

Resumen del Informe del Observatorio de 2017

EUROPEAN
NETWORK
TO REDUCE
VULNERABILITIES
IN HEALTH

PERSONAS EXCLUIDAS:

El fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa





RESUMEN

Este informe del Observatorio Europeo ofrece una instantánea de las personas que se han quedado excluidas de los sistemas sanitarios europeos y hace un llamamiento a los actores mundiales, europeos y nacionales para que instauren la cobertura sanitaria universal, considerándola como una prioridad.

Los testimonios y los datos recogidos de 43.286 personas que acudieron a programas dirigidos por MdM y por organizaciones no gubernamentales (ONG) colaboradoras de toda Europa, nos ofrecen una percepción profunda y única de quienes no tienen acceso a los servicios sanitarios, de cómo se les excluye y de sus necesidades sanitarias. Revelan lo que se tendría que hacer para garantizar que todos y todas puedan acceder a la atención sanitaria cuando lo necesiten.

La agenda mundial es clara. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instan a todos los gobiernos a proporcionar la cobertura universal.¹⁻² Aun así, más de la mitad de las personas encuestadas nos declararon carecer de atención sanitaria y casi una de cada cinco solo podía acceder a la atención de urgencias.

Las personas a menudo necesitaban desesperadamente atención médica. Algunas padecían enfermedades agudas y crónicas, pero no habían podido ver a un médico y más de la mitad de las mujeres embarazadas no tenían acceso a servicios prenatales. Muchas personas afirmaron tener mala salud mental y que el nivel de vacunación de las niñas y niños estaba por debajo de los estándares recomendados.

Los programas atendieron a un amplio abanico de personas que estaban excluidas de la atención sanitaria, casi una cuarta parte de ellas eran menores de edad. La mayoría eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE, con el mayor número de personas procedentes de Siria. El estudio también revela que nacionales y migrantes de la UE/del EEE tienen dificultades para acceder a los sistemas sanitarios europeos.

Muchas de estas personas vivían en condiciones precarias, en circunstancias que perjudicaban su salud, su bienestar y su acceso a la atención sanitaria. La inmensa mayoría estaba viviendo en la pobreza y casi una cuarta parte eran personas sin hogar o vivían en refugios de emergencia, campamentos, barrios pobres, casas ocupadas u hostales. No es extraño, pues, que casi dos de cada cinco personas nos dijeran que no podían pagar la atención sanitaria.

El aislamiento social era común. Más de un tercio de las personas no tenían a nadie de confianza para ayudarles cuando era necesario y la mitad se topaban con barreras lingüísticas. No es de sorprender que casi una quinta parte no fueran capaces de aclararse con la burocracia y de pasar por ella para obtener el tratamiento que necesitaban.

Muchas personas estaban bajo una enorme tensión emocional. Algunas habían huido de la guerra y del conflicto, otras estaban escapando de la persecución a causa de sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia o su orientación sexual. Casi dos tercios de las y los pacientes estaban separados de sus hijos e hijas menores de 18 años y la mitad nos contaron cómo habían sido víctimas de la violencia.

1. OMS. "Cobertura sanitaria universal", Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

2. Naciones Unidas. "Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad", Plataforma de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.es/educacion/blog/2773/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>).

CIFRAS DE 2016

LAS PERSONAS QUE ATENDIMOS:

- El 22,2% de las personas eran menores de 18 años (9.626/43.286), el 8,3% eran menores de 5 años (3.578/43.286), y el 2,3% eran personas adultas a partir de 70 años (988/43.286).
- El 79,1% eran migrantes de países de fuera de la UE/del EEE (34.227/43.286), el 12,1% eran nacionales (5.227/43.286) y el 7,5% eran migrantes de la UE/del EEE (3.257/43.286).
- La mayor proporción de migrantes provenían de Siria, el 13% (5.613/43.286), seguida por el 11,3% de Afganistán (4.874/43.286).

VULNERABILIDADES EN LA SALUD Y EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA:

- Una abrumadora mayoría de personas, el 89%, vivían por debajo del umbral de la pobreza en el país en el que estaban (6.725/7.560).
- El 23,8% (1.954/8.197) de las personas vivían en condiciones precarias, esto incluye el 11,9% (976/8.197), que eran personas sin hogar o que vivían en centros de emergencia; el 2,1% vivían en campamentos o en barrios pobres (173/8.197), el 1,7% en casas ocupadas (141/8.197) y el 7,1% en una organización de beneficencia, asociación o hotel (581/8.197). Más migrantes de la UE/del EEE (el 26,7%) declararon ser personas sin hogar.
- El 38,9% declararon no tener una red social fiable (2.500/6.421) incluido el 12% (769/6.421), que declararon que no tenían a nadie que les ayudase, apoyara o consolara en su ciudad o en su pueblo actual.
- El 61,7% (1.496/2.425) de las personas estaban separadas de una parte o el total de hijas e hijos menores de 18 años (el 5,9% y el 55,8% respectivamente).
- El 56,2% de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE hablaron de violencia durante la consulta (8.857/15.749).

Cuando se les preguntó por qué habían dejado su país de origen, el 18% de respuestas de migrantes de países de fuera de la UE/del EEE declararon haber sufrido discriminación por sus opiniones políticas, su religión, su raza/etnia o su orientación sexual (799/4.441). El 14,1% de las respuestas eran que habían escapado de la guerra o de un conflicto (628/4.441) y el 5,6% declararon que habían escapado por conflictos familiares (248/4.441).

El 49,7% tenían permiso para residir en el país en el que vivían (4.882/9.832).

- El 49,7% de personas migrantes de países de fuera de la UE/del EEE en situación administrativa irregular limitaban sus movimientos en público por miedo a ser arrestadas (684/1.377).

ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA:

- La mayoría de las personas, el 55,2%, declararon no tener cobertura sanitaria (5.582/10.120). Otro 18,3% (1.847/10.120) tenían cobertura solo para la atención de urgencias.
- Cuando se les preguntó acerca de las barreras al acceso a la atención sanitaria, el 18,9% de las respuestas indicaban que la persona no había intentado acceder a los servicios sanitarios (1.734/9.184), el 17% encontró barreras administrativas (1.558/9.184), el 16,3% de las respuestas señalaban tener barreras económicas (1.493/9.184) y el 2,2% (205/9.184) indicaban no tener acceso a los servicios sanitarios por miedo a que les arrestasen.

PROBLEMAS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD:

- Las patologías crónicas más comunes eran las cardiovasculares (el 19,9%; 1.945/9.774), seguidas de las musculares y óseas (el 13,2%; 1.293/9.774), las digestivas (el 12,2%; 1.191/9.774), las endocrinas, las metabólicas y las nutricionales (el 11,6%; 1.133/9.774) y las psicológicas (el 10%; 975/9.774). Se observaron mayores niveles de patologías crónicas en las personas nacionales (el 71%).
- Las patologías agudas más comunes eran las respiratorias (el 19,4%; 1.639/8.435), seguidas por las digestivas (el 16%; 1.347/8.435), las musculares y óseas (el 13,5%; 1.137/8.435) y de la piel (el 13,4%; 1.128/8.435).
- La mayoría de las mujeres embarazadas no habían tenido acceso a la atención prenatal antes de acudir a los programas (el 58,4%; 215/368).
- El 42,3% de las patologías agudas del embarazo fueron declaradas por migrantes de la UE/del EEE (161/381).
- El 14,9% dijeron que su salud mental era "mala" (1.122/7.515) y el 5,8% declararon que era "muy mala" (433/7.515). Las personas nacionales declararon niveles más altos, con una salud mental "muy mala" en el 11,2% (101/906).

22,2%

de las personas eran menores de 18 años (9.626/43.286), el 8,3% eran menores de 5 años (3.578/43.286),

89%

Una abrumadora mayoría de personas, el 89%, vivían por debajo del umbral de la pobreza en el país en el que estaban (6.725/7.560).

55,2%

La mayoría de las personas, el 55,2%, declararon no tener cobertura sanitaria (5.582/10.120). Otro 18,3% (1.847/10.120) tenían cobertura solo para la atención de urgencias.

RECOMENDACIONES

Todas las personas tienen que tener un acceso equitativo a la cobertura sanitaria, independientemente de su situación migratoria o de sus recursos económicos.

Para llegar a la cobertura universal, los servicios sanitarios tienen que estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de suficiente calidad. Este principio se rige por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 de la ONU (PIDESC, 1966)³ y con las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU (ODS)⁴ y de la OMS⁵.

SOBRE EL DERECHO A LA SALUD Y LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Los Estados miembros tienen que garantizar la cobertura sanitaria universal para todas las personas que residan dentro de sus Estados, independientemente de su situación administrativa.

Para las instituciones de la UE

- Promover el Pilar europeo de los derechos sociales⁶ participando en nuevas iniciativas legislativas que garanticen el acceso a la protección social y, en particular, a la “asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad”, como se proclamó en las recomendaciones de la Comisión Europea⁷.

Para los gobiernos nacionales

- Implementar los compromisos internacionales como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, de 1966)⁸ y la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU, incluyendo el derecho del niño y la niña: “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”, incluyendo asegurar: “la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”⁹.

- Comprometerse con empeño a lograr la cobertura sanitaria universal de acuerdo con el ODS 3 y la principal prioridad de la OMS.

- Adoptar las recomendaciones formuladas por el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en sus “Observaciones finales” en su país¹⁰.

SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Las políticas de salud pública nacionales deberían ser progresivas, equitativas, basadas en la evidencia e incluir vacunas, medicamentos, la atención primaria, prenatal y postnatal accesible, asequible y de calidad y la promoción de la salud.

Para las instituciones de la UE

- Seguir financiando a los Estados miembros para la cooperación y la investigación sobre la salud pública, las desigualdades sanitarias y los sistemas sanitarios para encontrar soluciones de alcance europeo, basadas en datos y que contribuyan a la elaboración de políticas.

Para los gobiernos nacionales

- Tomar medidas positivas para eliminar las barreras administrativas y la discriminación dentro de los servicios sanitarios y aumentar la sensibilización sobre los derechos y beneficios entre pacientes y el personal sanitario. Estas medidas podrían incluir campañas de información y de formación del personal de atención al público.
- Desarrollar políticas de proximidad para ampliar la cobertura a nivel comunitario y el acceso de las personas excluidas, incluyendo a mediadores culturales dentro de los servicios sanitarios.
- Reforzar la primera línea de la atención con un enfoque médico, social y psicológico integrado.

SOBRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LAS CONDICIONES ECONÓMICAS

Una mejor protección social y mejores condiciones económicas son claves para acabar con la pobreza, promover el bienestar y reducir las desigualdades.

Para las instituciones de la UE

- Promover el Pilar europeo de derechos sociales participando en nuevas iniciativas legislativas que garanticen el acceso a la protección social. El Parlamento Europeo debería votar nuevas directivas para instar a los Estados miembros a incorporar en la legislación nacional las recomendaciones de la Comunicación COM (2017)¹¹ sobre el pilar social, especialmente la recomendación número 16 sobre sanidad: “Toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a la asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad”.

- Proponer una estrategia de implementación y seguimiento en la que participen todos los organismos relevantes para que los Estados miembros de la UE cumplan los ODS 1, 10 y 11.

Para los gobiernos nacionales

- Respalidar y proclamar en la próxima Cumbre Social Europea el Pilar europeo de derechos sociales, especialmente la protección e inclusión social.
- Acabar con los recortes de las prestaciones de la seguridad social y proporcionar un nivel básico de apoyo financiero a todas las personas para cumplir las obligaciones contraídas en virtud de los ODS 1 y 10 para acabar con la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.
- Proporcionar a todas las personas una vivienda adecuada y segura a fin de cumplir las obligaciones contraídas en virtud del ODS 11.
- Tratar la exclusión social, la discriminación y las desigualdades a través de la provisión de servicios y de colaboraciones con las ONG y con las organizaciones comunitarias.

3. OHCHR, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.” 1966 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

4. Naciones Unidas. “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Objetivo 3: Asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad.” Plataforma de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, <https://www.unicef.es/educa/blog/2773/los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>).

5. OMS. “Cobertura sanitaria universal.”, Sistemas de Salud, 2017 (página consultada el 22 de septiembre de 2017, http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es/).

6. Comisión Europea. “El pilar europeo de derechos sociales en veinte principios.” 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es).

7. Comisión Europea. “Propuesta de proclamación interinstitucional sobre el pilar europeo de derechos sociales.” COM(2017) 251 final, 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=COM:2017:251:FIN>).

8. OHCHR, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.” 1966 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

9. OHCHR. “Convención sobre los Derechos del Niño.” 1989 (página consultada el 10 de octubre de 2017, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>).

10. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Observaciones Finales.” OHCHR, 2017 (página consultada el 29 de septiembre de 2017, http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=sp&TreatyID=9&DocTypeID=5).

11. Comisión Europea. “COMMISSION RECOMMENDATION of 26.4.2017 on the European Pillar of Social Rights” 2017 (página consultada el 10 de septiembre 2017, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=17625&langId=en>).



SOBRE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y MIGRANTES

El principio de la cobertura sanitaria universal y equitativa debería aplicarse a todas las personas que residan de facto en un país, independientemente de su situación administrativa.

Para las instituciones de la UE

- La futura reforma del Sistema Europeo Común de Asilo¹² debería establecer disposiciones para regularizar a personas nacionales de terceros países gravemente enfermas y protegerlas de la expulsión cuando en el país al que vayan a ser expulsada no exista un acceso efectivo y adecuado a la atención sanitaria.

Para el Consejo de Europa

- Adoptar una postura clara y renovada sobre la protección del secreto médico y la confidencialidad en la relación médico-paciente. Los expedientes médicos, el personal y los servicios sanitarios no tendrían que verse comprometidos por los objetivos de la política de inmigración.

Para la ONU

- Tanto el Pacto Mundial sobre los Refugiados¹³ como el Pacto Mundial sobre Migraciones¹⁴ deberían incluir el acceso a la atención sanitaria universal en sus principios y mencionar el compromiso por parte de los Estados miembros de la ONU de proporcionar cobertura sanitaria para personas refugiadas y migrantes, de manera que la prestación del servicio público, incluida la atención sanitaria, deje de ser limitada y utilizada como elemento de disuasión para las personas que emigren o soliciten asilo.
- Tanto el Pacto Mundial sobre Refugiados como el Pacto Mundial sobre Migraciones deberían guiar a los Estados miembros a comprometerse en una acción concreta para crear una ruta migratoria segura y sin violencia por vías legales hacia los países de destino, así como establecer disposiciones para que cada Estado miembro garantice el cumplimiento de las normas de derechos humanos, al cooperar con terceros países sobre las políticas de retorno y los procedimientos de asilo.

Para los gobiernos nacionales

- Comprometerse a aplicar la Comunicación de la Comisión sobre la protección de los menores migrantes del 12 de abril de 2017¹⁵. Especialmente, se trata de garantizar que todos los niños y niñas tengan acceso a la atención sanitaria y al apoyo psicosocial en tiempo oportuno; de reforzar los sistemas de protección de la infancia a lo largo de las rutas migratorias y de acabar con las determinaciones médicas de la edad, invasivas y poco fiables.
- Establecer una separación funcional entre los servicios de protección, sanitarios y de asistencia social por un lado, y las oficinas de inmigración por otro. Se debería prohibir expresamente que el personal sanitario o de los servicios sociales declarara el nombre de pacientes a los servicios de inmigración. Esto se tendría que cumplir de manera estricta, así como comunicárselo tanto a pacientes como al personal sanitario.

SOBRE CIUDADANOS Y CIUDADANAS DE LA UE/DEL EEE

El principio de libre circulación y residencia de los ciudadanos y ciudadanas de la UE se tendría que ampliar al derecho a la salud.

Para las instituciones de la UE

- Tomar parte en un nuevo marco jurídico para que la UE garantice el acceso a la atención sanitaria a todas las personas migrantes de la UE/del EEE, ya sean residentes o no e independientemente de su situación con la seguridad social.
- Priorizar en las negociaciones del Brexit el acceso a la cobertura sanitaria tanto para ciudadanos y ciudadanas de la UE que vivan en el Reino Unido como para personas ciudadanas del Reino Unido que vivan en Europa.

12. Parlamento Europeo. "Reform of the Common European Asylum System." Legislative Train Schedule Towards a New Policy on Migration, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-towards-a-new-policy-on-migration/file-reform-of-the-common-european-asylum-system>).

13. Naciones Unidas. "Global Compact on Refugees" Refugees and Migrants, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://refugeemigrants.un.org/refugees-compact>).

14. Naciones Unidas. "Global Compact on Migrants" Refugees and Migrants, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://refugeemigrants.un.org/migrants-compact>).

15. Comisión Europea. "Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo: Protección de los menores migrantes." COM(2017) 211 final, 2017 (página consultada el 1 de octubre de 2017, <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/ES/COM-2017-211-F1-ES-MAIN-PART1.PDF>).



INFORME DEL OBSERVATORIO DE 2017

El Informe anual del Observatorio está producido por la Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud, que reúne a programas de MdM, a ONG colaboradoras y personal académico que quiere contribuir a reducir las desigualdades sanitarias en la UE. Es un estudio observacional de las personas excluidas de los principales servicios sanitarios.

El propósito de este informe es presentar datos, analizados y aprobados por un eminente epidemiólogo, sobre las personas excluidas de los principales servicios sanitarios, junto con testimonios y fotografías recogidos en programas dirigidos por MdM y ONG colaboradoras. Está destinado a responsables de políticas a nivel local, regional, nacional y comunitario, proporcionándoles la base factual sobre la reducción de las vulnerabilidades en salud e identificando las maneras en que los sistemas sanitarios podrían ser más receptivos y adaptados. También es valioso para que profesionales de corte académico adquieran una mayor comprensión sobre cómo las vulnerabilidades contribuyen a las desigualdades sanitarias y viceversa.

Desde 2006, los siete informes del Observatorio han ido ampliando gradualmente la cobertura geográfica de la recogida de datos, así como el enfoque: desde personas migrantes en situación administrativa irregular hasta todas las y los pacientes atendidos en programas de MdM y organizaciones colaboradoras. Se pueden encontrar los informes anteriores en: www.mdmeuroblog.wordpress.com

Este Informe del Observatorio de 2017 incluye datos, testimonios y fotografías recopilados por trece programas desde enero hasta diciembre de 2016. Dichos programas son tanto médicos como no médicos, se recogieron en ellos datos sociales y médicos. Hubo un total de 110.277 consultas médicas y sociales.

El informe se elaboró en colaboración con el Institute of Global Health, University College London (UCL). El Instituto, con más de 160 personas empleadas y acceso a los conocimientos técnicos de más de 200 profesionales de toda la UCL, colabora en distintas disciplinas para encontrar soluciones a los problemas de salud mundiales con un enfoque multidisciplinario central en su investigación y su enseñanza.

Contact

Anna Miller, UK Policy & Advocacy Manager Doctors of the World UK
AMiller@doctorsoftheworld.org.uk / Tel.: +44 (0) 20 71675789 (ext. 7024)



Todos los informes de la red internacional de MdM y otros documentos y información del programa europeo se pueden encontrar en: www.mdmeuroblog.wordpress.com