



### NOTA DE PRENSA

*Estudio de GeSIDA sobre el impacto del Real Decreto (RD) 16/2012*

## **EL 37% DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN VIH RECONOCE QUE SU PRÁCTICA ASISTENCIAL SE HA VISTO DIFICULTADA “SIEMPRE O CON FRECUENCIA” TRAS EL DECRETO DE RETIRADA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INMIGRANTES SIN PAPELES**

- El 21% de los doctores encuestados expresaron que los pacientes no fueron atendidos ni siquiera en las condiciones recogidas por la ley
- Estas proporciones fueron aún mayores entre las ONG (46 y 50%, respectivamente), probablemente por trabajar con colectivos más desfavorecidos
- El 16,1% de los médicos encuestados manifestó haber tenido casos de interrupción del seguimiento, del tratamiento o de ambos
- El estudio revela asimismo que el Decreto ha provocado profundas inequidades en el territorio nacional por la diferente aplicación y respuesta de las distintas Comunidades Autónomas
- La investigación acaba de ser publicada por el Grupo de Estudio del SIDA (GeSIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) en su revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, indexada en los registros internacionales de las principales revistas biomédicas

**Madrid, 2 de febrero de 2014.-** La entrada en vigor en España del Real Decreto (RD) 16/2012 en septiembre de 2012 supuso la exclusión del colectivo de inmigrantes en situación irregular en España de la asistencia sanitaria. Un estudio de GeSIDA, Grupo de Estudio del SIDA de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), ha medido el impacto de este Real Decreto en la atención médica de los inmigrantes irregulares infectados por el VIH y el alcance de su aplicación en las diferentes comunidades autónomas españolas, concluyendo que ha tenido “un impacto negativo en la práctica asistencial”, y ha generado “profundas inequidades” en el territorio nacional.

El estudio, que acaba de ser publicado en la revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, indexada en los registros internacionales de las principales revistas biomédicas, llega a estas conclusiones después de recabar la opinión de 97 médicos especialistas en Enfermedades Infecciosas de 16 comunidades autónomas diferentes (todas menos Murcia) y 25 miembros de 23 ONGs radicadas en 11 comunidades españolas.

En relación con la atención y el seguimiento de los pacientes infectados por el VIH en situación irregular, el 37% de los médicos reconocen en la encuesta que su práctica asistencial se había visto dificultada “siempre o con frecuencia”. En el mismo sentido, el 21% expresaron que los pacientes no fueron atendidos ni siquiera en las condiciones recogidas por la ley, y el 16,1% manifestó haber tenido casos de interrupción del seguimiento, del tratamiento o de ambos. En los casos de interrupción del seguimiento o del tratamiento antirretroviral, los motivos referidos por los participantes en la encuesta fueron la imposibilidad de citar a los pacientes (34%), la no dispensación de medicación por parte del hospital (19%), la exigencia de pago (15%) y otros, como problemas con el seguro privado, no disponer o haber perdido la tarjeta sanitaria, miedo del paciente a volver por si le hacían pagar la medicación, o dificultad de acceso por problemas económicos.

Solo el 26% de los médicos refirieron que en sus hospitales se habían puesto en marcha medidas extraordinarias para atender a esta población, entre las que apuntaron la necesidad de autorización directa por la Dirección Médica del centro, trámites específicos a partir del servicio de atención al paciente, a través de los trabajadores sociales o servicios sociales de la CCAA, el acuerdo entre los médicos y otros trabajadores sanitarios para seguir prestando la asistencia médica, o la atención o reingreso por urgencias.

El 71% de los médicos mostraron asimismo en la encuesta su desacuerdo con el RD 16/2012. Los motivos principales de este desacuerdo fueron razones de tipo ético y humanitario, aunque también se ha resaltado el efecto negativo que tienen estas medidas sobre la salud pública y el gasto sanitario a largo plazo. Las opiniones favorables al RD 16/2012 se basaban en argumentos relacionados con la necesidad de regular el turismo sanitario, y en que hay que contribuir al erario público para ser beneficiario de prestaciones sanitarias.

### **ONG's**

Entre las ONGs implicadas en la atención de estas personas, la opinión sobre el impacto del Real Decreto es aún más desfavorable. En relación con la atención y seguimiento de los pacientes infectados por el VIH en situación irregular atendidos por las ONG, el 46% de los encuestados reconocieron que habían tenido dificultades con la asistencia sanitaria siempre o con frecuencia. Igualmente, el 50% de los pacientes no fueron atendidos o no se les prestó atención con frecuencia según los supuestos del RD. Asimismo, se interrumpió el seguimiento, tratamiento o ambos en el 21% siempre o con frecuencia.

Los motivos aducidos por las ONG en los casos de interrupción del seguimiento o del tratamiento antirretroviral fueron: la exigencia de pago (33%), la imposibilidad de citar a los pacientes (25%), la no dispensación de medicación por parte del hospital (21%) y otros, como no disponer de tarjeta sanitaria, o los trámites necesarios para conseguir la atención (no conocidos por el paciente ni por el personal sanitario). Todos los encuestados, salvo dos, que no sabían/no contestaron, respondieron no estar de acuerdo con el RD.

### **Disparidad entre autonomías**

Según el estudio de GeSIDA, el impacto del RD 16/2012 hubiera sido mayor de no haber sido por las indicaciones explícitas dadas en algunas comunidades (al menos en seis, Andalucía, Asturias, Extremadura, Galicia, Madrid y País Vasco) de mantener la continuidad asistencial y terapéutica en los pacientes que ya estaban en seguimiento, tendencia que parece haberse seguido en la mayoría de las CCAA. “Este es el principal factor que ha evitado el cambio dramático en la morbilidad que era esperable si se hubiese implantado el RD 16/2012 de manera estricta, aunque eso no ha evitado que tanto médicos como ONG hayan detectado problemas de acceso a la asistencia y al tratamiento en este grupo de pacientes, incluso en CCAA con normativa explícita”, subraya la investigación.

El estudio de GeSIDA señala no obstante que la diversidad de normativas que se han puesto en marcha en este periodo, así como la complejidad administrativa que conlleva regularizar la situación en los casos en que se tiene derecho a ello, ha supuesto una nueva barrera de acceso. “La solicitud de documentación en los países de origen (como los certificados de renta) es en muchas ocasiones un obstáculo infranqueable para gran parte de la población inmigrante. Esto ha mejorado en algunos casos, como en la Comunidad Canaria, por la aparición de modificaciones de normativa para flexibilizar los requerimientos de documentación, aunque esta flexibilización no se ha producido en todas las comunidades. La barrera administrativa se incrementa por la necesidad de renovar anualmente la solicitud, aportando nuevamente la documentación, un requerimiento prácticamente universal en las distintas CCAA”, señala el estudio.

Los autores de la investigación manifiestan asimismo que la publicación del documento «Intervención Sanitaria en situaciones de riesgo para la Salud Pública», “aunque tardía (se ha publicado casi 2 años después del RD 16/2012), parece un paso importante para racionalizar los procesos asistenciales en el caso de las enfermedades con impacto en la salud pública (y en concreto en lo referente a la infección por VIH/sida)”. Sin embargo, agregan, “sigue generando problemas por la lentitud de algunas CCAA a la hora de implementarlo y difundirlo”.

Asimismo, el informe pone de manifiesto que un factor agravante añadido con este tipo de estrategias de derecho a la asistencia en función de enfermedades es la necesidad de que previamente sean diagnosticadas, algo muy difícil si se limita el acceso a la atención primaria. La mayoría de los documentos elaborados por las CCAA establecen el derecho a la asistencia ante la sospecha de padecer la enfermedad transmisible, pero difícilmente se puede sospechar algo en una persona que no puede

acceder al sistema sanitario. En estos casos, lo más probable es que gran parte de los diagnósticos se establezcan en los servicios de urgencias, es decir, en pacientes muy sintomáticos, dificultando el diagnóstico y el tratamiento precoz, que es fundamental tanto para el control de muchas de las enfermedades como para evitar su transmisión (como en el caso de la infección por VIH, o la tuberculosis).

“En resumen, la respuesta de las CCAA frente a una normativa sanitaria tan restrictiva para el colectivo de inmigrantes en situación irregular como es el RD 16/2012 ha sido muy heterogénea, contribuyendo escasamente en algunos casos a paliar el efecto negativo del RD. Una compleja burocracia para acceder a los beneficios ofrecidos por algunas CCAA, a menudo inaccesible para los sujetos más vulnerables por razones económicas, culturales o de lenguaje, y la falta de información al colectivo sanitario tampoco han contribuido a mitigar esta realidad. El resultado final, a tenor de los datos expresados en este estudio, es que el RD 16/2012 ha tenido un impacto negativo en la calidad de la práctica asistencial, que incluso en ocasiones no pudo aplicarse según lo contemplado por la ley, y ha generado la existencia de profundas inequidades en el territorio nacional”, concluye el informe.

**Para más información:**

**Gabinete de comunicación de GeSIDA: Manuela Hernández / Tomás Muriel (95 462 27 27 / [mhernandez@euromediagrupo.es](mailto:mhernandez@euromediagrupo.es) / [tmuriel@euromediagrupo.es](mailto:tmuriel@euromediagrupo.es))**