

MEDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LAKARE I VARLDEN MEDICI DEL MONDO  
DO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة اطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO  
MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS  
OF THE WORLD منظمة اطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE  
WERELD MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DO



# MELILLA: DIAGNÓSTICO DE UNA SANIDAD ENFERMA

PROPUESTAS PARA UN SISTEMA SANITARIO  
PÚBLICO, UNIVERSAL Y DE CALIDAD

# CRÉDITOS

## EDITA

### **Médicos del Mundo**

Teléfono: (+34) 91 543 60 33

Email: [información@medicosdelmundo.org](mailto:información@medicosdelmundo.org)

Web: [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)

## DISEÑO Y MAQUETACIÓN

### **Hecho Visual**

Verónica Molines Flores

Email: [veronica@hechovisual.es](mailto:veronica@hechovisual.es)

Web: [www.hechovisual.es](http://www.hechovisual.es)

## FOTOGRAFÍAS

Las imágenes de este informe son propiedad de Médicos del Mundo a excepción de las siguientes:

Heather Mount, pág. 23

Hush Naidoo, pág. 24

Jesús Blasco de Avellaneda, pág. 8 y pág. 20: *fotografías central y derecha*

José Palazón, pág. 20: *fotografía izquierda*

Martin Brosy, pág. 22

## FECHA DE PUBLICACIÓN

Abril 2019

El presente informe está basado en el trabajo de consultoría realizado para Médicos del Mundo por Carlos Artundo Purroy en septiembre de 2018.

# ÍNDICE

<b>I</b>	INTRODUCCIÓN .....	05
<b>II</b>	METODOLOGÍA .....	06
<b>III</b>	UNA DEMOGRAFÍA <b>PARTICULAR</b> .....	07
<b>IV</b>	FINANCIACIÓN Y <b>PLANIFICACIÓN SANITARIAS</b> .....	11
<b>V</b>	IMPACTO DE LA MIGRACIÓN <b>EN LOS SERVICIOS SANITARIOS</b> .....	19
<b>VI</b>	CONCLUSIONES Y <b>RECOMENDACIONES</b> .....	25





# INTRODUCCIÓN

**La Ciudad Autónoma de Melilla es un enclave particular dentro de la geografía española.** Situada en el corazón del Riff, constituye – junto con Ceuta – la única frontera terrestre de la Unión Europea con el continente africano, lo que la convierte en puerta de entrada de un importante flujo migratorio. La historia de una ciudad cuya frontera física (la valla) no existía hasta los años 90, las dinámicas propias de una zona con un alto flujo comercial, formal e informal, así como la exención de visado para las personas residentes en la vecina provincia de Nador, contribuyen a crear una frontera altamente permeable. Estas circunstancias configuran **una realidad diferenciada de la del resto de España que implica importantes retos para la organización y gestión de los servicios públicos melillenses, y muy particularmente de su sistema sanitario.**

Desde 2016, Médicos del Mundo cuenta con un proyecto permanente en la Ciudad Autónoma de Melilla. En coherencia con la estrategia desarrollada en el resto del territorio español, el objetivo principal de **nuestro trabajo en la CAM es garantizar el derecho a la salud y el acceso a la atención sanitaria de todas las personas, con especial atención de aquellas que se hallan en una situación de mayor vulnerabilidad.** A tal efecto hemos mantenido constantes interlocuciones con profesionales del ámbito sanitario y autoridades políticas, muchas de las cuales nos han trasladado su percepción de que la sanidad de Melilla carece de los recursos necesarios para afrontar el desafío asistencial derivado de su realidad geográfica y demográfica.

El presente trabajo se basa en un estudio de campo realizado en septiembre de 2018 y pretende **contribuir a dimensionar el verdadero alcance de la presión migratoria sobre el sistema sanitario de Melilla, así como las debilidades y potenciales áreas de mejora del mismo para responder a una realidad que entendemos compleja.** En este sentido planteamos este informe como un ejercicio constructivo para avanzar hacia una sanidad más sostenible, eficiente y equitativa para todas las personas que viven en la Ciudad Autónoma.

## II METODOLOGÍA

Respecto a la parte cuantitativa, se ha utilizado fundamentalmente la información oficial disponible sobre población, recursos sanitarios y utilización de los servicios sanitarios. Tales como las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), dependiente del Ministerio de Sanidad y que gestiona los servicios sanitarios de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

También se ha incorporado información del Observatorio permanente de la inmigración, del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social; así como del Registro Central de Extranjeros, Dirección General de la Policía (DGP), Ministerio del Interior.

Asimismo se han utilizado otras fuentes de información locales como las provenientes de los servicios territoriales del INGESA en la Ciudad Autónoma de Melilla (CAM) y el hospital de Melilla.

En relación con la parte cualitativa, se han realizado 24 entrevistas semiestructuradas en profundidad con las personas informantes clave identificadas. Las entrevistas se han realizado en la semana del 10 al 15 de septiembre de 2018.



ESPAÑA

# UNA DEMOGRAFÍA **PARTICULAR**

MARRUECOS



## III UNA DEMOGRAFÍA PARTICULAR

Melilla tiene una realidad demográfica claramente diferenciada a la España peninsular. Tal y como muestran los gráficos siguientes, la Ciudad Autónoma **cuenta con una población significativamente más joven** que la media española, así como con una tasa bruta de natalidad que prácticamente duplica la nacional. También tiene un **porcentaje comparativamente más alto de población extranjera** y una tendencia de incremento durante la última década notablemente mayor que en el resto de España.

A pesar de la juventud de su población, resulta preocupante constatar que Melilla tiene algunos de los indicadores socio-sanitarios más bajos del Estado. Este es el caso de la **mortalidad infantil y perinatal que doblan en la ciudad autónoma la media española**. Asimismo ocurre con un indicador del bienestar tan relevante como la **esperanza de vida** en la que **Melilla ocupa el último lugar**. Todo ello sin duda condicionado por una situación socio-económica precaria, marcada por el menor Producto Interior Bruto de España (1.523M€), la mayor tasa de desempleo juvenil (26%) y un 26,2% de su población en riesgo de pobreza.

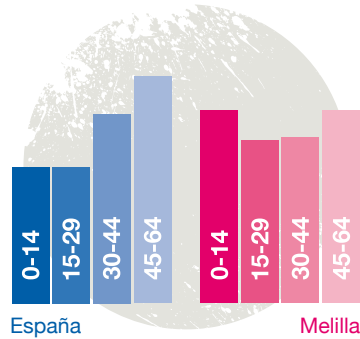
“

Melilla tiene algunos de los indicadores socio-sanitarios más bajos del Estado

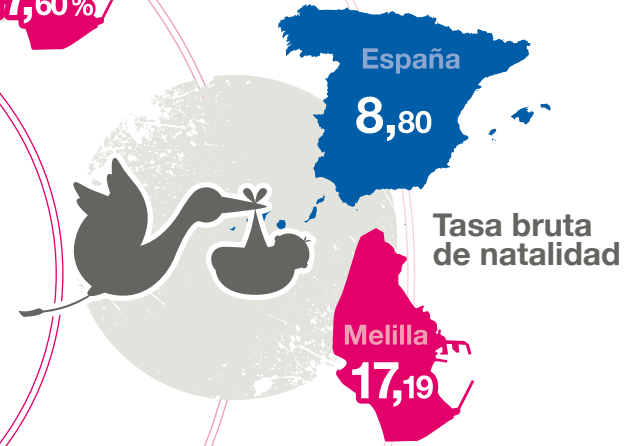
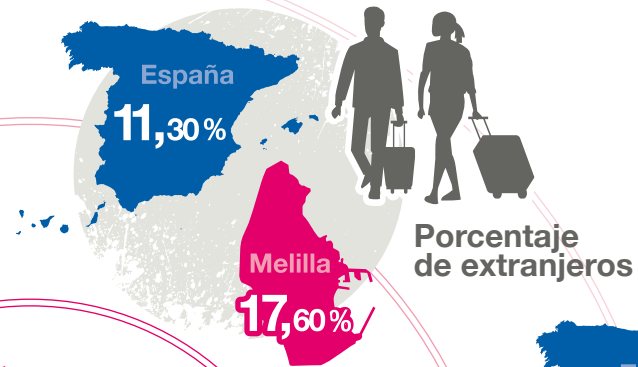
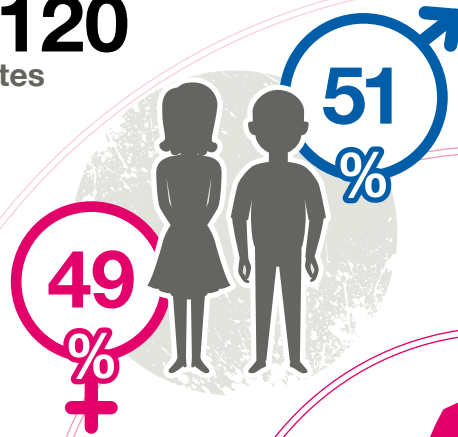




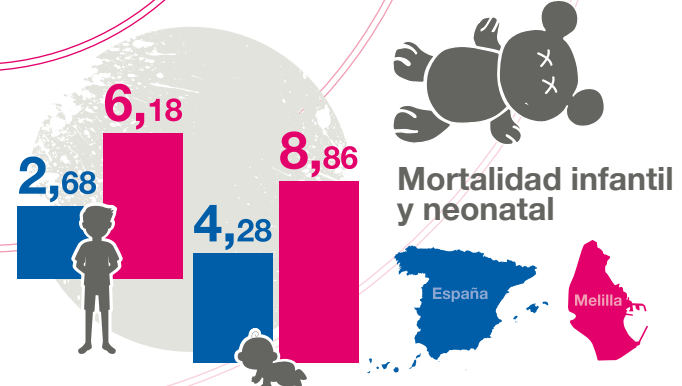
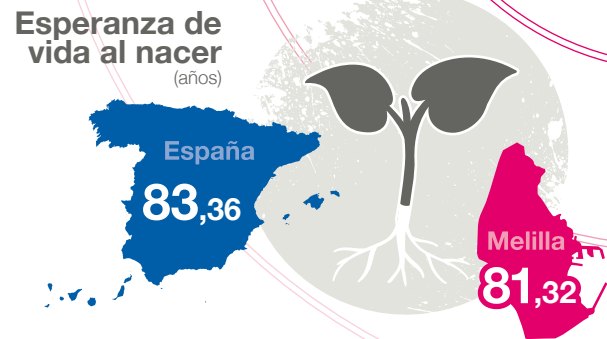
Población censada  
**86.120**  
habitantes  
01/01/2018



Población por grupos de edad

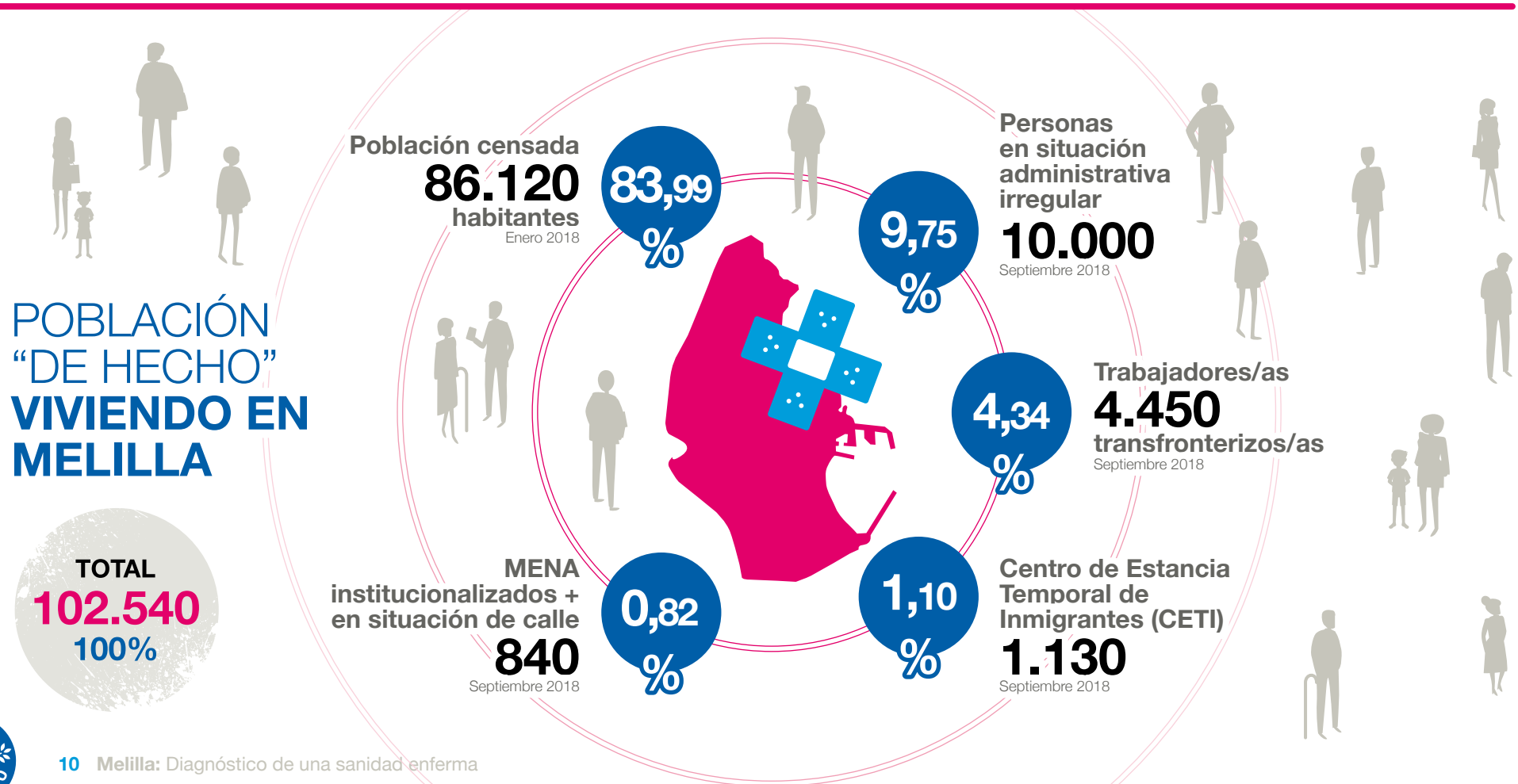


# REALIDAD DEMOGRÁFICA INDICADORES SOCIO-SANITARIOS



Por otra parte, existe **una importante diferencia entre la población censada y la población que “de hecho” vive en Melilla**. Así, la práctica habitual del censo melillense – contradiciendo lo establecido en la Ley de Bases del Régimen Local – de denegar el acceso al padrón municipal a las personas sin permiso de residencia, provoca que las personas migrantes en situación irregular que viven de forma efectiva en Melilla permanezcan invisibilizadas sin ser tenidas en cuenta a efectos poblacionales. Algo similar ocurre con las personas en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) donde

esperan la resolución de sus expedientes, así como los menores extranjeros no acompañados (MENA) que viven en alguno de los centros de la ciudad o que se encuentran en situación de calle. Si a todos estos grupos sumamos los varios miles de trabajadores y trabajadoras transfronterizas que cruzan a diario la frontera, obtenemos **una población real de entorno a un 20% superior a la oficial**. Como veremos a continuación, esta circunstancia tiene importantes consecuencias.



ESPAÑA

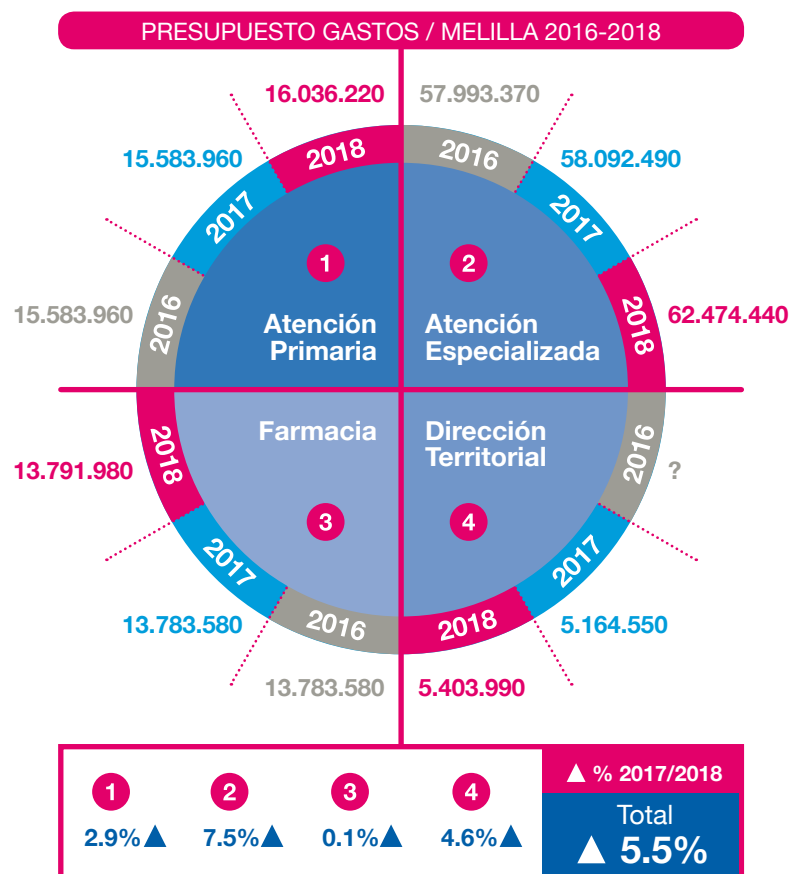
# FINANCIACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIAS

MARRUECOS



# IV FINANCIACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIAS

## Infrafinanciación y falta de recursos humanos y físicos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INGESA, Contratos de gestión 2016, 2017 y 2018

A nivel presupuestario, la **sanidad melillense se encuentra claramente infrafinanciada**. A pesar de que la partida sanitaria ha experimentado un cierto aumento durante los últimos años, el gasto per cápita se sitúa aún muy por debajo de la media nacional, colocando a Melilla a la cola de todas las comunidades autónomas. **Esta comparativa resulta aún mucho más sangrante si se toma en consideración la población real que “de hecho” vive en Melilla.**

Esta falta de recursos financieros tiene su correlación directa en una **importante merma de los recursos humanos y físicos disponibles**, que nuevamente se acrecienta cuando se contabiliza el total de población efectiva y no sólo la censada. Así, Melilla cuenta con menos profesionales en relación a su población, tanto en medicina como en enfermería, y en atención primaria como en especializada. A ello cabe añadir un importante envejecimiento de las plantillas – fuentes del Colegio de Médicos indican que en los próximos cinco años más del 70% de las médicas y médicos se habrán jubilado – así como una excesiva rotación que impide una debida formación por parte de las y los profesionales.

En lo que a infraestructura y equipos técnicos se refiere, Melilla únicamente está bien dotada de equipos de hemodiálisis, superando ampliamente la media existente en la España peninsular. En el resto de indicadores – algunos tan básicos como las camas o quirófanos disponibles – la sanidad melillense tiene un serio déficit que exige un refuerzo urgente.

Resulta pues evidente la **inadecuación entre los recursos sanitarios y la realidad poblacional y asistencial de Melilla** como una de las prioridades a abordar por las autoridades sanitarias competentes.



**Presupuesto sanitario Melilla**  
2018

Atención primaria	16,4%	<b>TOTAL</b> 97.706.630
Atención especializada	63,9%	
Farmacia	14,1%	
Dirección territorial	5,5%	



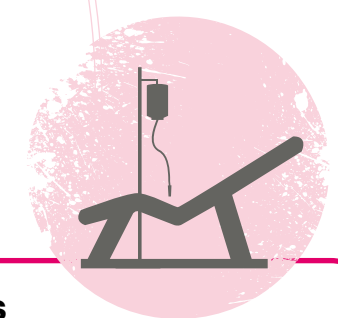
**Profesionales por 1000 habitantes**

2016

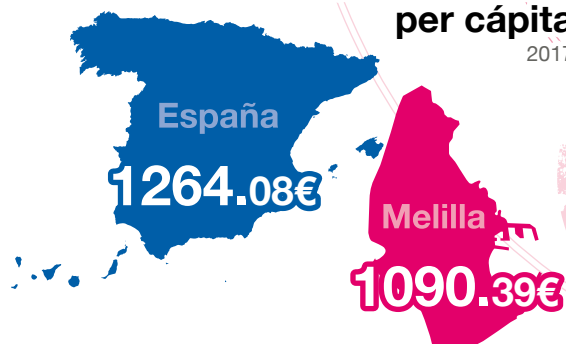
Médico especialista	1,90	1,38	1,16
Médico atención primaria	0,76	0,62	0,52
Enfermero/a especialista	3,27	2,45	2,05
Enfermería atención primaria	0,64	0,58	0,49

\*Sobre estimación población "de hecho" viviendo en Melilla

**FINANCIACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA**



**Gasto sanitario per cápita**  
2017



**Recursos y equipos en funcionamiento**

2016

Camas x 1000 habitantes	2,97	1,90	1,50
Puestos hospitalarios día x 1000	0,44	0,07	0,06
Quirófanos x 100.000	9,58	4,72	3,95
Equipos RMN x 100.000	1,70	1,18	0,99
Equipos TAC x 100.000	1,32	0	0
Equipos hemodiálisis x 100.000	10,67	17,70	14,83

\*Sobre estimación población real viviendo en Melilla

## El caso del hospital de Melilla resulta paradigmático

El actual hospital comarcal se inauguró en 1990 para una población, en aquel momento, de 56.000 habitantes. Hoy, la población “de hecho” viviendo en Melilla duplica dicha cifra. En 2009 se inició la construcción de un nuevo hospital universitario que pudiera dar cobertura a una población de entorno a 76.000 habitantes. Sin embargo estas obras fueron interrumpidas en 2012 en plena ola de recortes sanitarios y no se aprobó su reanudación hasta finales de 2018 con visos a que finalice su construcción en 2021.

El hospital actual padece de saturación y falta de espacio, especialmente en verano y cuando coincide un importante número de partos (2800 en 2017). En todo caso y según coinciden todas las fuentes consultadas, el punto crítico son las urgencias hospitalarias. Parece por tanto evidente que el hospital comarcal, sus instalaciones y espacios se muestran claramente insuficientes para las necesidades asistenciales actuales.

Desde una lógica de sistemas de salud y perspectiva de Salud Pública, tiene sentido planificar los recursos sanitarios de Melilla en función de la población real que “de hecho” vive en la ciudad. En consecuencia, resulta razonable pensar en un hospital con mayor capacidad de resolución que pueda atender mejor las necesidades de la CAM y responder adecuadamente en su caso a las situaciones especialmente complejas y/o de emergencia en su zona de influencia.





Los servicios de urgencia de Melilla cuentan con los valores de utilización más altos de España, únicamente por detrás de Ceuta

## Planificación y utilización disfuncional de los servicios sanitarios

**El principio de prevención es piedra angular de los sistemas sanitarios modernos.** Conforme al mismo, la Atención Primaria (AP) cobra una importancia crucial como puerta de entrada al sistema, atajando enfermedades en su fase temprana, al tiempo que actúa de filtro y evita sobresaturaciones de otros niveles asistenciales. Así lo indica la propia Organización Mundial de la Salud, apuntando al refuerzo de la AP como uno de los principales retos a abordar a nivel global.

A pesar de estas recomendaciones, **en Melilla existe una clara debilidad de la AP**, tanto en lo que a dotación de recursos se refiere – ya evidenciada en el punto anterior –, como en su falta de capacidad de resolución y función de filtro en el conjunto del sistema. Así, nuevamente Melilla cuenta con uno de las frecuentaciones de AP más bajas de España, con un descenso constante en las consultas a pesar de su crecimiento demográfico.

Algo similar ocurre con la Atención Especializada donde, junto a la baja frecuentación, destaca sobremanera el **elevado porcentaje de personas que nunca ha visitado al especialista (23,08%)** con una significativa diferencia con respecto al resto del país (7,49%).

Concurren varios factores que podrían explicar esta discreta utilización de los recursos de Atención Primaria y Especializada – una población significativamente más joven, o la importante utilización de servicios sanitarios privados, a través de las mutualidades en que se integra el elevado número de funcionariado presente en Melilla. Sin embargo, el hecho de que se produzca simultáneamente una desproporcionada sobreutilización de las urgencias obliga a poner el foco en la propia planificación sanitaria. Así, **los servicios de urgencia de Melilla cuentan con los valores de utilización más altos de España, únicamente por detrás de Ceuta, alcanzando habitualmente niveles de saturación, lo cual denota un sistema de carácter más reactivo que preventivo.**

Así las cosas, desde una óptica de racionalización de los recursos y buena planificación sanitaria, cabe inferir que **la priorización y refuerzo de los servicios de Atención Primaria tendría un efecto positivo en la disminución de la presión asistencial del servicio de urgencias.**

# SERVICIOS SANITARIOS

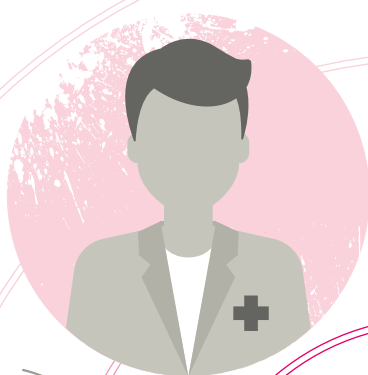
Melilla 2015-2017

MELILLA: DIAGNÓSTICO DE UNA SANIDAD ENFERMA



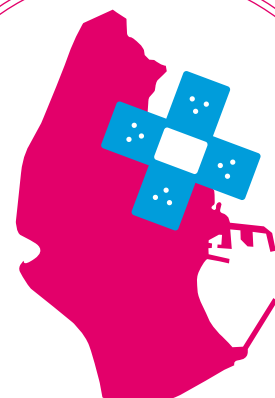
## Actividad asistencial Atención Primaria

- 1 N° consultas Medicina Familia
- 2 N° consultas Pediatría
- 3 N° consultas Enfermería
- 4 Presión asistencial (PA) MF
- 5 PA Pediatría
- 6 PA Enfermería
- 7 Actividad Servicio Urgencias AP



## Actividad asistencial Atención Especializada

- 1 Ingresos totales
- 2 Total estancias
- 3 Intervenciones quirúrgicas
- 4 Consultas totales
- 5 Partos
- 6 Urgencias totales



2015

2016

2017

Dif. % 2015/17

	2015	2016	2017	Dif. % 2015/17
1	283.489	271.019	260.225	▼ 8.2%
2	79.787	77.523	77.131	▼ 3.3%
3	212.446	202.705	216.819	▲ 2.1%
4	37,60	37,63	36,88	▼ 1.9%
5	30,89	30,76	32,79	▲ 6.2%
6	22,43	20,98	22,25	▼ 0.8%
7	33.545	32.331	37.417	▲ 11.5%

## SERVICIOS PRIMARIOS

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del INGESA 2015, 2016 y 2017 (borrador), Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales

2015

2016

2017

Dif. % 2015/17

	2015	2016	2017	Dif. % 2015/17
1	7.608	7.830 (▲2.92%)	7.929 (▲1.26%)	▲ 4.2%
2	41.463	43.766 (▲5.50%)	44.744 (▲2.23%)	▲ 7.9%
3	3.453	3.581 (▲3.71%)	3.544 (▼1.03%)	▲ 2.6%
4	107.084	104.547 (▼2.37%)	105.739 (▲1.14%)	▼ 1.26%
5	3001	2.946 (▼1.83%)	2.799 (▼4.99%)	▼ 7.22%
6	61.773	63.785 (▲3.26%)	59.232 (▼7.14%)	▼ 4.1%

## SERVICIOS ESPECIALIZADOS

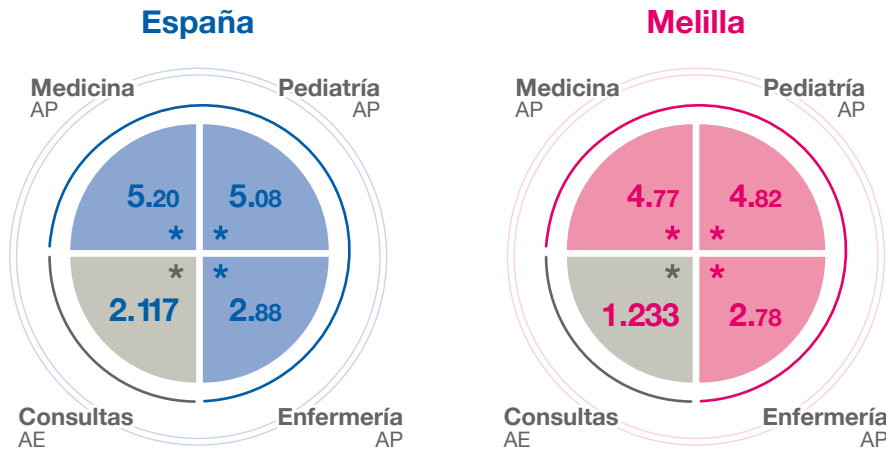
Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del INGESA 2015, 2016 y 2017 (borrador)



# Frecuentación en consulta

2016

# SERVICIOS SANITARIOS



\* 1000 habitantes por año \*\* Persona asignada por año

Fuente: Indicadores clave del SNS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2018.

## Consultas especialista y hospitalizaciones

2016-2017



Nunca ha visitado el especialista	7.49 %	23.08
Últimos 12 meses	Hospitalizaciones	8.03
	Servicio urgencias	31.27 %
	Utilización hospital	7.63
		1.81

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

## Consultas Médico de familia y otros profesionales sanitarios

2016-2017



Nº Consultas al MF o pediatra (Últimas 4 semanas)	1.27	1.18
% visita Últimos 12 meses	Fisioterapeuta	17.26
	Enfermero/matrona	16.71 %
	Psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra	5.37
		8.97
Nunca ha acudido al dentista	6.95 %	16.96
Vacunación antigripal última campaña	18.07 %	9.46

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

## Frecuentaciones y tasas hospitalarias

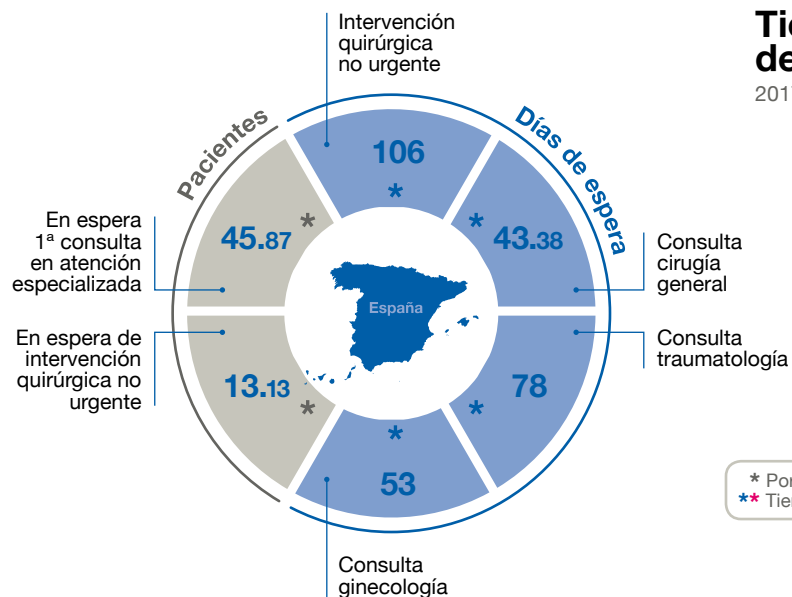
2016



1000 habitantes por año	Ingresos hospital	115.89
	Interv. Cirujía	111.10
	Uso TAC	105.94
Estancia media (2015)	6.85	5.36
Cirujía ambulatoria (2015)	47.94 %	35.51

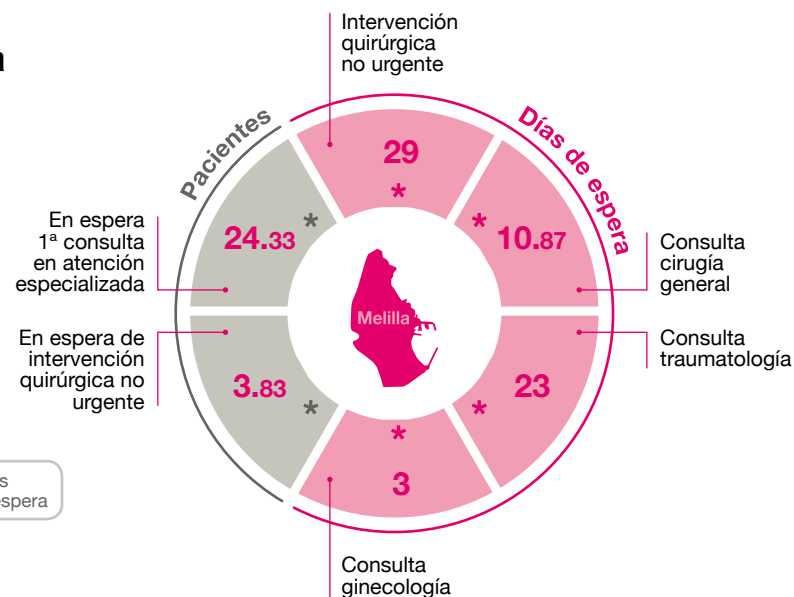
Fuente: Indicadores clave SNS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2018.

# SERVICIOS SANITARIOS



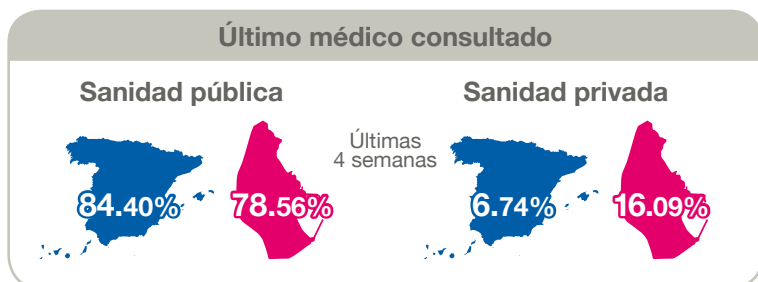
### Tiempos de espera

2017



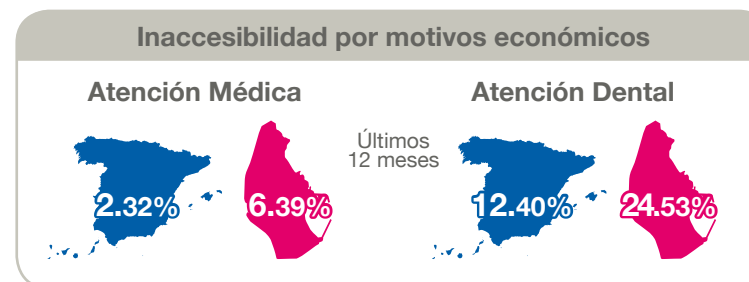
\* Por 1000 habitantes  
\* Tiempo medio de espera

### Utilización de los recursos sanitarios privados



### Dificultades de acceso económico a la atención sanitaria

2016-2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social



ESPAÑA

# IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

MARRUECOS



# V IMPACTO DE LA MIGRACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

## La atención en urgencias



Tal y como mencionábamos anteriormente, en Melilla vive de facto un importante número de personas extranjeras en situación administrativa irregular. El acceso a la atención sanitaria de estas personas ha estado marcado durante un largo periodo de tiempo por la vigencia del Real Decreto-Ley 16/2012, que instauró la exclusión sanitaria en todo el territorio nacional. En aplicación de esta norma, las personas migrantes sin autorización de residencia, únicamente podían recibir asistencia médica si eran mujeres embarazadas, menores de edad o en los casos de urgencia. Contrariamente a lo ocurrido en la mayoría de las comunidades autónomas, donde las respectivas consejerías de salud aprobaron normativas y mecanismos de diversa índole para ampliar la cobertura otorgada por dicho RDL, la dependencia directa de la gestión sanitaria melillense del Ministerio de Sanidad a través del INGESA llevó a que la norma de 2012 fuera el único marco legal en la CAM. Como consecuencia, las personas en situación irregular que viven en Melilla se han visto abocadas en su mayor parte a recurrir a las urgencias como única alternativa en caso de enfermedad, contribuyendo a incrementar la presión asistencial sobre un servicio ya de por sí saturado.

**A pesar de que existe la percepción bastante extendida de que el colapso de los servicios sanitarios melillenses se debe en gran medida al uso que hacen de los mismos estas personas migrantes, lo cierto es que las cifras desmienten esa idea. De este modo, tal y como muestra la siguiente tabla, el porcentaje de atenciones en urgencias del hospital atribuibles a migrantes irregulares no llega al 10%, situándose en un 9,63%, cifra muy similar a la proporción que dichas personas representan del total de la población de Melilla, según las estimaciones que se recogen al inicio de este estudio (9,75%). A esta cifra hay que añadir la atención sanitaria a menores, que supone aproximadamente el 2,6% de las atenciones en urgencias.**

No cabe por tanto inferir una sobreutilización de las urgencias por parte de este grupo poblacional – en comparación con el uso que realiza de las mismas el resto de la población local – máxime teniendo en cuenta que es el único recurso al que tienen acceso.

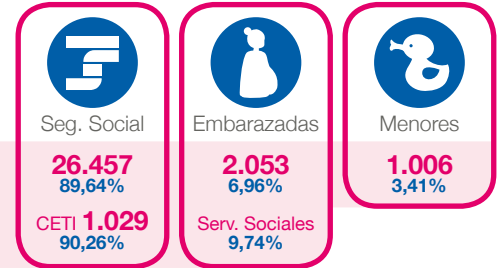
# IMPACTO DE LA MIGRACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

## La atención a mujeres embarazadas



## La atención en urgencias

2018

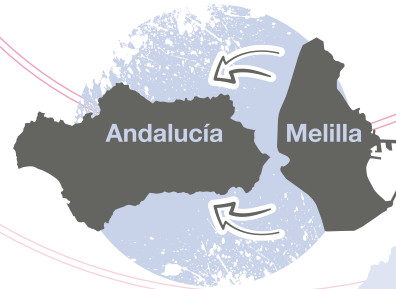


Evolución de los partos en la última década y porcentaje de mujeres extranjeras

Partos	Total	Extrajeras	%
2007	1.818	901	50
2008	2.015	986	48.6
2009	2.109	1.013	46.9
2010	2.250	1.119	49.0
2011	2.432	1.262	53.3
2012	2.371	1.177	48.4
2013	2.443	1.210	49.4
2014	2.758	1.458	52.8
2015	3.001	1.825	60.8
2016	2.946	1.772	60.1
2017	2.799	1.722	62.8

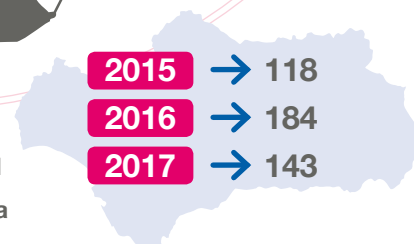


Categoría	Nº	%
Financiación pública	29.516	76,81
Otras administraciones públicas	1.140	2,97
Accidentes de trabajo	1.170	3,04
Tarjeta Europea y convenios internacionales	974	2,53
Entidades y aseguradoras privadas	1.618	4,21
Particulares y varios	3.702	9,63
<b>TOTAL</b>	<b>38.429</b>	<b>100%</b>



Personas derivadas del hospital comarcal hacia los hospitales públicos de Andalucía

## Derivaciones y evacuaciones urgentes a Península



Más frecuentes

Pediatría	→ 255
Neonatología	→ 139
Obstetricia/Ginecología	→ 54
Urgencias y Medicina intensiva	→ 20



Ahora, tras la aprobación del nuevo Real Decreto-Ley 7/2018, las personas sin autorización de residencia que viven en España ven reconocido su derecho a la protección de la salud en las mismas condiciones que las personas nacionales. Sin embargo, a día de hoy aún no se ha adoptado medida alguna para hacer efectiva esta normativa en Melilla. **Garantizar el derecho de estas personas a una**

**atención sanitaria normalizada, otorgándoles tarjeta sanitaria y asignándoles su correspondiente médica o médico de familia, ayudaría a canalizar una parte importante de la asistencia a través de los servicios de Atención Primaria, disminuyendo nuevamente con ello la presión sobre las urgencias.**

## La atención a mujeres embarazadas



Como hemos apuntado al comienzo de este estudio, Melilla ha experimentado un gran crecimiento poblacional y así lo atestigua la evolución de los partos en el hospital comarcal. A lo largo de la última década el número de partos anuales ha aumentado más de un 50%, correspondiendo de forma claramente mayoritaria a mujeres extranjeras. Muchas de estas últimas proceden de la vecina Nador, desde donde pueden acceder libremente a Melilla gracias a la exención de visado vigente para la provincia fronteriza, y llegan al hospital sin gestación controlada. En todo caso, y conforme a los datos anteriores, **la atención a estas mujeres representa en torno a un 5% de las atenciones en urgencias.**

Este es uno de los retos más complicados que afronta la sanidad melillense y cuya resolución exige medidas audaces que pasan no solo por reforzar los servicios sanitarios de la CAM sino también por incrementar la colaboración transfronteriza con el sistema sanitario de Nador.



“

A lo largo de la última década el número de partos anuales ha aumentado más de un 50%

## Derivaciones y evacuaciones urgentes a Península

Las derivaciones y evacuaciones urgentes de personas enfermas de terceros países sin Seguridad Social para pruebas diagnósticas, intervenciones terapéuticas y/o consultas que no se pueden realizar en Melilla – consecuencia de la mencionada escasez de recursos en Atención Especializada – resulta un problema importante y creciente. Hay serias dificultades para derivar pacientes al hospital Carlos Haya de Málaga y/o servicios hospitalarios de Granada, Sevilla y otros centros de Andalucía. Ante la inexistencia de un acuerdo formal con el Servicio Andaluz de Salud, los intentos de derivación de enfermos, se convierten en una gestión crecientemente compleja y que consume excesivo tiempo y energía. Incluso las evacuaciones urgentes hay que gestionarlas a veces en base a relaciones profesionales y personales. A ello es preciso añadir la dificultad que representa para estas personas obtener la autorización necesaria para poder entrar en territorio peninsular, pues a la restricción en la emisión de visados por parte de Marruecos se suma la denegación creciente en los últimos tiempos de las autorizaciones excepcionales de entrada que otorga la Comisaría General de Extranjería y Fronteras.

Las personas derivadas directamente del hospital comarcal hacia los hospitales públicos de Andalucía han sido 118 en 2015, 184 en 2016, 143 en 2017 y 55 hasta junio de 2018. Las derivaciones más frecuentes han sido por este orden: Pediatría (255), Neonatología (139), Obstetricia/Ginecología (54) y Urgencias y Medicina intensiva (20).

Además, los enfermos también de terceros países derivados desde la Delegación Territorial del INGESA (normalmente segundas visitas y revisiones de procedimientos iniciados en el hospital), han sido 250 desde enero del 2016 hasta junio 2018; sumando 482 derivaciones (algunos enfermos repiten), y un total de 1.255 desplazamientos.





ESPAÑA

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

MARRUECOS



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

**La sanidad en Melilla está claramente infradotada con respecto a la media española, tanto en lo referido a activos financieros como a recursos físicos y humanos, diferencia que se acrecienta sustancialmente cuando se tiene en cuenta la población “de hecho”.** Debido al acuerdo de exención de visado para las personas residentes en la provincia de Nador que permite a estas cruzar libremente la frontera, así como a las restricciones en el acceso al padrón que impiden el registro de las personas en situación irregular, resulta difícil cuantificar el total de población efectiva que vive en Melilla. No obstante, según diversas estimaciones, este total puede superar hasta en un 20% el de la población oficial, representando un claro desafío a los servicios sanitarios melillenses.

**La falta de recursos suficientes es particularmente relevante en el caso de los servicios de Atención Primaria,** limitados tanto en su dotación como en la población cubierta – al quedar excluidas de los mismos las personas en situación irregular. **La consecuencia más inmediata es la sobresaturación de los servicios de urgencias, con una incidencia particularmente crítica en el caso de los partos.**

Por otra parte, entre las diversas fuentes consultadas durante la investigación para este informe – profesionales, gerentes y personas usuarias – existe unanimidad a la hora de identificar la situación de la salud mental como absolutamente deficiente. Faltan profesionales, camas de hospitalización adecuadas y equipamientos comunitarios, y la unidad del hospital es valorada muy críticamente. Se señala además la falta de recursos en adicciones y en salud mental infanto-juvenil.



Estas circunstancias plantean sin duda importantes retos para la gestión de la sanidad en la Ciudad Autónoma. Sin embargo, ello no exime al Estado de la **obligación de garantizar en Melilla la plena efectividad de los acuerdos internacionales suscritos por España en materia de derechos humanos.** Entre estos cabe destacar el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales – cuyo comité ha recomendado recientemente al Gobierno español que los migrantes en situación irregular tengan acceso a todos los servicios de salud necesarios, sin discriminación alguna. Asimismo, el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de la Agenda 2030 de Naciones Unidas – con la cual el Gobierno español está comprometido – especifica como una de las metas a alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), incluidos los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Ante esta situación, desde Médicos del Mundo queremos trasladar las siguientes recomendaciones:

## Recomendaciones sobre políticas y dirección estratégica

1

Garantizar el derecho a la protección de la salud y atención sanitaria en condiciones de igualdad a todas las personas que viven en Melilla independientemente de su origen, nacionalidad, religión, sexo, y situación administrativa; y especialmente, la accesibilidad de los colectivos más vulnerables. En este sentido resulta importante habilitar medios alternativos al empadronamiento para probar la residencia efectiva en la Ciudad Autónoma de Melilla.

2

Revisión y actualización del borrador de Plan Estratégico del INGESA para Melilla (PE) con las aportaciones de los sectores y actores implicados, reforzando su carácter intersectorial. Incluyendo los aspectos relacionados con la transición y apertura del nuevo hospital, futuro papel del actual hospital comarcal, refuerzo y potenciación de la atención primaria de salud (AP) y las funciones de salud pública (SP), reforma de la Salud Mental (SM), y un plan de choque de renovación y captación de nuevos profesionales motivados para trabajar en Melilla.

3

Gestionar un acuerdo marco de colaboración con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) que establezca los protocolos de derivación de pacientes y evacuaciones urgentes de Melilla en los casos imprescindibles, así como los acuerdos económicos correspondientes; y tanto con el hospital Carlos Haya y Materno infantil de Málaga como con otros centros y servicios de Andalucía.

4

Promover un acuerdo de colaboración con las autoridades sanitarias de la provincia de Nador que permita ordenar y protocolizar las posibles derivaciones e intercambios y eventualmente, actuaciones conjuntas en materia de Salud Pública (SP).

5

Facilitar la relación e intercambios profesionales con los responsables de los servicios sanitarios públicos y privados de la provincia de Nador. Y promover encuentros y actividades formativas y científicas conjuntas, con objeto de facilitar y mejorar la colaboración entre las partes.

6

Explorar la posibilidad de dotar de apoyo y refuerzo al hospital de Nador por parte de la Cooperación Española.

## Recomendaciones sobre planificación, organización y gestión



7

Actualizar y reforzar la Atención Primaria (AP), potenciando sus funciones y calidad de las mismas; así como mejorando su dotación, equipamiento y capacidad de respuesta. Incorporar nuevo equipamiento (como dermatoscopios, ECO y retinografía por ejemplo).

8

Apertura del nuevo hospital en el plazo más breve posible. Teniendo en cuenta la especial situación de Melilla, habría que pensar en las fórmulas creativas y diseños imaginativos que mejor respondan a esa realidad y sus necesidades. Por ejemplo, reforzando la colaboración entre el Hospital de Melilla y el Hospital Carlos Haya de Málaga o el Hospital de Granada. Desde un punto de vista de racionalidad sanitaria no tiene mucho sentido la creación de ciertas especialidades en Melilla con carácter permanente, pero sí podría ser factible que estos especialistas puedan pasar consulta un día a la semana en Melilla.

En todo caso, se trata de planificar un hospital para una población real actual de 100-120.000 habitantes con una tendencia de crecimiento rápido; y un área de influencia cercana y directa de en torno a 200.000 habitantes.

El nuevo hospital deberá consecuentemente tener una capacidad resolutive alta para poder gestionar la gran mayoría de los problemas; incrementando sus especialidades médicas y quirúrgicas con los límites de la racionalidad sanitaria, la masa crítica de profesionales y actividad necesaria y la correcta utilización de los recursos públicos.

9

Asimismo, sería recomendable aumentar las capacidades formativas de postgrado vinculadas al hospital clínico de Málaga o bien al de Granada. Inicialmente, se podría estudiar la ampliación de la formación de los Médicos Internos y Residentes (MIR) a las especialidades de medicina interna, obstetricia/ ginecología y pediatría además de la actual de Medicina Familiar y Comunitaria. Igualmente en lo referido a la formación de postgrado en enfermería. Habría que garantizar lógicamente durante el periodo de residencia la calidad de la formación con fórmulas innovadoras que permitan integrar la formación teórica y práctica y tanto en Melilla como en Málaga o Granada.

10

Estudiar la pertinencia de mantener en funcionamiento las instalaciones del actual hospital comarcal una vez puesto en marcha el nuevo hospital; aunque dedicado a estancias medias y cuidados intermedios. El Plan Estratégico del INGESA para Melilla debiera determinar las funciones de ese futuro equipamiento sanitario en su caso.

11

Planificar adecuadamente la preparación y capacidad de respuesta de los servicios y dispositivos ante situaciones especiales (operación paso del estrecho en verano, saltos importantes de la valla, eventuales emergencias sanitarias en la ciudad o zonas circundantes).

12

Mejorar la organización y gestión del sistema en su conjunto y los subsistemas que lo integran. Establecer una cultura y exigencia de evaluación por resultados y rendición de cuentas de profesionales y gestores y a todos los niveles. Profesionalización de la gestión.



## Recomendaciones sobre profesionales y recursos

13

Adecuación de las plantillas y profesionales a las necesidades asistenciales actuales y del próximo futuro.

14

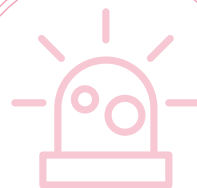
Elaboración (actualización en su caso) de un plan de renovación y captación activa de nuevos profesionales, prioritariamente especialistas. La captación focalizada y “ad hoc” de profesionales debería considerar el perfil de profesionales que pueden tener interés en trabajar y vivir en Melilla.

15

Diseño y puesta en marcha de un ambicioso plan de formación permanente y actualización de profesionales. Recomendamos incluir dentro del plan un módulo específico sobre el derecho a la salud, legislación nacional e internacional vigente y salud transcultural. Así como de enfermedades tropicales y emergentes para determinados profesionales.



## Recomendaciones sobre actuaciones inmediatas de carácter urgente



16

Realizar con carácter inmediato las actuaciones necesarias para mejorar la situación de los espacios del servicio de urgencias del hospital y reforzar su plantilla para poder atender y responder adecuadamente a la demanda y necesidades existentes.

17

Reforzar las urgencias en AP aumentando su capacidad de resolución, extendiendo los horarios de atención incluidas las tardes e incrementando su dotación y equipamiento.

18

Diseñar y ejecutar con carácter urgente un Plan de Salud Mental que mejore la situación existente y establezca las bases para poner en marcha un subsistema de atención y cuidados a la salud mental de orientación comunitaria.

19

Creación de un grupo de trabajo por parte del INGESA incluyendo a organizaciones sociales especializadas, organizaciones profesionales, sociedades científicas y otros actores implicados, para identificar las principales barreras que previenen la consecución de un sistema sanitario plenamente universal para todas las personas que viven en Melilla y proponer medidas para superar las mismas en consonancia con las obligaciones internacionales de España en materia de derechos humanos.

20

Actualizar en su caso los protocolos y criterios de admisión y atención a la normativa de referencia. Información y formación al respecto así como sobre la legislación nacional e internacional aplicable de los profesionales implicados, especialmente las personas que trabajan en las unidades y servicios de admisión y recepción.

21

Mejorar las capacidades de mediación e interpretación especialmente en los servicios de admisión y urgencias.



+ 34 91 543 60 33 | [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)