

ENTREVISTA A D. JUAN SISO MARTÍN, SUBDIRECTOR GENERAL DEL DEFENSOR DEL PACIENTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

PERFIL DEL ENTREVISTADO

Desempeña el cargo de Subdirector General de la institución del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid y es Adjunto al Defensor.

Es Doctor en Derecho Público y funcionario del Cuerpo Superior de Técnicos de Administración y su trayectoria profesional ha estado siempre vinculada a la Sanidad Pública. Fue asesor de asuntos sanitarios en las Cortes Generales (Oficina del Defensor del Pueblo), inspector en la Inspección de Servicios del extinto INSALUD y ha desempeñado numerosos cargos directivos en la gestión y administración sanitarias. Ha desarrollado, también, consultorías internacionales en estas materias y es docente en las mismas, así como en derecho sanitario, estando acreditado como investigador universitario. Autor de varios libros y múltiples artículos y conferencias en todos los espacios especializados.

¿SE RECONOCE EN ESPAÑA EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS INMIGRANTES?

En nuestro país estamos en un sistema de asistencia universal (o mejor dicho de tendencia universalista) desde la declaración formulada en el artículo 43 de la Constitución y desarrollada en la Ley 14/1986, General de Sanidad, que reconoce este derecho a los españoles y a los extranjeros residentes en España. Es trascendental entender que este planteamiento otorga derecho a la asistencia en la condición de persona y no de trabajador, como venía haciéndose con anterioridad, y marca la separación definitiva de la asistencia sanitaria respecto del Sistema de Seguridad Social, ubicando aquella en el conjunto prestacional del Sistema Nacional de Salud.

La mención de los extranjeros, junto con los españoles, como destinatarios de la protección sanitaria, es un logro social plasmado normativamente y que reconoce la situación de necesidad como originadora del derecho a la asistencia. Los requisitos que los extranjeros precisan para acceder a ella son, realmente los mismos que los que necesitan los españoles. En este sentido se pronuncia, en su artículo 12, la Ley de Extranjería. Quiero destacar que el término extranjero ha de interpretarse aquí como inmigrante *no comunitario*.

¿CUAL ES, ENTONCES, LA SITUACIÓN LEGAL DE LOS INMIGRANTES, RESPECTO DE LA PROTECCIÓN DE SU SALUD, EN ESPAÑA?

Pueden darse las siguientes situaciones:

1. Inmigrante residente, es decir empadronado y regularizado. Tiene idénticos derechos que los españoles, asistencia sanitaria incluida. Su diferencial se encuentra en el ámbito político (sufragio activo y pasivo).

2. Inmigrante no residente. Pueden darse las siguientes variantes
 2. A. Varón mayor de edad. Sólo tiene derecho a la asistencia en caso de urgencia por enfermedad o accidente y hasta el alta médica.
 2. B. .Menor de 18 años o mujeres embarazadas. Derecho a la asistencia sanitaria completa, urgente o no.

¿QUÉ DIFERENCIAS PRESENTAN LOS INMIGRANTES, RESPECTO DE LOS ESPAÑOLES, COMO DEMANDANTES DE ATENCIÓN SANITARIA?

Voy a decirle que el análisis de este asunto expuesto bajo criterio asistencial, quiero decir, depara algunas sorpresas y rompe algunos estereotipos a medida que avanzamos. Se lo expongo sintéticamente:

- El estado da salud del inmigrante es, en términos generales, mejor que el de la población española, a igualdad de estrato (género, edad etc.). Esto parece normal

teniendo en cuenta que somos receptores de población normalmente joven y sana. Vienen los más capaces, solos o en “avanzadilla familiar”. Este menor consumo sanitario y el hecho de que son aportadores de cotizaciones y no consumidores (aún) de pensiones, en el marco de la Seguridad Social, explica su “utilidad “ económica para los países como el nuestro y otros del entorno europeo que nos han precedido en esta experiencia.

- Derivado de su buen estado de salud, su padecimiento de enfermedades crónicas o degenerativas es también menor, en conjunto. Sin embargo su estado de salud mental es ligeramente peor. Cobran especial relevancia, aquí, los estado depresivos y de ansiedad por las dificultades de todo tipo que encuentran y, como no, el que se ha dado en llamar “Síndrome de Ulises”. Sujetos que se encuentran en un profundo desarraigo, lejanos de su cultura y sin lograr integrarse en la nuestra. Náufragos entre las dos culturas.

- Pero, por las causas de menor morbilidad expresadas, frecuentan menos las consultas, en contra de una extendida creencia de que son grandes consumidores de recursos sanitarios. Su mejor salud les hace precisarlos poco y no es ajeno a esta escasa utilización la dificultad de acceso a los referidos recursos, por dos grupos de razones: Del sistema Sanitario (burocratismo o actitudes ocasionales del personal) o ajenas al mismo, como las idiomáticas, culturales o laborales.

- Son más frecuentadores del consejo farmacéutico que los españoles. Su menor accesibilidad a la consulta médica es determinante. Sustituyen, en procesos de entidad menor y media, la prescripción facultativa por el consejo farmacéutico.

- Son menores consumidores, también, de recursos preventivos (controles de glucemia, hipercolesterolemia etc.) por razones fundamentalmente culturales. Debo de añadir que se ha detectado que, aún cuando son más sanos de entrada que nosotros, están instaurándose entre ellos iguales patrones de este tipo de enfermedades, originado, sin duda, por la falta de prevención y la integración en nuestros estilos de vida.

- Hay una fuerte percepción de discriminación, en el acceso a la asistencia sanitaria, por parte de los inmigrantes. Pero es curioso añadir que este sentimiento se

da, también, en españoles, recelosos del acceso de los inmigrantes a este derecho y que entienden que les perjudica el hecho, precisamente, de ser españoles frente a los inmigrantes.

- Se detectan problemas de salud concretos, para este colectivo, en el espacio laboral. Tienen mayor siniestralidad, pudiendo acudir para explicarlo a muchas causas: menor formación sobre riesgos laborales, ejercicio de trabajos más penosos y arriesgados e incluso no entender las explicaciones de protección, verbales o escritas, que se les facilitan. Utilizan menos el absentismo laboral, a pesar de la mayor siniestralidad indicada, por razones evidentes de precariedad en el empleo.

- Podemos señalar cuestiones muy curiosas en salud de la mujer inmigrante. Es una evidencia que son más fecundas que las españolas, pero hay que señalar que se encuentran a la cabeza las chinas (casi tres veces más) seguidas de las marroquíes. Porcentualmente tienen la misma tasa de abortos que las mujeres españolas, si bien en números absolutos producen entre cuatro y cinco más interrupciones de embarazo que las españolas, al tener muchos más embarazos. Es alarmante que en algunos países se considere el aborto como un método de planificación familiar y que en España la mitad de embarazos, no deseados, de adolescentes terminen de esta manera.

Quiero dejar constancia, para concluir este punto, de que la problemática de salud de la población inmigrante tiene sus raíces, fundamentalmente, en su situación de marginalidad y en las precarias condiciones en las que se ven obligados a trabajar, suponiendo bajos costes en salud e importantes aportaciones, a la sociedad en la que se encuentran, en lo económico.

¿PLANTEAN LOS INMIGRANTES UN RETO ESPECIAL AL SISTEMA DE SALUD?

En lo asistencial y, como puede deducirse de cuanto ha quedado expuesto, no hay ni un mayor consumo sanitario ni diferencias notorias en los procesos, excepto la mención ocasional, que conviene hacer, de determinados casos de enfermedades tropicales (muy reducidos en número) o de patologías que vuelven a verse y que ya estaban olvidadas en nuestra civilización.

El reto que es necesario acometer se encuentra en el terreno de la información y la formación a los inmigrantes. Hay que darles a conocer el sistema y sus prestaciones. Facilitarles la accesibilidad a ello y formarles en el terreno laboral y la planificación familiar y salud sexual y reproductiva.

¿ESTÁN LOS PROFESIONALES SANITARIOS PREPARADOS O NECESITAN ALGUNA FORMACIÓN Y DE QUÉ TIPO?

Tenemos unos profesionales sanitarios formados al más alto nivel internacional, en salud pública y en salud individual. Precisan, como cualquiera de nosotros, de formación y estudio continuados y del apoyo de la Administración para poder realizar dignamente su trabajo. Quiero resaltar la importancia de poder contar con servicio de traducción en la atención personal. Se realizan esfuerzos en tal sentido, pero son aún insuficientes. No se le puede pedir al profesional conocimiento de la pluralidad de lenguas de los demandantes de asistencia; desde los habituales francés, alemán o inglés, hasta los actuales árabe, eslavo o chino.

¿DEBE DE SER OBJETO DE ESPECIALES MEDIDAS LA ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES Y NIÑOS INMIGRANTES?

Sin ninguna duda. Respecto de las mujeres refería con anterioridad la necesidad de formarlas en su salud sexual y reproductiva. En algunas comunidades hay que introducir, incluso, la aceptación del uso de recursos preventivos, como exámenes ginecológicos, de difícil aceptación por cuestiones de fuerte peso cultural para algunas nacionalidades y sus creencias. Para la población infantil es imprescindible integrarlos en las campañas preventivas, como vacunaciones, lo cual requiere de su inserción social global, a lo cual no es ajeno el espacio educativo, al que hay colectivos refractarios.

Es capital un refuerzo de la atención a los niños, no solo en el aspecto sanitario, sino en el social general. El inmigrante menor pasa mucho más tiempo sin la presencia

y tutela de sus mayores que el menor español, con cuantos riesgos de todo tipo este hecho genera,

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, ECONÓMICOS Y CULTURALES EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LOS INMIGRANTES A LA SOCIEDAD DE ACOGIDA?

Ya he apuntado con anterioridad la decisiva relevancia de estos factores. Creo que fue Pareto quien habló del “hombre dual”, como ser bipolar (bondadoso o malvado, creyente o descreído...) pero aquí debe de ser mencionado en el sentido de que en cada persona hay un componente individual inserto en una circunstancia sociocultural. Nadie podemos sustraernos al peso de nuestras tradiciones y a la marca dejada por nuestros orígenes (culturales, étnicos, antropológicos e incluso creenciales). Nadie soporta un agujero en su biografía. Este peso y la dificultad de integración que supone influye notoriamente en la vivencia psicológica de estas personas en su nueva vida

¿CREE QUE SE DEBE DE LLEVAR A CABO UNA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ADAPTADA PARA INMIGRANTES?

Entiendo que la verdadera integración de los inmigrantes necesita de una homogeneidad en el tratamiento de su asistencia, respecto de los españoles, con quienes conviven y precisan ver como sus semejantes.

La Farmacia en nuestro país está orientando su actividad al modelo de Farmacia Comunitaria, en cuyo marco se desarrollan el consejo y el seguimiento farmacológico. Este modelo citado es de particular agrado para la población inmigrante, como ha quedado dicho. La cadena terapéutica comienza por el diagnóstico y la prescripción, espacios reservados al médico y poco frecuentados por esta población, que utiliza más las últimas fases de la cadena y que tienen lugar, precisamente, en la Oficina de Farmacia. Piénsese que de los dos millones diarios de consultas, que se realizan a diario en estos establecimientos, trescientas mil pueden corresponder a población inmigrante. Los productos por los que suelen consultar son fármacos analgésicos,

antipiréticos, productos para el resfriado o la tos, vitaminas y productos para el estómago.

¿QUÉ OPINAS SOBRE LA COMPRA DE MEDICAMENTOS, POR LOS INMIGRANTES, PARA ENVIARLOS A SU PAÍS DE ORIGEN?

Indudablemente es una desviación del fin natural de la prestación. Acuden a la consulta facultativa para obtener la receta (con un padecimiento real o narrando el de quien lo tiene) y una vez conseguida aquella compran el medicamento y lo envían a su país de origen para su consumo. La razón no es otra que la dificultad (o imposibilidad) de adquirir ese fármaco en aquel país, por razones económicas o de acceso prestacional. Pero dicho esto he de hacer mención de otros “agujeros” del sistema mucho más importantes: la incapacidad laboral, en cuyo terreno su posición es positiva respecto de los nacionales y el llamado “turismo sanitario”, protagonizado, normalmente, por extranjeros precisamente mucho más dotados económicamente, como los comunitarios en las zonas turísticas del arco mediterráneo.

Hay problemas mucho más importantes en la Farmacia española, que dicho sea de paso cuenta con la menor tasa de fraude de Europa. Parece más trascendente la falsificación de recetas o la venta incontrolada de medicamentos por Internet, o los llamados “productos milagro”, por ejemplo.

¿SON CRÍTICOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA QUE RECIBEN?

La población inmigrante valora mejor nuestro sistema sanitario que nosotros mismos. Las razones podemos encontrarlas en varios factores: Vienen de una situación de desasistencia, por un lado y se trata, por otra parte, de población con tasas de morbilidad bajas. Es significativo que a medida que aumenta su tiempo de estancia con nosotros se igualan en casi todos los aspectos y en este también. Se sienten, sin embargo, peor informados, particularmente en materia de prevención, como vacunas.

¿QUÉ RELACIÓN TIENE LA OFICINA DEL DEFENSOR DEL PACIENTE CON LA POBLACIÓN INMIGRANTE?

Son unos usuarios más de nuestros servicios, a quienes se atiende bajo las ineludibles condiciones de igualdad y a quienes se informa y defiende sus derechos cuando entendemos que no se les presta la atención debida, sin ningún tipo, por nuestra parte de discriminación, ni negativa ni positiva. En aquellos casos en que pretendían prestaciones a las que no tenían derecho han sido informados en este sentido, bajo el criterio que expresé al principio de que un inmigrante regular (ninguno es ilegal) tiene idénticos derechos sanitarios que un español. Nuestro sistema es ejemplar en la consideración de la situación de necesidad, como motivo de la asistencia, con independencia de la persona a la que se debe de atender. Déjeme que concluya, en este sentido, precisamente, con una mención de Balanzó, quien en 1993, dejó dicho que: “el tratamiento sanitario de las personas inmigrantes no es una medicina de parásitos ni de virus extraños, es una medicina de mujeres y hombres que sólo se diferencian de nosotros en la forma de expresar el sufrimiento y los problemas, y en su forma de concebir la vida”

Juan Siso Martín, Madrid, diciembre 2006