

Inmigración y sanidad: una relación de doble sentido

ÁNGELES LÓPEZ URBANO*

RESUMEN

España cuenta con una legislación que reconoce el derecho a la protección de la salud y la asistencia médica a todos los españoles y residentes extranjeros. Sin embargo, el acceso de los inmigrantes a estas prestaciones de carácter universal se ve en ocasiones entorpecido por factores tales como la falta de información o el temor a que quede registrada su situación de irregularidad. Más allá de este acceso, en este artículo se argumenta que así como los inmigrantes tienen que adaptarse al entorno sanitario, las administraciones sanitarias deben ser receptivas ante el nuevo fenómeno y responder a sus necesidades mediante diversos programas, entre ellos los que incluyan la formación específica de los facultativos que atienden a los inmigrantes.

1. INTRODUCCIÓN¹

Traerán enfermedades nuevas. Saturarán nuestros hospitales. Agotarán nuestros recursos médicos... Son ideas sobre los efectos de la inmigración en la prestación de los servicios sanitarios a los que en España tiene acceso la pobla-

* Jefa de la sección *Salud* de elmundo.es ([www.elmundo.es/elmundosalud](mailto:angeles.lopez@elmundo.es)) (angeles.lopez@elmundo.es).

¹ Para la elaboración de este artículo he contado con la información que me han proporcionado diversos expertos a quienes quiero agradecer por haberse prestado a conversar sobre las cuestiones que en él se abordan: Diego Vargas, de la Sociedad Española de Medicina Familiar (SEMG); José Vázquez Villegas, de la Sociedad Española de Medicina General y Comunitaria (SEMFYC), y Julio Zarco, de la Sociedad Española de Atención Primaria (SEMERGEN).

ción. ¿Pero dan los datos la razón a estas sentencias? ¿Cabe atribuir los problemas del sistema sanitario español a los extranjeros, o más bien son ellos quienes, en gran medida, sufren tales problemas al tener que enfrentarse a un complejo sistema administrativo y superar las diferencias culturales? Es difícil encontrar respuestas claras a estas preguntas. Sorprendentemente los estudios sobre este tema son escasos. Bien entrados en el siglo XXI, parece que la sociedad española empieza a mirar más allá y a demandar más información sobre este colectivo, ya sea por egoísmo o por solidaridad.

En las últimas décadas, la cifra de personas que han elegido nuestro país como destino para iniciar una vida más llena de oportunidades y recursos ha experimentado un incremento extraordinario. Si en 1996 el número de inmigrantes se hallaba en torno a los 500.000, en 2007 superaba los cuatro millones y medio, según datos del Padrón Municipal, lo que supone el 10 por cien de la población total en España².

La mayoría de los inmigrantes que llegan a nuestro país son jóvenes, con buena salud y dispuestos a trabajar. Estas características les alejan del icono con el que ocasionalmente se les identifica: una población que trae enfermedades, susceptibles de contagiarse y empeorar la salud de los autóctonos. De hecho, las cifras más recientes ponen sobre la mesa una situación que contradice esta creencia. Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE) basado en datos de 2006, la tasa bruta de mortalidad de los españoles fue casi 14 veces

² Véanse las cifras oficiales de población según el Padrón Municipal a 1 de enero de 2007 (www.ine.es).

mayor que la de algunos grupos de extranjeros³. Los ecuatorianos, seguidos por los rumanos y los colombianos registran una tasa de mortalidad que no llega al uno por mil. En el extremo opuesto se encuentran los extranjeros de la Europa Occidental que residen en nuestro país, como alemanes o británicos, quienes presentan una tasa de decesos muy superior, en torno al ocho por mil.

Por lo general, los médicos de asistencia primaria son quienes mejor conocen el estado de salud de latinoamericanos, africanos, asiáticos o europeos de los países del este. Diego Vargas, miembro del grupo de inmigración de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) está al tanto de la situación de muchos de estos trabajadores, ya que desarrolla su labor en Almería, donde asiste a personas de hasta 117 nacionalidades distintas. Según Vargas, la mayoría de ellos son jóvenes y vienen a desarrollar una vida laboral, mientras que muchos extranjeros alemanes, británicos o franceses vienen a pasar sus últimos años, atraídos por el clima y por una sanidad gratuita.

¿Por qué motivos suelen acudir los inmigrantes a la consulta médica? Un informe reciente de Médicos del Mundo en el que se analiza la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares de Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Portugal y Reino Unido afirma que las patologías más frecuentes que llevan a este colectivo a solicitar ayuda médica son las digestivas, osteoarticulares, respiratorias, ginecológicas y psíquicas⁴. Según diferentes facultativos consultados, lo mismo se aplica a los inmigrantes regularizados. En palabras de Vargas, "el patrón de enfermedades que presentan viene a ser como una pirámide. En la base, formada por los trastornos más frecuentes, se encuentran los problemas respiratorios como resfriados, y las alteraciones digestivas y osteoarticulares. Un peldaño por encima están los trastornos de adaptación al medio, como la ansiedad o la depresión. Menos habituales son los relacionados con la fisiopatología del individuo, como puede ser un bajo nivel encimático. Y por último, mucho menos comunes son las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, o las parasitarias e infecciosas".

³ Véanse los datos sobre defunciones (Movimiento Natural de la Población) del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/defun/a2006/&file=pcaxis).

⁴ Observatorio Europeo de Médicos del Mundo. Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular, http://www.medicosdelmundo.org/NAV/G/pagina/Inf_Observatorio_Europeo.pdf.

2. PRECARIEDAD LABORAL Y SALUD

Molestias digestivas, dolores musculares, y trastornos mentales: estos y no otros son los problemas más frecuentes de los inmigrantes, algunos de fácil solución, otros más complicados de "sanar". La situación de inmigración implica, en muchas ocasiones, escasos recursos económicos y marginación social. La falta de redes de apoyo social y el desconocimiento de los recursos y dispositivos existentes en el país de acogida en materia social y sanitaria explican esta elevada incidencia de problemas psíquicos. Sin embargo, parece que esta situación no está generando la demanda de servicios de salud mental que cabría esperar de este colectivo.

Según un estudio publicado el pasado año, en el que se evaluó a todos los pacientes inmigrantes que asistieron a los centros de salud mental del Área 10 de la Comunidad de Madrid durante un período de tres meses, las cifras de utilización de estos servicios por parte de las personas extranjeras no han experimentado un aumento significativo (Sanz Rodríguez *et al.*, 2007). El miedo o desconocimiento que pueden tener los inmigrantes irregulares les lleva a solicitar en menor grado estas consultas. Por otro lado, este estudio, al igual que otros anteriores, detectó asimismo una peor adhesión al tratamiento entre los miembros de este colectivo.

Sin embargo, para José Vázquez Villegas, coordinador del Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc), el escaso uso de estos servicios no significa otra cosa que la salud no es una prioridad para los inmigrantes: "Para ellos, lo primero es el trabajo, la familia, el envío de dinero a su país, etc. Llegan en edades jóvenes y, además, no quieren estar enfermos porque la enfermedad significa que no reciben dinero si no pueden acudir al trabajo". Añade que a pesar de que llegan con una bolsa cargada de salud, a medida que pasa el tiempo se va "gastando" debido a las condiciones domésticas bajo las que viven a diario, el tipo de trabajo que desarrollan, etcétera.

A analizar la relación entre trabajo y salud se ha dedicado un estudio realizado por la Unidad de Investigación en Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra. La actividad laboral de los inmigrantes se centra fundamentalmente en la construcción y la agricultura, en el caso de los hombres, y en el servicio doméstico y la hostelería, en el caso

de las mujeres; se trata de sectores en gran medida abandonados por los trabajadores nacionales, debido, entre otras razones, a la flexibilidad, la temporalidad y la desregulación que caracteriza el desempeño de dichas actividades.

Por otro lado, estos sectores laborales concentran bolsas de economía sumergida, que se ha estimado entre el 16 por cien y el 22 por cien del PIB español⁵. Como reconocen los autores del mencionado estudio, el trabajo irregular que desarrollan muchos de los trabajadores inmigrantes no sólo dificulta su integración y estabilidad, sino que también los expone a la marginación dentro de la sociedad de acogida. Parece claro que la mayoría de los inmigrantes acceden a trabajos de peor calidad que los ciudadanos autóctonos. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 9,2 por cien de los contratos realizados a trabajadores extranjeros son indefinidos y el 90,8 por cien temporales. Este hecho, además de afectar directamente a la calidad laboral de este colectivo, también puede tener un impacto directo en su salud, toda vez que "(e)ntre los trabajadores con contratos temporales existe un mayor riesgo de padecer accidentes laborales, elevados costos psíquicos y sociales, mayor deterioro de la salud psicológica, desmotivación e insatisfacción laboral" (Porthé, Benach y Amable, 2007).

La situación empeora cuando se trata de trabajadores sin regularizar. Como se puede leer en el Informe de Exclusión Social de Médicos del Mundo (2005), "(l)a mayor parte de los inmigrantes sin papeles acepta (por necesidad económica, por temor a llamar la atención o incluso por miedo a perder su empleo o a ser expulsados) empleos en los que corren el riesgo de contraer numerosas enfermedades o de sufrir accidentes laborales, provocados por agentes tóxicos, largas horas de trabajo, dificultades de comunicación o por un marco legal y unas medidas de protección limitados; esta circunstancia, además, se ve agravada por el hecho de que estas personas conocen muy poco o nada acerca de sus derechos"⁶.

La incertidumbre sobre su situación laboral, unida a los bajos salarios y a la falta de beneficios sociales, puede incrementar el estrés y el riesgo de padecer trastornos mentales menores. Si a esto se

⁵ Véase el Anuario Estadístico de Extranjería (2003), (http://extranjeros.mtas.es/es/general/Anuario_de_Extranjeria_2003.pdf).

⁶ Véase <http://www.medicosdelmundo.org/NAVG/pagina/IXInformeExclusionSocial.pdf>.

suma la pérdida de la red social de apoyo, el distanciamiento debido a la lengua y un cambio en el estatus de la persona, se entiende que en este colectivo aparezca el denominado "síndrome de Ulises", es decir, un trastorno de naturaleza psicológica que se caracteriza por un estrés crónico. Para Alfredo Aloiso, psicólogo y coordinador del área de salud de la Federación de Entidades Latinas de Cataluña (FEDELATINA), invocar el "síndrome de Ulises" "no sirve para evaluar el origen del problema. La inmigración no es una causa de determinadas situaciones, aunque sí hay una correlación. Tanto los problemas de desarraigo como las condiciones laborales pueden ser «disparadores» de una enfermedad mental, pero hay que valorar más cosas". Añade que el sistema sanitario público y gratuito es un logro político, y aunque la atención es buena, el problema reside en la saturación de los servicios. Pero se trata de un problema común tanto para los españoles como para los extranjeros. Por otra parte, señala que "los prejuicios hacia el inmigrante existen como existen otros prejuicios. Los inmigrantes trabajan y pagan impuestos, no sólo son beneficiarios de una dádiva sino que también son utilizados por el sistema. Tienen mucho que ofrecer y también tienen derecho a recibir, demandar y exigir". Desde FEDELATINA se desarrollan precisamente actividades dirigidas a acercar las ofertas existentes a las demandas concretas de la gente.

3. ATENCIÓN PRIMARIA O URGENCIAS

Los datos apuntan que, a pesar de la incidencia de problemas de ansiedad o de otro tipo, el colectivo inmigrante no hace un mayor uso de los servicios de salud. Una prioridad del trabajo frente a la salud vendría a explicar, en parte, este hecho. Sin embargo, diferentes estudios destacan otros motivos por los que esta población se resiste a utilizar, sobre todo, la atención primaria y las medidas de prevención en salud.

En los centros de salud no se halla la principal puerta por la que los inmigrantes entran al sistema sanitario. "Cerca del 20 ó 30 por cien de las urgencias hospitalarias corresponden a pacientes inmigrantes y el 70-80 por cien, por banalidades que se resolverían en atención primaria", asegura el Doctor Vargas, que lleva algo más de siete años atendiendo a esta población. Sin embargo, el uso inadecuado de los recursos sanitarios no es una

característica privativa de los inmigrantes. Se sabe que el 60 por cien de los problemas que se ven en las urgencias de los hospitales no son patologías de urgencias. Parece claro que no es tanto un problema de desconocimiento del sistema, sino de accesibilidad: el servicio de urgencias es una puerta de entrada al sistema de atención sanitaria abierta las 24 horas. Mientras que en un centro de salud, aunque haya consultas por las mañanas y por las tardes, el acceso es más ordenado y debe ser compatibilizado con el horario de trabajo, los pacientes, sean inmigrantes o nacionales, encuentran en las urgencias hospitalarias soluciones rápidas a sus problemas de salud.

No obstante, parece que la demanda varía en función de las localizaciones. Así, por ejemplo, los inmigrantes residentes en las grandes ciudades frecuentan mucho los servicios de atención primaria, sin que esta sobrecarga de las consultas haya venido convenientemente acompañada de planes para hacer más fluida la asistencia, como ha criticado Julio Zarco, presidente de la Sociedad Española de Atención Primaria (SEMERGEN).

Además de desigual en función del hábitat en el que residen los inmigrantes, la demanda de servicios sanitarios también es diferente según las características del propio paciente. En general, los inmigrantes suelen recurrir menos al sistema sanitario que los españoles porque, por su composición demográfica, gozan en general de buena salud; quienes sí recurren más a los servicios médicos son las embarazadas, así como las madres, que suelen cumplir con el calendario de vacunación de una forma similar a las españolas.

una mejor formación en antropología médica y estilos de vida, como reivindicara en su día Pedro Laín Entralgo, con el fin de comprender mejor la situación de quienes demandan servicios sanitarios. Zarco insiste en la escasa implicación de la Administración en este aspecto, en la ausencia de un plan para hacer más fluida la asistencia a los inmigrantes, así como en la conveniencia de utilizar a los líderes de las comunidades para que transmitan la información y la formación a sus comunidades. Todo ello podría redundar, a su juicio, en un menor número de consultas. Otra opción consistiría en el empleo de los mediadores culturales de manera generalizada para guiar a estos colectivos, y en particular informarles sobre la importancia de las medidas preventivas (a menudo inexistentes en los países de los que proceden). Desde SEMERGEN se han elevado diferentes iniciativas para mejorar la atención a los pacientes y la formación a los médicos, pero hasta ahora sin dotación económica ni apoyo decidido de la Administración.

Ciertamente, la transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas ha traído consigo que la implicación de los gobiernos en este aspecto difiera sustantivamente. Por ejemplo, el SAS (Sistema Andaluz de Salud) preparó unas carpetas para pacientes inmigrantes con información en diferentes idiomas sobre el sistema sanitario y la correcta utilización de los recursos. El gobierno autonómico de Andalucía, donde reside aproximadamente medio millón de extranjeros, ha mostrado preocupación por esta cuestión y arbitrado ya algunos medios para abordarla. Programas semejantes han surgido también en otros puntos de España, respondiendo a iniciativas de los profesionales y de las sociedades médicas. Así, en Cataluña se ha desarrollado el servicio *Sanitat respon*, gracias al cual médicos y pacientes pueden acceder a un traductor para entenderse. En Madrid, el Hospital del Niño Jesús, que presta atención médica infantil, ha firmado un convenio con la Universidad Alcalá de Henares para traducir a diferentes idiomas documentos como los consentimientos informados.

Los intentos por hacerse entender en diferentes idiomas no deberían quedar ahí, en una mera traducción, sino que, según muchos expertos, habría que aspirar a una verdadera comprensión del otro. El Doctor Vargas subraya que "la barrera cultural es la más importante. Los conceptos de salud y enfermedad no son los mismos. Un ejemplo es la salud bucodental, que aquí es importante y en otros países no; y otro la hema-

4. BARRERAS CULTURALES, ALGO MÁS QUE UN IDIOMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Pero a nadie se le escapa que en una sociedad industrializada este concepto puede diferir mucho del de una sociedad en vías de desarrollo. Como subraya Zarco, "más importante que la barrera lingüística, que puede resolverse, es la barrera antropológica. Los condicionantes culturales y sociales del individuo modifican las enfermedades, hacen que se manifiesten de distinta manera, y es necesaria una formación específica en los profesionales". Algunos reclaman

turia (eliminación de sangre por la orina) que en algunas poblaciones de África se ve como algo normal y para nosotros es una enfermedad". Reflexión aparte merece también la religión. Si las creencias se reflejan en numerosas circunstancias de la vida, en el estado físico y mental también. El ayuno que conlleva el Ramadán puede provocar determinadas dolencias, y aconsejar otras formas de tratamiento para esos días. Así, por ejemplo, mantener la pauta de insulina en pacientes diabéticos que hagan este ayuno puede causar consecuencias muy graves.

Parece, pues, que dentro de los cursos de formación que reciben los profesionales sanitarios a lo largo de su vida para estar al día con los nuevos protocolos y descubrimientos, el componente antropológico y social no puede dejarse de lado. Y aunque se ha comprobado que las enfermedades transmisibles son las que aparecen con menor frecuencia en esta población, su control también debe formar parte de la puesta al día de los médicos. Algunas enfermedades que ya no se veían en España como la parasitosis, la esquistosomiasis o la enfermedad de Chagas pueden minar la salud de los inmigrantes residentes en nuestro país sin que los profesionales sanitarios lleguen a dar con el diagnóstico hasta pasado un tiempo y numerosas consultas⁷.

Sin embargo, aunque el mal de Chagas (una enfermedad que afecta a cerca de dos millones de bolivianos sobre un total de diez) puede mermar la salud de estos inmigrantes, no supone un riesgo para los nacionales. La diferencia en las condiciones climáticas y en la forma de vida hacen prácticamente imposible que los insectos responsables de la transmisión de estas infecciones puedan vivir en España, de modo que el riesgo de contraer esa enfermedad no existe para los españoles.

5. LA ATENCIÓN A LOS "SIN PAPELES"

Si irregular es la atención dirigida a los extranjeros que tienen una actividad laboral "en regla", ¿qué ocurre con los que no cuentan con "sus papeles"? ¿Ofrece España ayuda a estas personas?

⁷ Así lo explica Eduardo Sanginés, responsable del área de ocio y cultura de ACOBE, la asociación de cooperación Bolivia España.

La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 reconocen "el derecho a la protección de la salud y a la asistencia por parte de los servicios médicos a todos los españoles y residentes extranjeros que hayan establecido su residencia en el territorio nacional". Así, para acceder a los servicios de salud no es preciso disponer de la tarjeta de la seguridad social (vinculada al trabajo), sino basta con estar empadronado para poder solicitar una tarjeta sanitaria.

De esta manera, los extranjeros empadronados en el municipio en el que residen, cualquiera que sea su situación, disfrutan de los mismos derechos que los españoles para acceder gratuitamente a los servicios de salud, según la Ley Orgánica 4/2000. Sin embargo, muchas personas no cumplen este trámite, bien porque tienen miedo de que los datos que deben facilitar sean una vía para su expulsión si no tienen un trabajo en regla, bien porque se olvidan de un requisito establecido en 2005 y que les obliga a renovar su empadronamiento cada dos años. Parece, además, que los requisitos relacionados con el acceso a la tarjeta sanitaria o su renovación varían en función de los trámites dispuestos en cada comunidad.

Sin embargo, el acceso al sistema sanitario español es uno de los más generosos de la Unión Europea, según el "Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular", del Observatorio Europeo de Médicos del Mundo⁸. Después de analizar la atención médica a los inmigrantes irregulares en Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Portugal y Reino Unido, esta organización constató que sólo el 30 por cien de este colectivo "sin papeles" recibe asistencia sanitaria sin problemas. Aunque a nivel teórico y según la legislación, los inmigrantes irregulares pueden recibir atención sanitaria en todos los países mencionados, a excepción de Grecia, cuya normativa no prevé derecho alguno de cobertura para los extranjeros en situación irregular, en la práctica el sistema no funciona igual. En Francia, por ejemplo, sólo el 7 por cien de los inmigrantes accede realmente a los servicios sanitarios. Y es que el derecho teórico no se traduce en una cobertura real en muchas ocasiones debido a la falta de información. Según este informe de Médicos del Mundo, solamente dos tercios de estas personas son conocedoras de este derecho. Aunque

⁸ Observatorio Europeo de Médicos del Mundo. Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular, http://www.medicosdelmundo.org/NAV/G/pagina/Inf_Observatorio_Europeo.pdf.

España ofrece una cobertura amplia, el acceso efectivo es menor de lo esperado. Los individuos que no tienen domicilio, las personas de más de 55 años, las recién llegadas al país o las que ya llevan mucho tiempo instaladas son las que menos se benefician de la cobertura sanitaria⁹. Sus problemas de salud suelen ser los mismos que los del resto de sus compatriotas en una situación regularizada (molestias digestivas, problemas psicológicos, osteoarticulares, etcétera). Se calcula que más de dos terceras partes de estos problemas de salud son crónicos, en tanto que solamente un tercio de ellos está siendo objeto de tratamiento.

La falta de cobertura real afecta también a las pruebas diagnósticas. Aunque en los siete países europeos analizados por Médicos del Mundo la prueba de detección del virus del sida (VIH) está disponible y es gratuita, en torno a un 50 por cien de los encuestados ignora que tiene derecho a someterse gratuitamente a dicha prueba. Mayor es la tasa de personas que desconocen el lugar donde se la pueden realizar, y lo mismo ocurre con los tratamientos: el 63 por cien no saben que pueden acceder a ellos sin coste ninguno. En este aspecto España sale favorecida de la comparación con sus vecinos europeos, ya que los inmigrantes irregulares presentan la menor tasa de desconocimiento de la gratuidad de la prueba del sida y de su tratamiento.

6. REACCIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA

La preocupación de las instituciones europeas por la salud de los inmigrantes y el impacto de la inmigración en la salud de quienes habitan en los Estados miembros quedó claramente de manifiesto en la Conferencia "Salud e Inmigración en la UE: mejor salud para todos en una sociedad inclusiva", celebrada en septiembre de 2007. Durante dos días, representantes de los diferentes países expusieron los problemas de acceso a la sanidad que sufren los inmigrantes en la mayoría de los países del continente. "La UE necesita y continuará necesitando inmigrantes, por motivos demográficos y económicos, para lograr completamente las metas de la Agenda de Lisboa [...] Cuanto más sanos estén, más fácil será el diálogo inter-

⁹ Así lo explica Ramón Esteso, responsable del departamento de Exclusión Social de Médicos del Mundo y coordinador del estudio.

cultural, más fácil la integración y mejor será su contribución al crecimiento económico", destaca el informe elaborado tras las jornadas de diálogo¹⁰. El objetivo final para los países miembros de la Unión Europea es mejorar el acceso de los inmigrantes a los servicios sanitarios con el fin último de mantener y mejorar su salud para reducir la pobreza y promover la integración de los inmigrantes en las sociedades de acogida. Si se logra esto, los beneficios serán múltiples tanto para los que vienen de fuera como para los nacidos aquí y finalmente, para el país de acogida.

En estas jornadas, los líderes europeos reconocieron que "los inmigrantes no constituyen un grupo uniforme de personas, al contrario, son muy diversos en términos de nivel de educación, ingresos, estatus social, acceso a servicios públicos, prácticas culturales y creencias, lenguajes, etc. Por tanto, esa diversidad debería considerarse y tenerse en cuenta cuando se diseñen estrategias".

Ante la importancia de este tema, al finalizar la conferencia se presentaron una serie de recomendaciones como la de establecer nuevas herramientas para valorar el impacto de otras medidas estatales en la salud de los inmigrantes; establecer un consenso en torno a las estrategias de prevención, control y tratamiento de las enfermedades infecciosas o establecer acercamientos específicos para las patologías no comunicables, como los trastornos cardiovasculares o la diabetes, también presentes en estos ciudadanos.

La discusión sobre cuánto aportan los inmigrantes a las arcas del Estado y cuánto gastan sigue abierta. Algunas investigaciones realizadas en Estados Unidos, Canadá, Suiza, Suecia y Alemania indican que los inmigrantes son contribuyentes netos a las arcas del Estado, debido a su juventud y a los bajos gastos que ocasionan en asistencia sanitaria y pensiones (Izquierdo, 2003). Lógicamente esta situación cambiará cuando estos mismos trabajadores lleguen a la edad de jubilación. Por lo que respecta a España, según un informe del Gabinete Económico del Presidente del Gobierno, la llegada de inmigrantes ha contribuido al descenso de la tasa de paro y al aumento de la tasa de actividad (que ha pasado del 62 al 70 por cien, acercándose a la media europea), gracias en buena medida a la incorporación de la mujer al empleo, de la que en parte son también respon-

¹⁰ Conferencia Salud e Inmigración en la Unión Europea (2007) (www.hmelisbon200.com/site.asp?id=2&idiotma=2).

sables los inmigrantes¹¹. Algunos defensores de este argumento inciden en que, además de favorecer el crecimiento económico, los inmigrantes ahorran al Estado gastos de formación, normalmente realizada en los países de origen.

tarse enfermedades en sus fases iniciales; por otra parte, porque favorecerán el acceso a la sanidad a través de los servicios de atención primaria, significativamente menos costosos que los que se derivan del uso de las urgencias hospitalarias.

7. LOS OTROS PACIENTES EXTRANJEROS

Algunos Estados han decidido aumentar la recaudación para subvenir los gastos de sanidad. Así, por ejemplo, el pasado mes de febrero el gobierno británico anunciaba que iba a aplicar un impuesto específico a las personas que solicitan el permiso de residencia en su país para financiar servicios como la sanidad y la educación, departamentos que sufren un carga extra por este aumento de población¹². Quizá convenga recordar que ciudadanos de los países desarrollados también consumen recursos de otros sistemas sanitarios. Un claro ejemplo se encuentra en los turistas extranjeros que cada año hacen uso de los servicios de salud españoles. Tan sólo en la Comunidad Valenciana el gasto ocasionado por los turistas ocasionales o los que vienen a pasar la mitad del año a nuestro territorio, asciende a más de 88 millones de euros al año¹³. Baleares, Andalucía, Madrid o Canarias también asisten a estos pacientes que a menudo pasan más desapercibidos entre las críticas sociales dirigidas hacia el consumo sanitario de los inmigrantes.

Queda claro que la discusión de la inmigración y la salud contiene muchas dimensiones y que de ella no cabe excluir factores culturales y sociales. No menos claro parece hoy día que la mejora de la accesibilidad de los inmigrantes al servicio sanitario requiere mayores esfuerzos de información, que pueden traducirse no sólo en una mejor salud sino también en unos costes inferiores para el país o la comunidad que los lleve a cabo al menos por dos motivos: por una parte, porque podrán detec-

¹¹ Secretaría de Inmigración y Cooperación Internacional de Comisiones Obreras Castilla La Mancha. Tras la primera ola. Informe de Inmigración 2006, <http://www.inmigracionclm.org/recursos/recursos/17335.html>.

¹² "Los inmigrantes tendrán que pagar un impuesto extra en el Reino Unido". *elmundo.es*, 20 de febrero de 2008, <http://www.elmundo.es/elmundo/2008/02/20/internacional/1203506600.html>.

¹³ "El coste de la «otra inmigración»", *elmundo.es*, 20 de febrero de 2008 <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/02/20/medicina/1203536355.html>.

BIBLIOGRAFÍA

IZQUIERDO ESCRIBANO, A. (2003), *Inmigración: Mercado de Trabajo y Protección Social en España*, Madrid, CES.

PORTHÉ, V.; BENACH, J. y M. AMABLE (2007), "La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber?", *Archivos Preventivos de Riesgos Laborales*, 10 (1): 34-39.

SANZ RODRÍGUEZ, L. J. et al. (2007), "Salud mental e inmigración", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 100: 6-11.