

Cómo citar este artículo: Perna, Roberta y Moreno Fuentes, Francisco Javier. «Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España». *Anuario CIDOB de la Inmigración 2020* (enero de 2021), p. 116-128.
DOI: doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.116

INMIGRACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA EN UN CONTEXTO DE PANDEMIA Vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España

IMMIGRATION AND HEALTHCARE IN THE
CONTEXT OF A PANDEMIC
Vulnerabilities and (few) responses
in Europe and Spain

Roberta Perna

Investigadora posdoctoral, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), Madrid
roberta.perna@csic.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6700-1997>

Francisco Javier Moreno Fuentes

Científico titular, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC), Madrid
javier.moreno@cchs.csic.es
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1393-6225>

1. Introducción
2. Determinantes de la salud e inmigración en un contexto de pandemia
3. Inmigración, salud y COVID-19 en Europa: un breve panorama
4. España: (muchos) desafíos y (pocas) respuestas
5. Iniciativas autonómicas para responder al reto de la pandemia en poblaciones inmigrantes
6. Consideraciones finales

PALABRAS CLAVE

Salud y vulnerabilidad, atención sanitaria, COVID-19, inmigración, Europa, España

KEY WORDS

Health and vulnerability, healthcare, COVID-19, immigration, Europe, Spain

RESUMEN

La importancia de proteger la salud de las personas inmigrantes ha sido ampliamente reconocida como condición necesaria para responder eficazmente a la pandemia del COVID-19, subrayando la necesidad de garantizar que todas ellas, independientemente de su situación administrativa, tengan acceso a la atención sanitaria. En este contexto, este artículo pasa revista brevemente a las principales medidas adoptadas en materia de inmigración y atención sanitaria en distintos países europeos y se centra, específicamente, en el caso español. Al respecto, destaca que poco se ha hecho para reducir las vulnerabilidades de los grupos inmigrantes frente a la COVID-19. Avanzar en esa dirección hubiera requerido desarrollar iniciativas para eliminar las barreras lingüísticas, organizativas y administrativas que impiden el pleno acceso de estas poblaciones a las medidas de prevención, diagnóstico y contención del virus.

ABSTRACT

The importance of protecting the health of immigrants has been widely recognised as a necessary condition for responding effectively to the COVID-19 pandemic. The need to ensure that all migrants have access to healthcare, regardless of their administrative situation, has been underlined. In this context, this paper briefly reviews the main measures adopted in immigration and healthcare in different European countries and focuses specifically on the Spanish case. It highlights how little has been done to reduce the vulnerabilities of immigrant groups to COVID-19. Progress in this area would have required initiatives to eliminate the linguistic, organisational and administrative barriers that prevent these groups from having full access to virus prevention, diagnosis and containment measures.

1. INTRODUCCIÓN

La representación de las personas migrantes como «vectores de enfermedades» constituye uno de los estereotipos más recurrente en torno al fenómeno de la migración. En la década de 1830, el cólera fue rebautizado como la «enfermedad irlandesa». A finales del siglo XIX, los rastreos y las medidas de confinamiento de los emigrantes del sur de Europa a su llegada a Estados Unidos, como en Ellis Island, constituían prácticas comunes. La aparición del VIH/SIDA fue asociada durante muchos años a la inmigración haitiana hacia Estados Unidos, y los niveles de discriminación sufridos por los inmigrantes de origen africano se incrementaron significativamente en todo el mundo durante el brote de ébola que afectó a diversos países de África Occidental en 2014 (Ventura, 2016). Durante la actual pandemia ocasionada por el COVID-19, no faltan ejemplos de narrativas que, sin evidencia que las respalde, han intentado establecer un vínculo entre la inmigración y este virus. Así, en Italia el exministro del Interior Matteo Salvini, atribuyó la difusión del virus en su país a la llegada de inmigrantes a las costas de Sicilia¹. Por su parte, el primer ministro húngaro Viktor Orbán declaró: «Nuestra experiencia es que los extranjeros trajeron la enfermedad y que se está propagando entre los extranjeros»².

España no es una excepción en ese sentido. En marzo de 2020, el secretario general de Vox, Ortega Smith, que había dado positivo por COVID-19, aseguró en un tuit que sus «anticuerpos españoles» estaban luchando contra «los malditos virus chinos». En agosto, Jorge Buxadé, eurodiputado de ese mismo partido, declaró que «el 50% de los contagios de coronavirus en Canarias proceden de inmigrantes que han entrado ilegalmente en España». De manera parecida, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, señaló al «estilo de vida de los inmigrantes» como una de las causas de los rebrotes en los distritos sur de la ciudad de Madrid.

Si bien la referencia al «país de origen» de la persona no es indicativa de la existencia de una asociación entre la inmigración y la difusión de la enfermedad *per se*, lo que esa información revela es la mayor vulnerabilidad de las personas inmigrantes a los efectos directos e indirectos de la COVID-19. En las páginas que siguen se pasa revista a estos factores, así como a las principales medidas adoptadas en materia de inmigración y atención sanitaria por distintos países europeos para abordarlos, concluyendo con una breve revisión de la evolución del caso español.

1. Véase: *La Sicilia*, «Coronavirus: Salvini, 'sbarcati 274 migranti a Pozzallo, non ho parole» (23 de febrero de 2020) (en línea) [Fecha de consulta: 24.08.2020] <https://www.lasicilia.it/take/sicilia/326838/coronavirus-salvini-sbarcati-274-migranti-a-pozzallo-non-ho-parole.html>

2. Véase: *France24*, «Hungary's Orbán blames foreigners, migration for coronavirus spread» (13 de marzo de 2020) (en línea) [Fecha de consulta: 24.08.2020] <https://www.france24.com/en/20200313-hungary-s-pm-orban-blames-foreign-students-migration-for-coronavirus-spread>

2. DETERMINANTES DE LA SALUD E INMIGRACIÓN EN UN CONTEXTO DE PANDEMIA

La posibilidad de adoptar conductas preventivas contra el virus, de recibir atención sanitaria adecuada y de hacer frente a los impactos económicos, sociales y psicológicos de la pandemia puede verse directamente afectada por distintos factores socioeconómicos, culturales e institucionales, esto es, los llamados «determinantes sociales de la salud» (Marmot, 2005). Aunque algunos de estos factores pueden ser compartidos por la población autóctona, los patrones de vulnerabilidad específicos de las personas inmigrantes se sitúan en las intersecciones de clase, etnicidad y estatus legal (Ingleby, 2012). La literatura especializada ha acreditado ampliamente los efectos perniciosos de las situaciones de exclusión económica sobre el estado de salud de las poblaciones, así como en el incremento de los riesgos de mortalidad prematura futura (Lynch y Smith, 2005). En este sentido, las precarias condiciones de vida sufridas en muchos hogares de origen inmigrante se manifiestan en tasas superiores de morbilidad entre dichos colectivos, situación sin duda agravada por las barreras de acceso a los servicios sanitarios a las que con frecuencia se enfrentan (Nazroo, 2003).

LOS PATRONES DE VULNERABILIDAD ESPECÍFICOS DE LAS PERSONAS INMIGRANTES SE SITUAN EN LAS INTERSECCIONES DE LAS DIMENSIONES DE CLASE, ETNICIDAD Y ESTATUS LEGAL

Si bien estos factores contribuyen en buena medida a explicar las diferencias –y las desigualdades– en el estado de salud de diferentes grupos de población, en el contexto de la actual crisis provocada por la COVID-19, estos aspectos han demostrado ser particularmente críticos. Como sintetiza la tabla 1, los inmigrantes trabajan con frecuencia en ocupaciones precarias y con bajos ingresos, muchas de las cuales han continuado desarrollándose durante la pandemia (agricultura, construcción, logística, cuidado, comercio, servicios de limpieza, etc.). Estos colectivos suelen vivir en hogares con mayor grado de hacinamiento, donde resulta extremadamente difícil respetar la distancia social y otras prácticas básicas de prevención como el autoaislamiento en caso de enfermedad. Asimismo, muchos de estos grupos se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales respecto a sus sociedades de acogida, así como a un limitado conocimiento del contexto de recepción, lo que puede resultar en un acceso insuficiente a la atención sanitaria, sobre todo a las actuaciones de naturaleza preventiva. Finalmente, las personas inmigrantes, especialmente aquellas que se encuentran en situación irregular o tienen visados de corta duración, no gozan de los mismos derechos de acceso a la atención sanitaria pública que los autóctonos, mientras que los seguros sanitarios privados no suelen cubrir los problemas de salud derivados de una epidemia.

TABLA 1. Factores de vulnerabilidad de las personas inmigrantes frente a la COVID-19

MAYOR PROBABILIDAD DE:	DEBIDO A:
Contraer el virus y presentar síntomas graves.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento limitado de las conductas y medidas de prevención recomendadas, incluyendo las derivadas de barreras lingüísticas. - Imposibilidad de respetar el distanciamiento social debido a las condiciones residenciales (hacinamiento, coresidencia de diversos hogares en un mismo alojamiento, hogares multigeneracionales, precarias condiciones de habitabilidad) y de trabajo (profesiones manuales y con contacto cercano entre las personas trabajadoras, equipos de protección individual limitados en el lugar de trabajo, dependencia del transporte público). - Dificultades para financiar medidas básicas de protección individuales (mascarillas, geles hidroalcohólicos, etc.). - Problemas preexistentes de salud en general, pulmonares y respiratorios en particular, debidos a las condiciones de la migración hacia el país de tránsito/destino, así como a las circunstancias de vida y de trabajo en el país de destino.
No acceder a la atención sanitaria adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de elegibilidad a la atención sanitaria debido al precario estatus migratorio (según la política de cada país). - Conocimiento limitado de los derechos y del funcionamiento de las estructuras sanitarias. - Existencia de barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación con el personal administrativo y sanitario. - Miedo a ser denunciado a las autoridades (especialmente en caso de medidas de detección/rastreo).
Sufrir los impactos económicos, sociales y psicológicos de la pandemia.	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida del empleo (sobre todo en sectores particularmente precarios y desprotegidos). - Exclusión de las medidas sociales o paquetes específicos para contrarrestar el impacto de la COVID-19 debido al estatus jurídico (Expediente de Regulación Temporal de Empleo-ERTE), programas de rentas mínimas, vivienda pública, subsidios/exenciones de alquiler, etc.). - Interrupción de la prestación de servicios destinados a facilitar la integración social. - Confinamiento en hogares inadecuados. - Aislamiento y dificultades de comunicación con las familias y otras redes sociales, tanto en el país de origen como en el de acogida. - Estigmatización de los <i>extranjeros</i>. - Dificultades en la renovación de permisos y documentación básica para la inserción social y laboral.

Fuente: Elaboración propia a partir de Guadagno (2020).

3. INMIGRACIÓN, SALUD Y COVID-19 EN EUROPA: UN BREVE PANORAMA

Desde el comienzo de la propagación de la COVID-19 en los primeros meses de 2020, la importancia de proteger la salud de las personas migrantes ha sido ampliamente reconocida. Garantizar que todas ellas, independientemente de su situación administrativa en la sociedad en la que residen, tengan acceso a la atención sanitaria ha sido identificada como una condición necesaria para responder de manera eficaz a la pandemia (Orcutt *et al.*, 2020). En ese sentido, un buen número de organismos internacionales tales como la Oficina Regional para Europa de la OMS o el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades

(ECDC, por sus siglas en inglés) han publicado una serie de recomendaciones para que los gobiernos respondan de manera rápida y eficaz a las necesidades específicas de la población inmigrante frente a la enfermedad y sus consecuencias (WHO, 2020; ECDC, 2020), subrayando la necesidad de:

- i. garantizar el acceso de todas las personas inmigrantes a las medidas nacionales de prevención, diagnóstico y contención del virus;
- ii. asegurar que las estrategias y planes nacionales de prevención, diagnóstico y control de contagios presten atención específica a las necesidades de las personas migrantes;
- iii. prever medidas específicas para llegar a los grupos más vulnerables y marginalizados de la población.

LA GARANTÍA DE QUE TODAS LAS PERSONAS, INDEPENDIEMENTE DE SU SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, TENGAN ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA HA SIDO IDENTIFICADA COMO CONDICIÓN NECESARIA PARA RESPONDER DE MANERA EFICAZ A LA PANDEMIA

Desafortunadamente, las fuentes disponibles hasta la fecha limitan el alcance del análisis de las medidas adoptadas en el ámbito de la inmigración y la atención sanitaria en los distintos países europeos. Mientras que existen bases de datos dedicadas a las estrategias desarrolladas para hacer frente a la COVID-19 en general, y en determinados ámbitos de políticas en particular (por ejemplo, en el sector del cuidado de las personas mayores, por el gran impacto del SARS-Cov-19 en este segmento de la población), a día de hoy no disponemos de una recopilación sistemática de las intervenciones específicamente referidas a la gestión del nexo entre población inmigrante y sistemas sanitarios en el conjunto de los países europeos en el contexto generado por la pandemia. Por consiguiente, esta sección ofrece, a modo de ilustración de las iniciativas diseñadas y aplicadas al efecto, un panorama necesariamente sintético y limitado de determinadas medidas adoptadas para algunos países³.

Por una parte, distintos países europeos han adoptado medidas específicas para reducir el impacto de las restricciones a la movilidad ocasionadas por la COVID-19, interviniendo principalmente sobre los criterios que definen el estatus administrativo de los inmigrantes. Entre ellas, podemos

3. Informes sobre Alemania, Francia, Grecia, Italia, Portugal y Reino Unido, disponibles en: Lancet Migration, Situational and policy briefs: COVID-19 and migration. [Fecha de consulta: 29.09.2020]. <https://www.migrationandhealth.org/migration-covid19-briefs>.

incluir las prórrogas en los permisos de residencia para las personas extranjeras en situación regular (adoptadas por ejemplo en Francia, Portugal y, como se verá después, también en España) o, en menor medida, las «regularizaciones» de inmigrantes en situación irregular (Italia) o de grupos pendientes de regularización/verificación de su solicitud de protección internacional (Portugal).

Por otro lado, se ha prestado menor atención a la adopción de medidas en materia sanitaria para reducir las vulnerabilidades de los grupos inmigrantes frente a la COVID-19. Los planes de prevención y contingencia adoptados hacen generalmente referencia a «personas vulnerables», sin identificar medidas especialmente dirigidas a los diferentes grupos de inmigrantes y sus vulnerabilidades específicas. Cuando estas existen, se trata principalmente de indicaciones relativas a las medidas a adoptar en los centros de extranjeros –sean estos de acogida o de internamiento– y, en menor medida, a la difusión de información en distintos idiomas.

Un ejemplo de respuesta proactiva al tema de la particular vulnerabilidad de la población inmigrante ante la COVID-19 lo representa claramente el caso de Portugal. En ese país, las autoridades no se limitaron a desarrollar una estrategia de comunicación para acercar la información preventiva básica a las poblaciones de origen inmigrante. También abordaron el tema de las barreras formales e informales a la materialización del acceso al sistema sanitario público para aquellos colectivos en situación administrativa más precaria, emitiendo instrucciones precisas a las instituciones sanitarias para que evitasen toda forma de limitación del acceso a la atención sanitaria. De igual modo, pusieron en marcha iniciativas de trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil para garantizar su colaboración en la aplicación de las medidas epidemiológicas preventivas, de seguimiento de casos de contagios y de tratamiento entre las poblaciones de origen inmigrante.

4. ESPAÑA: (MUCHOS) DESAFÍOS Y (POCAS) RESPUESTAS

España ha sido uno de los países europeos más severamente afectados por el virus SARS-CoV-2. Más allá de las diferencias metodológicas de los distintos países a la hora de reportar el impacto de la pandemia, España ha mostrado cifras significativamente elevadas, tanto en número de contagios como de fallecimientos. Al igual que en el resto de países, los fallecimientos relacionados con la COVID-19 en España se concentran fundamentalmente en las personas de mayor edad debido principalmente a la especial vulnerabilidad de este colectivo en el que es frecuente encontrar problemas de inmunidad, enfermedades crónicas y degenerativas, comorbilidades y altos niveles de dependencia.

Por la propia composición demográfica de las poblaciones de origen inmigrante residentes en España (entre las que las personas mayores de 65 años constituyen una proporción significativamente menor que entre la población autóctona), no es previsible encontrar una sobrerrepresentación de extranjeros entre los fallecidos. Sin embargo, entre el conjunto de contagiados, y dada la mayor concentración de infecciones entre la población con niveles de renta más bajos, no resulta aventurado plantear la hipótesis de que las poblaciones de origen inmigrante estén siendo afectadas de un modo particularmente intenso por la pandemia. Hasta la fecha, no existen datos desagregados sobre esta cuestión para el conjunto del país; sin embargo, a principios de octubre de 2020, la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid dio a conocer el dato de que entre los contagiados en esta región desde el inicio de la pandemia había un 36,8% de nacidos fuera de España⁴. Las pautas de segregación residencial existentes en Madrid, por las cuales las poblaciones con ingresos más bajos se concentran en los distritos del sur de la ciudad, han llevado a una incidencia de la enfermedad significativamente más elevada en estas zonas, que son lógicamente las mismas en las que se concentra buena parte de la población de origen inmigrante.

Los brotes que, desde el verano de 2020, han afectado a personas trabajadoras agrícolas en diversas regiones españolas han estado con frecuencia vinculados a las condiciones de vida y de trabajo entre los colectivos de temporeros más vulnerables, la gran mayoría de los cuales son de origen inmigrante y se encuentran en situación administrativa precaria. La existencia de nichos de trabajo informal, vinculados a las campañas de recogida de diversos cultivos a lo largo y ancho de la geografía española (por ejemplo, en Murcia, Aragón, Cataluña, Andalucía, Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja), ha actuado como vector de expansión del virus a través de la movilidad de los trabajadores temporeros en busca de jornales. Las condiciones de gran precariedad en las que sobreviven estos grupos en las poblaciones a las que llegan en busca de empleo facilitan los contagios y dificultan el tratamiento de la enfermedad y la prevención de su expansión, al resultar sumamente complejo aplicar las cuarentenas y realizar un seguimiento adecuado de los contactos de una población, por definición, extremadamente móvil.

A pesar de estas situaciones, la vulnerabilidad de los grupos inmigrantes ante la COVID-19 no parece haber representado una prioridad en la agenda del Gobierno español. Por lo que compete al Ministerio de Sanidad, se ha proporcionado información en distintos idiomas sobre la COVID-19 y las medidas a adoptar en caso de síntomas (se ha producido documentación en inglés, francés, árabe, rumano y chino, remitiendo al mismo tiempo a las infografías multilingües de la OMS), reflejando la

4. Comunidad de Madrid. «Informe epidemiológico vigilancia de COVID-19, semana 40». [Fecha de consulta: 07.10.2020]. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_epidemiologico_semanal_covid.pdf.

importante inversión del Gobierno en la comunicación de la pandemia al conjunto de la población. Sin embargo, más allá de la difusión de información, el Ministerio de Sanidad no parece haber dedicado particular atención al reto específico que la COVID-19 plantea a las poblaciones de origen inmigrante. Los diversos planes adoptados a lo largo de la pandemia raramente han incluido indicaciones relacionadas a las vulnerabilidades específicas de esos colectivos, con la excepción del Protocolo adoptado

LA VULNERABILIDAD DE LOS COLECTIVOS DE ORIGEN INMIGRANTE ANTE LA COVID-19 NO PARECE HABER REPRESENTADO UNA PRIORIDAD EN LA AGENDA DE LA MAYORÍA DE GOBIERNOS EUROPEOS, INCLUYENDO EL ESPAÑOL

por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones tras las recomendaciones de Sanidad sobre las actuaciones a llevar a cabo con las personas migrantes que acceden de manera irregular al país para evitar la aparición de casos importados de COVID-19⁵. La misma Secretaría de Estado de Migraciones ha establecido una prórroga de los permisos de estancia y residencia de los extranjeros en situación regular presentes en el país para «evitar perjuicio en los derechos e intereses de los interesados y afectados en los procedimientos en materia de extranjería» (BOE, 2020).

En lo relativo a las personas en situación administrativa irregular, y a pesar de las múltiples peticiones de intervención en ese ámbito por parte de distintos actores (tales como «Yo Sí Sanidad Universal», Médicos del Mundo o la Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR]), a finales de septiembre de 2020, el Congreso rechazó la Proposición No de Ley (PNL) presentada por el recientemente creado movimiento «Regularización Ya», a través de la cual se solicitaba –entre otras medidas– la regularización de las personas en situación administrativa precaria en el país. Al explicar su posición ante esta PNL, el PSOE invocó la imposibilidad de adoptar tal medida debido a los límites definidos por la propia legislación española que prohíbe la implementación de regularizaciones generalizadas, mientras que otros partidos contrarios a una medida de esta naturaleza (PP y VOX, esencialmente) justificaron su posición invocando el supuesto «efecto llamada» que, según ellos, la adopción de tal medida implicaría.

Las reformas introducidas en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2012, en el contexto de la crisis económica iniciada en 2008 y de las políticas de recorte de gasto público que se aplicaron a partir de la misma, alteraron de manera radical el funcionamiento de este sistema.

5. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Protocolo de 5 de junio de 2020.

Apartándose de una lógica de elegibilidad basada en la residencia en el territorio, el Real Decreto (RD) 16/2012 reintrodujo la lógica del aseguramiento social al establecer las categorías de «personas aseguradas» y «beneficiarios» como los grupos plenamente cubiertos por el SNS. Aunque el RD 7/2018 revirtió de manera esencial dicha pauta de definición de la elegibilidad al sistema sanitario público, regresando a una lógica esencialmente universalista, una serie de intersticios en el rango de protección del sistema, ya existentes antes de la aplicación del RD 16/2012⁶, ampliaron sus efectos, manteniendo a determinados colectivos de origen inmigrante en una situación de precariedad sanitaria. Así, además de los inmigrantes en situación irregular con menos de 90 días de empadronamiento en el país, cuyo acceso a las prestaciones y servicios del SNS no está cubierto, preocupa especialmente el caso de las personas mayores que han llegado a España a través de un proceso de reagrupación familiar. A pesar de estar en situación administrativa regular, dicho colectivo depende de seguros médicos privados para garantizar su asistencia sanitaria, lo cual resulta particularmente problemático en situación de pandemia, ya que buena parte de las pólizas de ese tipo de seguros no cubren los tratamientos asociados a dichas enfermedades, provocando que una población de alto riesgo quede especialmente desprotegida frente a la COVID-19.

5. INICIATIVAS AUTONÓMICAS PARA RESPONDER AL RETO DE LA PANDEMIA EN POBLACIONES INMIGRANTES

En respuesta a los retos específicos que se han planteado en su territorio, algunas comunidades autónomas han puesto en marcha iniciativas relacionadas con la atención sanitaria a poblaciones inmigrantes en el contexto de la pandemia. Así, a modo de ejemplo, las autoridades autonómicas de Aragón hicieron explícito su compromiso de garantizar la atención sanitaria a todas las personas migrantes residentes en el territorio de la Comunidad y que, por las razones que fuesen, no tuvieran acceso al sistema sanitario hasta ese momento. De ese modo, todos los ciudadanos, aunque no cumplieran el requisito mínimo de llevar tres meses empadronados en la Comunidad, recibirían la tarjeta sanitaria, pudiendo así acceder a las prestaciones del sistema sanitario aragonés.

De igual modo, ante el importante brote que surgió en el barrio de Delicias en Zaragoza, en el que reside una importante población de origen inmigrante (muchos de los cuales se desplazan para trabajar como temporeros agrícolas entre Aragón, Navarra, La Rioja y Cataluña), el Ejecutivo aragonés puso en marcha un sistema de mediación intercultural y de acompaña-

6. Las disonancias entre derechos reconocidos y prácticas cotidianas de las instituciones sanitarias, derivadas en gran medida de la actuación del personal del sistema sanitario, se han traducido en la existencia de un grado de discrecionalidad que en buen número de ocasiones ha limitado el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, particularmente para aquellas personas en situación administrativa más precaria (Moreno Fuentes, 2015).

miento social encaminado a facilitar el seguimiento de los casos y la eficaz aplicación de las medidas epidemiológicas necesarias para controlar el brote de COVID-19 aparecido en dicha zona. Por su parte, las autoridades autonómicas de Cataluña permitieron a los inmigrantes obtener la tarjeta sanitaria durante la pandemia a través de un «sistema de acreditación extraordinaria». De este modo, las personas en situación administrativa precaria en Cataluña

LA SATURACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS Y LAS DIFICULTADES DE TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS, ADEMÁS DE LAS BARRERAS ESTRUCTURALES A LAS QUE SE ENFRENTA LOS COLECTIVOS DE ORIGEN INMIGRANTE, HAN CONTRIBUIDO A LA MULTIPLICACIÓN DE CASOS DE EXCLUSIÓN SANITARIA

podieron obtener el Código de Identificación Personal (CIP) de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) sin necesidad de los tres meses de empadronamiento con objeto de responder a la emergencia sanitaria planteada por la COVID-19.

Si bien estos ejemplos confirman el papel fundamental de los actores subnacionales a la hora de garantizar el acceso a la atención sanitaria para los migrantes en situación administrativa precaria, constituyeron medidas paliativas para hacer frente a la vulnerabilidad de los migrantes excluidos del SNS en el contexto de la actual pandemia. En los casos de las dos comunidades autónomas mencionadas, se trataba de medidas de carácter excepcional y cuya vigencia se asoció a la del estado de alarma declarado por el Gobierno central, prorrogado por última vez el 5 de junio. Sin embargo, España continúa siendo uno de los países europeos más severamente afectados por el virus SARS-CoV-2 y, desde el principio de la pandemia, las personas inmigrantes en situación administrativa precaria se han enfrentado a un incremento de las barreras a la hora de materializar su acceso a los servicios de salud. La saturación de los centros sanitarios y las dificultades relacionadas con la tramitación de documentos administrativos en un contexto de pandemia, además de las dificultades estructurales a las que este grupo se enfrenta, han contribuido a la multiplicación de casos de exclusión sanitaria.

Según Médicos del Mundo Madrid, entre marzo y octubre de 2020, los casos de rechazo o ingreso en urgencia a personas inmigrantes en situación precaria se han duplicado respecto al mismo periodo del año anterior⁷.

7. Véase: elDiario.es, «La exclusión sanitaria de migrantes aumenta en Madrid durante la pandemia: Médicos del Mundo detecta 167 casos desde marzo» (5 de octubre de 2020). [Fecha de consulta: 06.10.2020] https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html

5. CONSIDERACIONES FINALES

Tras pasar revista a las medidas adoptadas en materia de inmigración y atención sanitaria en el contexto de la actual crisis ocasionada por la COVID-19 en distintos países europeos, y específicamente en España, resulta evidente la escasa consideración prestada a este tema por parte de las autoridades sanitarias. Poco se ha hecho para reducir las vulnerabilidades de los grupos inmigrantes frente a la COVID-19 y eliminar las barreras institucionales, organizativas y administrativas que dificultan el acceso a las medidas de prevención, diagnóstico y contención del virus en un contexto de crisis sanitaria.

En buen número de países, las personas migrantes han sido reconocidas como esenciales para responder a la pandemia al garantizar la producción y provisión de bienes y servicios básicos en los sectores de agricultura, transporte público, logística y limpieza, así como en los sectores social y sanitario. En lugar de reaccionar con un reforzamiento de las dinámicas de cierre de fronteras, se debería reconocer la centralidad de estos colectivos: si no desde una perspectiva de derechos humanos, sí al menos desde una perspectiva utilitarista y de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOE-Boletín Oficial del Estado. «Orden SND/421/2020, de 18 de mayo». *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*, n.º 142 (20 de mayo de 2020) (en línea) <https://www.boe.es/eli/es/o/2020/05/18/snd421>

ECDC-European Centre for Disease Prevention and Control. *Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom*. Stockholm: ECDC, 2020 (en línea) [Fecha de consulta: 18.08.2020] <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-prevention-control-migrant-refugee-centres>

Guadagno, Lorenzo. *Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis*. Geneva: International Organization for Migration, 2020 (en línea) [Fecha de consulta: 18.08.2020] <https://publications.iom.int/books/mrs-no-60-migrants-and-covid-19-pandemic-initial-analysis>

Ingleby, David. «Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda». *Psychosocial Intervention*, vol. 21, n.º 3 (2012), p. 331-341.

Lynch, John y Davey Smith, George. «A life course approach to chronic disease epidemiology». *American Review of Public Health*, vol. 26, (2005), p. 1-35.

Marmot, Michael. «Social determinants of health inequalities». *The Lancet*, vol. 365, n.º 1.104 (2005), p. 1.099-1.104.

Moreno Fuentes, Francisco Javier. «El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España». *Anuario de la inmigración en España 2014*. Barcelona: CIDOB, 2015, p. 277-300.

Nazroo, James Y. «The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism». *American Review of Public Health*, vol. 93, n.º 2 (2003), p. 277-284.

Orcutt, Miriam; Patel, Parth; Burns, Rachel; Hiam, Lucinda; Aldrige, Rob; Devakumar, Delan; Kumar, Bernadette; Spiegel, Paul y Abubakar, Ibrahim. «Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response». *The Lancet*, vol. 395, n.º 10.235 (2020), p. 1.482-1.483.

Ventura, Deisy. «El impacto de las crisis sanitarias internacionales en los derechos de los migrantes». *Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 13, n.º 23 (2016), p. 61-75.

WHO-World Health Organization. *Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 25 de marzo de 2020 (en línea) [Fecha de consulta: 22.08.2020] <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2020/interim-guidance-for-refugee-and-migrant-health-in-relation-to-covid-19-in-the-who-european-region,-25-march-2020-produced-by-the-who-european-region>