relativa frecuencia, observándose razones múltiples para ello: varias personas registradas en el mismo domicilio, miedo a una inspección, pérdida de beneficios sociales o imposibilidad de hacerlo al ser viviendas de protección oficial. Tanto si se dispone como si no de un alojamiento, la necesidad de acreditar una vivienda lleva a la especulación con este certificado, llegándose a pedir / pagar cifras importantes de dinero para su obtención, que buena parte del colectivo implicado no dispone.

Los obstáculos mencionados han tenido como resultado que un **38% de los casos atendidos con problemas de salud no pudieron acceder al sistema público de salud de forma normalizada por no disponer de tarjeta sanitaria al no estar empadronados**. Adicionalmente, ha habido 36 usuarios (21%) que, aún estando empadronados, no tramitaron su tarjeta sanitaria, generalmente por desconocimiento del derecho. Esto nos lleva a un 43% de casos sanitarios vistos por los ACS sin TIS.

Para los inmigrantes que no están en el padrón, y por lo tanto sin TIS, la asistencia sanitaria queda limitada a la **urgencia hospitalaria hasta el alta médica**. Si bien esta es una solución inmediata para los “problemas graves”, la realidad nos dice que son muchas otras las situaciones que obligan a los usuarios a acudir a este servicio, utilizándolo de forma inadecuada y sobresaturándolo. Independientemente de esta circunstancia, sabemos que la mayoría de los casos son atendidos y derivados a su médico de zona para el seguimiento posterior, algo imposible de realizar ya que carecen del derecho a esta asistencia.

Puede darse la misma situación cuando el caso es hospitalizado y dado de *alta hospitalaria, y no médica*. Esto deja al paciente en una situación de desamparo y abandono asistencial que le obligará a buscar apoyo en las ONGs y asociaciones médicas. No cabe la menor duda de que hay casos que son controlados desde las consultas externas del hospital pero aún así, el acceso a los tratamientos puede quedar supeditado a la existencia o no de la tarjeta sanitaria.

La atención a los inmigrantes **menores de 18 años y a las embarazadas**, aun sin empadronamiento, son los otros supuestos que contempla la ley. En este sentido la ley es clara y no deja lugar a dudas sobre el pleno derecho de estas personas a la salud. A pesar de esto, y aunque sean casos aislados, pero no menos preocupantes, se han detectado situaciones de incumplimiento de esta norma. Las razones están fundamentadas en el desconocimiento y/o en la inadecuada aplicación de la misma.

Los hechos han sucedido a la hora de solicitar la tarjeta sanitaria sin tener el empadronamiento, informándose erróneamente al usuario sobre la necesidad de este documento para su tramitación. Aunque la asistencia y adjudicación de un facultativo no hayan sido negados, el “derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que los españoles” no se ha aplicado en estos casos (sin recetas, sin atención especializada....).

Lo expuesto hasta este momento es motivo de grave preocupación, dado el evidente riesgo que todo ello puede suponer para la salud de las personas. Por otra parte es necesario recordar, que la falta de una adecuada cobertura sanitaria o los defectos en la aplicación de la vigente Ley de Extranjería, son responsabilidad de la Administración.

La ausencia de una tarjeta sanitaria impedirá al paciente beneficiarse del pago reducido (40%) de los medicamentos, situación que puede llevar a la discontinuidad de su uso o a la interrupción del tratamiento. Sin este documento está vetado el acceso a los servicios sanitarios de la atención primaria y la especializada, limitándose la misma a las urgencias hospitalarias. Las consecuencias de todo esto son los retrasos en la atención médica, y por lo tanto en los diagnósticos y tratamientos. Igualmente, lleva al mal control de las enfermedades y al deterioro, aún más si cabe, de la salud de los pacientes.

La financiación por parte de la Administración a asociaciones u ONGs que prestan asistencia sanitaria directa a población inmigrante, pretende ser la respuesta a esta problemática. Indudablemente, esta solución no es la adecuada, ni desde el punto de vista económico, ni desde, lo que es más grave, el sanitario, ya que descuida y en muchos casos no cubre gran parte de las necesidades asistenciales, como es el caso de la atención especializada. Por otra parte dificulta la integración real del inmigrante, en este caso en el sistema público de salud, creando una dependencia tan indeseable como innecesaria si se facilitara la aplicación real y efectiva de la Ley de Extranjería en esta materia, favoreciendo todo ello la creación de ghettos.

No hay que olvidarse de otros obstáculos, intrínsecos al inmigrante, que también son importantes y limitan igualmente el uso de los servicios de salud. Nos referimos a las barreras lingüísticas, al desconocimiento del sistema de salud y de sus derechos, al miedo a todo lo que representa contacto con las Administraciones Públicas o a la pérdida del empleo en precario en que se encuentran, etc., lo que les lleva a una imposibilidad de utilizar adecuadamente los recursos existentes.

En la tabla siguiente se muestran las limitaciones intrínsecas que alega el inmigrante y que le han llevado a solicitar el apoyo de los ACS:

Tabla 3: Limitaciones “intrínsecas del inmigrante” para acceder a salud

Limitaciones	Nº	%
Comunicación	223	84%
Desconocimiento de la gestión administrativa	77	29%
Desconocimiento del sistema de salud	82	31%
Desconocimiento de derechos	21	8%
Desconfianza del sistema de salud	12	5%
Miedo	13	5%

Comprobamos que existe un alto porcentaje de usuarios con problemas de comunicación que dificultan enormemente el acercamiento al sistema de salud o la gestión oportuna. Casos, como el de no entender las prescripciones médicas, las pruebas diagnósticas, las citas con especialistas, etc. se observan con frecuencia. El grado de desconocimiento existente sobre la gestión de recursos, del funcionamiento del sistema de salud o de sus derechos nos da una idea de la importancia de esta barrera. Así, vemos como las madres desconocen medidas preventivas como el estado de vacunación de sus hijos, la necesidad de controles pediátricos o la importancia de la higiene bucal.

El miedo de los inmigrantes responde a varias causas, y entre ellas: miedo a la pérdida del empleo, a ser identificado y expulsado, a no poder comunicarse cuando necesita asistencia médica, al desconocimiento, etc. Los inmigrantes que refieren padecerlo son escasos, aunque



Proyecto Madrid
Indocumentados

después de haberse recogido estos datos de la tabla (cuando se capta al usuario) se han detectado otras situaciones como las ya reseñadas anteriormente en referencia a la solicitud de asilo, la cédula de inscripción o acreditación de vivir en la calle, chabola, etcétera. Sin embargo, aunque no se puedan poner cifras, el miedo es patente entre los inmigrantes y se ha podido comprobar durante el trabajo diario que los ACS han realizado en la comunidad.

La falta de recursos económicos para la compra de medicamentos, material óptico, dentista, etc., ha sido igualmente otro obstáculo, y motivo frecuente de consulta al ACS.

Los tiempos de demora desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se acude al ACS son variables y dependientes de la percepción de gravedad de los mismos, por lo tanto difíciles como para calcular una media. Sin embargo, la mayoría se encontraban entre 5 y 15 días en cuadros agudos de dolor y/o fiebre.

Acercándonos ahora hacia un problema de carácter social, pero con posibles repercusiones sobre la salud, es la ausencia de un domicilio fijo entre los usuarios vistos en el proyecto (ver datos más arriba). Hablar de estos inmigrantes es referirnos a personas altamente vulnerables, es decir, sin recursos económicos y laborales, con falta de redes de apoyo y familiares, y con acceso restringido a los Servicios Sociales y Sanitarios. Del 36% (n=96) de los inmigrantes que se encontraban sin domicilio, el 83% (n=80) carecían de tarjeta sanitaria y el 60% (n=58) presentaban algún problema de salud.

La falta de alojamientos suficientes para acoger a todas estas personas sin hogar es una realidad y una preocupación con la que nos enfrentamos día tras día. Sin embargo, lo realmente serio es la **ausencia de alojamientos adecuados para personas con problemas importantes de salud o que precisan de cuidados especiales**. Como ya se ha dicho, los centros de acogida existentes son insuficientes, ya que o bien están saturados, o cerrados por fin de campaña de frío, o bien son de difícil o imposible acceso: por requerir el empadronamiento, por haber agotado el recurso al haberlo utilizado anteriormente, o paradójicamente, por falta de admisión dada su condición de salud (miedo a estancias prolongadas, contagiosidad, falta de personal adecuado, etc.). En cualquier caso, son por lo general centros de estancias temporales, nocturnas, y que no reúnen las condiciones básicas necesarias para que el paciente siga sus tratamientos adecuadamente, lo que evidentemente repercute en sus posibilidades reales de curación.

Desde el proyecto se han detectado varios casos en esta situación comprometida que han requerido de numerosas gestiones y que han llevado al paciente de albergue en albergue o a vivir en la calle. Indudablemente, todo ello ha dificultado el control y seguimiento de su enfermedad ante la falta de continuidad en las citas médicas, el alargamiento de diagnósticos y tratamientos, los abandonos y la dificultad o imposibilidad de dar continuidad a dietas y tratamientos.

MSF ha intentado apoyar a los inmigrantes que acudían al proyecto para resolver su complicada situación socio sanitaria y donde los obstáculos que hasta aquí se han expuesto eran su mayor preocupación (Anexo 2).

Durante estos diez meses de proyecto se han cerrado⁵ un total de 214 casos, lo cual representa el 72,5% del total. De estos, el 69,1% se han resuelto satisfactoriamente⁶. Los casos sanitarios cerrados son el 68,5% del total (n=200), con un porcentaje de resolución del 72%. En cuanto a la situación administrativa de los usuarios, del 52% (n=136) sin EMP/TIS se han cerrado el 70% (n=95) y se han resuelto el 56% (n=53). Del 21% (n=36) con EMP y sin TIS, el 83% (n=31) se ha cerrado y el 71% (n=22) se ha resuelto.

En la tabla siguiente se muestran los datos una vez separados según las razones por las que consultaron al ACS.

Tabla 4: Resultados obtenidos según razones de consulta

RAZONES DE CONSULTA	Total vistos		Casos cerrados		Casos resueltos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sanitaria (con EMP y TIS)	123	61,5%	88	72%	73	79%
Sanitaria (sin EMP y TIS)	68	34%	44	65%	25	57%
Sanitaria (con EMP y sin TIS)	9	4,5%	5	55%	1	20%
Falta de EMP y TIS	68	72%	51	75%	28	55%
Falta de TIS (con EMP)	27	28%	26	96%	21	81%
TOTAL	295	100%	214	72,5%	148	69,1%

Examinando los datos se puede apreciar ciertas diferencias en los porcentajes que dan una idea sobre la influencia de la situación administrativa en la resolución de los casos. Así, vemos que cuando hay solamente un problema de salud el porcentaje de casos cerrados y resueltos es mayor que cuando se acompaña de ausencia de EMP/TIS. Las dificultades en el empadronamiento (falta de pasaporte y/o alojamiento) podrían ser la causa de estas diferencias, lo cual podría apoyarse en las cifras bajas de resolución del EMP comparándolas con las de la TIS. El cierre de casos sin ser resueltos está en parte justificado por estas mismas dificultades intrínsecas al empadronamiento (lo que implica largo tiempo de gestión) y a la situación socio sanitaria del inmigrante, lo que lleva a que éste cambie de Comunidad en busca de empleo, abandone, o sea imposible seguirle por falta de contacto (sin teléfono y/o alojamiento).

Las patologías no resueltas van desde cuadros agudos o crónicos de dolores de diversa procedencia, problemas de salud mental, politraumatismo, epilepsia, metrorragias, etc. Estos problemas de salud se encontraban generalmente en fase de estudio, al menos hasta que se pudo hacer el seguimiento.

Hay que reseñar la importancia que ha tenido el manejo de pacientes con problemas de salud mental a la hora de resolver esta situación. Algunos de estos casos, con signos evidentes o con sospecha, no han recibido la atención que debieran, bien por no ser identificados y, en consecuencia, tratados convenientemente (Síndrome de Ulises), bien por la complejidad que en sí conlleva el manejo de estos pacientes, o bien porque los recursos existentes probablemente no se ajustan a las necesidades de esta población (asociación de salud mental con locura).

⁵ Hay 81 casos que todavía están abiertos y en seguimiento hasta que se cierre el caso o se decida sobre la continuidad del proyecto.

⁶ Un caso es considerado resuelto cuando: Tiene el alta médica o el paciente ya puede seguir su situación sanitaria de forma autónoma. Si además, no tiene TSI, cuando ambas situaciones (salud y tarjeta) se resuelven. Si solo es EMP/TSI, cuando se consiguen estos documentos.



Proyecto Madrid
Indocumentados

El alojamiento de los usuarios ha influido igualmente en las resoluciones de los casos, así vemos como el 46% de las situaciones sanitarias donde no se disponía de domicilio fijo fueron cerradas sin resolverse, la cifra se sitúa en el 22% cuando sí se disponía del mismo. Ya por colectivos, el 35% de los ISS no resolvió su situación frente al de magrebíes que fue del 27%.

No obstante, y a pesar de estas dificultades, observamos que en un porcentaje bastante elevado de situaciones las resoluciones si han sido positivas. La intervención de los ACS ha posibilitado de manera indudable estos resultados. Aunque hayan sido muchos los actores implicados en las resoluciones de los casos (trabajadoras sociales, médicos, asociaciones, etc.), su participación ha salvado muchas barreras que para el inmigrante habrían sido infranqueables. Tal es el caso de la mediación con los arrendatarios de las viviendas, con las embajadas y consulados para tramitar pasaportes, o con los Centros de Salud, Servicios Sociales, entre otros, cuando se han detectado dificultades para las gestiones o renovaciones de tarjetas sanitarias. Su implicación en la gestión de albergues, casa de acogida, etc. ha llevado a enfermos en situaciones de salud delicadas a disponer de un alojamiento, aunque este haya sido temporal.

Al margen de estas mediaciones, el ACS ha realizado otras muchas actividades para apoyar en la salud del usuario. Así, ha detectado madres con control de embarazo irregular, desconocimiento de la vacunación de sus hijos o de la necesidad de los controles pediátricos. Igualmente, ha captado, orientado, derivado y/o acompañado y seguido a la persona ante la necesidad de una atención socio sanitaria, esencialmente cuando la enfermedad o situación necesitaban de un seguimiento especial. Así, por ejemplo, se ha visto, que a pesar de las condiciones adversas, los pacientes con TBC han terminado sus tratamientos. Cuando el caso lo ha requerido, se han gestionado citas médicas, se han recogido resultados de pruebas diagnósticas, e incluso se ha mediado entre médico y paciente para la explicación de diagnósticos y tratamientos o se ha tenido que acudir al centro sanitario para recoger la información que anteriormente se le explicó al usuario y no la entendió.

Estas funciones desarrolladas por los agentes de salud han supuesto un trabajo arduo y continuo y no exento de importantes dificultades, ya no solo propiciadas por las barreras expuestas, sino innatas al propio usuario y fomentadas en gran parte por su situación de inestabilidad sociolaboral. Así, por ejemplo, destaca el frecuente incumplimiento de las citas programadas con los ACS, el médico u otros agentes socio sanitarios. A veces, y a pesar de promover lo contrario, se puede crear cierta dependencia hacia el ACS que retrasa la autonomía del usuario. Una de las funciones del agente es enseñar al inmigrante el funcionamiento del sistema de salud para que, una vez acceda a él, lo utilice adecuadamente de un modo autónomo.

3. CONCLUSIONES

Según las cifras recogidas en el presente informe, **un 38% de la población inmigrante indocumentada con un problema de salud**, procedente del continente africano, y atendida por MSF en 10 meses, **carecía de Tarjeta Sanitaria**. Dicho documento, es una condición imprescindible para el pleno acceso al sistema público de salud. Esto da una idea de la dimensión de un problema que se viene agravando por la progresiva llegada a la Comunidad de Madrid de inmigrantes indocumentados.

La situación se hace especialmente difícil en el caso de los inmigrantes irregulares del África Subsahariana, que continúan siendo trasladados a Madrid desde las fronteras de Ceuta y Melilla, así como desde los centros de internamiento del archipiélago Canario, y que durante el año 2004 la cifra rondó los 3.500. Este colectivo, tras un breve periodo de tiempo (máximo 15 días) acogidos en algún albergue, pensión, etc., quedan en la calle abandonados a su suerte. Con una orden de expulsión, que por una parte no llega nunca a ejecutarse y por otra les prohíbe la entrada en territorio nacional, a pesar de encontrarse ya residiendo en el mismo, no tienen posibilidad a medio / largo plazo de regularizar su situación legal. Sin documentación y sin recursos para acceder a una vivienda, no pueden cumplir con los requisitos exigidos para poder empadronarse y, consecuentemente, acceder a la tarjeta sanitaria. Esa circunstancia, unida a sus precarias condiciones de vida, da lugar a problemáticas de muy distinta índole, entre las que las enfermedades y la imposibilidad de acceder a su adecuado tratamiento de un modo autónomo, tiene enorme trascendencia.

La experiencia del proyecto piloto desarrollado por MSF desde el pasado año 2004, demuestra la existencia de barreras insalvables, así como situaciones provocadas por el vacío legal, cuando no por el propio incumplimiento de la Ley de Extranjería, especialmente en lo referente a los menores de 18 años, que impiden o dificultan sobremanera su aplicación en el ejercicio del derecho universal a la salud. Esto deja a una parte importante de los inmigrantes indocumentados al margen de la atención médica normalizada y sin las mismas oportunidades de acceder a los servicios públicos sanitarios que cualquier ciudadano español.

Prueba de ello son los datos que se reflejan en el presente informe, donde se reseñan las barreras encontradas y donde aparecen de forma evidente las cifras del porcentaje de inmigrantes atendidos, que se encontraban sin empadronarse (52%) y sin tarjeta sanitaria (65%). La exigencia del empadronamiento y, en particular, de los documentos imprescindibles para su tramitación (alojamiento, documento de identidad y autorización), supone en la práctica un impedimento insalvable para el acceso al sistema público de salud de un amplio colectivo de población inmigrante que se encuentra actualmente viviendo en la Comunidad de Madrid. Las consecuencias son que las personas no reciben una asistencia médica normalizada al privárseles de la Atención Primaria y Secundaria del Sistema Público de Salud y del acceso a la prestación de medicamentos. Por lo tanto, el inmigrante enfermo solo tiene el recurso de acudir a las ONG y asociaciones médicas de carácter privado y/o a las urgencias; asistencias que por otro lado, no garantizan el seguimiento y control adecuado de la enfermedad.

A reseñar como dato importante, que la ley de Extranjería prevé en su art. 12, el acceso a tratamiento a los inmigrantes indocumentados, vía urgencias, hasta su alta médica; la experiencia nos demuestra que en la práctica, la asistencia se mantiene hasta el alta hospitalaria, desde donde son referidos a su médico de cabecera para el

posterior seguimiento. Por ello, aquellos que no disponen de TIS, presentan enormes dificultades para realizar el mismo, al no tener acceso ni a la atención primaria, ni a la especializada, ni a los medicamentos precisos. Otro dato a destacar es la utilización como único recurso disponible del servicio de urgencias hospitalarias, lo que implica una mala utilización de las mismas desde el punto de vista médico y con ello, la sobresaturación de este servicio y el aumento del gasto hospitalario.

Al margen de los obstáculos mencionados, así como el desconocimiento del sistema sanitario o la comunicación, entre otros, debemos resaltar el miedo que ensombrece el día a día de los inmigrantes indocumentados del continente africano. Al ser potencialmente expulsables de España por existir acuerdos de readmisión con los países de origen, provoca su invisibilidad, lo que limita la tramitación de documentos y la capacidad de uso de los servicios públicos, entre ellos los de salud.

Los 200 casos sanitarios captados y atendidos en el proyecto dan una idea de la relevancia de las dificultades a las que se enfrentan los inmigrantes y de la importancia que el Agente Comunitario de Salud tiene en el proceso de incorporación y utilización del sistema de salud o de otros recursos socio sanitarios.

Las 2.000 acciones llevadas a cabo, al igual que el alto porcentaje de cumplimiento de diagnósticos, tratamientos y medidas preventivas en los usuarios, y que difícilmente se hubiera alcanzado sin esta figura, de nuevo hacen ver la necesidad de su presencia en beneficio de la resolución de las difíciles barreras existentes. Hay que hacer especial mención a la escasa o nula tasa de abandonos de las enfermedades más severas o con posibles repercusiones en la salud pública (VIH, hepatitis, TBC, vacunaciones....), conseguidas a través de la gestión de nuestros ACS, y que quedan reflejadas en el anexo 2.

Ya como datos generales, debemos especificar que:

- La población atendida por el proyecto MSF ha sido predominantemente masculina, joven, de estancia corta en el país y del África Subsahariana. Por países, destaca Marruecos en número de atenciones y en demanda de apoyo por parte de las mujeres. A este respecto hay que destacar las barreras culturales, religiosas⁷, lingüísticas y de desconocimiento del sistema de salud que presentan las mujeres marroquíes. El hecho de llevar tiempo en el país no garantiza su integración en el sistema, presentando dificultades importantes para utilizar los servicios de salud.
- Aunque no los únicos, los inmigrantes subsaharianos han sido el colectivo donde mayoritariamente se han detectado las barreras administrativas y como resultado, los que más dificultades han tenido para acceder a la salud.
- Un alto porcentaje de inmigrantes atendidos se encontraban sin domicilio fijo (viviendo en la calle o en albergues, u otro tipo de alojamiento similar) y sin tarjeta sanitaria en el momento de ser contactados.
- Los problemas sanitarios atendidos han sido generalmente comunes, similares a los autóctonos, aunque con un predominio de enfermedades infecciosas, traumatológicas y gastrointestinales que podría ser debidas a las condiciones de vida del inmigrante. No obstante, se ha detectado un número importante de otras

⁷ Es frecuente observar que durante el ramadán no se toman medicamentos durante las horas de ayuno o que se continúa con éste a pesar de que la mujer esté embarazada.

enfermedades, con un componente más grave o severo, y que han motivado el seguimiento estrecho de estos casos ante la importancia del cumplimiento de pautas diagnósticas y terapéuticas. Entre estas, hay que resaltar enfermedades infecciosas como la TBC, VIH/SIDA, Esquistosomiasis y Hepatitis Crónicas (ver anexo 2).

Los casos de salud mental, o sospechas, merecen de una atención especial ante el importante número de abandonos que se han detectado, posiblemente debido a la complejidad de su manejo.

Las condiciones sociales y económicas de los inmigrantes agravan las situaciones descritas y los de la salud en general. Los recursos que existen para dar respuestas a estas carencias son insuficientes. La falta de alojamientos adecuados, que acojan al inmigrante sin domicilio y con un serio problema de salud, es una realidad a la que nos hemos enfrentado con relativa frecuencia. Los que hay, no reúnen las condiciones básicas necesarias para que el paciente siga sus tratamientos de manera adecuada, repercutiendo evidentemente en sus posibilidades reales de curación. A esto se le suma, la dificultad de acceso, la temporalidad de estancia, los horarios, etcétera. De esta manera nos encontramos con soluciones lentas, precarias y, en muchos casos, inexistentes a la hora de abordar esta problemática.

La realidad en la que vive una gran parte de la población inmigrante indocumentada dista en gran medida del reconocimiento formal que supone el Derecho Universal a la Salud de todos los residentes en el territorio nacional, consagrado en la L.O. 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social. La experiencia demuestra las limitaciones al ejercicio de dicho derecho fundamental, pero también las posibilidades de corrección y adecuación a las necesidades del colectivo, que permitirán por una parte su integración real en el Sistema Público de Salud y por otra una optimización de recursos del propio sistema y un control más efectivo en materia de Vigilancia Epidemiológica y Salud Pública.

4. RECOMENDACIONES

a) Acceso a la salud.

Las limitaciones en el acceso a la salud de la población inmigrante indocumentada, referidas en el presente informe, nos llevan a formular las siguientes recomendaciones:

1.- Potenciar la captación activa de población inmigrante indocumentada con problemas de salud u otras situaciones sanitarias como vacunaciones, controles de embarazos, al objeto de preservar tanto la salud individual como la de la comunidad en la que se desenvuelven, por medio de una atención individualizada. En este sentido, el trabajo comunitario llevado cabo por la figura de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), se considera de gran ayuda. Es importante adecuar en cada caso la nacionalidad y el género de los ACS al colectivo con el que en cada caso se trabaje, especialmente si se trata con mujeres de origen magrebí.

2.- El impedimento que supone el empadronamiento, debido a la imposibilidad manifiesta en muchos casos de obtener los documentos exigidos para su tramitación, recomienda que sean tomadas medidas orientadas hacia la consecución de la Tarjeta Sanitaria o su equivalente, sin pasar necesariamente por dicho trámite, especialmente en aquellos casos de inmigrantes con problemas de salud. Comunidades Autónomas como Valencia y Andalucía, conscientes de este problema, han habilitado formulas que permiten la obtención de dicha Tarjeta Sanitaria o documento equivalente sin la condición previa del empadronamiento, al objeto de facilitar la inserción efectiva de la población inmigrante en el sistema público de salud.

b) Alojamiento de enfermos

Recomendación

La urgente creación de alojamientos nuevos y/o acondicionar los existentes, para inmigrantes enfermos que no tengan un domicilio fijo. Los albergues o CASIS municipales tendrían que abrir plazas fijas para este fin y modificar las normas existentes de alojamiento (tiempos indefinidos, horarios abiertos, cuidados sanitarios, posibilidad de dietas, etc.), para dar la asistencia adecuada a este colectivo en situación de vulnerabilidad extrema.

c) Cumplimiento de normativas

Recomendación

Es necesario que se tomen en cuenta, aunque sean circunstanciales, la falta de aplicación en ciertos casos de los derechos que la legislación vigente reconoce a la población inmigrante en materia de asistencia sanitaria. Para ello se debieran hacer formaciones, actualizaciones y supervisiones periódicas del personal administrativo y sanitario de los Centros de Salud, sobre el contenido y la aplicación del art.12 la L.O. 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Así mismo, se recomienda que en los referidos Centros de Salud exista al alcance del inmigrante, material informativo en varios idiomas sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud.