

Salud e inmigración; a propósito del sida

(Health and immigration; talking about aids)

Quizás a algunos lectores les parezca una frivolidad que se reflexione sobre la salud de los inmigrantes en España a propósito de la epidemia de sida. Innegablemente, hay otros aspectos por donde empezar: cómo arriesgan la vida para llegar hasta aquí; cómo la pierden al ir al trabajo o cómo la exponen a insanas y peligrosas condiciones laborales. Hablamos de esos inmigrantes, varones y mujeres, que tratan de conseguir un futuro digno para sí y los suyos y que para lograrlo dejan atrás a las personas y cosas que les confieren su identidad. Constituyen, básicamente, una población joven y sana que, sin embargo, genera ese arcaico temor a lo «ajeno», sospechosos de introducir o propagar infecciones de su entorno, sobre todo si se trata de movimientos migratorios procedentes de países de alta endemicidad de infección por el VIH, la amenaza infecciosa más importante del final del siglo XX. Pero el hecho es que la única plataforma europea que se ha articulado, a finales de los ochenta, sobre salud y migración ha sido en torno al VIH¹. Debido a que el fenómeno de la inmigración en España sólo cobra importancia durante los años noventa, ya entrados en la epidemia del sida, esta reflexión y con ella la de la salud de la población inmigrante, toma relevancia en el momento actual.

Después de 20 años de epidemia, se puede decir que el sida en Europa ha sido una infección autóctona, pero también se ha puesto de manifiesto la mayor vulnerabilidad de las poblaciones móviles y de inmigrantes a la infección por el VIH, debido, entre otros factores, a la concurrencia de precariedad social y económica, de desarraigo cultural y afectivo en un marco de discriminación y de vacíos legales². Esta reflexión va más allá de la enfermedad que la ha generado, el sida, planteando compromisos y responsabilidades en distintos ámbitos. El sida se ha caracterizado por actuar como catalizador de debates sobre los derechos fundamentales de los individuos, como el acceso a los medicamentos en países en vías de desarrollo, la confidencialidad de la información sanitaria o el respeto hacia una sexualidad diferente. De nuevo, a propósito del sida, se puede plantear el derecho a la salud de los inmigrantes.

El fenómeno migratorio en España

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, que ha pasado de ser un país de emigrantes a ser receptor de inmigrantes. En la actua-

lidad, todavía hay más españoles fuera, 2 millones aproximadamente, que inmigrantes en España, en torno a un millón después de las solicitudes presentadas a la regularización del año 2000^{2,3}. La proporción de inmigrantes en España (2,5%) sigue siendo muy inferior a la media de Europa occidental (4,8%) y bastante menor del 17% de Suiza y del 7% de Francia³. Los movimientos migratorios actuales incluyen a personas de orígenes y trayectorias migratorias diferentes, encontrándonos desde directivos, empresarios, trabajadores altamente cualificados, pensionistas y estudiantes, hasta refugiados políticos, económicos y de guerra. Las situaciones derivadas son también muy diversas: desde grupos que emigran libremente a aquellos que están sometidos al tráfico de personas; desde los que tienen estabilidad jurídica hasta los llamados «sin papeles».

Contrariamente a lo que ha ocurrido en los países europeos con tradición migratoria, hasta los últimos años, gran parte de los inmigrantes que residían en España procedían de países de renta alta. Los últimos datos sobre 1.085.846 de personas ya regularizadas, suministrados por la Comisaría General de Documentación de la Dirección General de Policía en diciembre del año 2000, indicaban que el 32% eran africanos, el 22% llegaban de Iberoamérica, un 8% eran europeos no comunitarios y otro 8% asiáticos, por lo que puede decirse que un 70% procedía ya de países de renta baja, esto es, se trataba de inmigrantes económicos⁴. La tendencia reciente señala, además, un aumento más marcado de los procedentes de Marruecos y Ecuador, países de origen del 57% de los inmigrantes africanos y del 22% de los iberoamericanos, respectivamente. A estas cifras habría que añadir las personas sin regularizar, de las que no hay datos bien estimados. Lo único que se puede decir es que hay aproximadamente 60.000 personas sin regularizar cuyas solicitudes fueron denegadas y que están actualmente en proceso de revisión, y que hay un número desconocido de personas que entraron en España después de junio de 1999 y que quedan fuera del proceso de regularización. El 50% de las personas llegadas de los países de renta baja residen en Cataluña, Madrid y Andalucía, donde también se concentra la mitad de la población española. Por exigencia del mercado de trabajo, al que tratan de incorporarse, presentan una edad media inferior a la española y un patrón de feminización diferente en función de la nacionalidad de origen, con una mayor proporción de mujeres iberoamericanas y una mayor proporción de varones africanos³.

Inmigrantes, VIH/sida y salud

La mayoría de los inmigrantes que han llegado a España desde el inicio de la epidemia del sida proceden de países donde la prevalencia de la infección por el VIH es baja. ONUSIDA estimaba que a finales de 2000 había 36,1 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo. África subsahariana era la región más afectada por la pandemia del sida. España tenía cifras de infección por el VIH superiores a los países de la Unión Europea (excepto Portugal) y a los de Sudamérica y norte de África, aunque inferiores a los de África subsahariana y algunos países del Caribe y de Asia.

De los 58.091 casos de sida declarados en España hasta junio de 2000, 1.076 (2%) tenían un país de origen distinto a España, evidenciando que la epidemia ha sido autóctona y no está asociada a la inmigración. De estos casos, el 41% procedía de Europa, siendo Portugal el país más frecuente, el 28% de África y el 27% de las Américas³. Aunque un estudio basado en el registro de casos de sida de Barcelona estima que al menos la cuarta parte de los casos en población extranjera pudieron haberse infectado en España⁵, lo cierto es que el país de origen no refleja el lugar de infección ni el grupo étnico, ni revela las claves necesarias para la prevención de la infección por el VIH en estos colectivos. Esto es debido no sólo a la diversidad de los procesos migratorios por los que atraviesan en sus trayectorias de vida, sino a la falta de información sobre sus conocimientos, actitudes, comportamientos e imágenes acerca del VIH/sida.

Los mecanismos de transmisión de los casos de sida en inmigrantes concuerdan con la distribución de las categorías de transmisión en sus regiones de procedencia. La excepción la constituye el hecho de que el 48% de los casos procedentes del norte de África se han infectado por compartir material de inyección de drogas, mecanismo de transmisión muy poco frecuente en el Magreb pero el más extendido en España. Lo más probable es que el comportamiento de riesgo se haya adquirido en España, aunque no se puede descartar que se haya producido algún fenómeno de selección de consumidores de drogas inyectadas entre los inmigrantes magrebíes.

Los estudios realizados en personas que ejercen la prostitución corroboran las bajas prevalencias de infección en mujeres inmigrantes, incluso en aquellas procedentes de países de alta endemia⁶. Tampoco hay diferencias en la prevalencia de la infección por el VIH entre españolas e inmigrantes a igualdad de situaciones de riesgo^{6,7}. En cambio, los varones inmigrantes que ejercen la prostitución están en situación de mayor riesgo debido a su vulnerabilidad social⁸.

En resumen, se puede afirmar que los inmigrantes constituyen una población joven y sana cuya salud se

ve amenazada desde su llegada a España, en razón directa a su mayor o menor situación de precariedad. La creciente demanda asistencial de personas procedentes de otros países requiere la necesaria puesta a punto de los servicios sanitarios y su adaptación, incorporando a promotores de salud inmigrantes, mediadores sociosanitarios, etc., que faciliten el acceso a los servicios de salud y su atención como forma de garantizar la salud de todos. Parece paradójico, no obstante, hablar de adecuación del sistema en un contexto donde los obstáculos administrativos relacionados con la situación irregular de algunas de estas personas, además de las barreras lingüísticas y culturales, van a desalentar la toma de contacto con el sistema sanitario por miedo a ser identificados.

El derecho a la salud

El marco legal de referencia tanto para las actividades preventivas como asistenciales lo constituye la recientemente aprobada Ley orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (8/2000 de 22 de diciembre)⁹, en cuyo artículo 12 se garantiza la asistencia sanitaria a menores y embarazadas, a todas las personas que pasan por procesos de urgencia médica y, en general, en igualdad de condiciones con los españoles, a los inmigrantes que se empadronen en su municipio de residencia. El borrador de Reglamento que desarrolla la Ley¹⁰, en la versión todavía pendiente de aprobar, exige un seguro sanitario en tanto que se obtiene el contrato laboral que regularice la asistencia sanitaria y plantea, como requisito de entrada y para los sucesivos trámites de normalización, un certificado médico que garantice que la salud de la población receptora no se verá amenazada, sobre todo, por posibles procesos infecciosos del inmigrante. Como antesala de situaciones de expulsión o regularización, se prevé una red de centros de internamiento no penal, dependientes del Ministerio del Interior «si bien la prestación de asistencia sanitaria y servicios sociales podrá ser concertada con otros ministerios o con otras entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro».

Desde diversos ámbitos se ha cuestionado la constitucionalidad de la Ley en tanto no reconoce derechos básicos de los inmigrantes, como el derecho de asociación y reunión. Quizá sea oportuno que, desde la salud pública, se reflexione si la Ley y su desarrollo garantizan el derecho a la salud de todos. Cuando hablamos de igualdad, queremos decir que al menos no se impongan barreras añadidas a las ya existentes por razón de la situación legal. El texto actual deja abiertas las puertas a la arbitrariedad del empadronamiento, condición necesaria para la obtención de la tarjeta

sanitaria y a la posible instrumentalización de los requisitos sanitarios de entrada. Además, en la práctica, no se han habilitado los recursos materiales y humanos necesarios para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud, ya que los mecanismos establecidos para la tramitación de la tarjeta sanitaria o la atención misma no son ni suficientes ni están adaptados a las diferentes situaciones administrativas, económicas, sociales y culturales de los inmigrantes.

Aunque lo más grave es que al hacer invisibles a los más vulnerables desde el punto de vista sanitario, los aparta objetiva y subjetivamente de los circuitos preventivos y asistenciales, e impide su atención. Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en el año 1997 pone de manifiesto cómo los inmigrantes «con papeles» acudieron al sistema sanitario con una frecuencia tres veces mayor que los «sin papeles»¹¹.

En este contexto, es muy estimable el papel de algunas ONG y de una gran cantidad de profesionales sanitarios, dentro de la administración pública, que han atendido y atienden a estos colectivos bajo su ética personal y profesional. El papel de estos agentes sociales es fundamental en procesos de invisibilidad normativa, de transición o de crisis. Pero sería un error que el sistema sanitario público dejara a las ONG y a las iniciativas particulares su responsabilidad de mantener la salud de la comunidad, inmigrantes incluidos. Sería igualmente irresponsable que confiáramos en que las numerosas alusiones al humanitarismo, que contiene la Ley y su Reglamento, sean capaces de resolver las situaciones de injusticia que genera el propio texto. Como ha ocurrido en Francia, nos podríamos encontrar con

la terrible paradoja de que sólo la enfermedad, por razón humanitaria, confiere derechos, es decir, ciudadanía².

En un reciente editorial en esta misma revista, los autores, prestigiosos profesionales con responsabilidades en sociedades científicas de salud pública, razonaban sobre la oportunidad de incorporarnos al programa europeo en su nueva estrategia de salud¹². Sí, pero incorporando al debate cuestiones como las implicaciones de la Ley de extranjería y su reglamento, el ajuste de los sistemas de vigilancia epidemiológica actuales para adaptarse a la nueva realidad de la población inmigrada, el refuerzo de los ya exhaustos profesionales de atención primaria, la identificación y eliminación de las barreras de acceso a los servicios y la definición del papel coordinado que debieran desempeñar el Estado, las comunidades autónomas y los ayuntamientos en los programas de salud y analizar cómo integrar a los inmigrantes en los espacios de participación comunitaria de la salud. En definitiva, planteándonos cómo articular una estrategia de salud para una Europa solidaria.

Las opiniones vertidas aquí son responsabilidad exclusiva de las autoras y pueden no ser compartidas por las instituciones en las que trabajan.

A. Llácer, J. del Amo¹, S. Castillo y M.J. Belza¹

Instituto de Salud Carlos III. ¹Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

Bibliografía

1. HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe. Kris Clarke & Georg Bröring. Febrero de 2000. www.aidsmobility.org
2. Fassin D. L'indicible et l'impensé: la «question immigrée» dans les politiques du sida. *Sciences Sociales et Santé* 1999; 17: 5-34.
3. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enero de 2001. www.msc.es/sida
4. Boletín de publicación del IMSERSO. Observatorio Permanente de la Inmigración, n.º 1, mayo de 1998.
5. García de Olaya P, Lai A, Jansá JM, Bada JL, Caylá JA. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 2000; 14: 189-194.
6. Grupo para el estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 211-213.
7. Belza MJ, Llácer A, Mora R, Castilla J, De la Fuente L, Cañellas S et al. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit* 2000; 14: 330-337.
8. Belza MJ, Llácer A, Mora R, Morales M, Castilla J, de la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk-behaviour patterns of male sex workers in Madrid (Spain). *AIDS Care* 2001.
9. Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE 307 del sábado 23 de diciembre de 2000; 45508-45522.
10. Borrador de proyecto de Real Decreto por el que se aprueba el reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre.
11. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 478-479.
12. Plasencia A, Manzanera R. La nueva estrategia europea de salud: una oportunidad para la salud pública española. *Gac Sanit* 2001; 15: 1-3.