



## **LES MANCANCES EN SALUT PÚBLICA DE LA NOVA REGULACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA EN SITUACIONS ESPECIALS**

**Consell Assessor de Salut Pública**

### Introducció

El RD Llei de 16/2012, de 20 d'abril, ha suposat una modificació important del model sanitari que ha estat vigent des de finals del anys 80, ja que per gaudir de les prestacions públiques de salut que tenien un caràcter obert per a tots els espanyols i estrangers residents, en aquest moment cal ostentar la condició d'assegurat. Com que molts estrangers empadronats no tenen cap contracte de treball i per tant no cotitzen a la seguretat social, ara no poden accedir a les prestacions del sistema públic. Per a aquestes persones el RD Llei determina una assistència sanitària delimitada a certes contingències: les urgències mèdiques i per accidents, l'assistència de l'embaràs, part i postpart, i l'atenció pediàtrica fins els 18 anys. A títol de resum es pot dir que el sistema de salut ha deixat de ser universal, i que certs col·lectius socials, precisament els més vulnerables, queden fortament desemparats davant la malaltia.

El RD Llei no es refereix en cap moment a la salut pública, i no preveu els riscos individuals i per a població derivats de la desatenció de determinades malalties infeccioses, en especial la infecció pel VIH.

A Catalunya, la Instrucció 10/2012 del CatSalut ha preservat el model vigent fins ara. Malgrat això, els riscos infectius esmentats poden afectar Catalunya a través de la mobilitat de les persones infectades, i per tant, cal preveure mesures específiques davant aquests riscos.

### Recomanació

El Consell Assessor de Salut Pública recomana a l'Agència de Salut Pública que desplegui mesures de vigilància epidemiològica per tal de determinar la magnitud que en l'àmbit de Catalunya assoleixen determinades malalties infeccioses associades a la manca de tractament de les persones immigrants sense cobertura sanitària, i que alhora adopti les adients mesures de prevenció i control.

Barcelona, 28 de febrer de 2013

## Annex

### LES MANCANCES EN SALUT PÚBLICA DE LA NOVA REGULACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA EN SITUACIONS ESPECIALS

#### Introducció

L'article 43 de la Constitució Espanyola de 1979 (CE) diu el següent: "1. *Es reconeix el dret a la protecció de la salut. 2. Correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i a través de les prestacions i dels serveis necessaris. La llei establirà els deures de tothom a aquest punt. 3. Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport*". Per tant, la CE va fixar un dret genèric a la protecció de la salut, sense especificar cap model sanitari concret, però feu èmfasi en la salut pública i l'educació sanitària. Quant a la primera, va senyalar clarament que corresponia als poders públics la seva organització i tutela, i respecte a la segona, remarca el deure fomentar-la per part dels poders públics.

Posteriorment, la Llei General de Sanitat de 1986 (LGS), promoguda pel Ministre de Sanitat, Sr. Ernest Lluch, va ampliar els continguts de l'article 43 en afegir el dret de tots els ciutadans i residents estrangers a l'atenció sanitària. Els termes de l'article 1 de la LGS són els següents: "1. *La present Llei té per objecte la regulació general de totes les accions que permetin fer efectiu el dret a la protecció de la salut reconegut en l'article 43 i concordants de la Constitució. 2. Són titulars del dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària tots els espanyols i els ciutadans estrangers que tinguin establerta la seva residència en el territori nacional*". Per tant, en aquesta Llei s'establí la universalització de l'atenció sanitària, afegida a les comeses dels poders públics en salut pública. Cal esmentar que la Llei no va fer referència a cap pauta de contribució econòmica en funció de les situacions socials o econòmiques dels individus. En resum, la LGS establí un sistema de salut públic, universal i gratuït, i creà el Sistema Nacional de Salut. Conseqüentment, en els anys següents el finançament de la salut va anar passant del sistema capítatiu, basat en els pressupostos de la Seguretat Social, a un sistema impositiu, basat en els pressupostos de l'Estat.

Més endavant, la Llei sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social de 2000, no va afegir cap canvi a la regulació vigent fins el moment, en limitar-se a dir en l'article 12: "Els estrangers tenen dret a l'assistència sanitària en els termes previstos en la legislació vigent en matèria sanitària".

Per altra banda, la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut de 2003, en l'article 3 va repetir el que establir la LGS: "1. *Són titulars dels drets a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària tots els espanyols i estrangers residents en el territori nacional*". En aquesta Llei es va fixar la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut.

Es important destacar que la Llei General de Salut Pública de 2011, en el seu article 6 determina: "1. *Totes les persones tenen dret a que les actuacions de salut pública es realitzin en condicions d'igualtat sense que pugui produir-se discriminació per raó de naixement, origen racial o ètnic, sexe, religió, convicció o opinió, edat, discapacitat, orientació o identitat sexual, malaltia o qualsevulla altra condició o circumstància personal o social*". Aquest article s'adreça de forma molt clara a evitar les desigualtats en salut pública.

Recentment s'ha produït un notable canvi en aquesta regulació, ja que el Reial Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, sobre mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, ha

modificat l'article 3 de la citada Llei de cohesió de 2003 en els següents termes: *“Article 1. Es modifica l'article 3 que tindrà la següent redacció: «Article 3. De la condició d'assegurat. 1. L'assistència sanitària a Espanya, amb càrrec a fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut, es garantirà a aquelles persones que ostentin la condició d'assegurat”*. Es dir, si fins ara tots els espanyols i els estrangers residents a Espanya tenien dret a l'assistència sanitària, a partir d'aquesta norma cal ostentar la condició d'assegurat, que significa tenir un lloc de treball amb la corresponent cotització a la seguretat social o ser-ne beneficiari. La norma es justifica per tal de reforçar la sostenibilitat, millorar l'eficiència en la gestió, promoure l'estalvi i les economies d'escala, i altres motius. Enlloc d'aquesta norma no s'esmenten les prestacions i serveis de salut pública.

Per altra banda, en l'esmentat article 3 hi ha un nou apartat, que és el que motiva la present nota: *“Article 3r. Assistència sanitària en situacions especials. Els estrangers no registrats ni autoritzats com residents a Espanya, rebran assistència sanitària en les següents modalitats: a) D'urgència per malaltia greu o accident, qualsevulla sigui la seva causa, fins la situació d'alta mèdica. b) D'assistència a l'embaràs, part i postpart. En tot cas, els estrangers menors de divuit anys rebran assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols”*. Per tant, les persones estrangeres que no tinguin la condició d'assegurats o beneficiaris, tenen un accés limitat als serveis públics de salut.

A Catalunya, la *Instrucció 10/2012 del CatSalut*, de 30 d'agost de 2012, permet l'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a les persones estrangeres empadronades a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o de beneficiaris del Servei Nacional de Salut. En l'exposició de motius de la instrucció es diu: *“Per tal de garantir unes actuacions de caràcter mínim d'atenció a la salut de les persones i també la necessària protecció de la salut dels col·lectius en situació vulnerable, la necessitat d'una adequada atenció a les persones amb sofriments greus i persones en situació de risc vital, de forma que no es produeixin danys o situacions que siguin irreversibles i que, eventualment, poguessin comportar responsabilitat per incompliment d'obligacions de l'Administració”*. En l'article 4 s'estableix: *“Són titulars del dret a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del CatSalut les persones empadronades en qualsevol municipi de Catalunya que acreditin que no tenen accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec d'una altra entitat diferent del Servei Català de la Salut”*.

En síntesi, la LGS va fixar un sistema de salut de caràcter públic, universal i gratuït, obert a tots els espanyols i estrangers residents, que ara ha estat modificat en exigir per a l'accés la condició d'assegurat, i en reduir de forma important l'assistència sanitària a les persones estrangeres empadronades que no tenen tal condició. A Catalunya, per una disposició del CatSalut, aquestes persones segueixen gaudint de totes les prestacions del sistema públic de salut.

#### Les mancances en salut pública

La reduïda atenció sanitària que el RD Llei del mes d'abril de 2012 estableix per a les persones estrangeres empadronades que no tenen la condició d'assegurat, i que bàsicament són immigrants procedents de països de baixa renda, ha rebut moltes crítiques per part de diferents sectors de la societat. El motiu és que el RD Llei deixa sense gran part dels serveis assistencials a persones, famílies i col·lectius molt vulnerables, que pateixen serioses mancances sanitàries, socials i econòmiques (1-3). A més a més, és ben conegut que en aquests col·lectius, les malalties agudes i cròniques pròpies del paísos receptors s'hi manifesten en gran intensitat. El RD Llei estableix una situació de desigualtat davant la malaltia i de manca d'accés al serveis, que crida l'atenció pel camí que obre vers l'accentuació de la precarietat i marginació, quan fins ara aquesta tendència era l'objectiu a combatre i de fet ho segueix sent.

El recent document elaborat per la *Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional* (4), en un dels seu paràgrafs comenta els dos gran àmbits en que les desatencions generades pel RD Llei són paleses: “*El RD dificulta la gestión de los problemas crónicos de salud, y de aquellas enfermedades infecciosas con potencial trascendencia en la salud pública*”. Com que el RD dona només accés als serveis d'urgència per malaltia, a l'assistència per embaràs, part i postpart, i a l'assistència pediàtrica fins els 18 anys, en la frase es destaca que l'atenció dels problemes crònics queda sense poder ser gestionada. El grup de les malalties incloses sota el terme de problemes crònics es enorme i ben rellevant ja que inclou les malalties del cor, les cerebrovasculars, el càncer, la diabetis, la insuficiència renal crònica, etc. Alhora, també es comenta que també hi ha dificultats en una sèrie de malalties infeccioses de potencial trascendència per a la salut pública.

A Espanya s'han fet diverses descripcions de les malalties infeccioses que afecten a la població immigrant (5,6), que pel que fa a la seva rellevància per a la salut pública són: la tuberculosi, la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), la hepatitis B, la malaltia de Chagas i algunes infeccions de transmissió sexual com la sífilis, la infecció pel virus del papiloma humà, i altres. Malgrat la no menystenible prevalença d'aquestes malalties, a excepció de la infecció pel VIH, el risc d'infecció per a la població receptora és baix.

La tuberculosi és un exemple de malaltia infecciosa que ha augmentat en les poblacions mòbils (7); no és infreqüent el diagnòstic d'una infecció activa en immigrants, la qual cal tractar de manera immediata; la detecció i tractament de les formes latents permetria evitar nous casos, si bé l'adherència dels immigrants al tractament sol ser limitada. La infecció crònica pel virus de la hepatitis B presenta una prevalença superior al 8% en persones procedents d'Àsia i de l'Àfrica subsahariana; el cribratge del virus permetria detectar malalties cròniques i establir mesures de vacunació i educatives al voltant dels casos positius (8). Dins les infeccions de transmissió sexual bacterianes, la sífilis sol ser infradiagnosticada en raó al seu quadre clínic poc florit, però les complicacions poden ser greus, per això en alguns col·lectius convindria fer un cribratge actiu per tal de reduir-ne la prevalença i transmissió (6,9).

En l'actual context epidemiològic i social, la malaltia infecciosa realment transcendent per a la salut pública és la infecció pel VIH. L'any 1997 la població immigrant representava menys del 3% dels casos de Sida diagnosticats a Espanya, mentre que el 2010 fou el 27%. Alhora, el diagnòstic de noves infeccions pel VIH en immigrants representà el 35,7% l'any 2010, amb 533 casos (10). Fins ara a Espanya no hi ha hagut diferències remarcables entre immigrants i autòctons quant a l'accés a l'assistència i al tractament. Existeixen poblacions de major risc com els subsaharians i les dones, que s'han beneficiat menys dels serveis disponibles (10,11). Amb la nova normativa la situació pot empitjorar, en especial en aquests grups vulnerables. S'estima que a Espanya hi ha entre 1.800 i 3.200 immigrants irregulars diagnosticats de Sida, dels quals el 70-80% necessitarien tractament antiretroviral, en raó a les baixes xifres de CD4+ en el moment del diagnòstic (11). La nova regulació podria obligar a suspendre els actuals tractaments. La interrupció del tractament comporta un ràpid increment de la càrrega viral, una disminució del recompte de CD4+, l'augment de les infeccions oportunistes i un increment general de la morbimortalitat. L'elevada taxa de complicacions ha de comportar uns ingressos d'urgències i hospitalaris freqüents i perllongats.

El tractament antiretroviral disminueix el risc de transmissió del VIH per via heterosexual fins el 96%, i en aquest sentit actualment se'l considera la principal estratègia preventiva de la infecció (12). Tot això permet preveure que la manca de tractament dels pacients infectats o diagnosticats de Sida pot comportar l'extensió de la disseminació del VIH a

Espanya, i que, per tant, amb la nova regulació es configura una situació de risc per a la salut pública. El risc ha estat quantificat en una publicació recent (8), que estima un increment de 342-520 noves infeccions per any des de l'entrada en vigor del RD Llei. L'absència de previsió d'aquest risc, i també dels riscos més lleus associats a les altres malalties infeccioses, es un notable mancança del RD. Per altra banda, és molt probable que, a mesura que passi cert temps des de l'entrada en vigor del RD, els costos reals siguin superiors a l'estalvi de la retirada del tractament als immigrants irregulars i que s'incrementin progressivament (13).

L'esmentada norma no parla amb cap moment de les mesures i actuacions que caldria preservar en matèria de salut pública per tal d'evitar les malalties en les persones "en situacions especials", com per evitar els riscos per a la salut pública. Un aspecte no previst, que representa una expressió d'absència d'equitat davant la malaltia, és la manca d'inclusió dels programes vacunals d'adults per a les persones afectades per malalties agudes o cròniques, i també per a les persones sanes. S'entén que en el RD les vacunacions queden incloses en l'assistència pediàtrica, però no per als adults.

### Referències bibliogràfiques

1. Declaració del Comitè de Bioètica de Catalunya. Barcelona, 10 d'octubre de 2012. Disponible a: <http://comitebioetica.cat/declaracio-del-cbc-al-respecte-del-real-decreto-ley-162012-de-20-de-abril/>.
2. Per un Sistema Nacional de Salut d'accés universal, equitatiu i eficient. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 7 de setembre de 2012. Servei d'Informació Col·legial; butlletí juny-octubre 2012;10-11.
3. López-Fernández LA, Martínez Millán JI, Fernández Ajuria A, March JC, Suess A, Danet A, Prieto MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?. *Gac Sanit.* 2012;26:298-300.
4. Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional. Posicionamiento de la SEMTSI, ante las medidas que restringen el acceso sanitario normalizado para algunos inmigrantes. Barcelona, 5 de octubre de 2012.
5. Ramos JM, Masiá M, Padilla S, Escolano C, Bernal E, Gutiérrez F. Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:185-192.
6. Monge-Maillo B, Jiménez BC, Pérez-Molina JA, Norman F, Navarro M, Pérez-Ayala, et al. Imported infectious diseases in mobile populations, Spain. *Emerg Infect Dis.* 2009; 15:1745-1752.
7. Iñigo J, García de Viedma D, Arce A, Palenque E, Rodríguez E, Ruiz Serrano MJ, Andrés S, Bouza E, Chaves F. Analysis of changes in recent tuberculosis transmission patterns after a sharp increase in immigration. *J Clin Microbiol.* 2007;45:63-69.
8. Stauffer WM, Kamat D, Walter PF. Screening for international immigrants, refugees and adoptees. *Primary Care.* 2002;29:879-905.
9. Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255-263.
10. Llenas-García J, Rubio R, Hernando A, Fiorente S, Maseda D, Matarranz M, Costa JR, Alonso B, Pulido F. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes inmigrantes con infección por el VIH: estudio de 371 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:441-451.
11. Pérez-Molina JA, Pulido F y Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:472-478.

12. Montaner JS. Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular: ahorra hoy y pagarás mañana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:431-432.
13. Caleiro A, Bazarra A, Torres G, Ferrándiz M. Posible impacto sanitario de la falta de prestaciones a los "sin papeles". Treball d'alumnes de Medicina Preventiva i Salut Pública. Unitat docent Vall d'Hebron. Facultat de Medicina. UAB. Barcelona, novembre de 2012; 36 pàgs. Disponible a: <http://www.vhebron.net/treballs-2012>.