

Asistencia a inmigrantes: entre el mito y la realidad

Desde hace algunos años, la inmigración de personas procedentes de áreas socioeconómicamente deprimidas constituye una realidad en nuestro país, de modo que mientras que en el censo de 1981 el número de extranjeros residentes en España era de 198.042, se ha llegado al millón y medio en 2002. En este tiempo, uno de los mitos más extendidos ha sido el de que los inmigrantes llegados a España sólo son un gasto, sobre todo sanitario, para las arcas públicas.

Los informes que tratan de abordar esta cuestión son muy pocos. Así, según un estudio sobre los impactos económicos de la inmigración en el sector público encargado por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso) a la Universidad Pontificia de Comillas, en 1998 el Gobierno dedicó unos 444,7 millones de euros (74.000 millones de pesetas) a la atención sanitaria, siendo ésta la principal partida de gastos, seguida de la educación, con 240,4 millones de euros (40.000 millones de pesetas). Estas cantidades incluían los gastos de las comunidades autónomas que tenían la Sanidad transferida.

Otro estudio realizado también para el Imserso, esta vez por la consultora Price Waterhouse Cooper, titulado "Cuantificación de los gastos e ingresos que genera la presencia de inmigrantes en España", cifraba en unos 45,2 millones de euros (7.527 millones de pesetas) el coste máximo estimado de la extensión de la cobertura sanitaria a extranjeros en situación irregular y residentes sin derecho a la cobertura de asistencia sanitaria en 1998, entendiéndose como tales las situaciones de agotamiento de la presta-

Unos consideran que aportan menos de lo que gastan, lo que les lleva a asegurar que suponen un gran coste para la economía. Sin embargo, los pocos estudios que se atreven a cuantificar la contribución del colectivo inmigrante inclinan la balanza hacia el lado contrario.

Carlos B. Rodríguez



ción por desempleo y la extinción del derecho de asistencia sanitaria tras los plazos establecidos para el supuesto de terminación de la relación de trabajo sin derecho a desempleo. Asimismo, los componentes del gasto calculado incluía los costes derivados de Atención Primaria y Especializada, así como el farmacéutico, y excluía los costes derivados por urgencias, reconocidos por la legislación vigente.

A 31 de diciembre de 1998, el total de extranjeros residentes en España (comunitarios y extracomunitarios) con permiso de trabajo y/o residencia era de 719.647 personas, y se estimaba que otros 100.000 vivían en situación irregular. Si tenemos en cuenta que actualmente cerca de 1.500.000 inmigrantes viven legalmente en nuestro país (casi el 3 por ciento de la población total), y que el número de los que se encuentran en situación administrativa irregular oscila entre los 300.000 y los 400.000, los costes sanitarios que genera la atención sanitaria a la población inmigrante, según los cálculos obtenidos del estudio de 1998, ascendería a 1.030,4 millones de euros (unos 171.463 millones de pesetas).

Ingresos

No obstante, los inmigrantes no sólo generan gastos a las arcas públicas. En el año 1998 aportaron 1.650,7 millones de euros (274.667 millones de pesetas) a la Seguridad Social, lo que supone que, tomando como referencia el estudio de la Universidad Pontificia de Comillas, su contribución a las arcas del Estado fue superior en 1.123,8 millones de euros (187.000 millones de pesetas) a lo que la Hacienda pública

gastó en ellos.

En la actualidad, así lo demuestran la masiva entrada de inmigrantes en España (en lo que va de año, más de 190.000), y el fuerte ritmo de afiliación a la Seguridad Social de un colectivo que proporciona unos beneficios netos cercanos al 0,3 por ciento del Producto Interior Bruto: según el Ministerio de Trabajo, el total de afiliados a la Seguridad Social alcanzó en octubre la cifra de 16.236.870 ocupados. De estos cotizantes, un total de 833.128. eran

“El inmigrante-turista de todo tipo demanda bien la Atención Primaria. Al inmigrante sin papeles le da miedo ir, pero acude mucho a los servicios de urgencia”

extranjeros. De ellos, 181.016 eran ciudadanos de países de la UE y 652.112 procedían de otras naciones.

Estas conclusiones pueden dar al traste con la idea, expuesta al principio, de que los inmigrantes suponen un gasto para el Estado. *“Los gastos derivados de la inmigración son los mismos que los derivada de otros grupos de población. Dependen de la situación sanitaria de cada persona, y en el caso de los inmigrantes que llegan a nuestro país son jóvenes, están sanos y su estado de salud de base es aceptable”*, señala José Vázquez Villegas, coordinador

del Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc).

El coste sanitario

El coste puramente asistencial y las nuevas demandas sanitarias surgidas de los movimientos migratorios son otros de los mitos asociados a la inmigración, que tiene mucho que ver con la dispersión de este fenómeno en España. *“Hay provincias cuya densidad de población extranjera es mayor que en el resto de España, destacando Madrid, Barcelona, Málaga, Alicante y las islas. No obstante, varía el tipo de inmigración en cada una de ellas, siendo Madrid y Barcelona principales receptoras de inmigrantes procedentes de países de baja renta mientras que las islas acogen a inmigrantes llegados, sobre todo, de Europa”*, explica Lucía Mazarrasa, enfermera española y profesora en el Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

El Colegio de Médicos de Tenerife corrobora esta situación. *“Lo que ve la gente son las pateras, pero no suponen ni el 20 por ciento del total de inmigrantes que llegan. El grueso, el 80 por ciento, llega sobre todo por vuelos normales aéreos o barcos”*, señala el presidente de este órgano colegial, Rodrigo Martín, para quien el turismo es la causa que explica esta pauta de comportamiento, tal y como demuestra el desbordamiento de las zonas turísticas.

Canarias tiene un millón y medio de habitantes, pero, según el presidente del Colegio de Médicos de Tenerife, prácticamente soporta un millón y medio de turistas todos los días sin que

Las ventajas de la prevención

Mientras el número de casos de tuberculosis ha caído en los últimos años en los Estados Unidos, la prevalencia entre el colectivo inmigrante han experimentado una proporción creciente. El año pasado se registraron unos 16.000 casos en este país, y casi la mitad de ellos fueron residentes nacidos en el extranjero. Un estudio publicado en el New England Journal of Medicine comparó qué práctica daría mejores resultados coste-beneficio: seleccionar y tratar a los inmigrantes cuando entran en el país o tratarlos únicamente cuando el virus de la tuberculosis se active. De esta manera, y utilizando

los datos de inmigración correspondientes al año 2000, los investigadores calcularon todos los costes que supondrían seleccionar y tratar inmigrantes cuando entran en el país, y los compararon al tratamiento de los casos activos de tuberculosis que eventualmente podrían haberse producido de no haberse hecho nada. Los investigadores estimaron que la selección y el tratamiento de las infecciones inactivas durante un año podrían prevenir entre 9.000 y 10.000 casos de tuberculosis activa y permitirían ahorrar anualmente al sistema de 60 a 90 millones de dólares.

el presupuesto sanitario se haya duplicado. O sea, que por cada canario hay un turista al lado todos los días. *“Inconscientemente mezclamos inmigración y turismo, porque, aunque hay turistas normales, que están un mes como mucho, hay ciudadanos de países, sobre todo del Norte, que acostumburan a vivir en Canarias 6 meses y otros 6 van a su país de origen”*, asegura.

Cuando se habla de la inmigración procedente de Sudamérica y África, otro de los asuntos más generalizados es la demanda en Atención Primaria: *“El inmigrante-turista de todo tipo, incluido el sudamericano, la demanda bien. Al inmigrante sin papeles, mientras se centra o no, le da miedo ir, pero acude mucho a servicios de urgencia”*, afirma el presidente del colegio tinerfeño.

No obstante, según José Vázquez, la demanda varía en función de la comunidad e incluso de los consultorios: *“Por ejemplo, en Andalucía, al utilizar la tarjeta sanitaria, el acceso de los inmigrantes a la Atención Primaria se hace en las mismas condiciones que para el resto de la población autóctona”*. Por ello, para el coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante de la Semfyc, el primer coste que hay que tener en cuenta es que, si no se favorece la accesibilidad del colectivo inmigrante al sistema sanitario, fundamentalmente a Atención Primaria, estas personas seguirán solicitando atención en los servicios de urgencia. *“Facilitarle esa accesibilidad, además de para atender los problemas que pueden demandar, también servirá para realizar actividades preventivas que van a disminuir el coste de las enfermedades que posteriormente pueda adquirir”*, apunta.

Sin embargo, aún quedan muchas barreras que superar para lograr este objetivo. La primera, la del idioma y la multiculturalidad, para la cual ya están surgiendo iniciativas como las guías “Inmigración y Salud”, editada por el Gobierno de Aragón y destinada a los profesionales de Atención Primaria, y “Entenderse en 7 idiomas”, de Laboratorios Géminis, para facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes extranjeros.

Otras de las barreras que dificultan el acceso del inmigrante a la Atención Primaria, según señala Mazarrasa, son la situación de regularización, la situación

económico-laboral, el entorno familiar, el medio ambiente y, sobre todo, la cultura sanitaria.

Patologías reemergentes

Según un reciente estudio de la Universidad de la Medicina de la Inmigración y Tropical del Hospital de Mataró (Barcelona), en los inmigrantes que hace menos de tres años que viven en España se detectan un mayor número de enfermedades importadas de su país de origen, lo que supone un riesgo de transmisión, aunque poco probable, a la población. Estas patologías, según el estudio, van ligadas a la pobreza y marginación en la que viven estas personas.

Esto da pie a discutir otro tópico asociado a la inmigración: el de que implican un riesgo sanitario.

“Traen enfermedades que no estamos acostumbrados a tratar, como la tuberculosis. De momento no hemos detectado ninguna enfermedad rara, pero si las encontramos alguna vez podemos tener un verdadero problema. El sistema sanitario canario, por el volumen y por el tipo de enfermedades y patologías diferentes que están llegando, se encuentra desbordado”, asegura Rodrigo Martín.

Frente a esta postura, se sitúa la de diversos expertos epidemiólogos que, corroborando lo dicho en su día por la ex ministra Celia Villalobos, aseguraban que la irrupción de enfermedades importadas en España no se puede atribuir al crecimiento de la población inmigrante, y que el origen de esta tendencia está más en los viajes turísticos que los españoles hacen al extranjero.

Según el estudio de la Semfyc “La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable”, el estado de salud de los inmigrantes no supone una amenaza por la posible introducción de enfermedades importadas. *“Como reemergentes no existe ninguna enfermedad asociada a la inmigración. Normalmente, cuando se emplea ese término es para referirse a tuberculosis, sífilis y patologías similares, enfermedades que en nuestro país no han desaparecido nunca. La tuberculosis es un ejemplo de ello. En España tenemos una tasa anual de 35 casos por cada 10.000 habitantes, que es una de las más elevadas de los países desarrollados europeos”*, concluye José Vázquez.]

Los viajes sanitarios

Cuando habla de inmigración, el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Tenerife, Rodrigo Martín, bromea cuando dice ser testigo presencial de un nuevo fenómeno social que es está dando en Canarias: el del *“inmigrante-turista”*. Y es que, según dice, en Canarias se han detectado agencias de viajes que traen turistas europeos para que, dentro del sistema de salud, les sean practicados determinados tipos de intervenciones quirúrgicas. *“Está demostrado que una agencia ofrecía la operación de prótesis de cadera como reclamo para que la gente viniera a Canarias”*, dice, aunque añade que además se ha detectado un aumento del número de intervenciones pequeñas, de cirugía mayor ambulatoria, tales como cataratas, vesícula, úlceras, por parte de este tipo de ‘visitantes’. El proceso, según el presidente del Colegio, sería el siguiente: la agencia traería al inmigrante-turista, se le pondría en lista de espera en la comunidad, en la que pasaría un tiempo, tras el cual la agencia le daría un número de referencia. Cuando el paciente es llamado para ingresar, por lo general dos o tres días antes de la intervención, volvería a volar a las islas, donde se le operaría, pasaría el postoperatorio en las islas y también regresaría, en ocasiones, para todos los servicios de rehabilitación.

