

SANITAT

MANUAL PER COMBATRE RUMORS I ESTEREOTIPS
SOBRE LA DIVERSITAT CULTURAL A BARCELONA

2. ÀMBIT SANITARI



Ajuntament de
Barcelona

Edició: 2013

Comissionat d'Immigració i Acció Comunitària

Miquel Esteve i Brignardelli

Director de Serveis d'Immigració i Interculturalitat

Ramon Sanahuja

Redacció i maquetació

D-CAS (Col·lectiu d'Analistes Socials)

Raquel Moreno

Sarai Samper

José Antonio Moreno

Col·laboradors i fonts (per ordre alfabètic)

Rodrigo Araneda

Rafa Crespo (CEAR)

Davide Malmusi (Agència de Salut Pública de Barcelona)

Mònica Miró (Regió Sanitària Barcelona)

Rosa Puigpinós i Riera (Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona)

Immaculada Vallverdú (Regió Sanitària Barcelona)

José Vázquez (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMFYC)

Miquel Àngel Viciano (Regió Sanitària Barcelona)

Programa BCN Interculturalitat
Estratègia BCN Antirumors
Direcció d'Immigració i Interculturalitat
Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports
Ajuntament de Barcelona
Passeig de Sant Joan, 75, primera planta
08009 Barcelona
Tel.: 93 256 46 29
interculturalitat@bcn.cat
www.interculturalitat.cat
www.bcnantirumors.cat

EXPOSICIÓ DELS RUMORS

SATURACIÓ I PÈRDUA DE QUALITAT

“Si jo tinc un hospital amb 500 places i hi accedeixen 1.000 persones, de les quals 500 vénen de fora, doncs es col·lapsarà l’hospital.”¹

La immigració ha provocat un deteriorament dels serveis públics: un 14,3% hi està molt d’acord, un 31,7% hi està bastant d’acord, un 27,7% poc d’acord i

“L’hospital que hi ha a Vic és el que hi ha des de fa 25 anys. És un hospital comarcal, ve gent de fora i també immigrants de fora, de poblets de la vora de Vic. Què ha passat amb aquest hospital? Era un hospital de cinc estrelles i ara s’ha quedat amb molt poques estrelles. Amb tanta gent, és impossible que els atenguin. Tenen els mateixos mitjans i arriba aquesta allau de gent. Quan n’hi havia un 8% no passava res, però ara, amb un 25%, és impossible... Jo ja els hi vull, però és que n’hi ha molts.”³

“La gallina dels ous d’or s’ha acabat i la sanitat no pot ser gratuïta per a les persones que no contribueixen a les arques de l’Estat, a cotitzar en Seguretat Social i impostos. Aquest país ja no és el que era.”⁴

“Si un immigrant sense papers lloga un habitatge, doncs que també pagui per la targeta sanitària i contribueixi així al sistema de salut.”⁵

NO CONTRIBUEIXEN AL FINANÇAMENT

1. Enric Palau, número 2 de la candidatura Plataforma per Catalunya a les eleccions de 2011. Comentari que va dir en l’últim míting de la campanya, emès en directe a Esplugues Ràdio FM el dia 20 de maig de 2011.

2. Enquesta que apareix a *Arran de Vic*, debat al Banda Ampla emès a TV3 el dia 20 de gener de 2010, l’enquesta, segons els presentadors, compleix les requisits que exigeix l’estadística per considerar-la representativa.

3. *Arran de Vic*, debat al Banda Ampla emès a TV3 el dia 20 de gener de 2010, la cita prové d’una dona vigatana present a plató on es desenvolupa el debat.

4. *Especial informatiu ¿Inmigrantes y sanidad compatibles?*, informatiu emès a Intereconomía el 12 de maig de 2012. Aquest comentari l’expressa una veu en *off* que prové de la presentadora de l’informatiu, Teresa Fernández (el vídeo es pot trobar a YouTube).

5. “Los sinpapeles deben de pagar la sanidad”. Article publicat a l’edició digital de l’*ABC* el dia 9 d’agost de 2012. El comentari prové d’un senador del PP, Sebastián García.

TURISME SANITARI

“El govern ha tret un dels incentius més importants que atreu persones immigrades al nostre país, la sanitat gratuïta. S’ha acabat el turisme sanitari.”⁷

“Tranquils, allò dels menús per als musulmans ja està arreglat. L’any passat, que va estar la meva mare ingressada i per desgràcia no es va recuperar, el menú per a tots en comptes d’arròs era cus cus o com es digui. Això a Heïda.”⁹

MALALTIES IMPORTADES

“Almenys que serveixi perquè corri la veu, perquè aquest país ja era una conya amb intervencions quirúrgiques d’elevadíssim cost a persones que no han cotitzat un cèntim en el fràgil sistema sanitari. A veure si acabem amb aquests desplaçaments de persones amb finalitats mèdiques by the face a costa de les nostres butxaques, encara que els polítics abans pateixen d’úlcera que dir alguna cosa tan elemental i de sentit comú, un vot val més que una veritat. Que falsos.”⁶

“Fan més cas als immigrants que a nosaltres els catalans o espanyols... I més estona de consulta, si els pregunten coses els hi expliquen. A nosaltres... com quan els preguntem no ens ho expliquen; és com que ja passen de nosaltres.”⁸

TRACTE DE FAVOR

“Un Estat ha de tenir fronteres i ha de tenir un règim establert d’entrada de persones (...). Estàvem parlant quan la invasió, perquè allò va ser una invasió de pasteres (...). I l’efecte que pot tenir en la població canària i en el turisme a Canàries... Són situacions de risc potencial que cal controlar.” (Fa referència a malalties.)¹⁰

“Malalties eradicades fa dècades, com la lepra, la tuberculosi, el paludisme, l’escarlatina, el xarampió, etc. estan reapareixent gràcies a la falta de control que hi ha a les fronteres i aeroports. Haurien de fer-se revisions mèdiques com a requisit obligatori per entrar a Espanya.”¹¹

6. Comentari d’un lector de *La Vanguardia* a “Los inmigrantes sin papeles pierden hoy su derecho a tener tarjeta sanitaria en España”, article publicat a l’edició digital de *La Vanguardia* el dia 1 de setembre de 2012.

7. *Especial informativo ¿Inmigrantes y sanidad compatibles?*, informatiu emès a Intereconomía el 12 de maig de 2012.

Aquest comentari l’expressa una veu en *off* que prové de la presentadora de l’informatiu, Teresa Fernández (el vídeo es pot trobar a YouTube).

8. *Arran de Vic*, debat al Banda Ampla emès a TV3 el dia 20 de gener de 2010. La cita prové d’una dona vigatana que es troba a la sala d’espera d’un ambulatori.

9. Comentari d’un usuari a “Pacientes musulmanes en hospitales. Lacre”. Entrada d’un fòrum de la web ForoCoche creat pel usuari 251113, invitat l’agost de 2009.

10. Ignacio González, president del Centro Nacionalista Canario, a “Los inmigrantes traen enfermedades infecciosas”. Vídeo penjat a YouTube per l’usuari Guanchetuerto el dia 28 de juliol de 2011.

11. Comentari d’un lector de www.alertadigital.com a “La mayoría de los infectados son extranjeros: la lepra reaparece en España”. Article publicat a www.alertadigital.com el dia 24 d’octubre de 2012.

LA RADIOGRAFIA DEL RUMOR

Gran part dels rumors que hem trobat fan referència de manera directa o indirecta a la saturació del sistema sanitari. Aquesta vindria donada per la impossibilitat de fer front a la “càrrega addicional” que suposa l’arribada desproporcionada de població immigrada durant els últims anys. “Amb els mateixos mitjans, i arriba aquesta allau de gent. (...). Jo ja els hi vull, però és que n’hi ha molts”. Segons aquests rumors la causa no es troba tant en el desequilibri entre els recursos disponibles i les necessitats de la població, sinó en l’arribada d’una població que no sembla tenir els mateixos drets. La conseqüència directa és el deteriorament dels serveis públics i, com a causa principal, la immigració.

Els rumors que apunten a la raó per la qual el dret a l’assistència sanitària no ha de ser igual per a tots fan referència a temes de finançament. Aquests rumors donen per suposat que la despesa pública d’atenció sanitària prové dels ingressos obtinguts per mitjà de les cotitzacions socials, és a dir, dels impostos directes. Per tant, les persones en situació administrativa irregular, atès que no estan donades d’alta a la Seguretat Social, no contribueixen al finançament del sistema sanitari. De fet, esmenta directament l’atenció als immigrants com la causa principal dels problemes de finançament i posterior desmantellament del sistema sanitari. La conseqüència directa és la consideració que l’atenció mèdica no ha de ser un dret universal, sinó que ha d’estar restringit a les persones que contribueixen a la Seguretat Social i, per tant, que estan en situació administrativa regular.

Alguns dels rumors van més enllà i apunten que és l’atenció sanitària “gratuïta” el principal factor d’atracció de la immigració. Així, els canvis normatius es consideren positius com a manera de frenar els fluxos migratoris dels propers anys: “Que corri la veu”. D’altra banda, també es pot desprendre la interpretació que les persones que arriben al nostre territori són les que tenen un estat de salut pitjor i menys ingressos econòmics, aquelles que no poden fer front a les despeses sanitàries als seus països d’origen i que decideixen emigrar com a estratègia per rebre assistència mèdica.

Com en altres àmbits, i segons els rumors, la mateixa administració sembla tenir un cert tracte diferencial cap a aquesta població, proveint especial atenció i fent cas a exigències no legítimes. Així, es considera que els immigrants “abusen” d’un servei que se’ls dona de manera gratuïta, no com a dret adquirit, sinó com a concessió paternalista. Així, no es consideren lícites les demandes que puguin tenir, sinó una imposició o exigència desproporcionada.

Finalment, alguns rumors fan al·lusió al fet que durant els darrers anys al nostre país han aparegut moltes malalties i infeccions a causa de l’arribada de persones immigrades. Això dona per descomptat que algunes d’aquestes persones emigren estant ja malaltes i que són portadores de

La percepció és que la immigració està provocant la saturació dels centres de salut pública i el deteriorament general del servei. Els immigrants irregulars no haurien de tenir assistència sanitària perquè no contribueixen al seu finançament. Per tant, no haurien de ser ciutadans amb els mateixos drets que la població autòctona.

Els canvis normatius i, per tant, les restriccions d’accés, frenaran el turisme sanitari que fins al moment havia estat el principal factor d’atracció de poblacions més desfavorides amb pitjor estat de salut i portadores de malalties infeccioses ja eradicades al nostre país.

malalties infeccioses que s'expandeixen a la nostra societat, cosa que suposa un perill per a la població autòctona.

LA CONTRAARGUMENTACIÓ

Saturació del sistema sanitari

És cert que la presència de població immigrada als centres de salut s'ha vist incrementada com a conseqüència lògica de l'augment de població. Les preguntes que en tot cas ens hem de fer són si això suposa una sobrecàrrega per al sistema sanitari, i si la utilització d'aquests serveis es pot o no considerar com un abús.

El primer que podem dir és que l'assistència sanitària és un dret reconegut a la **Declaració Universal dels Drets Humans**, i que queda reflectit a l'article 25:¹

Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri la seva salut, el seu benestar i el de la seva família, especialment quant a alimentació, a vestit, a habitatge, a atenció mèdica i als necessaris serveis socials; tota persona té dret a la seguretat en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduïtat, vellesa o en altres casos de pèrdua dels mitjans de subsistència a causa de circumstàncies independents de la seva voluntat. La maternitat i la infantesa tenen dret a una ajuda i a una assistència especials. Tot infant nascut en el matrimoni o fora d'ell frueix d'igual protecció social.

És lògic que les ABS reflecteixin la diversitat de les seves àrees d'influència quant a edat, sexe i nacionalitat. Davant l'augment de població, el sistema sanitari té el repte d'adaptar-se a les necessitats de les persones garantint el dret a la salut de la ciutadania.

La proximitat és un dels criteris d'assignació dels recursos sanitaris, l'anomenada àrea d'influència. Per tant, és lògic que les sales d'espera de les àrees bàsiques de salut (ABS) reflecteixin la composició diversa quant a edat, gènere i nacionalitat del barri o municipi on estan ubicades. D'altra banda, el Sistema Nacional de Salut té al davant el repte d'oferir a totes les persones que ho necessiten la millor cobertura possible. Fer front als nous corrents demogràfics, a més de fer-ho de manera eficaç, passa per millorar les eines de gestió de recursos i insistir en les polítiques preventives. Així, cal calibrar els serveis d'acord amb la nova necessitat poblacional. En els tres últims anys Catalunya ha experimentat un creixement com no s'havia vist en un espai tan curt de temps, i aquesta pressió es reflecteix en els serveis, que han de reaccionar

per atendre les necessitats d'una població més gran, independentment del seu origen, garantint el dret a la salut de la ciutadania.

Són molts els estudis que han analitzat l'afluència de la població immigrada als serveis sanitaris i la comparen amb la població autòctona per tal d'esbrinar si hi ha pautes diferencials en la seva utilització. La gran majoria dels estudis consultats parlen d'una utilització menor d'aquest

1. Consultable a:

http://www20.gencat.cat/docs/cooperaciocatalana/Continguts/04Normativa/05Legislacio_internacional/Recursos%20legislacio%20internacional/declaracio_dh_cat.pdf

tipus de serveis per part de la població immigrada^{2,3,4,5,6,7}. Ara bé, des del nostre punt de vista, hi ha un ampli ventall de factors que influeixen en la utilització dels serveis sanitaris d'atenció primària. No és possible atribuir únicament a l'origen de l'immigrant un patró de comportament determinat quant a la utilització dels serveis de salut. És una combinació d'elements socioeconòmics (hàbits i condicions de vida, formació, ocupació, cultura i creences) i demogràfics (edat) inherents a l'individu el que permet explicar aquesta utilització. Però, atès que algunes de les informacions poden semblar fins i tot contradictòries, cal anar a pams per intentar exposar les dades més rellevants i presentar-les de manera entenedora.

El primer que ens crida l'atenció són els resultats de l'última Enquesta de Salut publicada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Segons aquest document, el 79% de les persones immigrades consultades van visitar un professional sanitari o sociosanitari per motius de salut (excepte hospitalització i urgències). Aquesta és una dada significativament superior al 73% que representava la població autòctona. Així podríem extrapolar una utilització superior dels serveis sanitaris per part de la població estrangera. Ara bé, aquesta és una informació que presenta limitacions importants. Si el que volem esbrinar és la càrrega que comporta la utilització dels serveis sanitaris per part d'aquesta població, la informació més rellevant no seria tant si durant l'últim any la persona va anar al metge o no, sinó quantes visites hi va fer. En aquest sentit, ens agradaria fer referència a dos estudis publicats els anys 2009 i 2011 que estan basats no en resultats d'enquestes, sinó en les visites realitzades, en relació amb tota la població de referència de diversos centres d'atenció primària a zones amb alts percentatges de població immigrada de Saragossa.^{8,9}

Tot i que parlem constantment de població estrangera i autòctona en aquest i altres documents, pensem que no es pot atribuir a la nacionalitat la causa d'una utilització diferencial dels serveis sanitaris. És una combinació d'elements socioeconòmics i demogràfics el que permet explicar les diferències principals.

2. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979–2003. *Int J Epidemiol.* 2006; 35: 903-19.

3. Cots F, Xastells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la població immigrant en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002; 16: 376-84.

4. Razum O. Commentary: of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol.* 2006; 35: 919-21.

5. Sánchez Sánchez RM, Torres Serna MT. Frecuentación y patologías más comunes de la población inmigrante en un consultorio de atención primaria. *Centro de Salud.* 2002; 10: 606.

6. Soler-González J, Serna Arnaiz C, Rue Monne M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Cano J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria.* 2008; 40: 225-31.

7. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandee B, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can J Public Health.* 2004; 95: 122-6.

8. Gimeno-Feliu, Luis Andrés et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autòctona en atención primaria: ¿quien consume más servicios? *Atención Primaria*, 43, 10, 2008.

Calderón-Larrañaga et al. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System, *BMC Public Health* 2011.

9. El punt fort d'aquests estudis és sens dubte la metodologia emprada en analitzar expedients mèdics i ponderar els casos per edat i sexe. En l'estudi del 2009 es van analitzar un total de 23.127 casos. En l'estudi de 2011 es fa referència a 69.067 casos. El punt feble és que aquests estudis es van realitzar a centres d'atenció primària de

En tots dos estudis les conclusions apunten a una utilització menor dels serveis sanitaris per part de la població immigrada en totes les franges d'edat, sexe i país de procedència. El primer, publicat l'any 2009, reflecteix que el nombre de visites anuals entre persones estrangeres adultes va ser de 2,8 de mitjana, en canvi, entre la població de nacionalitat espanyola va ser de

La població estrangera fa servir els serveis sanitaris com qualsevol altre ciutadà, però ho fa amb menys freqüència. Aquesta menor intensitat en la utilització es dona a totes les franges d'edat, en tots dos sexes i independentment del país de procedència.

4,7. En el cas dels infants va ser de 4,8 i 7,1, respectivament. Aquestes diferències no són efecte del major pes de la gent gran entre la població autòctona, sinó que es dona a totes les franges d'edat i a tots dos sexes. Els resultats d'aquest estudi evidencien de manera clara que la població immigrant fa un ús menor que l'espanyola de l'atenció primària, per a totes les franges d'edat, sexe i país de procedència. Aquesta menor utilització està present tant a les consultes de pediatria com a les de metge de família. L'estudi publicat el 2011 arriba a resultats semblants amb gairebé 2 visites menys anuals per als nens i 4 visites anuals menys per als adults.

Altres estudis complementen aquesta informació pel que fa, per exemple, a les visites a especialistes o dentistes. Així, una enquesta publicada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona l'any 2008 constata com la utilització d'aquest tipus de serveis per part dels immigrants de països en vies de desenvolupament és menor. El mateix podríem dir d'altres indicadors com el consum de medicaments i l'hospitalització. En aquests casos, i segons l'enquesta publicada el 2012 pel Departament de Salut de la Generalitat, podem detectar una medicalització menor de la població estrangera. El 66,8% de les persones enquestades de nacionalitat espanyola havia pres un o més medicaments en els darrers dos dies, davant del 47,7% de la població estrangera enquestada. De la mateixa manera, el percentatge de persones hospitalitzades és molt menor entre els immigrants (5,6%) que no pas entre els espanyols (8,1%). En aquest sentit, un altre estudi elaborat per l'Hospital 12 de Octubre a Madrid ens parla no només de la menor hospitalització, sinó també del cost que aquestes hospitalitzacions tenen per al sistema sanitari. Segons aquest estudi, el cost mitjà d'un ingrés hospitalari d'una persona de nacionalitat espanyola és de 6.759 €, mentre que el d'una persona estrangera és de 4.710 €. La variació del cost està directament relacionada amb la gravetat dels casos.

La població estrangera, en comparació amb l'autòctona, visita menys els especialistes, fa servir menys medicaments i és hospitalitzada en menys ocasions i amb costos més baixos.

Aquests són uns resultats que de fet podrien resultar contradictoris amb altres estudis que relacionen estat de salut amb nivell socioeconòmic.^{10,11} Segons això, hauríem de suposar que la pitjor situació laboral i econòmica, que afecta més la població immigrada, tindria un reflex directe en un estat de salut pitjor i, per tant, en la necessitat d'una utilització més alta dels serveis sanitaris. Ara bé, segons un estudi publicat el 2011¹², l'estat de salut de la població estrangera és significativament millor que la dels ciutadans autòctons en totes les franges d'edat. La principal raó és l'efecte de la "migració saludable".^{13,14,15} Es tracta d'una conseqüència del procés d'autoselecció, que exclou les persones malaltes i amb discapacitat, i inclou aquelles amb altes capacitats i motivacions personals. En aquest sentit, l'enquesta realitzada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya per a l'any 2012 dona compte de com el percentatge de persones amb malalties o problemes de salut crònics és inferior entre la població estrangera (18,7%) respecte a la població de nacionalitat espanyola (36,9%). De la mateixa manera, el percentatge de persones amb limitació greu o discapacitat també és significativament inferior (4,9% i 15,6% respectivament). Aquest estat saludable dels immigrants d'alguna manera justifica la menor utilització dels serveis sanitaris entre aquests col·lectius. De fet, davant la mateixa càrrega de morbiditat, i per tant el mateix nivell de salut, no hi ha patrons diferencials d'utilització dels serveis sanitaris entre la població estrangera i l'autòctona.

L'estat de salut de la població estrangera és significativament millor que la del conjunt de la població en totes les franges d'edat. Les persones que emigren són les més fortes i saludables de les seves comunitats i s'exclouen aquelles que poden tenir alguna limitació, malaltia o discapacitat.

Tot i que per a nosaltres l'efecte de la "migració saludable" seria el principal factor explicatiu, també volem posar en relleu altres explicacions que aquests estudis recullen i que ens ajudarien a entendre aquesta diferència quant a utilització.

Un d'aquests factors explicatius es basa en els diferents concepte i actitud davant la salut i la malaltia. En diversos estudis s'ha constatat una percepció superior de bona salut en població estrangera¹¹, que condicionaria una freqüentació menor, mentre que la societat occidental està cada vegada més medicalitzada. Aquest aspecte vindria fonamentat per la diferent freqüentació que hem trobat segons la zona de procedència (per exemple, les persones originàries d'Europa de l'Est tenen una freqüentació d'1,6, mentre que la dels llatinoamericans

10. Pérez MA, Moreno VM, Puerta DR, Martínez YG, Vicario IH, Ceruelo EE, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. Gac Sanit. 2007; 21: 219-26.

11. Regidor E, Martínez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Domínguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 183.

12. Calderón-Larrañaga et al. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System, BMC Public Health 2011.

13. Gushulak B. Healthier on arrival? Further insight into the "healthy immigrant effect". CMAJ 2007, 176 (10): 1439-1440.

14. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. Int. J Epidemiol 2006, 35 (4): 903-919.

15. Singh GK, Miller BA. Health, life expectancy, and mortality patterns among immigrant populations in the United States. Can J Public Health 2004, 95 (3): 114-21.

és de 3,2¹⁶), la qual cosa expressa una certa heterogeneïtat en el comportament dels immigrants. En aquest punt no podríem afirmar si l'adequació de la població immigrant en l'ús de l'atenció primària és més correcta que la de la població espanyola.

La salut i la malaltia són conceptes construïts socialment, i per tant varien molt segons l'entorn sociocultural. En general, les persones que decideixen emigrar per raons de feina podrien tenir un concepte més «utilitarista» de la salut, associada a la capacitat de poder treballar. Les activitats preventives, tant en nens com en adults, podrien no ser prioritàries per a ells, en no ser reconegudes com a necessitats, almenys els primers anys d'estada. D'altra banda, l'assistència sanitària dels països de procedència dels immigrants presenta en general importants deficiències, que fan relegar-la a aquells processos considerats més greus, i solucionar diversos trastorns amb remeis casolans o autocures. Aquest costum pot perdurar una vegada han arribat a Catalunya, especialment en els primers anys d'estada. Amb el pas del temps, l'immigrant podria adaptar-se i assimilar la cultura de més consum sanitari del nostre país.

D'altra banda, hem de tenir en compte l'imaginari entorn de l'eficiència del sistema sanitari a Catalunya, que té molt a veure amb creences. Algunes de caire més aviat cultural i d'altres relacionades amb comparar el tipus d'atenció als països d'origen amb la rebuda aquí. Per exemple, a països llatinoamericans és habitual que el/la metge de capçalera dugui a terme una revisió més acurada amb tasques que aquí habitualment es fan des d'infermeria (prendre la tensió, pesar i mesurar el pacient, entre d'altres). Així, les visites es poden allargar molt més temps. D'aquí que algunes persones llatinoamericanes puguin considerar que l'atenció rebuda no és de qualitat. D'altra banda, a països com la Xina l'atenció sanitària no només fa una avaluació dels símptomes per determinar la malaltia i el posterior tractament, sinó que es fan més preguntes i s'avalua de la mateixa manera l'estat anímic de la persona. Tanmateix, el tractament de les malalties acostuma a tenir en compte remeis naturals i no només el consum de medicaments. Finalment, hem de tenir molt presents les barreres idiomàtiques que dificulten la comunicació entre metge i pacient, i que poden afectar tant la comoditat de la persona usuària durant la consulta com l'efectivitat de la diagnosi i el tractament posterior de la malaltia. Fins i tot parlant la mateixa llengua, la utilització d'unes paraules o altres i el significat que s'hi atorgui pot afectar el tracte i la comprensió entre el/la professional sanitari i la persona usuària. Tot plegat pot crear desconfiances i malentesos que afectin també la menor utilització del servei. En aquest sentit, algunes persones opten per realitzar revisions mèdiques quan van a visitar la família als seus països d'origen o

És possible que les diferències quant a la concepció de la salut i la utilització dels serveis sanitaris es donin especialment durant els primers anys d'estada. A mesura que passi el temps i en segones i terceres generacions és probable que s'apropin més a les maneres de fer de la població d'acollida, més medicalitzada i amb un consum sanitari superior.

En alguns casos es poden donar certes desconfiances atès que hi ha diferències entre els països en la manera d'atendre els pacients i tractar les malalties. La utilització de llengües o paraules diferents també pot crear incomoditats o recels.

16. Gimeno-Feliu, Luis Andrés et al. Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quien consume más servicios? Atención Primaria, 43, 10, 2008.

fins i tot opten per tornar-hi quan s'assabenten que podrien tenir una malaltia greu o necessiten una intervenció quirúrgica.

Els resultats que hem presentat fins al moment fan referència a la comparativa entre persones de diferent origen però de la mateixa edat i sexe. Ara bé, si hem de valorar si l'atenció a persones estrangeres suposa o no una càrrega per al sistema sanitari, i si se'n pot considerar causa de la saturació, hem de tenir molt en compte un altre aspecte: parlem d'una població molt jove en comparació amb la població autòctona. A mesura que augmenta l'edat també augmenten els problemes de salut i per tant la utilització del sistema sanitari. Així, la despesa sanitària augmenta de manera sobtada en l'atenció de persones majors de 50 anys. No només per l'increment en la freqüència de les visites, sinó també perquè els casos són més greus. Si tenim en compte que la població estrangera té una mitjana d'edat molt inferior a la població autòctona (entre 25 i 39 anys i entre 40 i 64 anys respectivament) i que el percentatge de població de més de 65 anys és poc més del 2%, mentre que la població autòctona arriba a més del 24%, podem concloure que la utilització que fan del sistema sanitari és significativament menor al pes relatiu que representen per al conjunt de la societat.

D'altra banda, tal com es va posar de manifest el 2007 en un congrés nacional organitzat per la Societat Espanyola de Medicina Familiar y Comunitària, mai una xifra inferior al 10% dels usuaris

La medicina preventiva que avui dia s'aplica fa augmentar el nombre de proves complementàries. Això està fent augmentar uns costos que no estan en línia amb els recursos humans i econòmics disponibles. És això el que està provocant el col·lapse del sistema sanitari i no l'atenció a la població estrangera, que tot just representa el 10% del conjunt d'usuaris.

d'un servei pot col·lapsar-lo. En opinió d'alguns experts, la causa d'aquesta situació es troba en "un col·lapse crònic, provocat per una falta d'inversió adequada en concordança amb l'avenç tecnològic". Cada vegada més es fan servir proves complementàries per a la realització de diagnòstics i per ajustar els tractaments, ara bé aquest augment no està en línia amb els recursos humans i econòmics existents, situació que es generalitza per a tot el sistema sanitari nacional. Segons aquestes opinions, la medicina preventiva que s'aplica avui dia és la correcta, i obliga a prendre precaucions a través del desenvolupament de proves complementàries. Per tant, es tracta d'una situació "intrínseca a la medicina i no té a veure amb la immigració".¹⁷

A mesura que ens fem grans la salut es deteriora. Així doncs, són les persones de més edat les que comporten més despesa per al sistema sanitari. Només el 2% de la població estrangera, és a dir, 2 de cada 100 persones, té més de 65 anys. En canvi, per a la població autòctona aquest percentatge és del 24%.

17. Movimiento Canario por la Paz. ¿Los inmigrantes son la causa de la sobrecarga de los servicios sanitarios públicos? Disponible a: <http://internacionalpacifista.org/mediateca/upload/informeserviciosanitarios.pdf>

*No contribueixen al finançament*¹⁸

L'assistència sanitària pública és un dels pilars principals que fonamenten el nostre estat del benestar, reconegut com a dret per la mateixa Constitució a l'article 43. La seva universalització a baix cost, en comparació amb altres models sanitaris occidentals, l'han convertit en un model exemplar estudiat per la comunitat internacional.

La universalització del sistema sanitari es va produir el 1986, amb la promulgació de la Llei general de Salut (LGS, art. 1.2) i la creació del Sistema Nacional de Salut. Fins aleshores, l'assistència sanitària era considerada una prestació contributiva, és a dir, només la rebien aquelles persones que cotitzaven a la Seguretat Social. A la mateixa llei es va produir una descentralització de la gestió del sistema sanitari.¹⁹ El finançament dels serveis prestats per les comunitats autònomes provindria dels pressupostos generals de l'Estat destinats a les comunitats autònomes (art. 82).

Amb la Llei de consolidació i racionalització del sistema de seguretat social aprovada per les Corts l'any 1997 es va introduir un canvi en el model de finançament del sistema sanitari. L'article 1 va establir que:

L'acció protectora de la Seguretat Social, en la seva modalitat no contributiva i universal, es finançarà mitjançant aportacions de l'Estat al pressupost de la Seguretat Social sense perjudici del que estableix l'article 10.3, primer incís, d'aquesta llei²⁰ (...).

Més endavant, l'article considera les prestacions i els serveis d'assistència sanitària, excepte els que deriven d'accidents laborals o malalties professionals, com a prestacions de naturalesa no contributiva; per tant, des de l'aprovació de la llei, el finançament de l'assistència sanitària prové una part de l'aportació de l'Estat als pressupostos de la Seguretat Social i, majoritàriament, de les aportacions de l'Estat als pressupostos de les comunitats autònomes, i no de les cotitzacions.²¹

Dit això, podem desmentir la idea que les persones immigrades que estan en situació administrativa irregular no contribueixen a pagar el sistema

Des de 1997 el finançament de l'assistència sanitària prové dels impostos i no de la Seguretat Social. Per tant, des del moment que consumeix i compra, qualsevol persona està contribuint a finançar aquest sistema. Estigui treballant o no, estigui regularitzada o no.

18. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografia en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Martínez Azuar J, Martínez Serrano A. Las cotizaciones a la Seguridad Social en los países de la Unión Europea. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, número 34, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones, 2002.

19. Vegeu l'article 41 i capítol II (art. 49-55).

20. Fa referència al Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny.

21. El 2009 les comunitats autònomes van rebre 58.960,3 milions d'euros per la prestació d'assistència sanitària mentre que la Seguretat Social va rebre 1.824,4 milions (Ministeri de Sanitat i Política Social. Centre de Publicacions, 2010: 16).

sanitari. Des del moment que consumeixen i compren, per exemple, una simple barra de pa, contribueixen a donar recursos a l'Estat que s'utilitzaran per fer els pressupostos generals i que poden acabar a les partides destinades a la prestació de serveis sanitaris. A més, si acceptem que el pagament de la Seguretat Social és requisit imprescindible per gaudir de la sanitat pública, hi tindrien dret els aturats? Què passaria amb totes aquelles persones, estrangeres i autòctones, que treballen en l'economia submergida?

Per què moltes persones pensen que el finançament del nostre sistema sanitari públic prové de les cotitzacions socials? Una de les raons és que així era fa més d'una dècada i molts encara no coneixen la reforma del finançament.

Turisme sanitari

Amb la crisi econòmica, un dels temes relacionats amb la sanitat que ha entrat a debat ha estat el turisme sanitari. Segons el govern central, aquest fenomen és el responsable d'ocasionar una despesa de més de 1.000 milions d'euros només en l'exercici econòmic de l'any 2009.²² Aquest va ser un dels arguments utilitzats per justificar el Reial Decret llei 16/2012 i la mesura de limitar l'assistència sanitària només a casos d'urgència i d'embaràs en les persones majors de 18 anys sense permís de residència. Per poder analitzar la veracitat dels rumors que relacionen la immigració amb el turisme sanitari cal respondre una sèrie de preguntes:

Què és?

El turisme sanitari²³ es pot definir com aquella activitat o fet de viatjar per rebre assistència mèdica. És un fenomen que sempre ha existit però que ha augmentat la seva intensitat arran dels processos de globalització i liberalització internacionals, els quals han facilitat l'intercanvi de béns i serveis entre països, així com els moviments migratoris.

Qui són els protagonistes?

Al nostre país, els principals protagonistes del turisme sanitari són els ciutadans de la Unió Europea que arriben en una situació administrativa regularitzada; per tant, és completament incorrecte vincular immigració "irregular" amb turisme sanitari. Segons una enquesta de l'Observatori Europeu de l'Accés a la Sanitat de Metges del Món sobre l'accés a la sanitat de les persones sense permís de residència, realitzada l'any 2008 en 11 països europeus, del 100% de les persones enquestades a Espanya només el 4,2% van esmentar la salut com la raó que els van fer emigrar.²⁴

*És un error vincular
Immigració irregular amb
turisme sanitari. Aquest
és molt minoritari i està
protagonitzat per
ciutadans de la Unió
Europea*

22. Declaracions de la ministra Ana Mato al Congrés dels Diputats el dia 17 de maig de 2012.

23. Hi ha acadèmics com Mathias Helbe que rebutgen aquesta expressió perquè consideren que dona per descomptat que aquestes persones, a més de voler rebre atenció mèdica, ho fan per plaer. Helbe afirma que les persones que viatgen per rebre atenció mèdica també ho poden fer per fer turisme però no tots. Així aquests autors prefereixen fer servir l'expressió "medical travelers".

24. Chauvin P, Parizot I i Simonnot N. El acceso de la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, 2009.

El cost que suposa el viatge i el manteniment de la persona interessada poden ser també arguments vàlids per posar en evidència la incongruència de pensar que l'assistència sanitària és el principal factor d'atracció de persones immigrades a Catalunya. Les principals nacionalitats extracomunitàries que hi ha a Barcelona són Pakistan, Xina, Equador i Bolívia. El cost d'un bitllet d'avió provinent d'algun d'aquests països només d'anada a Barcelona és el següent²⁵:

Origen	Destinació	Cost
Islamabad	Barcelona	433 euros
Pequín	Barcelona	368 euros
Quito	Barcelona	508 euros
La Paz	Barcelona	731 euros

La persona interessada a emigrar per motius sanitaris hauria de tenir uns recursos econòmics suficients que segurament ja li donarien accés a l'assistència sanitària privada al seu origen. Si es tractés d'una malaltia greu que pot requerir una intervenció quirúrgica, aquesta persona hauria d'acollir-se a una llista d'espera igual que qualsevol altre ciutadà, cosa que implicaria un cost de manteniment (lloguer, menjar i despeses varies) que es podria allargar durant mesos o anys. A més, en el moment d'entrar hauria d'assumir diferents riscos, com que li deneguessin l'entrada o la possibilitat d'acabar en un centre d'internament per a estrangers. Tots ells, costos i riscos que segurament suposen el desincentiu més gran i evidencien la incongruència de relacionar turisme sanitari amb immigració extracomunitària. De fet, és habitual que davant d'una malaltia greu les persones estrangeres optin per retornar als seus països d'origen si tenen allà els familiars més propers.

Els elevats costos i riscos que suposa emigrar són un desincentiu i evidencien la incongruència de relacionar immigració extracomunitària amb turisme sanitari.

Per què es practica el turisme sanitari?

Tal com assenyala la professora María José Cervell,²⁶ la creació de la ciutadania europea va obrir la porta a noves possibilitats no previstes prèviament com la de viatjar a un país membre per rebre assistència sanitària. Els ciutadans comunitaris ho troben avantatjós per rebre tractaments que no existeixen al seu país, una atenció més satisfactòria o eludir llistes d'espera.

25. Consultat a e-dreams durant el mes de març de 2013 i prenent com a referència l'opció més econòmica.

26. Cervell Hortal M. Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y liberada. *Cuadernos de Derecho Transnacional*, vol. 3, núm. 2, 2011.

Sota quines condicions els ciutadans comunitaris practiquen turisme sanitari?

A la Unió Europea, els reglaments (CEE) 140/71 i 574/2 regulen l'assistència sanitària dels ciutadans d'un Estat membre que es trobin en un altre. Segons la normativa:

- Els ciutadans assegurats d'un Estat membre que estiguin en un altre gaudiran de les mateixes prestacions sanitàries en espècie que els assegurats d'aquell país.
- Cada Estat membre haurà de recompensar econòmicament els altres Estats membres que hagin ofert assistència sanitària als assegurats que estan al seu càrrec.

La normativa europea regula l'assistència als ciutadans d'un Estat membre quan estiguin en un altre i estableix un mecanisme de compensació.

Malgrat que l'Estat obtingui transferències econòmiques per atendre sanitàriament ciutadans comunitaris, hi ha moltes opinions que consideren que aquest model empitjora la qualitat del nostre sistema sanitari. Com afirma Ramírez de Arellano,²⁷ els problemes són: el sistema de compensació resulta deficitari per a Espanya, els recursos que rep la Seguretat Social per prestar serveis no es destinen a finançar les necessitats d'aquests col·lectius, i la incapacitat dels centres públics per rebre ingressos extrapressupostaris. Tot i així, els darrers anys s'han produït reformes en el sistema de compensacions que milloren la situació financera d'Espanya. Per exemple, segons el Tribunal de Comptes,²⁸ el 2009 es va canviar la manera que el Regne Unit compensava Espanya per atendre a ciutadans anglesos. Abans, el Regne Unit compensava Espanya segons estimacions, i això va produir pèrdues estimades anualment de 20 milions d'euros en els exercicis de 2007-2008; a partir del 2009 la compensació no es realitza per mitjà d'estimacions, sinó per un sistema de costos efectius i despesa real.

Des del punt de vista de l'Administració, tenim problemes per destinar els recursos obtinguts per atendre ciutadans comunitaris als centres sanitaris que els han atès i els necessiten. No obstant, aquesta és una disfunció provocada per la normativa existent i no pels ciutadans, que el que fan es gaudir d'un dret reconegut. El mateix que tenen les persones de nacionalitat espanyola que actualment i en augment estan vivint en altres països europeus.

No obstant això, aquestes són disfuncions provocades per la mala gestió i la normativa existent, però no pels ciutadans europeus que gaudeixen d'un dret adquirit. D'altra banda, la bona sanitat pública espanyola és un argument a favor del turisme —la nostra principal exportació— especialment entre els jubilats europeus que es gasten la seva pensió a la costa. Així mateix, actualment hi ha moltes persones espanyoles que han emigrat a països europeus on també estan coberts per l'assistència sanitària d'aquests territoris.

27. Ramírez de Arellano A. La movilidad de pacientes en el contexto internacional, europeo y español. Revista Española de Economía de la Salud, vol. 5, núm. 1, 2006.

28. Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social. Tribunal de Cuentas, núm. 937, 2012.

Apunt sobre la reforma sanitària

El 20 d'abril de 2012 al Parlament espanyol es va aprovar un reial decret llei que havia de reformar el Sistema Nacional de Salut.²⁹ La justificació aportada per a la seva aprovació va ser acabar amb “un deute proper als 16.000 milions d'euros, que ha posat en risc de manera seriosa el nostre sistema sanitari públic”³⁰; una altra, més secundària però que a nosaltres ens interessa, és acabar amb el turisme sanitari que “ha ocasionat despeses indegudes per valor de més de 1.000 milions d'euros en un sol exercici econòmic, l'any 2009.”³¹ Així, les justificacions aportades per aprovar aquesta reforma normativa han ajudat a reforçar els rumors que acabem de contraargumentar i que relacionen cotització social amb finançament del sistema sanitari i turisme sanitari amb immigració “irregular”. Per la seva rellevància en el tema que ens ocupa, pensem que és adient fer cinc cèntims sobre aquest decret llei, quins són els canvis que introdueix i les peculiaritats i disfuncions en la seva aplicació al territori català.

Un dels articles que ha generat més polèmica és el primer, el qual modifica l'article 3 de la Llei 16/2003, del 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. El motiu és que restringeix el dret d'assistència sanitària pública, és a dir, acaba amb la universalitat del sistema. A partir del setembre de 2012 les persones que tenen dret a rebre assistència sanitària amb càrrec als fons públics són les que tenen la condició d'assegurats i aquelles que són beneficiàries de les persones assegurades.

Qui en queda exclòs?³² Persones estrangeres majors de 18 anys sense permís de residència i nacionals majors de 26 anys sense discapacitat o amb un grau inferior al 65% que mai no han estat d'alta en el Sistema de Seguretat Social.³³ Cal dir que d'aquests col·lectius els que es troben en una situació pitjor són els ciutadans estrangers no comunitaris sense permís de residència ja que, per a la resta (nacionals i comunitaris) hi ha mecanismes d'entrada per obtenir la condició d'assegurats si acrediten una situació econòmica precària;³⁴ en canvi, una persona immigrada sense permís de residència només pot obtenir la condició d'assegurats regularitzant la seva situació administrativa. La crisi econòmica actual pot empitjorar greument la situació; una persona no comunitària que hagi perdut el seu lloc de treball i es trobi en un període llarg d'atur pot perdre el permís de residència i, per tant, la cobertura sanitària.

A partir de l'aplicació del Reial Decret Llei 1192/2012, les persones que tenen dret a rebre l'assistència sanitària amb càrrec als fons públics són les que tenen condició d'assegurats i aquelles que són beneficiàries de les persones assegurades. Queden doncs excloses les persones estrangeres majors de 18 anys sense permís de residència i les nacionals majors de 26 anys sense discapacitat o amb un grau inferior al 65% que mai hagin estat d'alta al Sistema de Seguretat Social. Acaba així la universalitat del sistema sanitari espanyol.

29. El Reial Decret Llei 16/2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millora de la qualitat i la seguretat de les seves prestacions, es va aprovar amb el suport de 178 diputats.

30. Argumentació aportada per la ministra Ana Mato al Congrés dels Diputats el dia 17 de maig de 2012.

31. Argumentació aportada per la ministra Ana Mato al Congrés dels Diputats el dia 17 de maig de 2012.

32. Aquests tenen dret a assistència sanitària d'urgència i d'embaràs, part i postpart.

33. Estudiants universitaris que no han treballat, joves que encara no han trobat feina (l'atur juvenil està al voltant del 50%), dones mestresses de casa, divorciades sense estar a càrrec del cònjuge... entre d'altres.

34. Segons l'article 2.1b del Reial Decret 1192/2012, de 3 d'agost, aquestes persones hauran d'acreditar tenir ingressos inferiors als 100.000 euros anuals i no disposar de cobertura obligatòria de la prestació sanitària per una altra via.

Experts com la doctora Elvira Méndez i l'advocat Eduard Sagarra³⁵ han assenyalat que reduir l'assistència sanitària pública només a casos d'urgència a una part de la població és contraproductiu ja que:

- Pot saturar els serveis d'urgència.
- El tractament d'una malaltia en un estat avançat és més car que si s'hagués detectat de manera prematura. Per exemple, és més barat tractar una diabetis des del principi que no pas un coma cetoacèdic.
- Les persones excloses del Sistema Nacional de Salut augmenten la càrrega global de la malaltia a la societat en el seu conjunt.

Aquest canvi normatiu pot provocar la saturació de les urgències i un augment en el cost d'atenció de determinades malalties. A més deixa excloses a les persones més vulnerables i amb menys recursos.

D'una manera similar es va posicionar el Tribunal Constitucional a la resolució de 12 de desembre de 2012 sobre el recurs presentat pel Govern Basc.³⁶

(...) valorant aquest tribunal que el dret a la salut i el dret a la integritat física de les persones afectades per les mesures impugnades, així com la conveniència d'evitar riscos per a la salut del conjunt de la societat, tenen una importància singular en el marc constitucional, que es pot veure desvirtuada per la mera consideració d'un eventual estalvi econòmic que no ha pogut ser concretat, entenem que es justifica l'aixecament de la suspensió de la vigència dels preceptes referits a l'ampliació de l'àmbit subjectiu del dret a accedir a l'assistència sanitària pública i gratuïta.

Mesures com aquesta obren un debat sobre el tipus de societat que volem, debat en el qual hauríem de participar i reflexionar. La reforma ataca les persones més vulnerables i amb menys recursos.³⁷ És interessant saber que mesures com aquesta poden confrontar i dividir la comunitat entre autòctons i persones immigrades. Dit això, cal tenir en compte que els moviments migratoris generen processos de multiculturalitat globals que són irreversibles,³⁸ per tant, allò que causi conflicte entre els autòctons i les persones immigrades perjudicarà la cohesió de la comunitat i l'interès general.

Segons el reial decret llei, hi ha aproximadament 600.000 ciutadans de Catalunya que no tenen reconeguda la condició d'assegurat i no tenen dret a rebre assistència pública; tot i així,

35. Méndez E, Sagarra E. Impacto de la reforma de la asistencia sanitaria en España sobre la cobertura pública y universal. Barcelona: Associació Salut i Família i Asociación para las Naciones Unidas en España, 2012.

36. <http://nadiesinfuturo.org/de-interes/articulo/importante-auto-del-tribunal>

37. En el cas de les persones immigrades, difícilment trobarem que aquesta mesura afecti els més rics ja que la nostra legislació afavoreix l'entrada i permanència d'aquells que tenen recursos substancials o són beneficioses per a l'Estat. Sense anar gaire lluny, fa uns mesos el govern plantejava donar el permís de residència a aquells estrangers que compressin un habitatge de més de 160.000 euros. Per a més informació:

<http://www.lavanguardia.com/vida/20121119/54354627496/gobierno-permiso-residencia-compre-piso-160-000-euros.html>

38 Zapata-Barrero R. Fundamentos de los discursos políticos en torno a la inmigración. Madrid: Trotta, 2009.

gràcies a la societat civil catalana³⁹ i la receptivitat de la Generalitat a Catalunya es dona una situació diferent⁴⁰. Des del govern s'han establert mecanismes per garantir l'assistència pública a través del CatSalut⁴¹ a algunes de les persones que quedaven excloses segons el reial decret llei. Ara bé, aquestes mesures pròpies de Catalunya no estan exemptes de restriccions i disfuncions:

- Les persones en situació administrativa irregular hauran d'acreditar una suma d'ingressos de la unitat familiar inferiors a la quantia corresponent a la renda bàsica per a la inclusió i protecció social d'acord amb la normativa reguladora. És a dir, només estan assegurades les persones amb ingressos més baixos.
- Només quedaran assegurades les persones que puguin demostrar estar empadronades en qualsevol dels municipis de Catalunya per un període continuat, almenys, de tres mesos immediatament anteriors a la presentació de la sol·licitud.
- L'atenció especialitzada només estarà garantida per a aquelles persones que puguin demostrar un any d'empadronament a Catalunya.
- Aquesta targeta sanitària especial només permet l'accés als serveis sanitaris a Catalunya però no a la resta de l'Estat espanyol ni permet obtenir la targeta sanitària europea.
- Es detecta un augment de la burocràcia i una falta de definició dels criteris que seguirà el comitè que decidirà sobre la prestació de cobertura a l'atenció especialitzada. És possible que les persones amb VIH puguin accedir a tota la cobertura especialitzada i no només a les unitats hospitalàries, però aquest punt encara no ha estat especificat amb claredat.⁴²
- Segons l'opinió d'alguns professionals de les ABS, l'acreditació dels requisits està sent complicada. El personal administratiu d'aquests serveis disposa de la informació necessària per atendre la majoria de casos. Ara bé, també hi ha casos més complexos que requereixen un tractament més personalitzat.⁴³

Des del govern s'han establert mecanismes per garantir l'assistència pública a través del CatSalut a algunes de les persones que quedaven excloses segons el reial decret llei. Ara bé, aquestes mesures pròpies de Catalunya no estan exemptes de restriccions i disfuncions: vinculació a una renda molt baixa i a la condició d'empadronat (tres mesos per a l'atenció de medicina familiar i un any per a l'atenció especialitzada), no extrapolació a altres comunitats autònomes o a altres països de la Unió Europea, augment de la burocràcia i disparitats en l'aplicació entre ABS.

39. El Consell Municipal d'Immigració de Barcelona va emetre un comunicat després de l'aprovació del Reial Decret Llei per defensar el model públic i universal d'assistència sanitària. Per a més informació consulteu:

http://www.bcn.cat/novaciutadania/arees/ca/consell_municipal/programes/dictamens.html

40. Altres comunitats autònomes com Astúries, el País Basc i Andalusia atenen amb certa normalitat tota la població.

41. A la web de CatSalut (www10.gencat.cat/catsalut) s'especificuen quins són els casos de persones sense condició d'assegurat reconeguda per l'INSS i que sí que tindran a Catalunya assistència sanitària de cobertura pública.

42. <http://www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/>

43. Conferència "Cap a un sistema de salut excloent?" organitzada pel Secretariat d'Entitats de Sants, Hostafrancs i la Bordeta el 24 de gener del 2013 www.secretariat.cat/conferencia-salut

Malalties importades

Sovint l'augment de casos de malalties infeccioses reemergents o importades a Catalunya s'ha atribuït a l'augment de la població immigrada. Fins i tot, algunes declaracions públiques de representants polítics han vinculat directament l'arribada de població immigrada amb malalties com la tuberculosi, el xarampió o altres d'importades, que contribuiria a l'augment del cost sanitari.⁴⁴

Sobre la primera d'elles sabem, per l'Agència de Salut Pública de Barcelona,⁴⁵ que la tuberculosi era una malaltia d'elevada incidència a mitjan anys noranta a Catalunya, i que ha disminuït un 60% en l'última dècada. Amb tot, la tuberculosi és una malaltia bacteriana que es propaga més fàcilment, entre altres factors, pel fet de viure en entorns empobrits i insalubres. De fet, la literatura existent afirma que la majoria d'immigrants que han desenvolupat un cas de tuberculosi no l'han importat del seu país d'origen, sinó que l'han desenvolupat en el país d'acollida^{46,42}.

En el cas de les malalties suposadament eradicades, doncs, ni la tuberculosi ni el xarampió ho estan encara, ni a Catalunya ni a Espanya, i les persones estrangeres que es contagien d'alguna d'elles ho fan moltes vegades estant ja aquí i pels mateixos motius que la població autòctona.

Quant al xarampió, una malaltia inclosa en el calendari de vacunació, manté una cobertura elevada per part de la població. Si continuen apareixent casos es deu, bé al fet que es produeix una acumulació de persones susceptibles (la vacuna no és eficaç al 100%), bé al fet que hi ha famílies que no volen vacunar els fills, que, per cert, es dona de manera bastant més freqüent entre persones autòctones que entre les arribades recentment. Un rebrot del xarampió detectat cap al 2006 va tenir aquestes característiques.⁴⁷

Per tant, els nouvinguts al nostre país que s'infecten de malalties virals com el xarampió o d'altres pertanyen a col·lectius que no van ser vacunats als països d'origen, que normalitzen la seva situació en ser aquí i passen a trobar-se en la mateixa situació que la resta de ciutadans.

En el cas de les malalties suposadament eradicades, doncs, ni la tuberculosi ni el xarampió ho estan encara, ni a Catalunya ni a Espanya, i les persones estrangeres que es contagien d'alguna d'elles ho fan pels mateixos motius que la població autòctona.

Moltes de les malalties "importades" no les porten els immigrants, sinó els viatgers i cooperants, que no hi són immunes.

44. <http://www.publico.es/espana/376122/los-inmigrantes-han-traido-enfermedades-ya-erradicadas-elecciones2011>

45. Agència de Salut Pública de Barcelona. La tuberculosi a Barcelona. Informe 2011. Disponible a: http://www.aspb.es/quefem/docs/Tuberculosi_2011.pdf

46. Mota P. Migracions i salut: interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2008.

47. Alegato médico contra el PPC por asociar inmigración y enfermedad. [El Periódico de Cataluña](#), Toni Sust, 20 de maig de 2011.

D'altra banda, segons el doctor López Guzmán, expert en bioètica de la Universitat de Navarra, durant la clausura del curs sobre Sanitat Exterior desenvolupat pel Col·legi de Farmacèutics de Huelva, hi ha diversos estudis que demostren que moltes de les malalties "importades" no són portades pels immigrants, sinó pels viatgers i cooperants que no hi són immunes. Per exemple, tots els casos de malària que ha detectat l'Institut de Salut Carlos III s'han donat en viatgers. No hi ha hagut ni un sol cas de transmissió al país. Així mateix, la majoria de les malalties que

La salut de les persones està principalment condicionada pels seus determinants, com els estils de vida, la situació econòmica, la familiar, l'habitatge, les influències socials i comunitàries i les condicions socioeconòmiques.

podrien portar les persones estrangeres aquí ja estan eradicades, per la qual cosa seria molt improbable la seva transmissió; en el cas que fos així, la seva propagació seria gairebé impossible a causa de la qualitat del sistema sanitari.⁴⁸

En resum, cal posar en evidència, establir i identificar la relació entre la salut de les persones i els seus determinants, com els estils de vida, la situació econòmica, la familiar, l'habitatge, les influències socials i comunitàries i les condicions socioeconòmiques. Això és el que ens ha de permetre orientar les polítiques destinades a protegir la salut de la població, que som tots. També, per descomptat, cal tenir present el fenomen migratori. Però de cap manera afegir a les seves condicions específiques la responsabilitat d'atemptar contra la salut de tota la comunitat.

48. Los inmigrantes no son quienes propagan enfermedades endémicas sino los turistas y cooperantes, según un experto. Ecodiario (España), 4 de febrer de 2009. Disponible a: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo198>

Àmbit del rumor: sanitat

Informació aportada: despesa sanitària per persona i trams d'edat (2005)

Fonts

Padró municipal consultat a l'IDESCAT. Dades per a la ciutat de Barcelona, 2011:

<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=1&V3=864&V4=681&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B&V1=08019&VOK=Confirmar>

Comissió Europea, a partir de:

P. Hernández de Cos i E. Moral-Benioto. "Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE". *Documentos ocasionales*, número 1107, Madrid: Banco de España Eurosistema, 2011. <http://www.bde.es>

Periodicitat d'actualització

Idescat: renovació anual. Estudi de la Comissió Europea: puntual

Claus per a la interpretació

Aquestes dades són molt rellevants perquè ens demostren que la despesa sanitària destinada a les persones immigrades és inferior a la de la població autòctona ja que, tal com assenyala el gràfic de la dreta, els trams d'edat amb més despesa sanitària comencen a partir de 55 o més anys (on proporcionalment hi ha una presència menor de ciutadans de nacionalitat estrangera).

Dades

Grups d'edat	Distribució de la població total barcelonina	Distribució de la població barcelonina autòctona	Distribució de la població barcelonina de nacionalitat estrangera
<i>Infants 0-14 anys</i>	12,20%	12,47%	10,89%
<i>Joves 15-24 anys</i>	8,98%	8,26%	12,41%
<i>Adults 25-39 anys</i>	25,24%	19,90%	50,94%
<i>Adults 40-64 anys</i>	32,78%	34,70%	23,59%
<i>Gent gran 65 anys o més</i>	21%	24,68%	2,17%
<i>Edat mitjana</i>	Adults 40-64	Adults 40-64	Adults 25-39

Representació gràfica



Àmbit del rumor: sanitat

Informació aportada: utilització dels serveis sanitaris públics per part de la població de nacionalitat espanyola i estrangera a Catalunya (2012)

Font

Enquesta de salut de Catalunya (2n semestre de 2010 a 1r semestre de 2012)
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Persona de contacte: Antonia Medina Bustos antonia.medina@gencat.cat
 Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.
 Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Nota metodològica: les dades que es publiquen al web no diferencien per nacionalitat. Per obtenir les dades que presentem en aquest document s'ha fet una demanda a mida.

Periodicitat d'actualització: anual

Claus per a la interpretació

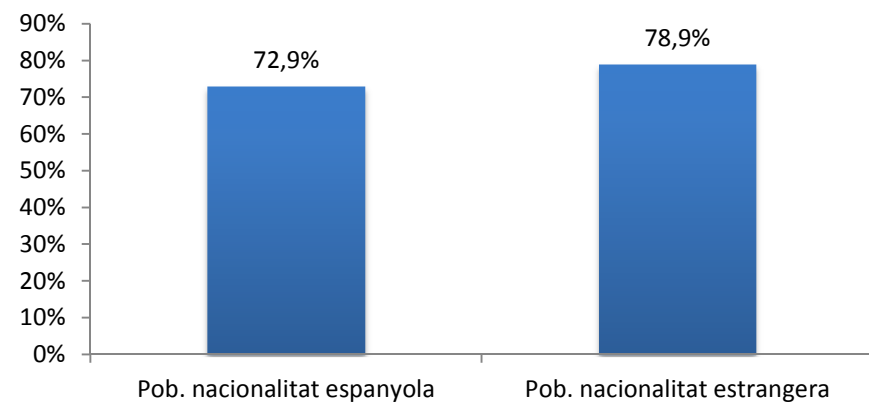
Segons l'enquesta realitzada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, el percentatge de persones que han visitat un professional de la salut en els darrers 12 mesos és significativament superior entre la població estrangera (78,9% davant del 72,9%). Aquesta és una diferència que es dona principalment entre els homes de 0 a 44 anys i les dones de 15 a 64 anys. Ara bé, per a la interpretació relativa al pes de la població estrangera en la utilització dels sistema sanitari és molt important posar en context aquestes dades amb les que afecten el nombre de visites realitzades o amb la utilització d'altres serveis i prestacions complementàries, que es presenten a les fitxes següents.

Dades

Sexe i franges d'edat	Pob. de nacionalitat espanyola		Pob. de nacionalitat estrangera	
	N	%	N	%
Homes 0-14	670	71,6	108	89,8
Homes 15-44	1.738	63,4	428	70,6
Homes 45-64	1.107	69,6	109	77,1
Homes 65-74	366	83,9	6	100
Homes 75 i més	329	88,8	4	75
Dones 0-14	644	76,2	85	83,5
Dones 15-44	1.658	67,8	367	82,6
Dones 45-64	1.144	77,1	93	87,1
Dones 65-74	412	86,4	10	100
Dones 75 i més	530	87,9	6	50
Total	8.598	72,9	1.216	78,9

Representació gràfica:

Visita a un professional de la salut en els darrers 12 mesos, excepte hospitalització i urgències. Catalunya, 2012



Àmbit del rumor: sanitat

Informació aportada: utilització dels serveis sanitaris. Comparativa entre la població de nacionalitat espanyola i l'estrangera, 2009 i 2012

Font

Enquesta de salut de Catalunya (2n semestre de 2010 a 1r semestre de 2012)

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextchannel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default>

Estudi 2009, Àrea Sanitària 11 de Madrid (Hospital 12 de Octubre)

http://ep00.epimg.net/sociedad/imagenes/2012/04/24/actualidad/1335254687_707783_1335262552_sumario_grande.jpg

Persona de contacte: Antonia Medina Bustos antonia.medina@gencat.cat

Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Nota metodològica: les dades que es publiquen al web sobre l'Enquesta de salut de la Generalitat de Catalunya no diferencien per nacionalitat. Per obtenir les dades que presentem en aquest document s'ha fet una demanda a mida.

Periodicitat d'actualització: anual

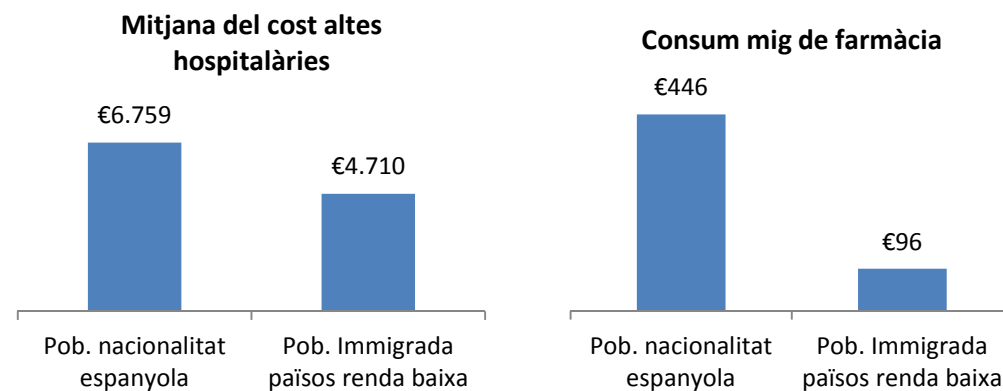
Claus per a la interpretació

Les dades presentades demostren que la població de nacionalitat estrangera fa un ús menor dels serveis hospitalaris i el cost mitjà de l'estada és menor. D'altra banda, es tracta d'una població menys medicalitzada. Segons les dades disponibles, el consum mitjà de farmàcia és 4 vegades inferior. Els factors explicatius són molt diversos i no tenen a veure amb l'origen d'aquestes persones, sinó més amb factors demogràfics (edat mitjana més jove), d'estat de salut general (emigren les persones amb millor estat de salut) i culturals (hàbits i costums en el consum de medicaments).

Dades: Catalunya, 2012

Indicadors	Edat de referència	Població amb nacionalitat espanyola	Població amb nacionalitat estrangera
Hospitalització: població que ha estat hospitalitzada en els darrers 12 mesos	Tota la població	8,1%	5,6%
Consum de medicaments: població que ha pres un o més medicaments els darrers dos dies	15 anys i més	66,8%	47,7%

Representació gràfica



Àmbit del rumor: sanitat

Informació aportada: indicadors relacionats amb l'estat de salut. Comparativa entre la població de nacionalitat espanyola i l'estrangera. Catalunya, 2012

Font

Enquesta de salut de Catalunya, 2012

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextcha nnel=0eae131afa762310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

Persona de contacte: Antonia Medina Bustos antonia.medina@gencat.cat

Servei del Pla de Salut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Nota metodològica: demanda a mida

Periodicitat d'actualització: anual

Claus per a la interpretació

La població estrangera, en comparació amb la població de nacionalitat espanyola, està menys afectada per malalties o problemes de salut crònics. També és una població que presenta menys problemes de limitació o discapacitat.

Pel que fa a altres indicadors relacionats amb l'estat de salut o comportaments relacionats amb la salut, podríem dir que els resultats són molt similars per a tots dos col·lectius. Sí que apareixen algunes diferències estadísticament significatives i que denoten un comportament menys saludable entre la població estrangera pel que fa al consum d'alcohol o al sobrepès declarat. Per contra, la població autòctona té una pitjor percepció sobre el seu estat de salut.

En termes general podríem parlar d'un millor estat de salut actual que segurament està condicionant una utilització menor del sistema sanitari en aquests moments. Però també uns comportaments menys saludables que podrien fer augmentar aquesta necessitat en els propers anys.

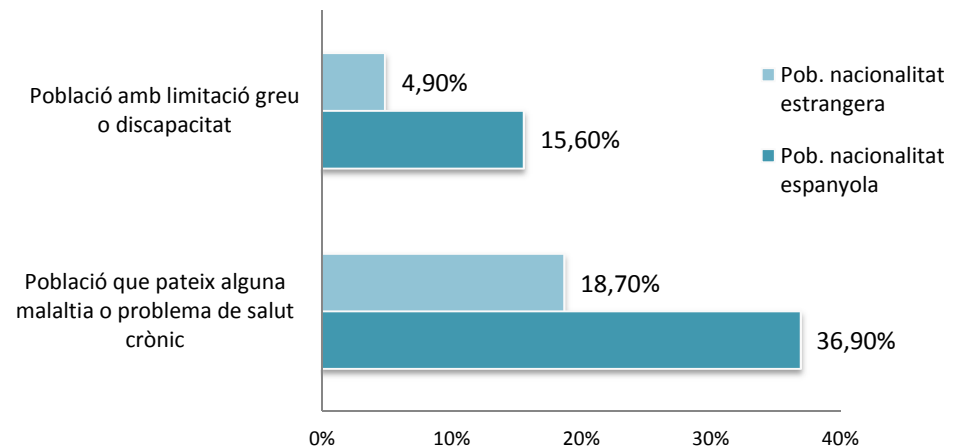
Dades (2011)

	Població de nacionalitat espanyola	Població de nacionalitat estrangera
<i>Percepció de bona salut</i>	79,4%	87,1%
<i>Bon hàbit alimentari: ingesta de 5 racions diàries de fruita i verdura</i>	12,4%	10,1%
<i>Sobrepès declarat</i>	34,4%	40,4%
<i>Activitat física saludable</i>	71,6%	73,3%
<i>Consum de tabac</i>	29,4%	25,6%
<i>Consum de risc d'alcohol</i>	4,4%	7,1%
<i>Risc de patir trastorn mental</i>	12,5%	15,5%

En negreta, valors que mostren diferències estadísticament significatives.

Representació gràfica

Comparativa per segons l'origen sobre problemes de salut crònics i discapacitat. Catalunya, 2012



Àmbit del rumor: sanitat

Informació aportada: utilització dels serveis sanitaris especialitzats segons el lloc de naixement, el sexe i la classe social. Barcelona, 2008

Font

La salut de la població immigrant a Barcelona. Agència de Salut Pública a Barcelona (2008)

http://www.aspb.es/quefem/docs/salut_immigrants_BCN.pdf

Periodicitat d'actualització: estudi puntual

Claus per a la interpretació

Les visites als especialistes durant l'últim any (exclosos el dentista i l'oculista) han estat realitzades majoritàriament per part de dones i persones de classe no manual. Són les persones de països en vies de desenvolupament (PVD) i sobretot els homes de classe manual els qui s'han visitat menys. El percentatge més alt de dones que han anat a l'especialista s'explica per les visites que fan al ginecòleg o ginecòloga.

Les visites al dentista l'últim any han estat menys freqüents per part de les persones de PVD i de les persones de classes socials menys afavorides. Així, per exemple, només el 18,7% dels homes de classe manual de PVD s'han visitat. Les dones es visiten més que els homes, sobretot les de classe no manual, ja que ho han fet en percentatges superiors al 40%. La proporció de persones que s'han visitat a l'oculista l'últim any també augmenta en les dones i en les persones de classes afavorides.

En termes generals, per a tots els tipus d'especialistes i per a totes les categories de sexe i classe social, la població estrangera

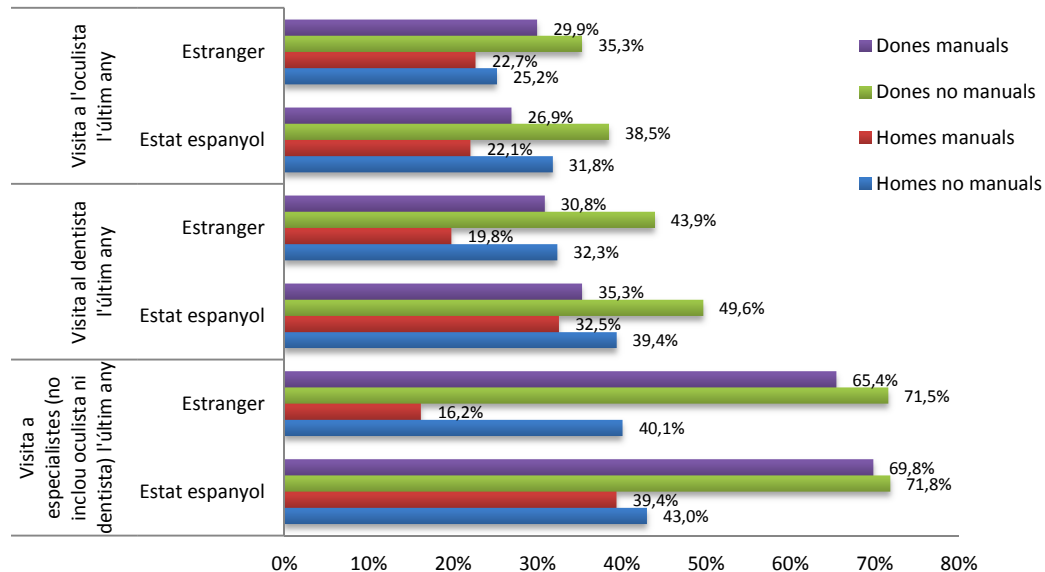
Dades

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
Visita a especialistes (no inclou oculista ni dentista) l'últim any				
<i>Catalunya</i>	43,8	38,3	70,4	69,5
<i>Resta de l'Estat espanyol</i>	39,3	41,8	77,7	70,2
<i>Resta de països desenvolupats</i>	44,7	28,9	85,3	84,4
<i>Països en vies de desenvolupament</i>	37,5	14,8	65	63,6
Visita al dentista l'últim any				
<i>Catalunya</i>	38,9	30,1	49,1	36,4
<i>Resta de l'Estat espanyol</i>	41,3	38	51,8	33,5
<i>Resta de països desenvolupats</i>	43,2	29,6	48,2	19,8
<i>Països en vies de desenvolupament</i>	26,2	18,7	41,8	31,9
Visita a l'oculista l'últim any				
<i>Catalunya</i>	30,2	22,1	37,7	28,5
<i>Resta de l'Estat espanyol</i>	38,7	22	41,7	24,4
<i>Resta de països desenvolupats</i>	27,3	11,5	49,7	24,2
<i>Països en vies de desenvolupament</i>	24	23,9	28,4	30,5

acudeix en menor mesura als serveis sanitaris especialitzats. També per a tots els tipus d'especialistes, són els homes estrangers de classe manual els que s'adrecen menys a aquest tipus de servei.

Representació gràfica

Utilització d'especialistes sanitaris segons lloc de naixement, sexe i classe social



Àmbit del rumor: Sanitat

Informació aportada: comparativa sobre l'estat de salut entre la població autòctona i estrangera (2011)

Font:

Calderón-Larrañaga et al "Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System", BMC Public Health 2011

Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/432>

Nota metodològica: En aquest estudi retrospectiu, s'analitzen les històries clíniques de 69.067 persones i que representen a tota la població assignada a tres centres d'atenció primària ubicats als barris amb major percentatge de població estrangera de la ciutat de Saragossa.

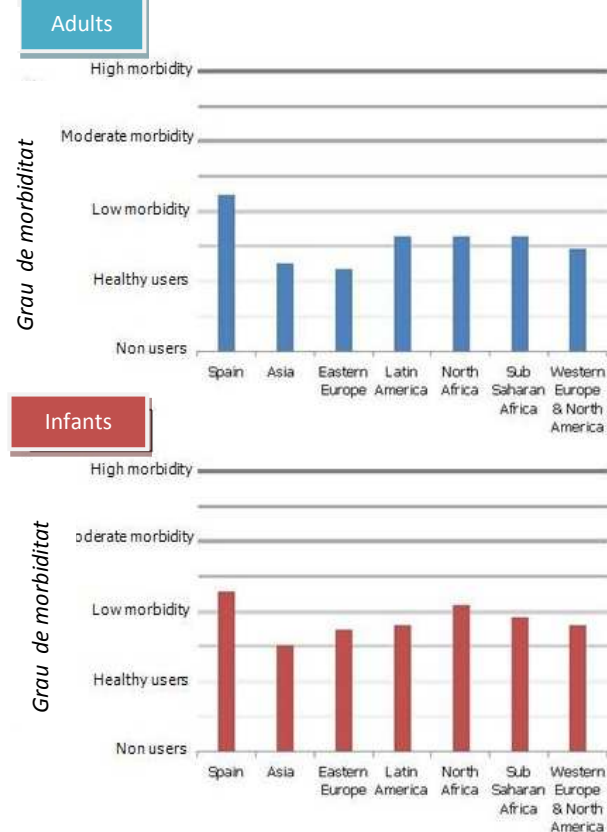
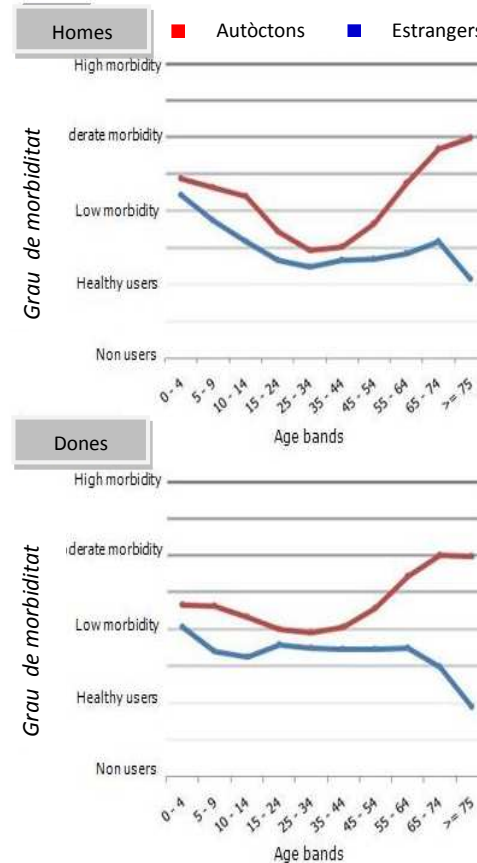
Periodicitat d'actualització: Estudi puntual

Claus per la interpretació:

Segons els resultats d'aquest estudi l'estat de salut de la població estrangera és millor que el de la autòctona, la causa principal és l'efecte de la migració saludable. Es tracta d'una conseqüència del procés d'auto-selecció que exclou a les persones malaltes i amb discapacitat, i inclou aquells amb altes capacitats i motivacions personals. Aquest estat saludable dels immigrants d'alguna manera justifica la menor utilització dels serveis sanitaris entre aquests col·lectius. Per nacionalitat serien les persones provinents de l'Àsia i Europa de l'Est, tant adults com infants, les que gaudeixen de millors nivells de salut i per tant menor càrrega de morbiditat.

*Nota: les gràfiques no s'han pogut construir de nou per manca de dades primàries. Tot i així, pensem que la representació gràfica que dona l'estudi es prou rellevant i entenedora com per recollir-la tal qual.

Representació gràfica



Àmbit del rumor: Sanitat

Informació aportada: Comparativa sobre l'ús que fa la població estrangera i autòctona de la medicina familiar i pediàtrica (2009)

Font

Luis Andrés Gimeno-Feliu, *et al.* Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quien consume más servicios? Atención Primaria, 43, 10, 2008
 Disponible: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/frecuentacion-poblacion-inmigrante-versus-autoctona-atencion-primaria-90027926-originales-2011>

Calderón-Larrañaga *et al.* Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. BMC Public Health 2011
 Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/432>

Nota metodològica: l'estudi del 2008 analitza 23.127 casos. L'estudi de 2011, 69.067 casos.

Periodicitat d'actualització: estudi puntual

Claus per a la interpretació

Els resultats de tots dos estudis evidencien que la població de nacionalitat estrangera fa un ús menor que la població autòctona de l'atenció primària, per a totes les franges d'edat, sexe i país de procedència. Aquest ús menor està present tant en les consultes de pediatria com en les de metge de família. Així mateix, es dona a tots els tipus de consulta (demanda, programada i atenció continuada).

Els ciutadans estrangers acudeixen al sistema sanitari com qualsevol altre ciutadà, però hi van amb menor freqüència en gran part per l'autoselecció que es realitza i que predispesa a emigrar a aquelles persones amb un estat de salut millor.

Dades

Nombre de visites l'any per medicina familiar i pediatria. Comparativa per nacionalitat i edat

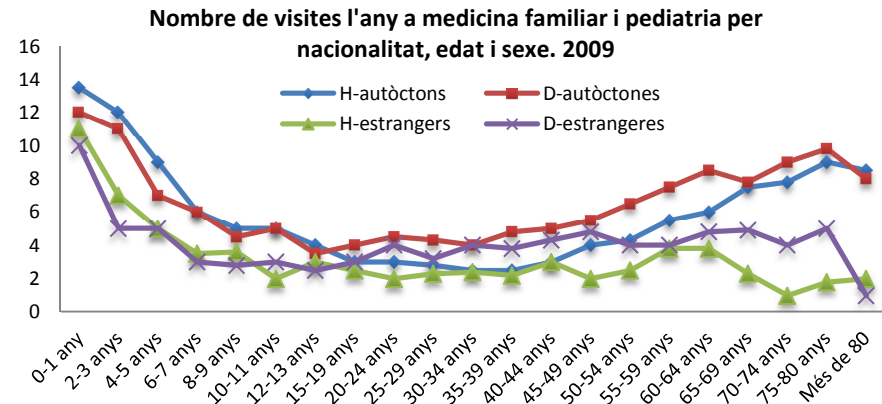
Estudi 2008 (23.127 casos analitzats a un centre sanitari de Saragossa)

	Autòctons	Estrangers
Freqüentació mitjana d'infants	7,1	4,8
Freqüentació mitjana d'adults	4,7	2,8

Estudi 2011 (69.067 casos analitzats a dos centres sanitaris de Saragossa)

	Autòctons	Estrangers
Freqüentació mitjana d'infants	6,2	4,6
Freqüentació mitjana d'adults	5,3	3,8

Representació gràfica:



Sabies que...

DADES I ARGUMENTS PER COMBATRE RUMORS I ESTEREOTIPS SOBRE IMMIGRACIÓ I SANITAT

DADES ACTUALITZADES A: SETEMBRE DE 2013

RUMOR: L'accés a la sanitat pública de les persones immigrades provoca que aquesta se saturi i perdi qualitat

SABIES QUE...

- ✓ **Segons diversos estudis, la població estrangera fa servir els serveis sanitaris com qualsevol altre ciutadà, però ho fa amb menys freqüència.**^{49,50,51,52,53,54} Aquesta menor intensitat en la utilització es dona en totes les franges d'edat, en tots dos sexes i independentment del país de procedència. De mitjana, els infants es visiten gairebé dues vegades menys l'any i els adults quatre.^{55,8}
- ✓ Segons un estudi publicat el 2011,⁵⁶ l'estat de salut de la població estrangera és significativament millor que la dels ciutadans autòctons en totes les franges d'edat. Això explicaria la menor utilització dels serveis sanitaris. Les persones que emigren són les més fortes i amb millor estat de salut excloent a les persones amb alguna malaltia, dificultat o discapacitat.
- ✓ Les persones que emigren són població jove en edat de treballar. A mesura que ens fem grans la salut es deteriora. Així, són les persones de més edat les que suposen més despesa per al sistema sanitari.⁵⁷ Segons l'Institut d'Estadística de Catalunya, l'any 2011 a Barcelona només el 2% de la població estrangera, és a dir 2 de cada 100 persones, tenia més de 65 anys. En canvi, per a la població autòctona aquest percentatge era del 24%.

49. Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979–2003. *Int J Epidemiol.* 2006; 35: 903-19.

50. Cots F, Xastells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la població immigrant en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002; 16: 376-84.

51. Razum O. Commentary: of salmon and time travellers—musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol.* 2006; 35: 919-21.

52. Sánchez Sánchez RM, Torres Serna MT. Frecuentación y patologías más comunes de la población inmigrante en un consultorio de atención primaria. *Centro de Salud.* 2002; 10: 606.

53. Soler-González J, Serna Arnaiz C, Rue Monne M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Cano J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria.* 2008; 40: 225-31.

54. DesMeules M, Gold J, Kazanjian A, Manuel D, Payne J, Vissandee B, et al. New approaches to immigrant health assessment. *Can J Public Health.* 2004; 95: 122-6.

55. Gimeno-Feliu, Luis Andrés et al. Frecuentación de la población inmigrante *versus* autóctona en atención primaria: ¿quien consume más servicios? *Atención Primaria.* 43, 10, 2008.

56. Calderón-Larrañaga et al. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System, *BMC Public Health* 2011.

57. Hernández de Cos P, Moral-Benioto E. Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE. Documentos ocasionales, núm. 1107. Madrid: Banco de España Eurosisistema, 2011. <http://www.bde.es>

- ✓ Segons enquestes publicades per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (2008) i el Departament de Salut de la Generalitat (2012), la població estrangera, en comparació amb l'autòctona, visita menys els especialistes, fa servir menys medicaments i és hospitalitzada en menys ocasions i amb costos més baixos.
- ✓ L'augment dels costos en sanitat pública no es pot atribuir únicament a l'arribada de població estrangera. La medicina preventiva que avui dia s'aplica fa augmentar el nombre de proves complementàries per diagnosticar la malaltia i ajustar el tractament. La medicina ha millorat molt i ha fet augmentar l'esperança de vida. Però en aquest procés de millora també han crescut els costos, un creixement que no es pot vincular exclusivament a l'atenció de la població estrangera, que tot just representa el 10% del conjunt d'usuaris.⁵⁸
- ✓ No es pot atribuir a la nacionalitat la causa d'una utilització diferencial dels serveis sanitaris. És una combinació d'elements socioeconòmics i demogràfics els que permeten explicar les principals diferències.
- ✓ L'assistència sanitària és un dret reconegut a la Declaració Universal dels Drets Humans i que queda reflectit al seu article 25: "Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri la seva salut, el seu benestar i el de la seva família, especialment quant a alimentació, vestit, habitatge, atenció mèdica i als necessaris serveis socials."
- ✓ És lògic que les ABS reflecteixin la diversitat de les seves àrees d'influència en quant a edat, sexe i nacionalitat. Davant l'augment de població, el sistema sanitari té el repte d'adaptar-se a les necessitats de la població garantint el dret a la salut de la ciutadania.

RUMOR: La població immigrada no ha d'accedir a la sanitat pública perquè no contribueix al seu finançament i és una càrrega insostenible per al sistema

SABIES QUE...

- ✓ Moltes persones creuen que el finançament del nostre sistema sanitari públic prové de les cotitzacions socials, la qual cosa no és certa actualment: des del 1997 el finançament de l'assistència sanitària prové dels impostos i no de la Seguretat Social.⁵⁹ Per tant, des del moment que consumeix i compra, qualsevol persona està contribuint a finançar aquest sistema. Estigui treballant o no, estigui regularitzada o no.
- ✓ A més, si acceptem que el pagament de la Seguretat Social és un requisit imprescindible per gaudir de la sanitat pública, hi tindrien dret les persones aturades?, què passaria amb totes aquelles persones, estrangeres i autòctones, que treballen en l'economia submergida?
- ✓ A partir de l'aplicació del Reial Decret Llei 1192/2012, les persones que tenen dret a rebre l'assistència sanitària amb càrrec als fons públics són les que tenen condició d'assegurat i aquelles que són beneficiàries de les persones assegurades.

58. Movimiento Canario por la Paz. ¿Los inmigrantes son la causa de la sobrecarga de los servicios sanitarios públicos?. Disponible a: <http://internacionalpacifista.org/mediateca/upload/informeserviciosanitarios.pdf>

59. Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social.

- ✓ Els arguments que s'han donat per justificar aquest canvi normatiu han reforçat els imaginaris i rumors que vinculen la cotització social amb el finançament del sistema sanitari i el turisme sanitari amb la immigració "irregular".
- ✓ Amb aquest canvi normatiu queden excloses les persones estrangeres majors de 18 anys sense permís de residència i nacionals majors de 26 anys sense discapacitat o amb un grau inferior al 65% que mai han estat d'alta en el Sistema de Seguretat Social. És a dir, amb aquest reial decret llei el sistema sanitari espanyol deixa de ser un sistema universal.
- ✓ L'aplicació d'aquest decret llei pot saturar els serveis d'urgència i augmentar el cost de l'atenció. El tractament d'una malaltia en un estat avançat és més car que si s'hagués detectat de manera prematura. Per exemple, és més barat tractar una diabetis des del principi que no pas un coma cetoacèdic. Aquest canvi normatiu també pot fer augmentar la càrrega global de la malaltia a la societat en el seu conjunt.⁶⁰
- ✓ Des del Govern de la Generalitat s'han establert mecanismes per garantir l'assistència pública a través del CatSalut a algunes de les persones que quedaven excloses segons el reial decret llei. Aquestes mesures correctores pròpies de Catalunya s'apliquen a rendes molt baixes i a la condició d'empadronat (tres mesos per a l'atenció de medicina familiar i un any per a l'atenció especialitzada); a més, no tenen extrapolació a altres comunitats autònomes o a altres països de la Unió Europea.

RUMOR: Les persones immigrades s'aprofiten de la sanitat pública espanyola a través de l'anomenat "turisme sanitari"

SABIES QUE...

- ✓ **És un error vincular la immigració irregular amb el turisme sanitari. Aquest és molt minoritari i està protagonitzat per ciutadans de la Unió Europea. Només 4 de cada 100 persones immigrades tenen la salut com a raó principal per venir al nostre país.**⁶¹
- ✓ Els elevats costos (viatge, allotjament i manteniment) i riscos (denegació d'entrada) que suposa emigrar són un desincentiu i posen en evidència la incongruència de relacionar immigració extracomunitària amb turisme sanitari. De fet, és habitual que davant d'una malaltia greu les persones estrangeres optin per retornar als seus països d'origen si tenen allà els seus familiars més propers.
- ✓ La normativa europea regula l'assistència dels ciutadans d'un Estat membre quan estiguin en un altre i estableix un mecanisme de compensació.⁶² Administrativament tenim problemes per calcular efectivament el cost real d'aquesta atenció i destinar els recursos obtinguts per atendre ciutadans comunitaris als centres sanitaris que els han atès i els necessiten.⁶³ No obstant això, aquesta és una disfunció provocada per la normativa existent i no pels

60. Méndez E, Sagarra E. Impacto de la reforma de la asistencia sanitaria en España sobre la cobertura pública y universal. Barcelona: Associació Salut i Família i Asociación para las Naciones Unidas en España, 2012.

61. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo, 2009.

62. A la Unió Europea, els reglaments (CEE) 140/71 i 574/2 regulen l'assistència sanitària dels ciutadans d'un Estat membre que es trobin en un altre.

63. Ramírez de Arellano A. La movilidad de pacientes en el contexto internacional, europeo y español. Revista Española de Economía de la Salud, vol. 5, núm. 1, 2006.

ciutadans, que el que fan és gaudir d'un dret reconegut. El mateix dret que detenen les persones espanyoles que han emigrat a països europeus on també estan coberts per l'assistència sanitària d'aquests territoris.

RUMOR: L'arribada de població estrangera ha introduït noves malalties o ha provocat el rebrot d'algunes patologies

SABIES QUE...

- ✓ **Hi ha diversos estudis que demostren que moltes de les malalties "importades" no les porten els immigrants, sinó els viatgers i cooperants que no hi són immunes. Així mateix, la majoria de les malalties que poguessin portar les persones estrangeres aquí ja estan eradiques, per la qual cosa seria molt improbable la seva transmissió; en el cas que fos així, la seva propagació seria gairebé impossible a causa de la qualitat del nostre sistema sanitari.**⁶⁴
- ✓ Moltes vegades s'associa a la immigració el rebrot de malalties com la tuberculosi i el xarampió. Ara bé, la tuberculosi és una malaltia bacteriana que es propaga més fàcilment, entre altres factors, pel fet de viure en entorns empobrits i insalubres. De fet, la literatura existent afirma que la majoria d'immigrants que han desenvolupat un cas de tuberculosi no l'han importat del seu país d'origen, sinó que l'han desenvolupat en el país d'acollida.⁶⁵
- ✓ Quant al xarampió, una malaltia inclosa en el calendari de vacunació, manté una cobertura elevada per part de la població. Si segueixen apareixent casos es deu, bé al fet que es produeix una acumulació de persones susceptibles (la vacuna no és eficaç al 100%), bé al fet que hi ha famílies que no volen vacunar els fills, que, per cert, es dona de manera bastant més freqüent entre persones autòctones que entre les arribades recentment.⁶⁶
- ✓ En el cas de les malalties suposadament eradicades, doncs, ni la tuberculosi ni el xarampió ho estan encara, ni a Catalunya ni a Espanya, i les persones estrangeres que es contagien d'alguna ho fan pels mateixos motius que la població autòctona.

64. "Los inmigrantes no son quienes propagan enfermedades endémicas sino los turistas y cooperantes, según un experto", publicat a Ecodiario (Espanya), 4 de febrer de 2009. Disponible a:

<http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo198>

65. Mota P. Migracions i salut: interrelacions a la immigració estrangera a Catalunya. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.

"Alegato médico contra el PPC por asociar inmigración y enfermedad", publicat a: El Periódico de Cataluña, Toni Sust, 20 de maig de 2011.

