

BORRADOR

RELATORIA TERTULIA RUMORES Y SALUD

Estrategia Zaragoza Ciudad Antirrumores



Lugar: Centro Joaquín Roncal

Fecha y hora: 31 Enero 2019, 16h.

1.- Relatoría:

Luis Gimeno realiza una presentación con diapositivas a modo de introducción a la tertulia, que brevemente se explican más adelante. Además, la presentación se adjunta con el envío de esta relatoría.

En los **Centros de salud** con mayor presión asistencial y mayor porcentaje de población inmigrante se destaca :

- Menor tiempo dedicado a cada usuario, tanto a nivel de consulta como al nivel de orientación e información de los derechos y/o requerimientos para ser beneficiarios del sistema de salud.
- Largas filas y esperas provocan estrés y presión en el desarrollo normal de las funciones de los profesionales del centro de salud.
- Percepción de necesidad de mayor apoyo con recursos y personal en estos centros.
- En ambientes de estrés, es más común que surjan críticas y rumores por parte tanto de profesionales como de usuarios. Ej: son maleducados; vienen exigiendo, son irrespetuosos, no aprenden el idioma, etc.
- El desconocimiento del idioma y/o de los términos propios del ámbito de la salud sigue siendo una barrera al normal desarrollo de la práctica sanitaria en centros de salud con estas características poblacionales. Se comenta la necesidad de actualizar las instrucciones y reglamentos de funcionamiento de los centros de salud.
- Aspectos como la empatía y el sentido común en el trato humano (tanto en profesional sanitario como en usuarios) se ven amenazados en contextos de presión y estrés asistencial.

Para atender a esta realidad, se comentan algunas ideas:

-Creación de una oficina o centro de información de procedimientos relacionados con el sistema sanitario: para rebajar la carga de los centros de salud.

-Ampliar el personal de los centros de salud: para posibilitar una atención de calidad integrada dentro del propio centro de salud sin necesidad de que otro servicio se haga cargo y desplazar a las personas fuera de su C.S. Esta idea se enlaza con la cuestión de la inequidad en los centros de salud: mismos recursos en cada barrio sin atender a características poblacionales de los mismos.

-Disponer de la información procedimental en diferentes idiomas.

Se comentan también las dificultades propias que conlleva un proceso migratorio no solamente por la barrera del idioma si no también por las diferencias léxicas que puede existir en países de habla hispana, las diferencias procedimentales, las diferentes maneras de reaccionar pueden provocar bloqueos en la población migrante.

Se valora la **sanidad española** como una de las mejores del mundo, se citan estudios.

Se citan encuestas de opinión en los que aparecen los profesionales de la atención primaria como los más valorados.

Está casuística se traduce en un gran apoyo de una manera u otra por parte de la población general al sistema de sanidad público y debilita los intentos de privatización del mismo.

Es interesante señalar que Aragón es una de las comunidades autónomas donde hay menos sanidad privada por lo que los datos recabados procedentes de Aragón son muy significativos.

Además se habla de que el sistema de salud regula e interviene el precio de los medicamentos, que son de los más baratos de toda Europa. Existe un desconocimiento de la población acerca de los precios reales de los medicamentos. Se ve poco cuidado en el uso, consumo y reciclaje de los mismos.

Se comenta que en otros lugares no se tiene esta ventaja de que se subvencionen los medicamentos.

Se habla de rumorología que afecta a la población inmigrante y al uso del sistema sanitario: con la retirada de tarjetas sanitarias (**real decreto 16/2012**) por el cual los/as inmigrantes en situación irregular perdieron su derecho a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque estaba garantizada su asistencia en los servicios de urgencias, así como para los menores y las embarazadas. Esta circunstancia derivó en que muchos/as inmigrantes dejaron de acudir al médico por temor a que les facturasen la consulta.

El argumentario detrás del decreto se sustentaba en reducir el gasto sanitario ocasionado por personas extranjeras que fue señalado en el informe nº 937 del Tribunal de Cuentas. Sin embargo, la deuda mencionada corresponde a las deficiencias administrativas del sistema sanitario para cobrar a los países, mayoritariamente de la U.E, cuyos ciudadanos/as habían hecho uso del sistema sanitario español. Con este decreto, no se paliaba esta circunstancia. (DIAP. 29)

Es más, existen estudios que constatan que es mejor invertir en atención sanitaria preventiva que derivar directamente a las personas migrantes a los servicios de urgencias (DIAP. 39-43)

Por el contrario, el decreto afectó a un rango amplio de personas tanto recién llegadas a España como también aquellas que están en proceso de recibir la nacionalidad. Debido a la larga duración de este proceso, existen casos de personas que llevaban 10 años viviendo en España y por determinadas circunstancias se les cesó la tarjeta sanitaria. También afectó a casos de reagrupación familiar.

Se realizaron numerosos actos y movimientos en contra del decreto. Cabe destacar, entre ellos, la objeción de conciencia impulsada por SEMFYC, donde más de 3000 funcionarios sanitarios decidieron seguir atendiendo a personas extranjeras, las acciones de la Plataforma de Salud Universal y las denuncias de Médico del Mundo. (DIAP. 44-49).

Gastos en Sanidad de personas extranjeras:

Los estudios demuestran que el gasto real hecho por una persona extranjera es menor al de una persona española (DIAP. 12). Esto se debe a un uso menor de los servicios sanitarios (DIAP. 9-11, 14-20, 23-23) y también debido a un mejor estado de salud (DIAP 2,4,5) que, entre otras, puede ser consecuencia de mayor población joven extranjera que española.

Por ello, existen algunos estudios sugieren que en la actualidad el gasto sanitario será menor en aquellos lugares donde haya mayor población migrante, constituyendo así un valor positivo al contrario de lo que se expande socialmente (DIAP. 25).

Facturar por dispositivos? Datáfonos?Gasto sanitario de personas de países comunitarios? Seguros privados?

Desde el recurso CEMAPA (Centro municipal de prevención de adicciones) se comparten también algunos datos de la memoria del 2017: el porcentaje de atenciones y consultas a población extranjera o de origen extranjero es del 10% y es un dato que ha variado muy poco en los años anteriores.

La Concepción de la salud y de la enfermedad varía según las culturas y las personas. Sin embargo se recuerda que la salud es un derecho universal.

Atención e información:

- La atención e información del sistema sanitario debe ser una tarea de todo el cuerpo sanitario en sus diferentes modalidades profesionales y no sujeto a opiniones o percepciones de los/as profesionales.
- Para ello, se subraya la necesidad de crear contenidos formativos a profesionales sanitarios acerca de los determinantes sociales de la salud, que en la actualidad son casi inexistentes.
- Se evidencia la necesidad de que los distintos profesionales que integran el sistema sanitario (médicos, farmacéuticos, prevención, especializada, etc) conozcan el sistema de salud para poder informar a los usuarios de sus derechos y deberes.
- Se subraya el papel de las farmacias comunitarias en sus diversas funciones como la de punto de información del sistema sanitario, acompañamiento en diferentes trámites, vínculo con la ciudadanía, etc.

Se comentan algunos rumores:

- Rumor: Las mujeres musulmanas pueden cambiar su ginecólogo y las autóctonas no. FALSO. Cualquier beneficiario del sistema de salud puede solicitar el cambio de médico de cabecera como de especialista.
- Rumor: Las mujeres extranjeras subsaharianas vienen a parir a España. FALSO. Nacionalidad no se concede por el lugar donde naces sino por vía de filiación, es decir, se otorga la nacionalidad de los padres al recién nacido. Además no se conocen estudios que vinculen fertilidad y primer año de llegada. Por otra parte se han documentado casos de mujeres que están embarazadas debido a que han sufrido violaciones en el transcurso de su migración hacia europa.

Se comenta a modo de conclusión, la necesidad cada vez más evidente de concebir los prejuicios e intolerancia social desde una perspectiva económica, y no tanto desde una perspectiva cultural. La **aporofobia** cada vez es un término más utilizado para explicar los fenómenos sociales de aversión y hostilidad hacia grupos sociales o personas concretas. No es tanto el rechazo hacia modelos culturales distintos, sino el rechazo a la pobreza.

2.- PRESENTACIÓN LUIS GIMENO (En el PDF adjunto con las diapositivas aparece alguna diapositiva extra que no se trató en la tertulia pero que pueden servir para profundizar en el tema).

DIAP 1. INMIGRANTES POR NACIONALIDAD ESPAÑA 2018 INE

Se pueden ver las distintas nacionalidades mayoritarias de la población inmigrante.

DIAP 2. TASAS (en %) AJUSTADAS POR EDAD Y SEXO DE LOS EDC (DIAGNÓSTICOS) MÁS FRECUENTES EN POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE ADULTA.

Se puede ver que la salud en general de la población inmigrante es mejor que la de la población autóctona por varias razones: la mayoría de la población inmigrante es joven y sana (viene a trabajar). Se señala las atenciones del sistema sanitario en embarazo y parto, que es más alta que la población autóctona.

DIAP 3, 4 y 5. MORTALIDAD Y PRINCIPALES CAUSAS DE LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE RESIDENTE EN ESPAÑA. 2001-2005.

Se presentan varias gráficas:

- Razón de tasas de mortalidad ajustadas según edad, sexo y lugar de nacimiento. España 2001-2005. En esta gráfica puede verse que la población procedente de África subsahariana tiene las mayores tasas de mortalidad frente a Asia del Este que tiene las más bajas.
- Mortalidad ajustada por 100 habitantes. Aragón. Aquí puede verse como los datos de mortalidad en Aragón se corresponden con las cifras españolas.

DIAP 6. VIÑETA HUMOR GRÁFICO

DIAP 7. NOTICIA: “Las urgencias están colapsadas por los inmigrantes”; “los inmigrantes abusan del padrón y de la sanidad”.

DIAP 8. Diversos estudios demuestran que el gasto en servicio de urgencias es mucho más caro que el servicio de atención primaria y preventivo.

La utilización de recursos sanitarios a nivel nacional es inferior en la población inmigrante respecto a la población española. De esta manera, Aragón que es una región con más población inmigrante que otras comunidades autónomas recibe más dinero del Estado central por el número de tarjetas sanitarias. Si tenemos en cuenta que los inmigrantes hacen menor uso del sistema sanitario que la población autóctona, que haya más inmigrantes beneficia a la población autóctona en tanto que los aragoneses cuentan con mayor presupuesto y recursos que otras regiones por el hecho de que hay más inmigrantes, lo cual contradice y desmonta el bulo/rumor acerca de que los inmigrantes colapsan el sistema sanitario.

DIAP 9. FRECUENTACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA. ARAGÓN 2007.

Estudio en Zgz mostró que la media de visitas a atención primaria era doble en la población autóctona que la población inmigrante. La población asiática fue la menos frecuentadora, seguida de la de Europa del Este, Norte de África, África Subsahariana, Latinoamérica y UE y Norteamérica.

DIAP 10. FRECUENTACIÓN AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA. ARAGÓN 2007. Gráfica en la que puede verse que la frecuentación media por persona fue mucho mayor en la población autóctona que en la inmigrante en ambos sexos, todos los grupos etarios y orígenes geográficos. La frecuentación al MF ajustada anual de los autóctonos fue de 5,1 visitas, frente a las 3,1 visitas de los inmigrantes.

DIAP 11. FRECUENCIA DE LAS VISITAS DEPENDIENDO SU ORIGEN GEOGRÁFICO. La frecuentación media por persona fue mucho mayor en la población autóctona que en la inmigrante en ambos sexos, todos los grupos etarios y orígenes geográficos. La frecuentación ajustada anual de los autóctonos fue de 8,3 visitas, frente a las 4,7 visitas de los inmigrantes.

DIAP 12. CONSUMO FARMACÉUTICO POR PERSONA SEGÚN EDAD Y CONDICIÓN DE

EXTRANJERO. ARAGÓN. 2006. El gasto ajustado anual de los autóctonos es de 236 euros mientras que el de los inmigrantes es de 81 euros (el 34% del de los autóctonos).

DIAP 13. VIÑETA HUMOR GRÁFICO

DIAP 14. INGRESOS HOSPITALARIOS EN VARONES POR 100 HABITANTES. ARAGÓN 2006. En total se analizaron 159.000 ingresos. Una vez hecha la estandarización los españoles ingresan al año 8.74/100 hombres por 3.26 de los inmigrantes.

DIAP 15. INGRESOS HOSPITALARIOS EN MUJERES POR 100 HABITANTES. ARAGÓN. Una vez hecha la estandarización las españolas ingresan al año 9/100 mujeres por 6 de las inmigrantes.

DIAP 16. USOS DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ARAGÓN 2011.

DIAP 17. USOS DE EMERGENCIAS Y SERVICIOS HOSPITALARIOS. ARAGÓN 2011.

DIAP 18. USO FARMACÉUTICO. ARAGÓN 2011.

DIAP 19. y 20 Tabla: Use of Healthcare Services. Uso de los servicios sanitarios en Aragón en adultos.

DIAP 21. VIÑETA HUMOR GRÁFICO

DIAP 22 y 23. SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN POBLACIÓN INMIGRANTE. INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. 2007/2008.

Conclusiones:

- Las frecuencias de utilización de servicios sanitarios son, en general y sin ajustar por necesidad ni variables económicas, menores entre inmigrantes que entre autóctonos.
- Los ingresos hospitalarios de la población inmigrante, en comparación los de la población autóctona, están relacionados en mayor proporción a necesidades obstetricias y neonatales e insumen relativamente menos recursos.
- La población inmigrante es menos propicia de la automedicación y consume menos medicamentos que la población autóctona.

DIAP 24. y 25. Artículo de investigación: Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native Born Citizens of the United States (Ku, AmJ Public Health): La investigación sugiere que las primas de seguros pagadas por inmigrantes en EEUU pueden estar financiando indirectamente los gastos médicos de aquellos/as nacidos/as en EEUU.

DIAP 26. NOTICIA: Sanidad prohibirá el turismo sanitario para ahorrar 1000 millones.

DIAP 27. INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADAS DE LA APLICACIÓN DE LOS REGLAMENTOS COMUNITARIOS Y CONVENIOS INTERNACIONALES DE LA SEG. SOCIAL.

DIAP 28. FACTURACIÓN POR PERSONAS MAYORES DE 65 RESIDENTES EN ESPAÑA Y PROTEGIDAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL DE OTROS PAÍSES. El origen de los pensionistas residentes en España por los que el INSS no percibió cuotas globales pertenecen a países desarrollados (Reino Unido, Alemania, Italia, Suiza).

DIAP 29. SITUACIÓN DE DEUDA PENDIENTE DE COBRO POR ESPAÑA (31/12/2009). Hay 139 millones de euros pendientes de cobrar a personas de países desarrollados: Alemania, Noruega, Francia, Italia, Reino Unido, Irlanda, etc. Turismo sanitario: sí que existe, pero el turismo es procedente de países ricos.

DIAP 30. Tabla: Personas sin recursos económicos suficientes a 15/06/2010 cuya nacionalidad pertenece al ámbito de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales.

DIAP 31. Repercusión en los inmigrantes: miedo

DIAP 32. Noticia: Alpha Pam fallecido por tuberculosis por no recibir asistencia médica

DIAP 33. Patologías que quedan sin atención sanitaria en España y en Aragón

DIAP 34 y 35. Noticia (Europa Press): Baleares destituye al gerente de hospital donde murió un "sin papeles"

DIAP 36. Noticia (diariodemallorca.es): La Audiencia reabre el caso de Alpha Pam por falta de asistencia sanitaria

DIAP 37 y 38 Observaciones finales del Comité de Derecho Económicos Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 2012): La recomendación del comité es expresamente atender a que las reformas y recortes que se realicen no "limiten el acceso de las personas que residen en el Estado cualquiera sea su situación legal".

DIAP 39. y 40. Portada: Cost of Exclusion from Healthcare (European Union Agency for Fundamental Rights). Resultados y conclusiones (inglés): resaltando los beneficios tanto económicos como sociales y personales de proporcionar asistencia sanitaria preventiva a personas inmigrantes en situación irregular

en contraposición con los inconvenientes que supone hacerlo desde los dispositivos de urgencia.

DIAP 41. y 42. Informe: The Deadly Effects of Losing Health Insurance. Univesitat Pompeu Fabra, Barcelona (Mestres, Casanova, Castelló, 2018): “Estimamos que la reforma ha aumentado el ratio de mortalidad de inmigrantes sin papeles en un 15% durante los tres primeros años de su implementación [...]”

DIAP 43. Artículo de investigación: Effects of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures Among Asylum Seeker and Refugees (Bozorgmehr, Razum 2015): fueron mayores los gastos sanitarios en los grupos con acceso restringido.

DIAP 44. Noticia: el Justicia de Aragón ha recibido esta mañana a la Plataforma por Salud Universal.

DIAP 45. Noticia: Entidades Sanitarias denuncian que Aragón excluye a los inmigrantes irregulares

DIAP 46. Página web: www.yosisanidaduniversal.net

DIAP 47. Página web: www.reder162012.org

DIAP 48. Noticia: Los médicos de familia llaman a la objeción de conciencia para poder atender a los inmigrantes.

DIAP 49. Página web: www.derechoacurar.org

DIAP. 50 y 51. Algunos interrogantes finales... de momento