



## EDITORIAL

# Atención sanitaria a refugiados o la historia de una asignatura pendiente



## Health care for refugees or the history of a pending issue

Ethel Sequeira<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Medicina de familia, CAPSBE Casanova, Barcelona, España

<sup>b</sup> Coordinación Grupo COCOOPSI de CAMFIC, Cataluña, España

<sup>c</sup> Coordinación Grupo Medicina Tropical AISBE, Barcelona, España

<sup>d</sup> Grupo Transversal de Investigación de Atención Primaria IDIBAPS, Barcelona, España

Disponible en Internet el 7 de junio de 2017

La crisis de refugiados que está sacudiendo Europa en los últimos años no es un fenómeno nuevo, pero tiene características especiales. Una es su intensidad, y otra, el tratamiento que le están dedicando los dirigentes europeos. Esto está generando respuestas divergentes en las sociedades civiles. Millones de personas que escapan del horror de la guerra y de situaciones vitales insufribles necesitan sociedades de acogida que puedan formar el sustrato que les permita desarrollar una nueva vida. Pero la vieja Europa, lejos de ofrecer lo que por derecho debería, solo pone barreras a la solidaridad.

La sociedad europea se debate entre el deber de acogida y el rechazo a poblaciones que vienen de realidades socio-culturales distintas y distantes. A los problemas sociales, políticos y económicos los dirigentes europeos dan soluciones económicas muy lejanas al humanismo y al respeto a los derechos humanos. Se llega a invertir en países que han demostrado sistemáticamente vulnerar los derechos humanos<sup>1</sup> para que cierren sus fronteras y no dejen acceder a los refugiados a territorio europeo. El resultado son miles de personas atrapadas frente a fronteras cerradas y sin recursos adecuados para una digna supervivencia.

No debemos olvidar que un refugiado, según la Convención de Naciones Unidas de Ginebra<sup>2</sup> (1951) y el protocolo de Nueva York (1967), se define como una persona que

ha tenido que abandonar su país de nacimiento por un miedo fundado de ser perseguido por muchas razones y no puede acogerse a la protección de su país. También entran en la definición los que no tienen nacionalidad por diversos motivos y el miedo les impide volver al país en el que vivían. Es decir, hace referencia a una población muy vulnerable sobre la que están definidos derechos por consensos internacionales. Y la vulneración de estos derechos genera una gran respuesta por la sociedad civil en diferentes países.

Según datos de ACNUR<sup>3</sup>, a modo de ejemplo y sin olvidar que hay refugiados procedentes de otros lugares, más del 70% de la población siria ha tenido que dejar su casa por miedo a perder la vida. Casi cinco millones buscaron refugio en países limítrofes como Jordania, Líbano o Turquía. Nueve millones se refugiaron en zonas del país más seguras. Más de medio millón se han jugado la vida en el Mediterráneo.

Las ONG que prestan asistencia en los distintos escenarios denuncian la inacción de los gobiernos europeos que no están aplicando políticas de protección de los derechos humanos sobre estas poblaciones. Así lo hizo constar el pasado 3 de febrero Médicos Sin Fronteras cuando, en la cumbre de jefes de Estado en Malta, se decidió cerrar la ruta a Italia y el bloqueo de refugiados en Libia<sup>4</sup>.

Y en este contexto nos preguntamos desde nuestra profesión cómo se está organizando la atención sanitaria a estas poblaciones. Una atención que tiene que realizarse a varios

Correo electrónico: [SEQUEIRA@clinic.cat](mailto:SEQUEIRA@clinic.cat)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.004>

0212-6567/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

niveles, en diferentes escenarios y con distintos protagonistas: desde el momento en el que son rescatados en barcos a la deriva en el mar, cuando se asientan en campos de refugiados o la que debería ofrecerse en los países de acogida.

La población refugiada ha ido variando sus características demográficas con el paso del tiempo. Al inicio de la actual crisis era mayoritariamente masculina de edad media, pero se han ido incorporando niños, mujeres —muchas de ellas embarazadas— y ancianos con enfermedades crónicas y comorbilidades<sup>5</sup>.

Estudios realizados en países europeos con refugiados procedentes de Siria<sup>6</sup> muestran que las enfermedades infecciosas no son de especial relevancia, pero sí destaca la presencia de patología psiquiátrica —principalmente el estrés postraumático y la depresión mayor<sup>7</sup>— y otras patologías derivadas del proceso de búsqueda de asilo.

No debemos olvidar los riesgos a los que están sometidos al escapar de situaciones de guerra y de violencia, de las agresiones que sufren en las rutas migratorias y de las condiciones a las que se enfrentan en los campos de refugiados. Todo ello comporta:

- Patología traumatológica y quirúrgica
- Patología asociada a condiciones de vida insalubre con pobres condiciones higiénicas
- Falta de inmunización por interrupción de pautas de vacunación y
- Patología mental.

La OMS plantea realizar políticas de salud comunes y destinadas a llevar a cabo una atención sanitaria global y organizada. De momento estos planteamientos quedan en propuestas muy lejos de convertirse en realidades.

A España le corresponden, según el reparto anunciado por la Comisión Europea, 14.900 refugiados. Esta cifra está muy lejos de alcanzarse, a pesar de las partidas presupuestarias ya destinadas<sup>8</sup>, pero sin duda sería fácilmente asumible por el Sistema Nacional de Salud. Varias organizaciones médicas y sociedades científicas han expresado su voluntad de colaborar en la atención sanitaria a este colectivo. Deben realizarse protocolos de atención específicos, así como sensibilizar a los profesionales y a la sociedad civil. Un objetivo a trabajar es evitar actitudes tanto de profesionales como de sociedad de acogida que constituyan barreras para el acceso a la atención sanitaria por rechazo. Estas actitudes se han observado y estudiado en países con amplia tradición de acogida, como Canadá<sup>9</sup>.

Son pocas las iniciativas conocidas respecto a la organización de la asistencia sanitaria. Cabe señalar el proyecto para mejorar la accesibilidad de las personas refugiadas a los sistemas sanitarios de la Unión Europea liderado por la Escuela Andaluza de Salud Pública: SH-CAPAC<sup>10</sup>. Su objetivo es formar e informar para favorecer la coordinación entre los distintos implicados y desarrollar una metodología que permita hacer un diagnóstico de la situación respecto a las necesidades sanitarias y los recursos disponibles.

Margaret Chan, directora de la OMS, señalaba el pasado septiembre en Nueva York, en una cumbre de líderes mundiales, que no se trata de una crisis aislada sino de una realidad persistente con consecuencias a medio y a largo plazo para la seguridad, las economías y la salud. Insistía en el derecho a la atención sanitaria, en la importancia de los programas de detección temprana de los problemas de salud y en la prestación de servicios sin poner en peligro la atención sanitaria de la población anfitriona<sup>11</sup>.

El enfoque sanitario que debería hacerse frente a la población refugiada tendría que garantizar una buena accesibilidad con cobertura universal, organizada de forma integral e integrada y trabajando para que tanto los profesionales como la población de acogida no mostrasen rechazo a esta nueva población<sup>12</sup>. Se trata de una propuesta factible y justa que deberíamos promover y exigir todos y cada uno de los profesionales que vamos a tener que desarrollarla. Espero que en un futuro ya no muy lejano.

## Bibliografía

1. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/Countries/LY/DetainedAndDehumanised\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Countries/LY/DetainedAndDehumanised_en.pdf)
2. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.accem.es/es/en-detalle/refugio/refugiados-glosario-de-conceptos-basicos>
3. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <https://eacnur.org/es/3-de-cada-4-sirios-han-tenido-que-huir-de-su-hogar?gclid=CKWUz7VcQ9ICFQgz0wodKEwBAQ>
4. [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <https://www.msf.es/actualidad/malta/la-gestion-migratoria-la-union-europea-inhumana-y-vulnera-estado-derecho>
5. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/305503/Refugee-Crisis-situation-update-report-n3.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/305503/Refugee-Crisis-situation-update-report-n3.pdf?ua=1)
6. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://fundacionio.org/viajar/otros/refugiados%20atencion%20sanitaria.html>
7. Mockenhaupt F, Barbre K, Jensenius M, Larsen C, Barnett E, Stauffer W, et al. Profile of illness in Syrian refugees: A GeoSentinel analysis, 2013 to 2015. *Euro Surveill.* 2016;21, <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.10.30160>
8. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/la-atencion-sanitaria-a-refugiados-pendiente-de-ser-organizada-NSLG.932359>
9. Rousseau C, Oulhote Y, Ruiz-Casares M, Cleveland J, Greenaway C. Encouraging understanding or increasing prejudices: A cross-sectional survey of institutional influence on health personnel attitudes about refugee claimants' access to health care. *PLoS One.* 2017;12:e0170910, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0170910>
10. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sh-capac.org/>
11. [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/unga-refugees-migrants/es/>
12. Tsitsakis CA, Karasavoglou A, Tsaridis E, Ramantani G, Florou G, Polychronidou P, et al. Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). *Health Policy.* 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.006>