

MESA REDONDA: LA REALIDAD DE LOS REFUGIADOS EN EUROPA

El dret d'asil a Espanya i la protecció de les persones refugiades

Coissard P

Comissió Catalana d'Ajuda al Refugiat.

Correspondencia:

Pascale Coissard

E-mail: Pascale.coissard@cear.es

El Dret d'asil és un dret humà, reconegut a l'article 14 de la Declaració Universal de Drets Humans de 1948, afirmant que "en cas de persecució, tota persona té dret a cercar asil en altres països i a beneficiar-se'n". La definició de l'estatut de refugiat, és a dir de les condicions que ha de complir algú per a ser reconegut com a refugiat ve regulada per primer cop per la Convenció de Ginebra de 1951.

Qui és un refugiat? Segons la convenció de Ginebra, un refugiat és "una persona que, a causa d'una por fundada de ser perseguit per raons de raça, religió, nacionalitat, pertinença a un grup social o d'opinió política en particular, es troba fora del

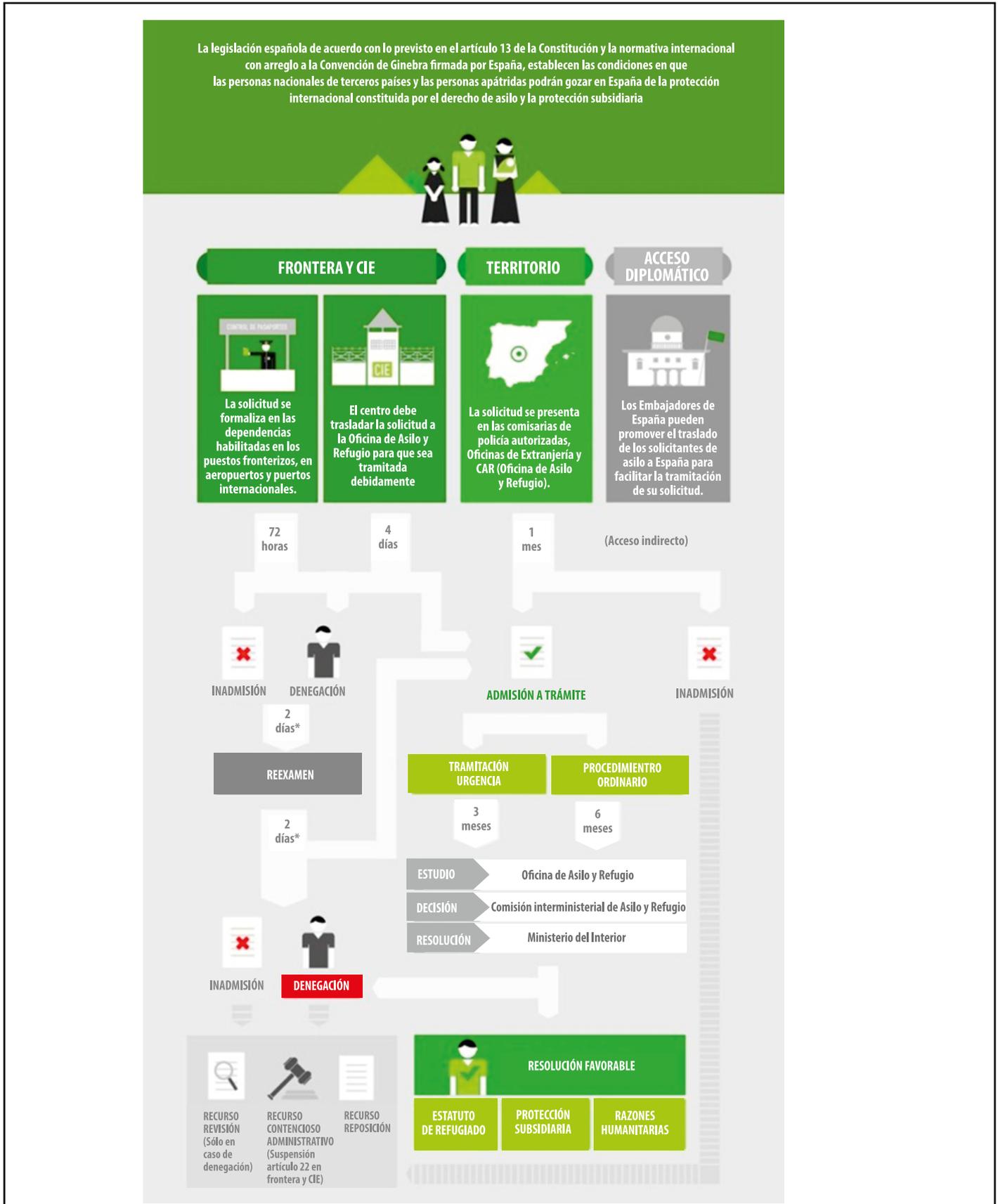
seu país de naixement i és incapaç, o, a causa de tal por, no està disposat a servir-se de la protecció d'aquell país; o de qui, per no tenir nacionalitat i estar fora del país de la seva antiga residència habitual com a resultat de tals esdeveniments, és incapaç, a causa de tal por, d'estar disposat a tornar-hi". Les persones que no fugen d'una persecució individualitzada (p. ex. conflictes armats,...) entren en el marc de la protecció subsidiària en el marc europeu i espanyol (Taula 1).

El procediment de sol·licitud d'asil a Espanya es desenvolupa com a mostra a la Taula 2.

Taula 1. Estatut de refugiat i protecció subsidiària.

Estatut de refugiat		Protecció subsidiària	
<p>Refugiat</p> <p>Nacional extracomunitari o apàtrida</p>	<p>Temor fonamentat a persecució al país d'origen o de residència habitual per</p> <p>Degut a aquest temor no pot o no vol acollir-se a la protecció o retornar al país de la seva nacionalitat o residència habitual</p> <p>No incorre en les causes d'exclusió/denegació</p>	<p>Protecció subsidiària</p> <p>Nacional extracomunitari o apàtrida</p>	<p>Temor fonamentat a patir danys greus al país d'origen o de residència habitual</p> <p>Degut a aquest temor no pot o no vol acollir-se a la protecció del país de la seva nacionalitat o residència habitual.</p> <p>No incorre en les causes d'exclusió / denegació</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ètnia - Religió - Nacionalitat - Opinions polítiques - Pertinença a un determinat grup social (gènere i orientació sexual) 		<ul style="list-style-type: none"> - Condemna a pena de mort o risc de la seva execució material. - Tortura o tractes inhumans o degradants. - Amenaces contra la vida o la integritat de civils motivades per violència indiscriminada en conflicte internacional o intern (Siria o Ucraïna) 	
(R)		(R)	

Taula 2. Procediment d'asil a Espanya.



L'acollida de les persones refugiades a Espanya

El sistema d'acollida a Espanya és un sistema mixt i amb vocació integral. La competència de l'acollida és del Ministeri de Treball i Seguretat Social-MEYSS (excepte l'acollida de menors que ho gestionen les Comunitats Autònomes). És un sistema **mixt** perquè distingeix: Una xarxa de centres de caràcter públic, i dispositius d'acollida i programes d'atenció gestionats per ONG en conveni amb el MEYSS (en el cas espanyol per CEAR – Comissió Catalana d'Ajuda al Refugiat a Catalunya, Accem i Creu Roja) on s'ofereix una acollida residencial en centre combinada amb la percepció d'ajudes econòmiques per a cobrir les necessitats bàsiques dels sol·licitants i promoure la seva autonomia i integració social futures. Un cop se surt del centre, es passa a un sistema d'inserció sociolaboral, que permetin al sol·licitant completar el seu procés d'integració de manera autònoma amb ajudes econòmiques puntuals en funció de la vulnerabilitat de la persona (Taula 3).

L'acollida integral comprèn tant acompanyament jurídic com tot l'acompanyament social durant l'itinerari d'inserció sociolaboral:

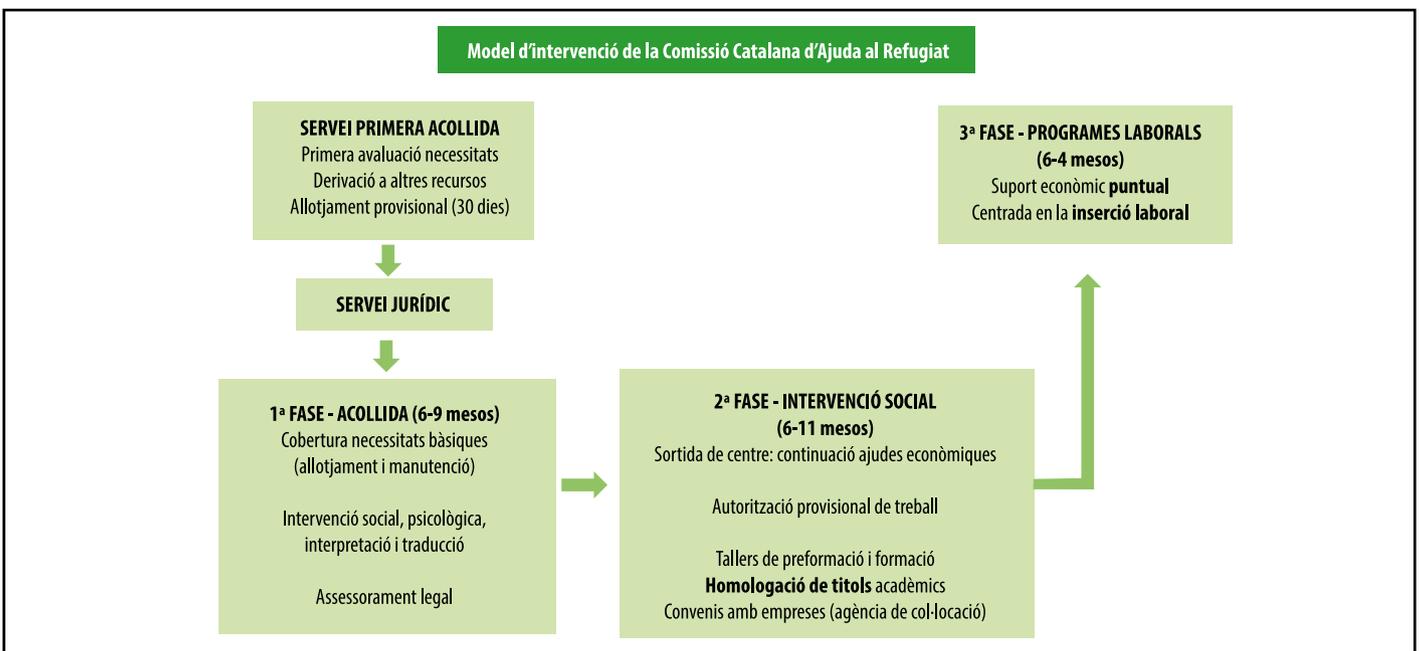
- Un programa d'acollida temporal subvencionat pel MEYSS per a persones sol·licitants d'asil i refugiades durant els 6 primers mesos posteriors a la seva arribada
- Programes socials d'atenció a aquestes persones, ajudes econòmiques puntuals, etc.

- Programes formatius i ocupacionals que possibilitin la seva formació i inserció al mercat laboral: a partir dels sis mesos de sol·licitud, les persones sol·licitants d'asil tenen el permís de treball i aquest aspecte és fonamental per a la seva integració. Per això les entitats especialitzades disposem de recursos formatius i ocupacionals per a aquestes persones: cursos d'idiomes, assistència en la homologació de títols, serveis d'intermediació laboral, amb agències de col·locació i itineraris d'acompanyament a la inserció laboral individualitzats per a persones sol·licitants i refugiades.
- Serveis d'assistència mèdica-psico-social, que permetin a aquestes persones superar els traumes viscuts, condició imprescindible per a que puguin assolir la plena autonomia. Moltes d'aquestes persones han patit greus vulneracions de drets humans, ja sigui al país d'origen o durant el trajecte migratori, i per tant presenten situacions de trauma o vulnerabilitat i per això la seva assistència a nivell mèdic i psicosocial és fonamental. Aquest servei el presta l'Associació Exil.

Conclusions

L'assistència a les persones sol·licitants d'asil i refugiades ha de ser integral, especialitzada i **basada en el treball en xarxa**, prestant especial atenció als col·lectius específics, que molts cops tendeixen a ser invisibilitzats, i amb l'objectiu final d'aconseguir la plena autonomia i inclusió social de les persones usuàries dels serveis.

Taula 3. Model d'intervenció de la CCAR.



Propuesta de intervención para la salud en centros y pisos de acogida

Serre N

Unitat de Salut Internacional V. Hebron / Drassanes, PROSICS Barcelona.

Correspondencia:

Nuria Serre

E-mail: nserre.bcn.ics@gencat.cat

La situación económica o los conflictos bélicos en algunos países conllevan un aumento global de movimientos migratorios. La encuesta nacional española estimó que en el año 2013 un total de 5.118.112 personas residentes en España (11% de la población) eran nacidas en el extranjero¹. Algunas fuentes indican una reducción en el número de inmigrantes en España en los últimos años, sin embargo la prensa española ha publicado en el año 2014 que el número de inmigrantes ilegales que cruzan las fronteras españolas se ha doblado y muchos lo hacen tras rutas migratorias peligrosas²⁻⁴.

Históricamente, se han usado temas sanitarios para tomar acciones en contra de los inmigrantes. En el año 1391 se produjo una matanza en diversas juderías de España por considerar a los judíos culpables de la epidemia de peste que había causado la muerte a un 30-50% de la población europea⁵. En Sidney, un acta del parlamento en 1881 justificaba la exclusión de los inmigrantes chinos por el riesgo de transmisión de la viruela a la población local⁶. En cambio otra teoría afirma que la epidemia de viruela fue usada para eliminar a la población aborigen⁷. Más recientemente, en Australia, un estudio en el año 2006 mostró que la comunidad percibe la llegada de inmigrantes como un riesgo para su salud⁸. También Donald Trump, candidato al gobierno de los Estados Unidos, ha advertido de que existen "gravísimas enfermedades infecciosas" atravesando las fronteras junto a los inmigrantes ilegales⁹.

Sin embargo, el uso de los servicios de salud por parte de los inmigrantes, parece ser inferior al de la población autóctona, lo que se justifica por: ser más jóvenes; tener hábitos de vida más sanos; la pesada carga horaria de trabajo; el miedo de algunos a

ser descubiertos por las autoridades; y la tendencia a no buscar atención médica salvo en caso de urgencia¹⁰. Parece lógico pensar que el conocimiento sobre el estado de salud de algunos de estos inmigrantes es menor al de la población autóctona, debido al desconocimiento de la lengua y el funcionamiento del sistema de salud del país de acogida; la exclusión social, por la falta de documentación; las dificultades en completar los trámites burocráticos; la precariedad económica; y la ausencia de redes sociales de algunos colectivos.

Si bien la situación de salud de los inmigrantes no supone un riesgo que justifique el denegarles la entrada en el país de acogida, no debemos ignorar que algunas enfermedades infecciosas pueden ser más frecuentes como consecuencia de la prevalencia en sus países de origen, la exposición durante el proceso migratorio o las condiciones durante el asentamiento en el país de acogida^{11,12}. Se han descrito prevalencias del 19-71% de infección tuberculosa latente (ITBL) y 0-14% de antígeno positivo de superficie para hepatitis B (AgHBs) en población extranjera^{13,14}. Siendo más generalmente más grave en los casos que requieren ayuda social¹⁵. Un diagnóstico y tratamiento precoz es importante, pues algunas de estas infecciones pueden producir problemas graves de salud¹⁶⁻¹⁹. Además, aunque el riesgo es muy bajo, algunas infecciones también pueden suponer un problema de salud pública para el país de acogida^{20,21}.

Algunas instituciones han puesto en marcha programas de acogida para aquellos inmigrantes más vulnerables como sería el caso de los refugiados. La Unitat de Malalties Tropicals i Salut Internacional Vall d'Hebron-Drassanes (UMTSI), realiza desde hace años actividades asistenciales y de promoción de la salud

en este colectivo, pero a finales del año 2012, a petición de algunas de las entidades de acogida, se creó el proyecto "Una propuesta de intervención para la salud en centros y pisos de acogida para inmigrantes y refugiados". El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de las actividades asistenciales; establecer circuitos ágiles de comunicación entre las entidades y los centros de salud; y realizar actividades de promoción para la salud en función de las necesidades expresadas por técnicos de acogida y los propios inmigrantes. Este proyecto no recibe ninguna financiación externa.

Actividades estratégicas para el diseño del proyecto

Durante el 2012 y 2013, se realizan reuniones con las entidades de acogida para unificar circuitos, prioridades y motivos de derivación, considerando las particularidades de cada organismo. Se definen tres referentes de la UMTSI: uno del equipo de admisiones/administrativo, uno de salud comunitaria y uno del personal sanitario. En el año 2014, se realizaron 3 reuniones, utilizando el método METAPLAN®, con los técnicos de acogida y los inmigrantes con el objetivo de recoger las necesidades y preocupaciones en el área de la salud. Fruto de estas reuniones se considera prioritario promover el trabajo en red entre las diferentes entidades y centros de salud y disponer de tarjeta sanitaria. En el año 2015, se une al proyecto la Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). En el año 2016, se crea un grupo de trabajo (Colegio de Médicos de Barcelona, Colegio de Enfermería de Barcelona, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona, COCOOPSI y el Programa de Salud Internacional del Institut Català de la Salut), para redactar las recomendaciones de salud para los solicitantes de asilo desde la Atención Primaria.

Actividades asistenciales

Actualmente hay 13 entidades en este proyecto y se han realizado 353 revisiones de salud. De ellos 260 (74%) eran solicitantes de asilo. Las infecciones más frecuentes fueron: infección tuberculosa latente en 57/353 (16%) y parásitos intestinales en 34/320 (11%).

Formación y promoción de la salud

En el año 2013, se realizaron sesiones sobre salud internacional en tres centros de atención y en la DGAIA. En el año 2014, se participó en un "Taller socioeducativo para familias sirias". En el mismo año, se organizó un taller para técnicos de los centros

sobre "Atención Sanitaria de inmigrantes y solicitantes de asilo". En el año 2016, se organiza un taller para técnicos y personal sanitario sobre "Abordaje psicosocial de los inmigrantes en situación de vulnerabilidad".

Conclusión

A pesar de que la situación de salud de este colectivo no supone una alarma sanitaria para el país de acogida, no debemos ignorar que pueden existir algunas infecciones por las características geoepidemiológicas de origen o por el proceso migratorio y de asentamiento. El tratamiento correcto y precoz de algunas de estas infecciones supone un beneficio para la salud individual y colectiva de la comunidad. Agilizar y facilitar la tramitación de la tarjeta sanitaria supone un beneficio para todos. Es necesario, construir un trabajo en red entre las diferentes entidades y los centros de salud.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013. Estadísticas de Migraciones. [consultada el 13 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np822.pdf>.
2. Agencia EFE. "EN 2014 casi se duplicaron los inmigrantes que entraron en España por el Sur de forma irregular." *La Vanguardia*. [Andalucía] [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/local/sevilla/20150206/54426930592/duplicar-inmigrantes-espana.html>.
3. National Geographic. The World's Congested Human Migration Routes in 5 Maps. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://news.nationalgeographic.com/2015/09/150919-data-points-refugees-migrants-maps-human-migrations-syria-world/>
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família. El estado de los servicios sociales en Catalunya. Plan estratégico de servicios sociales de Cataluña 2010-2013.
5. Red de Juderías de España. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: http://www.redjuderias.org/google/google_maps_print/cronologia-barcelona-es.html
6. Demonising the Chinese: the Pathology of Cultural Difference. consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <https://digitalcollections.anu.edu.au/bitstream/1885/49261/39/09chapter7.pdf>
7. Was Sydney's smallpox outbreak of 1789 an act of biological warfare against Aboriginal tribes? ABC. <http://www.abc.net.au/radionational/programs/ockhamsrazor/was-sydney-s-smallpox-outbreak-an-act-of-biological-warfare/5395050>
8. Leask J, Sheikh-Mohammed M, MacIntyre CR, Leask A, Wood NJ. Community perceptions about infectious disease risk posed by new arrivals: a qualitative study. *MJA*. 2006;185:591-3.
9. Are illegal immigrants bringing "tremendous" disease across the border, as Trump says? Unlikely. *Politifact*. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.politifact.com/truth-o-meter/article/2015/jul/23/are-illegal-immigrants-bringing-tremendous-diseas/>
10. López Lázaro L. Immigration, Health status, and use of primary care services. *Atencion Primaria*. 2008;40(5):225-33.

11. Stauffer WM, Weinberg M. Emerging clinical issues in refugees. *Curr Opin Infect Dis.* 2009;22(5):436-42.
12. Harris AR, Rusell RJ, Charters AD. A review of schistosomiasis in immigrants in Western Australia demonstrating the unusual longevity of *Schistosoma mansoni*. *Trans R soc Trop Med Hyg.* 1984;78:385-8.
13. Monge-Maillo B, López-Vélez R, Norman FF, Ferrere-González F, Martínez-Pérez Á, Pérez-Molina JA. Screening of Imported Infectious Diseases Among Asymptomatic Sub-Saharan African and Latin American Immigrants: A Public Health Challenge. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;92(4):848-56.
14. Bocanegra C, Salvador F, Sulleiro E, Sánchez-Montalvá A, Pahissa A, Molina I. Screening for imported diseases in an immigrant population: experience from a teaching hospital in Barcelona, Spain. *Am J Trop Med Hyg.* 2014;91(6):1277-81.
15. ECDC, 2015. TB in vulnerable populations. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/programme_tuberculosis/Pages/tuberculosis_vulnerable_populations.aspx.
16. CDC, 2014. Diagnosis of Latent TB Infection. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/publications/LTBI/diagnosis.htm#3>.
17. WHO, 2015. Hepatitis B. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
18. WHO, 2015. Schistosomiasis. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: <http://www.who.int/topics/schistosomiasis/en/>.
19. WHO, 2015. Strongyloidiasis. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/strongyloidiasis/en/.
20. ECDC, 2015. Local transmission of *Schistosoma haematobium* in Corsica, France. [consultada el 13 de marzo 2016] Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/risk-assessment-Schistosoma%20haematobium-Corsica-update_TOR1N6.pdf.
21. Martínez-Lirola M, Alonso-Rodríguez N, Sánchez ML, Herranz M, Andrés S, Peñafiel T, et al. Advanced survey of tuberculosis transmission in a complex socioepidemiologic scenario with a high proportion of cases in immigrants. *Clin Infect Dis.* 2008;47(1):8-14.