



Radiografía de la reforma sanitaria

LA UNIVERSALIDAD DE LA EXCLUSIÓN



Somos una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su incumplimiento: www.reder162012.org

Informe coordinado por Médicos del Mundo.
Departamento de Incidencia Política y Comunicación.

Diseño: Cósmica®

MADRID, SEPTIEMBRE DE 2015

Radiografía de la reforma sanitaria

LA UNIVERSALIDAD DE LA EXCLUSIÓN



Somos una red de colectivos, movimientos, organizaciones, y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su incumplimiento.

REDER defiende la atención sanitaria pública, universal y sin repagos, por lo tanto, está en contra de cualquier tipo de red paralela al Sistema Nacional de Salud.

REDER considera - y así lo recoge la Constitución española- que es obligación del Estado -incluidas las Comunidades Autónomas - proveer de servicios sanitarios para toda la población en base a los mismos criterios de calidad.

Para REDER, cualquier cambio de modelo sanitario debe ser fruto de un consenso social y debe hacerse con las suficientes garantías democráticas. REDER reivindica que la sanidad no es un negocio. La tendencia a su privatización implica necesariamente una desprotección de las capas más vulnerables de la población, que no pueden proporcionar los márgenes de beneficios deseados por las empresas aseguradoras.

REDER entiende que la Atención Primaria es el eje central del Sistema Nacional de Salud, donde se pueden prevenir y disminuir las desigualdades socioeconómicas y promover una sociedad más equitativa. Por este motivo, defendemos que la accesibilidad de las personas inmigrantes a la Atención Primaria debe ser prioritaria. Asimismo, la inversión en sanidad debe priorizarse sobre otras partidas presupuestarias públicas.

Actualmente forman parte de REDER 300 miembros (personas a título individual y organizaciones sociales) como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Médicos del Mundo, Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, Plataforma Salud Universal Aragón, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Federación de Asociaciones por la Sanidad Pública (FDASP), Plataforma "Ciudadanía contra la exclusión sanitaria" o Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT).

Más información: www.reder162012.org

Sumario

06 RESUMEN

10 UNA REFORMA SANITARIA SIN JUSTIFICACIÓN

12 Tres años sin querer escuchar

16 RADIOGRAFÍA DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA EN EL ESTADO ESPAÑOL

16 Datos generales de la muestra

17 La desinformación como negación de un derecho

18 La doble vulneración: incumplimiento sistemático de las excepciones protegidas

20 La especial vulnerabilidad de las personas solicitantes de asilo y víctimas de trata

22 Familiares ascendientes: perdidos en un laberinto jurídico y legal

25 La ineficacia de una legislación parcheada

26 CONCLUSIONES

28 RECOMENDACIONES

Resumen

Desde la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 que establece la exclusión de la atención sanitaria normalizada a las personas extranjeras en situación irregular, han sido muchas las voces internacionales y españolas que han advertido del retroceso en materia de derechos humanos que ha supuesto la medida, así como de los riesgos en términos de gestión sanitaria y de incumplimiento de los principios rectores del Sistema Nacional de Salud español. REDER representa la constatación de la amplia movilización de rechazo a la retirada de la tarjeta sanitaria que se ha extendido por toda la geografía española y tiene su expresión en las iniciativas ciudadanas de solidaridad y acompañamiento con las personas afectadas y en la coordinación de acciones de denuncia. Más de 300 organizaciones sociales integran REDER (como entidades miembros o a través de las redes y plataformas que la conforman), unidas por el objetivo común de lograr la restitución de la universalidad del derecho a la salud.

M. es boliviana y vino a España a cuidar de su hija que iba a ser operada de un cáncer. Al poco de llegar le aparecieron varios bultos en el cuello y como carece de tarjeta sanitaria, acudió a urgencias. Le detectaron varios linfomas graves que requerían quimioterapia de forma inmediata. Recibió dos sesiones de quimioterapia, pero desde el hospital le advirtieron de que no podría seguir con el tratamiento a no ser que presentara la tarjeta sanitaria o abonara el coste de las sesiones. Actualmente está recibiendo tratamiento gracias a los profesionales sanitarios que se han acogido a la objeción de conciencia para atenderla por "la puerta de atrás". (Madrid)

Muchas de las organizaciones que conforman REDER han documentado y difundido durante los últimos tres años informes y testimonios que documentan la gravedad de las consecuencias de la exclusión sanitaria. A falta de la debida evaluación

de impacto y resultados de la reforma sanitaria que debería realizar el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, REDER presenta este informe más de 1.500 casos documentados entre enero de 2014 y julio de 2015 en 12 comunidades autónomas. No se trata más que de una muestra mínima pero muy representativa del impacto en vidas humanas y sufrimiento que ha supuesto del Real Decreto Ley 16/2012 y la decisión de negar la tarjeta sanitaria a todas las personas extranjeras en situación irregular.

La principal conclusión de este informe es que las situaciones de desatención médica provocadas no son casos excepcionales que responden a errores puntuales del sistema. **Se trata de un auténtico sistema de exclusión generalizada** que dista mucho de ser universal y se aleja ostensiblemente de los principios rectores que definen el Sistema Nacional de Salud español desde 1986. Los casos aquí recogidos se corresponden únicamente con los de aquellas personas que han podido acudir a alguna de las organizaciones sociales o colectivas que integran REDER para recibir acompañamiento, asesoría o atención médica gracias a la desobediencia de profesionales comprometidos con el juramento hipocrático. Sin embargo, son muchas más las personas que careciendo de arraigo y redes sociales de apoyo han quedado en el más absoluto desamparo sufriendo. No podemos olvidar, tampoco, que una parte importante de las víctimas de la reforma sanitaria son familias que residen en nuestro país desde hace años y que, como consecuencia de la crisis económica y el desempleo, han perdido el permiso de residencia y con él el reconocimiento de sus derechos sociales.

Ya en 2012, varios gobiernos autonómicos se manifestaron contrarios a aplicar la medida que expulsa del sistema público de salud a las personas inmigrantes sin permiso de residencia en vigor, lo que dio lugar a la puesta en marcha de diferentes fórmulas para ampliar las excepciones y para regular el acceso a la atención sanitaria a colectivos excluidos por el Real Decreto Ley 16/2012. Que



© SALVADOR GUTIERREZ

la mayoría de los gobiernos autonómicos han diseñado fórmulas para ampliar la cobertura sanitaria que limita el RDL demuestra que la norma estatal presenta graves disfunciones y requiere ser reformada lo antes posible.

Los datos que ofrece REDER demuestran que estas medidas han resultado claramente insuficientes y no han venido acompañadas de la necesaria voluntad política para hacerlas efectivas: al menos un 73% de los casos proceden de comunidades autónomas donde existían programas sanitarios o normativa autonómica creados *ad hoc* para dar cobertura a las personas excluidas por la reforma sanitaria.

Por otra parte, se ha generado una serie de subsistemas sanitarios paralelos "para pobres" que rompen con el principio de equidad territorial que, supuestamente, se pretendía fortalecer. Las refor-

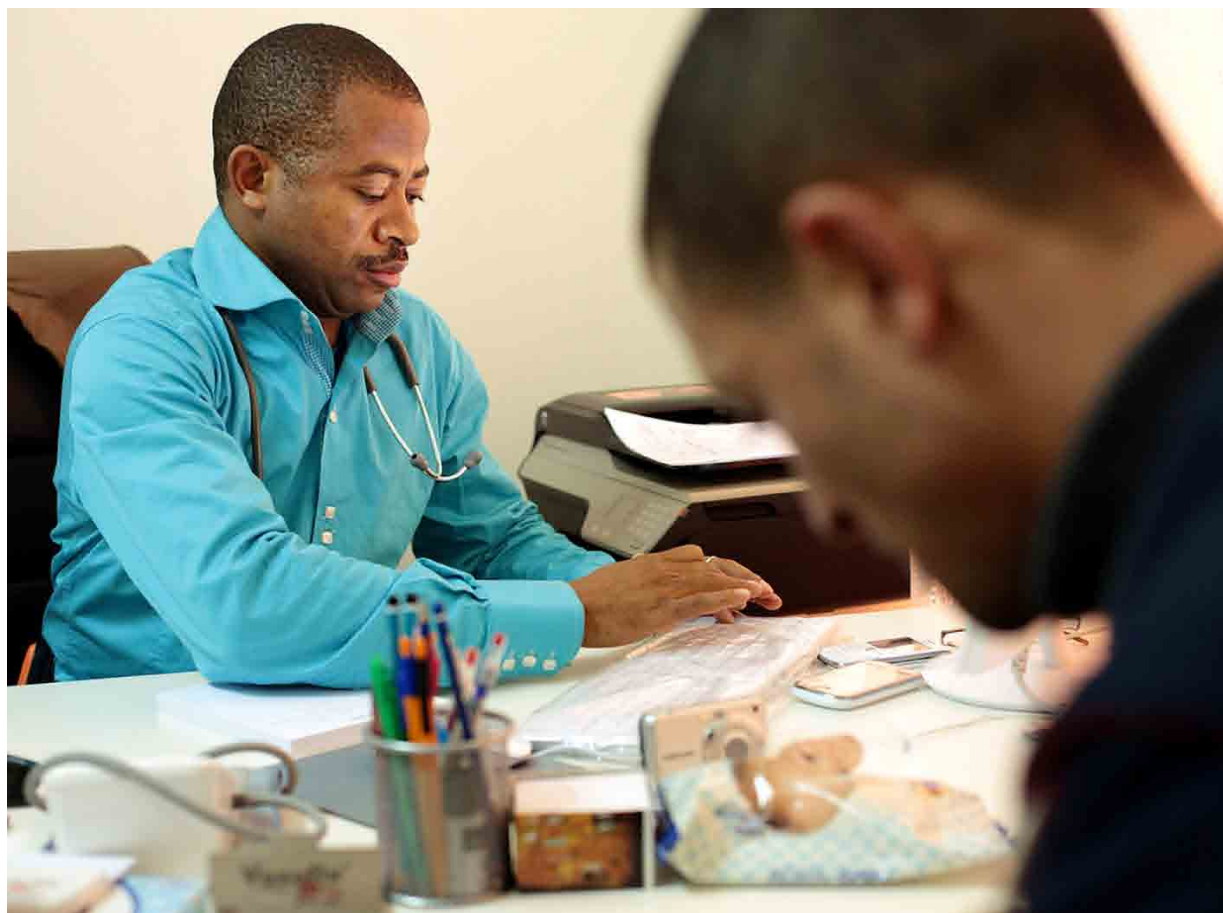
mas autonómicas que se están sucediendo en las últimas semanas para reconocer el acceso universal de las personas excluidas por el Real Decreto-Ley 16/2012 representan un importante avance, pero no bastan para resolver este mapa parcheado de soluciones dispares frente al sinsentido de la reforma sanitaria.

Entre los más de 1.500 casos reunidos por REDER en poco más de un año, se encuentran 31 casos de cáncer, 38 de enfermedades cardiovasculares, 62 de diabetes, 14 de enfermedades degenerativas musculares, otras 8 de otro tipo de enfermedades degenerativas, más 28 casos potencialmente mortales si no reciben el adecuado seguimiento y tratamiento. También se han documentado 27 casos de personas con graves problemas de salud mental que han sido víctimas de la exclusión sanitaria que impone la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012.

Después de tres años desde la entrada en vigor de esta norma, son muchas las personas que siguen acudiendo a las distintas organizaciones integrantes de REDER **simplemente en busca de información** sobre su derecho a recibir algún tipo de atención sanitaria. Durante el periodo de enero de 2014 a julio de 2015, un **12% del total de casos** registrados corresponde a esta categoría de incidencias. A esta cifra hay que sumar un **22% del total de casos** de personas que no habían tramitado su tarjeta sanitaria porque desconocían tener ese derecho. Por último, otro **12% del total de casos** corresponde a personas a las que se les denegó la tarjeta sanitaria en su centro de salud a pesar de

tener derecho a ella según la legislación, porque **la información que manejaba el personal administrativo sobre el trámite y requisitos era errónea.**

Asimismo, son recurrentes las situaciones de **menores de edad (109 casos documentados)** a quienes se deniega la asistencia sanitaria y las incidencias que tienen lugar en los **servicios de urgencias, con 224 situaciones documentadas** (133 mujeres y 91 hombres). Desde REDER también hemos registrado **78 casos de mujeres embarazadas** que han visto vulnerado de alguna manera su derecho a ser asistidas (con situaciones que van desde la negativa a tramitarles la tarjeta



© DAVID DELAPORTE

sanitaria como embarazada hasta casos en los que se niega el tratamiento a complicaciones derivadas del parto porque no se reconocen dentro de la atención obligada por el Real Decreto-Ley). Mención especial merecen los casos de mujeres a quienes se les deniega la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los márgenes que ampara la actual legislación, con el consecuente riesgo de que acaben sometiéndose a abortos sin las debidas garantías sanitarias que ponen en riesgo su salud y su vida.

El Real Decreto 1192/2012 amplía las excepciones del RDL para incluir las relativas a las personas solicitantes de asilo y refugio y a víctimas de trata durante el llamado periodo de reflexión. Son previsiones claramente insuficientes. En el caso de solicitudes de protección internacional, el derecho a la asistencia viene limitado sólo a aquellas personas a quienes se haya autorizado la estancia en España, manteniendo excluidas a quienes se hallan en proceso de obtener protección internacional. En el caso de las víctimas de trata, el derecho a la atención sanitaria está reconocido sólo para aquéllas que, habiendo sido ya identificadas como tales, se encuentran de alguna forma bajo la protección de las autoridades y durante el tiempo correspondiente al "periodo de restablecimiento y reflexión", un plazo que resulta claramente insuficiente.

La aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012 ha tenido también efectos indirectos en la población inmigrante que sí tiene regularizada su residencia, porque es víctima del efecto disuasorio y atemorizante de las actuaciones administrativas (como la colocación de carteles en los hospitales y centros de salud o la falta de información adecuada sobre los límites de aplicación de la norma). Especialmente preocupantes son los casos de las personas regularizadas por reagrupación familiar, particularmente ascendientes de avanzada edad, que se ven atrapados en un limbo jurídico y administrativo sin tener acceso a la atención sanitaria pública. Aunque en términos globales dentro del

volumen total de personas inmigrantes representan una mínima parte, se trata de casos muy dolorosos que reclaman un abordaje más humanitario por parte de la Administración. REDER ha documentado hasta **25 casos de personas en esta situación**, entre las que se cuentan afectadas de cardiopatías, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas potencialmente mortales, artritis y otros reumatismos o necesidad de seguimiento de operaciones quirúrgicas realizadas en el país de origen, todas ellas sin recibir atención hasta la fecha de publicación de este informe.

K.C.M. es un bebé de nueve meses nacido en España, de padre y madre nigerianos con permiso de residencia en vigor. Cuenta con libro de familia y certificado de nacimiento en España, pero no con tarjeta sanitaria porque se le exige presentar pasaporte. Su familia carece de medios económicos para tramitarlo. Ha recibido una factura por una consulta pediátrica. Con apoyo de una organización social, ha presentado alegaciones. Pendiente de resolución tras la aprobación de la nueva normativa autonómica. (Comunidad Valenciana)

A la luz de este escenario, las organizaciones y personas que integran REDER reclaman **la necesidad imperiosa de reformar el Real Decreto Ley 16/2012 y el subsiguiente Real Decreto 1192/2013** por los cuales se establecen las figuras de asegurado y beneficiario del Sistema Nacional de Salud y se excluye a las personas inmigrantes en situación irregular. Al mismo tiempo advierten de que cualquier medida que se adopte para seguir reformando el sistema sanitario debería contar siempre con una evaluación previa, pública y transparente, y una posterior que mida el efecto en los derechos humanos y la salud de las personas y el impacto de género de dichas medidas, tal y como lo establece la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, de 2007, y la Ley General de Salud Pública, de 2011.

Una reforma sanitaria sin justificación

Era abril de 2012 y España se encontraba sumida en lo más profundo de la crisis económica y, según declaraba el Gobierno, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encontraba en grave riesgo de colapso a consecuencia de una deuda acumulada de 16.000 millones de euros. Con este argumento se aprobaba – por un mecanismo legislativo reservado a situaciones de especial urgencia– una profunda reforma sanitaria justificada con objetivos de ahorro económico y eficiencia del sistema. La nueva norma ocultaba la transformación radical de un modelo de sanidad universal para retornar a un sistema de aseguramiento.

“Según el Tribunal de Cuentas, el fraude, el agujero, el coladero, el desastre de la asistencia no cobrada, dada gratis, no proviene de los inmigrantes sino de los extranjeros que están bien asentados en nuestro país o que vienen a hacer turismo sanitario”.

Rafael J. Álvarez, El Mundo. 2013, “Cuánto ganamos, cuánto perdimos”.

Las medidas de ahorro que introdujo la reforma sanitaria consistieron fundamentalmente en dos: por un lado, en la reducción de la cartera básica de servicios, lo que se traduce en que las familias deben hacer frente al pago de un mayor número de medicamentos, prestaciones y recursos sanitarios sobre los que se reduce la aportación de financiación pública. La segunda medida fue la exclusión sanitaria del sistema público de las personas extranjeras sin permiso de residencia en vigor. De hecho, la retirada de las tarjetas sanitarias se incluyó entre las medidas del Programa Nacional de Reformas que se presentó a la Comisión Europea en abril de 2013. Pero la exclusión sanitaria de más de 800.000⁰¹

personas ¿realmente ha significado el rescate económico de nuestro sistema público de salud? ¿O existían otros motivos para tomar aquella decisión?

Todavía resuenan en nuestros oídos las declaraciones públicas con las que diferentes representantes políticos justificaron la reforma sanitaria aprobada sin debate previo –ni parlamentario ni social– y que recientemente hemos vuelto a escuchar por boca de líderes políticos.

Ana Mato, ex ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *“Hemos garantizado la universalidad de la sanidad para todos los españoles, y también, al mismo tiempo, vamos a adoptar las medidas necesarias para acabar con la utilización indebida de los servicios sanitarios por algunos extranjeros, y también con los abusos que, a veces, estos extranjeros cometen accediendo al sistema sanitario sin tener derecho a ello”, rueda de prensa del Consejo de Ministros, 20 abril de 2012.*

Juan Ignacio Échaniz, ex consejero de Sanidad y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha: *“No hay que olvidar que la sanidad gratuita ha sido fundamental para fomentar el efecto llamada. Mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada”, El Mundo, abril de 2012.*

Xavier García Albiol, ex alcalde de Badalona: *“Es una injusticia social que un inmigrante irregular tenga los mismos derechos que uno regular o que un autóctono”, declaraciones a RAC 1, La Vanguardia, mayo de 2012.*

Han pasado más de tres años y no se ha hecho público ningún informe económico previo que justificara esta medida discriminatoria. Tampoco se ha dado a conocer ninguna evaluación posterior de su impacto en términos de recuperación de la sostenibilidad del SNS y, sobre todo, de sus repercusiones en el derecho humano a la salud o sobre la salud individual de las personas afectadas. Hemos sido las organizaciones y movimientos sociales quienes venimos denunciando el sufrimiento gratuito que esta reforma sanitaria xenófoba e injustificada causa en miles de personas con quienes convivimos en nuestros pueblos y ciudades.

SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

NO SON LO MISMO

Esta reforma ha vuelto poner de manifiesto la confusión y desconocimiento entre la clase política, medios de comunicación y ciudadanía de la forma en la que se financia el Sistema Nacional de Salud.

El 1 de enero de 1999 el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, con lo que se suprimió la aportación de cotizaciones sociales y se produjo la desvinculación total entre la Sanidad y la Seguridad Social. A partir de dicha fecha, el sistema sanitario español se financia íntegramente con impuestos generales que salen del bolsillo de toda la ciudadanía, independientemente de su situación legal. La recaudación se realiza recurriendo a las distintas formas impositivas con las que el Estado se nutre de los fondos precisos para atender todos los servicios que ha de prestar (IVA, IRPF, Impuestos Especiales, etc.).

No se trata de una asistencia sanitaria gratuita para todas las personas, como a menudo se dice. Lo que se produce es una modificación de

la forma de obtener el dinero de la población para financiarla, extrayéndolo del mismo fondo para todas las personas residentes en España, en vez de que una parte gravite sobre la población que trabaja –a través de cuotas directas sobre los salarios– y otra recaiga sobre el conjunto de los residentes en territorio nacional.

Hasta 2012, nuestro sistema de bienestar se basaba en los principios de la solidaridad y de la progresividad. Es decir que cada persona aporte según sus capacidades económicas y sea atendida según sus necesidades, garantizando con ello el derecho a la salud de toda la población, independientemente de cualquier distinción. La reforma sanitaria impuesta a través del Real Decreto-Ley 16/2012 es un paso más hacia un sistema que supone privatizar el acceso a la salud.

La vía del “aseguramiento” para migrantes rompe con el principio de solidaridad del sistema de financiación sanitaria y privatiza un derecho universal.

“La sanidad es hoy más universal que nunca” es uno de los mantras repetidos hasta la saciedad desde el partido en el Gobierno. Se trata, sin embargo, de una interpretación excluyente del concepto “universal” pues ésta queda limitada en su discurso a “todos los españoles”. La falacia en el argumento es evidente. Definir el sistema sanitario español como “universal” y simultáneamente restringir el alcance de dicha universalidad es contrario a la definición de Cobertura Sanitaria Universal aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, donde se especifica que ésta implica el acceso sin discriminación, velando especialmente por los segmentos pobres, vulnerados y marginados de la población.⁰² Para la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos así como para otras Relatorías Especiales de Naciones Unidas los argumentos del Gobierno reflejan una percepción errónea de este principio rector de los derechos humanos⁰³.

El presente informe aporta los datos correspondientes a más de 1.500 casos documentados por la **Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 –REDER–** entre enero de 2014 y julio de 2015 en 12 comunidades autónomas. Algunas de las redes y organizaciones que la integran llevan casi tres años

documentando y difundiendo cifras y testimonios del impacto de la exclusión sanitaria en la vida de las personas. A través de la red de ámbito estatal, han sumado sus esfuerzos para demostrar que las situaciones de desatención médica provocadas por la retirada y negativa de la tarjeta sanitaria a personas que viven en nuestro país no son casos excepcionales ni errores puntuales del sistema.

Este primer informe de REDER se refiere a casos registrados en 12 comunidades autónomas que se han producido en todos los niveles de asistencia o gestión sanitaria. Se trata de 1.567 historias de vida y tan sólo representan una pequeña muestra del verdadero impacto que ha tenido la medida aprobada en abril de 2012 y su desarrollo posterior.

01 Informaciones en medios de comunicación.

http://cadenaser.com/ser/2013/04/30/sociedad/1367288017_850215.html y Programa Nacional de Reformas de 2013 http://www.empleo.gob.es/es/sec_trabajo/debes_saber/pnr/PNREspanya2013.pdf

02 *Salud Mundial y política exterior*. Naciones Unidas. Documento A/67/L.36. Punto 10. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/67/81>

03 Joint letter of allegation, pg. 6 https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/public_-_AL_Spain_21.11.13_%284.2013%29.pdf

TRES AÑOS SIN QUERER ESCUCHAR

Desde el momento de la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, el Gobierno español ha recibido sucesivas advertencias desde diferentes organismos e instituciones de derechos humanos europeos y de Naciones Unidas. Las más recientes recomendaciones en este sentido provienen del *Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*, con motivo de las sesiones de examen de las que ha sido objeto España en julio de 2015. Entre sus conclusiones finales, este Comité destaca la recomendación al Gobierno de España de que derogue el Real Decreto-Ley 16/2012 – que priva a las mujeres migrantes del acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva y de la posibilidad de detectar casos de violencia de género en los servicios de atención primaria. El Comité recomienda que se restaure el acceso universal a la atención sanitaria; que se evite la restricción del derecho al aborto de las jóvenes de 16 a 18 años y se asegure un tratamiento adecuado a todas las mujeres con VIH/SIDA.

“ Si la crisis económica se profundiza o se mantiene en el tiempo y no alcanzamos el equilibrio presupuestario sanitario, ¿cuál va a ser el siguiente colectivo que nuestro gobierno va a plantear su exclusión? ¿Lo más vulnerables? ¿Los que más coste económico supongan? ¿Cuál?”

Álvaro González, ex Presidente de Médicos del Mundo. 2013, “Cuánto ganamos, cuanto perdimos”.

También el pasado mes de julio de 2015, el *Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación de la mujer en la legislación y en la práctica* emitió el informe tras su visita oficial a España, instando al Gobierno a asegurar la universalidad de la atención sanitaria para todas las personas migrantes. En dicho informe, el Grupo de Trabajo ha calificado el Real Decreto-Ley 16/2012 como una medida regresiva incompatible con las obligaciones internacionales de España en materia de derechos humanos.

En sentido parecido se han manifestado entre 2012 y 2014 diversos organismos internacionales de derechos humanos – europeos y de Naciones Unidas– que advirtieron de que la disposición que reforma las condiciones de acceso a la atención sanitaria es incompatible con los Convenios Internacionales suscritos por España. La Relatora de Naciones Unidas para la Pobreza Extrema junto con cinco personas Expertas y otras Relatorías Especiales de Naciones Unidas⁰⁴ advirtieron a las autoridades española en abril de 2013, que España tiene obligaciones positivas en materia de acceso a la atención sanitaria, incluidas aquéllas para con la población migrante, independientemente de su situación administrativa.

Rosa Milca es uruguaya de 71 años y vive en España hace varios años, junto con su hija y sus nietas, que son su única familia. Está empadronada hace más de tres años y antes sí tenía tarjeta sanitaria. Padece una enfermedad cardiovascular crónica. Ha tenido que ingresar varias veces por urgencias, ya que es la única vía de acceso al sistema de salud que les está permitida. Ya he recibido varios avisos de facturación y carece de medios económicos para pagarlas.

Al persistir la insuficiencia respiratoria es remitida al hospital especializado con necesidad de cirugía urgente para sustitución de válvula aórtica. Junto con el alta hospitalaria recibe un informe médico que la deriva a seguimiento por su médico de cabecera. Pero, cerrando el círculo vicioso, no puede recibir este seguimiento porque no dispone de tarjeta sanitaria.

Paralelamente, a lo largo de los últimos tres años se han sucedido las voces que desde diversos ámbitos sociales, científicos y políticos, nacionales e internacionales, vienen señalando que la sostenibilidad del sistema sanitario español no se va a conseguir limitando o impidiendo el acceso a las prestaciones sanitarias a una población socio-económicamente vulnerable. La bibliografía existente constata que tras el argumento del “abuso” de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante se esconde una enorme falacia. Hay que tener en cuenta que el perfil socio-demográfico de una persona inmigrante en situación administrativa irregular es el de alguien joven, sin enfermedades crónicas y cuyo motivo de emigración es exclusivamente buscar un medio de subsistencia y progresar como persona. Existen diversos estudios que han constatado el menor consumo de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante frente a la española.⁰⁵ De acuerdo con los cálculos realizados, las per-



Rosa Milca

sonas inmigrantes gastan entre un 23% y un 31% menos que la población autóctona. Así, el gasto sanitario público que, de acuerdo con la estimación realizada, se atribuiría a este colectivo supone entre un 6% y un 7% del total⁰⁶. En general, podemos concluir que el impacto real de la inmigración sobre la salud pública es escaso y que disponemos de los recursos necesarios para su correcta atención, si se lleva a cabo una adecuada utilización y una distribución **racional de los mismos**⁰⁷.

04 Varias informaciones en prensa, mayo de 2014: http://www.eldiario.es/desalambre/ONU-Gobierno-espanol-universal-gratuita_0_258274859.html ; http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/29/actualidad/1398797567_706386.html

05 *Salud y uso de servicios en los sistemas sanitarios en población autóctona e inmigrante de España*. Berra S, Elorza-Ricart JM.. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/2008, 2009.

06 *Gasto sanitario e inmigración: una mirada en clave de integración*. Blanco Moreno A, Thuissard Vasallo IJ. Presupuesto y Gasto Público 61/2010: 93-13. Secretaría General de Presupuestos y Gastos. Instituto de Estudios Fiscales. 2010.

07 *Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud*. Cañada JL. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 4. 2004. Biblioteca Josep Laporte http://www.fbjozaplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=3&art=03#_blank



NOUVEAUTE
L'Aide Médicale d'Etat
MISE EN PLACE EN 2014
[Portrait of a woman]
[Text: Pour les personnes étrangères résidant en France]
[Text: [illegible]]



Negar la vía normalizada de acceso al sistema público de salud, que es la tarjeta sanitaria, es ante todo una vulneración de derechos, pero además resulta ineficiente, consume más recursos personales y materiales y obtiene peores resultados en términos de salud. Está demostrado que el acceso a la Atención Primaria y a los programas de prevención reduce la morbilidad y, para ciertas patologías, la prevención y el diagnóstico temprano son más eficientes y tienen menos coste que los tratamientos curativos. Dicho de otra forma, prestar servicios solo de urgencia a las personas inmigrantes sin permiso de residencia es más costoso a largo plazo que la atención primaria⁰⁸. Ahora bien, un acceso limitado a la atención primaria por una vía paralela –“para pobres”, “para inmigrantes”, “para personas excluidas...”– que quede desconectada de los procedimientos y protocolos de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es, además de injusto, contrario a los criterios de salud pública, e ineficiente desde el punto de vista de la gestión sanitaria⁰⁹.



Al inicio de la década de 2000, con la entrada de gran cantidad de inmigrantes, existía la sensación de que los servicios sanitarios estaban colapsados por la utilización que estas personas hacían de ellos. Esto a nosotros nos llamaba la atención por cuanto el perfil del inmigrante es el de una persona joven, sana y que, por este motivo, no debían tener gran cantidad de enfermedades”.

Caridad Margarita Arias, Profesora de la Universidad San Pablo CEU. 2013, “Cuánto ganamos, cuánto perdimos”.

Limitar el acceso normalizado a la atención sanitaria a las mujeres extranjeras en situación irregular también va en contra de los objetivos estratégicos en la lucha contra la violencia de género, cuando está demostrado el importante rol que el colectivo de profesionales sanitarios asume en la detección de estas situaciones. De hecho, en las consultas de Atención Primaria se detecta el

60% de los casos de violencia contra las mujeres identificados en el entorno sanitario, así como un importante número de casos de víctimas de trata con fines de explotación sexual. Igualmente, las mujeres en situación administrativa irregular encuentran limitado su acceso a los programas de salud sexual y reproductiva, específicamente a los servicios de información y asesoramiento en métodos anticonceptivos o la interrupción voluntaria del embarazo.

Con relación a las soluciones parciales que han creado diferentes comunidades autónomas, cabe señalar que al menos el 73% de los casos que se han documentado por las organizaciones que integran REDER¹⁰, se han producido precisamente en aquellas donde existían programas de salud creados *ad hoc* o normativa autonómica específica para dar cobertura a las personas excluidas por la reforma sanitaria¹¹. La realidad nos demuestra que se trata de medidas insuficientes y poco eficaces, sin una verdadera voluntad política que las respalde. Como resultado, se generan una serie de subsistemas sanitarios paralelos de financiación pública “para pobres”, divergentes en lo territorial y con restricciones en el acceso y en las prestaciones. A todas luces, un modelo de salud que lejos de avanzar hacia la equidad y la eficiencia, nos retrotrae a un viejo sistema ya superado hace décadas.

⁰⁸ *Health-care access for migrants in Europe: the case of Spain.* Royo-Bordonada MA., Diez-Cornell M, Llorente JM. *Lancet*. 2013; 383: 393-4.

⁰⁹ Desde el año 1978, con la Declaración de Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud está dando indicaciones a los estados para que la Atención Primaria en Salud se convierta en una estrategia de organización de los servicios sanitarios que haga referencia a la necesidad de que estos estén proyectados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, sean accesibles, se basen en las necesidades de la población, promuevan la participación de la comunidad, mantengan una relación adecuada costo-beneficio en sus actuaciones y resultados, y estén abiertos a la colaboración intersectorial.

¹⁰ El volumen desigual de incidencias documentadas en cada comunidad autónoma no se corresponde con la extensión del problema en cada territorio, sino que viene condicionada por la presencia o no de mayor número de entidades miembro de REDER con capacidad para documentar y registrar los casos de los que se tiene conocimiento.

¹¹ El cambio político en muchas comunidades autónomas tras las elecciones del mes de mayo pasado han dado pasos a varias reformas normativas que han sustituido algunos de estos “programas sanitarios” por un acceso casi universal.

Radiografía de la exclusión sanitaria en el Estado Español

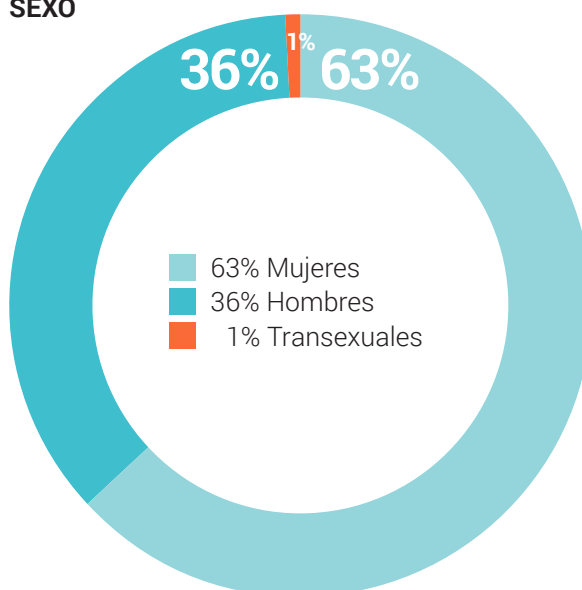
Los 1.567 casos recogidos por REDER evidencian el marcado carácter discriminatorio de la reforma impuesta por el Real Decreto-Ley 16/2012. Como era de esperar, la gran mayoría de los casos documentados corresponden a las **personas excluidas directamente por la norma estatal: más de dos tercios de las incidencias registradas (1.067 casos)** afectan a personas extranjeras en situación administrativa irregular. La mayoría de ellas son mujeres. Además, nos encontramos con que un 68% son víctimas del propio incumplimiento de las excepciones que contempla la normativa estatal o autonómica vigente. Casi un 50% de las vulneraciones registradas están relacionadas con una información deficiente, tanto al paciente como al personal de los centros sanitarios, respecto a los procedimientos administrativos o la aplicación de la normativa vigente.

Asimismo, llama la atención que un 14% del total corresponde a personas con ciudadanía de la Unión Europea que han sufrido algún tipo de exclusión en el ámbito sanitario por aplicación del Real Decreto-Ley y que por su situación de vulnerabilidad socioeconómica han necesitado recurrir a alguna organización social. Estas personas son víctimas de los limbos legales creados por una reforma legislativa de gran calado que ha sido realizada apresuradamente y desarrollada jurídica y técnicamente de manera deficiente, alentando desde las instituciones un clima de xenofobia social.

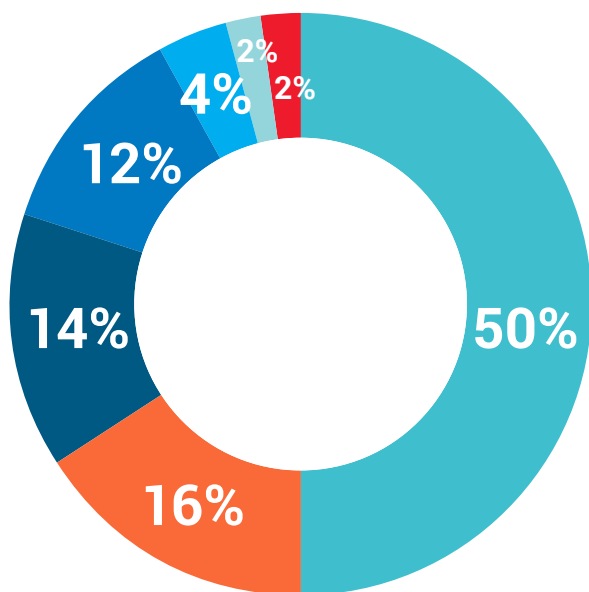
LUGAR DONDE SE PRODUCE LA INCIDENCIA	CASOS
INS o administración autonómica encargada de expedir la tarjeta sanitaria	55
Centro de especialidades	19
Centro de Salud – Administración	543
Centro de Salud – Medicina General	94
Centro de Salud – Otros	14
Hospital – Admisión	35
Hospital – Urgencias	201
Hospital – Otros	33
Otros	573
TOTAL	1.567

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

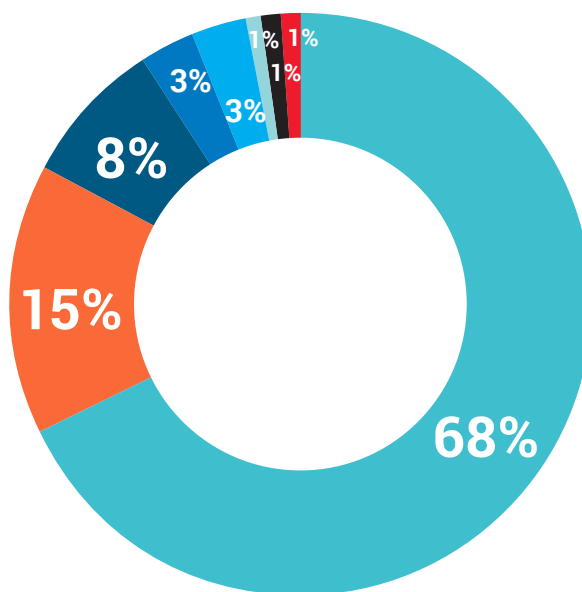


DISTRIBUCIÓN POR
PROCEDENCIA



- 50% Latinoamérica
- 16% África subsahariana
- 14% Comunitarios
- 12% Norte de África
- 4% Europa del Este
- 2% Asia
- 2% Sin especificar

DISTRIBUCIÓN POR
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA



- 68% En situación irregular
- 15% Con pasaporte comunitario
- 8% Con permiso de residencia válido
- 3% Con visado de turista/estudiante
- 3% NS/NC
- 1% Nacionalizados españoles
- 1% Solicitantes de asilo en trámite
- 1% En trámite permiso de residencia
- 0% En trámite de nacionalidad

LA DESINFORMACIÓN COMO NEGACIÓN DE UN DERECHO

Después de tres años desde la entrada en vigor de la norma que niega la tarjeta sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, son muchas las que siguen acudiendo a las distintas organizaciones integrantes de REDER **en busca de información** sobre su derecho a recibir algún tipo de atención sanitaria. Durante el periodo que va de enero de 2014 a julio de 2015, un **12% del total de casos** registrados corresponde a esta categoría de incidencias. A esta cifra hay que sumar un **22%** de personas que no habían tramitado su tarjeta sanitaria porque desconocían tener ese derecho. Por último, un **12%** corresponde a quienes se ha denegado en su centro de salud la tarjeta sanitaria porque **la información que maneja el personal administrativo sobre el trámite y requisitos era errónea.**

Sería aún mayor y de cálculo imposible, el número de personas que, por desconocer su derecho, no habría acudido a los centros de salud o a nuestras organizaciones para solicitar información. Así, es muy probable que la falta de estrategias de información interna y externa por parte de la administración sanitaria y algunas medidas disuasorias hayan provocado un impacto mucho mayor que el detectado. Otras razones que han podido disuadir a muchas personas de acceder a la asistencia son los carteles colocados en centros de salud y hospitales advirtiendo que no se atendería a personas sin tarjeta. La transmisión boca a boca del testimonio de personas a quienes se ha denegado la asistencia o se ha facturado la atención prestada en urgencias ha podido aumentar aún más ese efecto negativo.

Como consecuencia de no disponer de tarjeta sanitaria, estas personas ven negado el acceso a la atención médica en consulta, en multitud de casos en el nivel de atención primaria, pero de manera generalizada para el acceso a la aten-

ción especializada. Esto se traduce en la imposibilidad de dar continuidad al seguimiento de los tratamientos, realizar pruebas diagnósticas o acceder a determinados servicios y recursos socio-sanitarios.

M. es una mujer que llegó en 2012 a Galicia junto a su marido y sus dos hijos de 2 y 5 años, gracias a una beca de estudios post-universitarios. Inmediatamente a su llegada inició los trámites para solicitar la tarjeta sanitaria, pero se encuentra con la negativa inicial de la oficina de la Seguridad Social. Con el apoyo de la trabajadora social de su centro de salud, consigue la atención médica para sus hijos, en tanto menores de edad, mientras se tramita el acceso al Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública gracias al apoyo de una organización miembro de REDER. En un primer momento también se le deniega esta solicitud y sólo tras presentar recurso y aportar la documentación procedente del INSS que acredita que los menores de edad carecen de acceso normalizado a la atención sanitaria, la delegación territorial de A Coruña resuelve afirmativamente.

No obstante, apenas 10 días después, M. recibe una nueva carta denegando de nuevo la petición de asistencia sanitaria a través del Programa Galego, argumentada por el hecho de encontrarse los padres de los dos menores en situación administrativa regular. Como consecuencia, se les anulan y retiran las tarjetas sanitarias. (Galicia)

Entre los casos registrados por REDER, existen 31 casos de cáncer, 38 de enfermedades cardiovasculares, 62 de diabetes, 14 de enfermedades degenerativas musculares, 8 de otro tipo de enfermedades degenerativas, más 28 casos potencialmente mortales si no reciben el adecuado seguimiento y tratamiento sanitario. Se han registrado además 27 casos de personas con graves problemas de salud mental que han sido víctimas de la exclusión sanitaria que impone la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012.

LA DOBLE VULNERACIÓN: INCUMPLIMIENTO SISTEMÁTICO DE LAS EXCEPCIONES PROTEGIDAS

El Real Decreto-Ley 16/2012 establece una mínima salvaguarda que permite la atención sanitaria en una serie de supuestos:

- ▶ urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- ▶ asistencia al embarazo, parto y posparto.
- ▶ en todo caso, las personas extranjeras menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las españolas.

Sin embargo, resulta llamativa la frecuencia con que se incumple la normativa para estas situaciones prácticamente en todas las comunidades autónomas. REDER ha registrado, a lo largo de los 19 meses que ha durado la muestra, hasta **78 casos de mujeres embarazadas** a quienes se les ha negado el derecho legalmente reconocido. Son situaciones que van desde la denegación de la tarjeta sanitaria hasta casos que no han recibido tratamiento médico necesario por las complicaciones derivadas del parto porque no se reconocen como parte de la atención obligada por el Real Decreto-Ley. Mención especial merecen las mujeres a quienes se les deniega la realización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los márgenes que ampara la actual legislación, con el consecuente riesgo de que acaben sometándose a abortos sin las debidas garantías sanitarias que ponen en peligro su salud y su vida.

Asimismo, son recurrentes las situaciones de **menores de edad (109 casos documentados)** a quienes se deniega la asistencia sanitaria (no se les proporcionan las vacunas pertinentes, no se les cita para consulta en pediatría e incluso en servicios de urgencias, que en ocasiones les emiten facturas...). En muchos de estos casos la denegación se produce porque su progenitor o progenitora no cuentan con número de la Seguridad Social.

Finalmente, las vulneraciones del propio Real Decreto-Ley más habituales entre las registradas son las que tienen lugar en los **servicios de urgencias, con 232 situaciones documentadas** (138 mujeres y 94 hombres). Hemos tenido conocimiento de 44 casos de denegación de atención en urgencias y 188 casos en los que se ha facturado la atención



© GIORGOS MUSTAFIS

prestada o se ha exigido la firma de un compromiso de pago como condición para proporcionar la asistencia. En algún caso, el impago de dicha factura ha conllevado el envío de avisos amenazando con acudir a la vía de apremio de persistir tal impago; y, en otros, la publicación de sus nombres en el diario oficial de su comunidad autónoma, como paso inicial para el procedimiento de recaudación ejecutiva.

Es imaginable el sentimiento de angustia en las personas a quienes se les exige que con sus recursos limitados hagan frente a facturas que en algún caso han ascendido hasta los 5.000 euros, una angustia agravada por el temor de que mantener una deuda con la Administración perjudique sus procesos de regularización.

Otra práctica generalizada consiste en limitar la asistencia hasta el alta hospitalaria, y no hasta el alta médica como ordena la ley. Como consecuencia, las dolencias detectadas en los servicios de urgencias no pueden continuar su seguimiento médico o completar su diagnóstico en los servicios de atención especializada.

En todos estos casos nos encontramos con una doble vulneración de los derechos de las personas afectadas. Así, la vulneración del derecho a la salud que ha privado a miles de personas del acceso a un nivel de cobertura acorde con los estándares mínimos de dignidad humana se ve agravada por el incumplimiento de los escasos resquicios previstos en la ley. La consecuencia es un recrudecimiento de la exclusión y marginación de estas personas.

LA ESPECIAL VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS SOLICITANTES DE ASILO Y DE LAS VÍCTIMAS DE TRATA

El Real Decreto 1192/2012 amplió las excepciones inicialmente previstas en el Real Decreto Ley 16/2012 para incluir dos nuevos supuestos:

- ▶ *Los solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a los solicitantes de protección internacional con necesidades particulares.*
- ▶ *Las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el periodo de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a las víctimas de trata de seres humanos con necesidades especiales.*

Sin embargo, estas previsiones han demostrado ser claramente insuficientes. En el caso de solicitudes de protección internacional, el derecho a la asistencia viene condicionado por la ley a que su estancia en España “haya sido autorizada”, lo que en la práctica equivale a la exclusión del sistema de las personas solicitantes de asilo y refugio que aún se encuentren en proceso de reconocimiento de su estatus como tales.

No conviene olvidar la situación de extrema vulnerabilidad en la que se encuentran las personas que huyen de conflictos y persecución por razones ideológicas o políticas o que son sometidas a explotación, situaciones a las que se añade el desarraigo y en muchos casos las dificultades de comunicación. Por ello, deberían ser objeto de una especial protección, especialmente desde el ámbito sanitario. Sin embargo, la reforma sanitaria ha tenido como consecuencia que la mayor parte de estas personas queden en un estado de absoluto desamparo. **REDER ha documentado 10 casos de personas en esta situación.**

Por su parte, en el caso de las víctimas de trata,

el derecho a la atención sanitaria está reconocido sólo para aquéllas que, habiendo sido ya identificadas como tales, se encuentran de alguna forma bajo la protección de las autoridades y siempre circunscribiendo el alcance de dicho derecho al tiempo de duración del “periodo de restablecimiento y reflexión”, claramente insuficiente¹² (hasta el pasado mes de julio este periodo era de 60 días).

Los hechos demuestran las importantes barreras administrativas que encuentran las víctimas de trata a la hora de tramitar la tarjeta sanitaria, como consecuencia tanto de la frecuente falta de un documento de identificación (es habitual que los y las tratantes les confisquen el pasaporte) como por la propia brevedad del periodo de restablecimiento y reflexión que en muchas ocasiones no es suficiente para finalizar los trámites de solicitud.

Los dos casos registrados por REDER bastan como ejemplos ilustradores de esa realidad: dos mujeres, extranjeras en situación administrativa irregular, que acuden a urgencias como única vía de acceso a la atención médica que precisan. Para mayor agravio, esa atención en urgencias se les factura. Se trata de dos personas que reciben el acompañamiento de organizaciones sociales miembro de REDER y muestran indicios suficientes para ser consideradas como víctimas de trata.

Por otra parte, las condiciones de explotación y abuso en las que se encuentran las colocan en una situación de mayor vulnerabilidad, si cabe. Así, la mayoría de las víctimas de trata que todavía no han sido identificadas carecen de acceso a la atención normalizada, lo que priva al sistema de una importante vía de detección de estos casos de explotación sexual.

¹² Hasta el pasado mes de julio era de 60 días. Aunque actualmente es de 90 días, sigue siendo un plazo muy limitado.





Natalia Duffy

© CARLOS BARRERO

FAMILIARES ASCENDIENTES: PERDIDOS EN UN LABERINTO JURÍDICO Y LEGAL

A lo largo de estos últimos tres años, las organizaciones y colectivos sociales que trabajan con las personas excluidas del Sistema Nacional de Salud (SNS) vienen constatando el incremento de casos de inmigrantes con permiso de residencia regularizado a quienes la Administración no reconoce ni como “titulares” ni como “beneficiarias”. Se trata, mayoritariamente, de personas dependientes de muy avanzada edad que han llegado a España a través de procesos de reagrupación familiar. Con anterioridad a 2012, estas personas podían registrarse como beneficiarias de sus hijas e hijos. Sin embargo, el Real Decreto 1192/2012, que regula las condiciones de asegurado y beneficiario excluye de esta categoría a los y las ascendientes. La incongruencia es clara, pues se trata de personas cuya llegada a España ha sido autorizada, que adolecen de serios problemas de salud, y a quienes, sin embargo, se les deniega el acceso a la asistencia que tanto necesitan.

Aunque en términos globales, dentro del volumen total de personas inmigrantes representan una mínima parte, se trata de casos muy dolorosos que

reclaman un abordaje más humanitario por parte de la Administración. REDER ha documentado hasta **25 casos de personas en esta situación** que sufren dolencias como cardiopatías, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas potencialmente mortales, artritis y otros reumatismos o necesidad de seguimiento de operaciones quirúrgicas realizadas en el país de origen, todas ellas desatendidas.

El drama de estas personas y de sus familias aumenta por cuanto se ven incapaces de suscribir seguros privados, ya que las aseguradoras les rechazan precisamente debido a su delicado estado de salud y avanzada edad. La alternativa de suscribir un Convenio Especial de Prestación de la Asistencia Sanitaria, desarrollado en el Real Decreto 576/2013 no es más viable, pues exige un empadronamiento mínimo de un año (con la subsiguiente desprotección durante el periodo precedente) y una contraprestación mensual de 157 euros para los mayores de 65 años y de 60 euros para los menores de dicha edad, un monto que queda fuera del alcance de la mayoría de estas familias, que cuentan con recursos muy limitados.

La incoherencia de este callejón legal sin salida al que han sido empujadas estas personas ha sido puesta en evidencia por los tribunales. Son ya varios los casos de estas características en los cuales, desde diversas instancias judiciales, se ha dado

ESPAÑA DEJA MORIR SIN ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS ENFERMAS Y ANCIANAS

Carlos tenía 66 años cuando falleció sin que su hija Natalia (foto página izquierda) consiguiera que la Administración le concediera el acceso normalizado a la atención sanitaria que requería. Enfermo de diabetes y alzheimer, llegó a España en 2009 donde viven todos sus hijos. Residente en Galicia con su hija y su yerno, tenía tarjeta sanitaria y recibía asistencia normalizada. Sin embargo, cuando la familia se trasladó de comunidad autónoma, por motivos de trabajo, Carlos quedó sin atención sanitaria. En la oficina del INSS le negaron la tarjeta sanitaria como beneficiario de su hija y le exigían contar con un seguro privado. En abril de 2014, sufre un cuadro de deterioro generalizado y acude a urgencias donde recomiendan su ingreso. No obstante el seguro se niega a hacerse cargo del coste de dicho ingreso ni de la medicación recetada y por tanto debe solicitar el alta voluntaria al no poder costeárselo la familia. Como consecuencia su situación se agrava a lo largo de las siguientes semanas requiriendo nuevos ingresos en urgencias. No obstante en ningún momento recibe el adecuado tratamiento y seguimiento a su enfermedad y termina falleciendo. Casos como el de Carlos se acumulan sin visos de solución ante los ojos impotentes de sus familias y de las personas que tratan denodadamente de ayudarles a ver reconocido su derecho humano a la salud.

A fuerza de luchar por sus derechos, algunas familias comienzan a ver cómo los tribunales les dan la razón. Éste ha sido el caso de Margarita, colombiana de 81 años y residente en Burgos durante casi una década antes de conseguir el permiso por reagrupación familiar y a quien el INSS le denegó la tarjeta sanitaria alegando que "las personas extranjeras que con posterioridad al 24 de abril de 2012 soliciten la inscripción en el Registro Central de Extranjería o el correspondiente permiso de resi-

dencia, no tendrán derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Sistema Nacional de Salud". En Barcelona, mientras tanto, Hilda, venezolana de 77 años vivía una historia similar. Residente legal desde 2011 gracias a un proceso de reagrupación familiar, el INSS le denegó la tarjeta sanitaria aduciendo que, en el momento de solicitar la residencia legal en España, Hilda debería haber contado con un seguro de salud privado para que ésta le fuera concedida. Por su parte, en Madrid, Víctor, colombiano de 80 años y enfermo de EPOC llegó a España en 2013 gracias a las gestiones de su hija para que le concedieran la reagrupación. Sin embargo, dicha reagrupación no vino acompañada por la correspondiente tarjeta sanitaria, que le fue denegada por el INSS al tratarse de una persona que nunca había cotizado en España.

En todos estos casos, la jurisprudencia ha sido clara al dar la razón a las personas afectadas, argumentando que la decisión de Extranjería de conceder la residencia a una persona es una resolución legal a todos los efectos, y que el INSS carece de competencia para interpretar dichas resoluciones ni limitar el alcance de las mismas, juzgando los requisitos de una regularización ya concedida y dejando sin efecto la parte de la misma correspondiente a la asistencia sanitaria.

Sin embargo, esta situación sigue sin corregirse y son varios los casos que continúan requiriendo atención urgente. Como J.M.S., argentino de 80 años residente en España desde 2013 quien, pese a tener contratado un seguro privado, este no se hace cargo de su tratamiento una vez le es diagnosticado EPOC; o el de C.S.C.M., cubana de 83 años, con hipertensión y cardiopatía con insuficiencia mitral a quien el INSS le ha denegado la tarjeta.

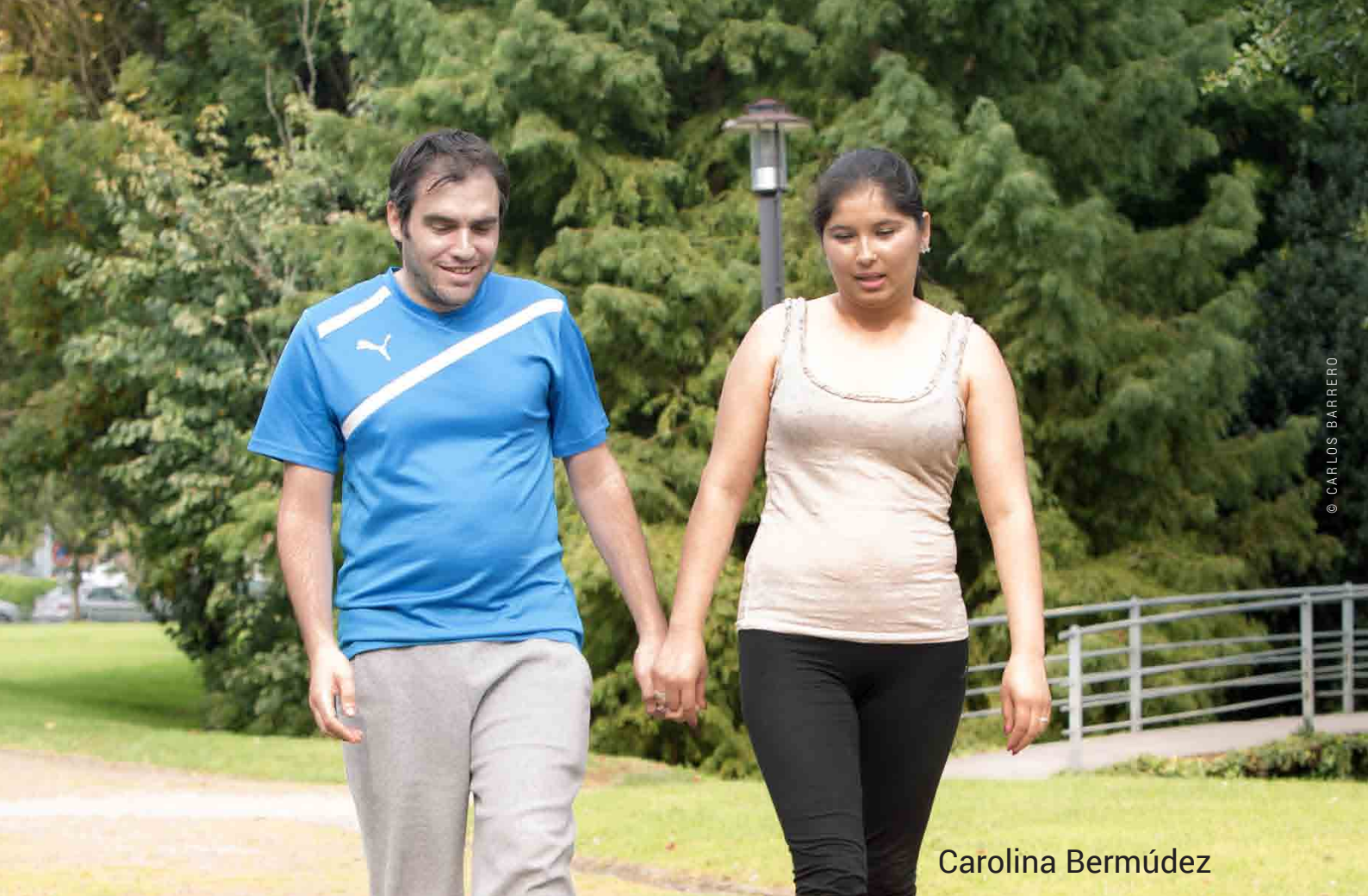
la razón a las personas afectadas, argumentando la falta de competencia del Instituto Nacional de la Seguridad Social para denegar la tarjeta sanitaria a una persona cuyo proceso de regularización había sido previamente autorizado.¹³ Estos casos abren una nueva vía jurisprudencial que esperamos sirva como precedente para evitar que situaciones como las anteriormente descritas sigan produciéndose.

13 Varias noticias en prensa:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/19/actualidad/1392846250_883061.html

http://www.eldiario.es/sociedad/tribunales-Seguridad-Social-exclusion-inmigrantes_0_342616229.html

http://www.eldiario.es/desalambre/Seguridad-Social-sanidad-anciano-papeles_0_393011116.html

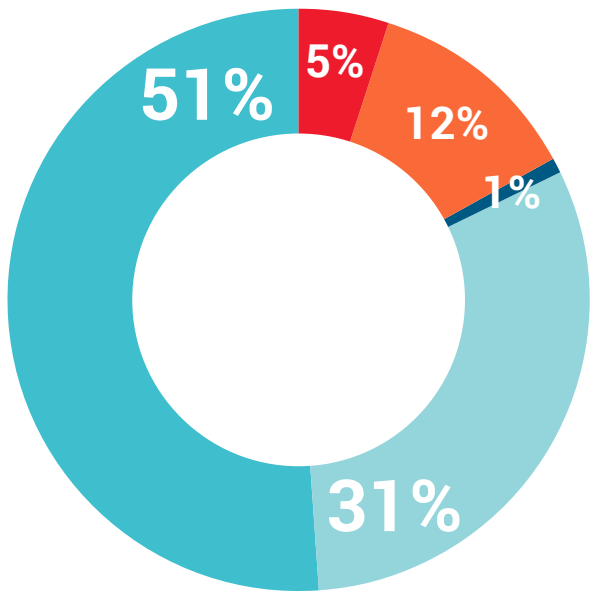


© CARLOS BARRERO

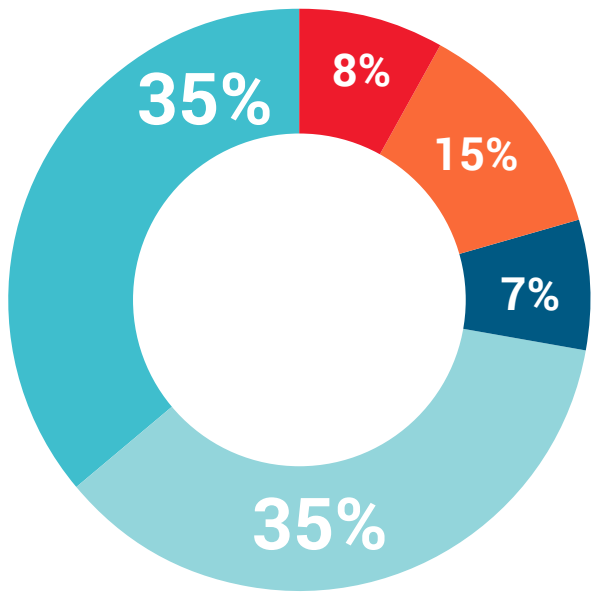
Carolina Bermúdez

- Imposibilidad de acceder a medicamentos.
- Facturación o firma del compromiso de pago de la prestación médica realizada.
- Negativa a la atención en urgencias.
- Por barreras administrativas.
- Por falta de información.

INCIDENCIAS EN CCAA
CON PROGRAMAS ESPECIALES



INCIDENCIAS EN CCAA
CON EXCEPCIONES AMPLIADAS



LA INEFICACIA DE UNA LEGISLACIÓN PARCHEADA

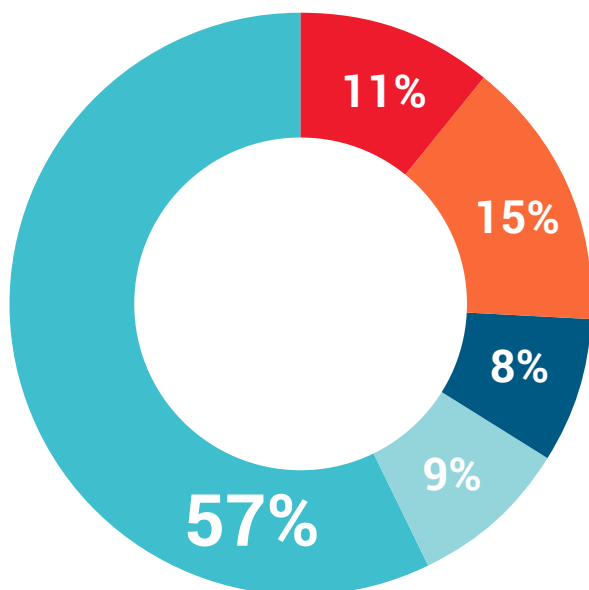
A los pocos meses de entrar en vigor la retirada de las tarjetas sanitarias a personas extranjeras en situación irregular, varios gobiernos autonómicos diseñaron sus propias excepciones a las condiciones para acceder a los servicios públicos de salud, bien a través de la creación de **programas sanitarios específicos** (que proporcionan acceso a una cartera básica a aquellas personas que cumplan una serie de requisitos) o bien a través de la **ampliación de los supuestos excepcionales** previstos en la ley.

Los **657 casos (428 mujeres / 226 hombres / 3 transexuales) documentados por REDER de personas excluidas de los programas sanitarios autonómicos o de las excepciones ampliadas** aun cumpliendo las condiciones previstas son prueba concluyente de la ineficacia de esta legislación "parcheada" y apuntan a la restitución de la universalidad como el único camino aceptable. Asimismo, se constata la escasa voluntad política que acompañó a la creación de esos programas y excepciones autonómicas al comprobar la ausencia de estrategias de difusión e información interna y externa, como han venido denunciando las organizaciones sociales.

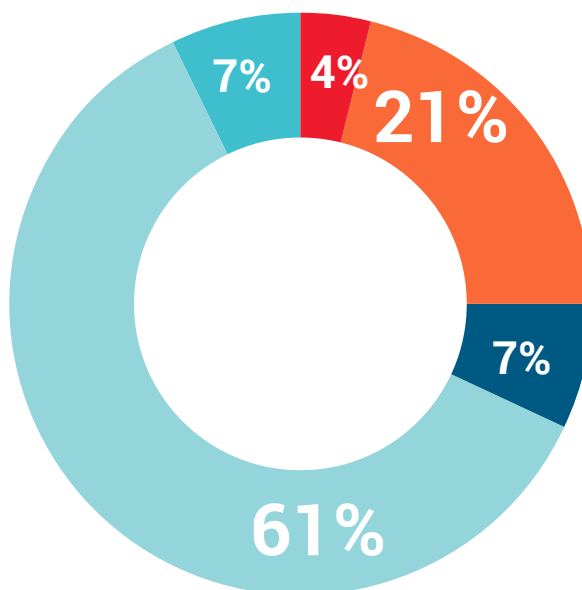
Carolina (foto página izquierda) es una mujer nicaragüense de 27 años, casada con un español. No le aprueban permiso de residencia por falta de recursos económicos y, por tanto, tampoco la tarjeta sanitaria. Solicitó acceder al Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública. Al principio tuvo que acudir al INSS para obtener el documento que acredita que no es asegurada del SNS. Regresó con la documentación, y entonces le denegaron la solicitud por tener NIE y la enviaron de vuelta al INSS. Más tarde le llegó una carta donde le advierten que no podrá presentar más la solicitud de entrada al Programa Galego. Finalmente, y casi tres años después de la primera solicitud, C.B.V. consigue ser incluida en el Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública.

Entre julio y agosto de 2015, cuatro de las comunidades autónomas que contaban con los mencionados programas sanitarios para dar acceso a las personas inmigrantes en situación irregular han reformado su legislación autonómica para reconocer el acceso universal al sistema público de salud. Significa un importante avance en el cumplimiento de las obligaciones de esos gobiernos autonómicos que pondrá fin a muchas de las situaciones que REDER ha documentado. Sin embargo, aún encontramos un mapa en el que conviven modelos de atención muy distintos, lo que ha provocado una gran inequidad territorial dentro del SNS.

INCIDENCIAS EN CCAA DONDE SE HA APLICADO EL RDL ÍNTEGRO*
*Sólo disponemos de datos de Castilla-La Mancha.



INCIDENCIAS EN CCAA QUE NO APLICAN EL RDL 16/2012



Conclusiones

Las más de 1.500 personas que han visto denegada de alguna forma el acceso a la asistencia sanitaria, casos documentados por nuestras organizaciones en 12 Comunidades Autónomas sanitaria durante poco más de un año, son la evidente demostración de que el actual modelo de salud español dista mucho de ser universal y fiel a los principios rectores que definen el Sistema Nacional de Salud desde 1986. **Cuando los argumentos por los que se justificó la introducción de una legislación discriminatoria para un sector de población no se sostienen en la evidencia científica y son contrarios a los principios deontológicos y de derechos humanos, sólo cabe calificar esta política como arbitraria.**

REDER entiende que la reforma sanitaria de 2012 no se justifica ni desde el punto de vista de derechos humanos, ni económico, ni de salud pública, ni desde la ética médica. Negar el acceso a los diferentes niveles de la asistencia sanitaria a personas por su situación administrativa es contrario al código deontológico y al juramento hipocrático. Desde un criterio de eficiencia, conviene señalar que dejar fuera de la cobertura médica de manera normalizada precisamente a las poblaciones más vulnerables, además de injusto, supone excluirlas de la adecuada coordinación entre niveles socio-sanitarios y entre los protocolos establecidos con fines de prevención y de protección de la salud pública.

Que diferentes gobiernos autonómicos pusieran en marcha, casi desde el primer momento que entró en vigor la reforma, distintas fórmulas para regular el acceso a la atención sanitaria a través del sistema público de salud para colectivos excluidos por el Real Decreto-Ley, demuestra que ésta es una norma ineficaz y con graves vacíos de previsión, desde el punto de vista de la gestión sanitaria. Por otra parte, la muestra de casos reunidos por las organizaciones que integran REDER confirma el diagnóstico que diferentes organizaciones médicas y sociales vienen denunciando desde 2012:

- ▶ **El deterioro de la gestión sanitaria** como resultado del alto nivel de confusión generada entre el personal sanitario y administrativo, dada la falta de información o instrucciones sobre cómo llevar adelante la aplicación del Real Decreto-Ley. En consecuencia, actualmente vivimos una **clara asimetría** en su implantación entre las comunidades autónomas y al interior de ellas, lo que está generando que la población se encuentre con respuestas contradictorias y una marcada **descoordinación entre niveles asistenciales**.
- ▶ **El incumplimiento**, demasiado generalizado, del propio **Real Decreto-Ley en las escasas salvaguardas que contempla**: la negación de la atención a mujeres embarazadas y menores de edad, así como una facturación sistemática en la atención de urgencias. Al incumplimiento de la norma estatal hay que sumar las dificultades de tipo administrativo que encuentra la mayoría de las personas para acceder a los programas sanitarios *ad hoc* creados en las comunidades autónomas.

Desde un punto de vista médico, detectamos una serie de consecuencias directas sobre la salud y la vida de las personas a quienes se ha impuesto la exclusión sanitaria:

- ▶ **Ruptura del adecuado seguimiento de enfermedades graves o crónicas**: Personas con VIH que llevaban meses o años recibiendo tratamiento antirretroviral y seguimiento médico a su enfermedad y que tras perder su empleo, ahora pierden también la posibilidad de continuar con su tratamiento; pacientes con diagnósticos de cáncer que no pueden hacer frente al coste de las pruebas complementarias o el tratamiento oncológico; personas con enfermedad renal avanzada que no reciben tratamiento y, receptores de trasplantes a quienes se les impide el seguimiento en consulta y el tratamiento inmunosupresor, con el consecuente riesgo de pérdida del órgano trasplantado.

► **Pérdida de efectividad de los programas de prevención sanitaria en Atención Primaria:**

Aunque el Real Decreto-Ley permite la posibilidad del diagnóstico de enfermedades como la tuberculosis cuando el ingreso se produce por urgencias, se dificulta o impide el seguimiento del tratamiento y el estudio de contactos imprescindible para tratar a otras personas infectadas y para impedir su extensión a otras personas. También se limita casi por completo el acceso a métodos para el diagnóstico de la infección por VIH, su seguimiento y la prescripción de tratamientos precisos para el control de la infección.

Es indiscutible el riesgo que esta pérdida de efectividad de estos programas implica, no sólo para las y los pacientes, sino para la población en general; así como el evidente incremento en costes para el sistema sanitario por el aumento de ingresos hospitalarios como consecuencia de las complicaciones de salud que sufrirán estas personas.

Además, como ya hemos mencionado anteriormente, se dificulta considerablemente la detección de casos de violencia de género y de trata que se suelen detectar en el primer nivel de atención.

► **Sin acceso a los Servicios Públicos de Salud Sexual y Reproductiva:**

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, las mujeres inmigrantes que se encuentren en situación administrativa irregular han quedado fuera del acceso a los servicios de contracepción y, en caso de necesitarlo, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) a través del Sistema Nacional de Salud.

Ante las consecuencias derivadas de la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, a lo largo de estos tres años las comunidades autónomas han ido creando alternativas para ampliar las vías de acceso al sistema público de salud. Así, en el plazo de tres años nos encontramos con un crisol de situaciones normativas en las 17 comunidades autónomas que ponen en evidencia los limbo que ha creado la norma estatal que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta asimetría con que se está aplicando la norma incrementa el clima de descoordinación entre

diferentes niveles de gestión y, en consecuencia, las barreras de acceso al sistema sanitario que afrontan las personas inmigrantes.

Poco se mencionan también las consecuencias indirectas que tiene en la vida de las mujeres inmigrantes la exclusión sanitaria. Cuando el acceso a los servicios públicos se cierra ¿quiénes se ocupan de la atención de las personas enfermas dependientes?

Actualmente, –con las recientes normas autonómicas publicadas entre julio y agosto de 2015– **en nueve comunidades autónomas existe un contexto normativo que reconoce el acceso normalizado a la atención sanitaria** de las personas extranjeras en situación irregular a quienes no se reconoce la condición de aseguradas o beneficiarias (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Navarra, País Vasco y Valencia). Otros cinco gobiernos autonómicos han anunciado, durante agosto de 2015, **próximas medidas para ampliar el alcance de la cobertura sanitaria a inmigrantes en situación irregular** (Canarias, Castilla-La Mancha y Extremadura en la misma línea que las anteriores; mientras que Madrid y Murcia están a la espera de conocer la propuesta presentada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Galicia mantiene sin modificación el Programa Galego de Protección Social de la Salud Pública; y Castilla y León y La Rioja conservan los supuestos y excepciones con las que ampliaron la cobertura sanitaria a colectivos excluidos por el RDL.

A lo largo de los últimos tres años se han sucedido las voces que desde ámbitos sociales, científicos y políticos diversos, nacionales e internacionales, venimos señalando que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud no se va a conseguir limitando o impidiendo el acceso a las prestaciones sanitarias a un colectivo vulnerable, ya que está demostrado que éste hace un menor uso del sistema sanitario que el resto de la población. Negar la vía normalizada de acceso al sistema público de salud, que es la tarjeta sanitaria, es económicamente ineficiente además de injusto y contrario al marco de derechos humanos.

Recomendaciones

REDER quiere sumarse a las voces que reclaman la **necesidad imperiosa de reformar el Real Decreto-Ley 16/2012 y el subsiguiente Real Decreto 1192/2013** por los cuales se establecen las figuras de asegurado y beneficiario del Sistema Nacional de Salud y se excluye a las personas inmigrantes en situación irregular.

En este sentido, **las organizaciones que integran REDER rechazan la creación de cualquier sistema de acceso a la sanidad pública paralelo y diferenciado de la tarjeta sanitaria individual** en vigor actualmente.

Los **gobiernos autonómicos** son también titulares de obligaciones internacionales en materia del derecho a la salud **que pueden y deben llegar al límite de sus competencias para asegurar que se restaure la universalidad de este derecho**. REDER aplaude las reformas que se han iniciado en varias comunidades autónomas tras las elecciones de mayo de 2015 y anima a completarlas hasta subsanar los vacíos que aún permanecen sin resolver como:

- la protección de las personas con permiso de residencia por reagrupación familiar a quienes se niega la condición de aseguradas o beneficiarias;
- o las personas ciudadanas de la Unión Europea y de países con los que España tienen suscrito convenio bilateral que no tienen posibilidad de aportar la documentación de sus países de origen requerida.

HASTA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ANTERIORES RECOMENDACIONES

Instamos al **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** a tomar las siguientes medidas urgentes y transitorias:

- ▶ Realizar y publicar un **riguroso y exhaustivo análisis del impacto a corto y largo plazo** de las medidas que excluyen del acceso a los servicios sanitarios no de urgencias a amplios colectivos de población residente en el Estado Español, **incluyendo el análisis de las consecuencias en la salud y la vida de las personas más vulnerables**.

- ▶ Cualquier medida que se adopte para seguir reformando el sistema sanitario y los procesos de acceso al Sistema Nacional de Salud debería contar siempre con una evaluación previa pública y transparente –que no ha existido en 2012– y una posterior, que mida el efecto en los derechos humanos y la salud de las personas y el impacto de género de dichas medidas, tal y como lo establece la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres de 2007 y la Ley General de Salud Pública de 2011.

- ▶ **Diseñar y difundir adecuadamente procedimientos para garantizar el cumplimiento en todas las comunidades autónomas de los supuestos del Real Decreto-Ley 16/2012** que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a menores de edad, mujeres embarazadas, solicitantes de asilo y víctimas de trata de personas en periodo de reflexión, y en los servicios de urgencias. Dichos procedimientos deberán asegurar que en ningún caso esas atenciones sean facturadas o sujetas a la firma de compromiso de pago por parte de las personas usuarias.

- ▶ **Reconocer el derecho a la atención sanitaria a todas las personas inmigrantes que cumplen los requisitos establecidos en el Real Decreto-Ley 16/2012** independientemente de la fecha en que fue aprobado el permiso de residencia y los motivos; y orientar debidamente en este sentido al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS).

- ▶ **Flexibilizar los requisitos de identificación** para cualquier trámite relacionado con la asistencia sanitaria, dadas las dificultades económicas y geográficas de muchas personas extranjeras para acceder a los servicios consulares (inexistentes o concentrados en sólo algunas ciudades) o que proceden de países en situación de crisis o conflicto donde no es posible la tramitación correspondiente.

- ▶ **Adoptar las medidas necesarias para combatir la discriminación en el acceso a la salud**, independientemente del origen y situación administrativa de las personas.



© KATHERINE FAWSETT

Instamos a las **Consejerías de Sanidad** a :

- ▶ Avanzar **reformas legislativas** de ámbito autonómico que den **acceso universal y en condiciones de equidad al sistema público de salud** a las personas inmigrantes en situación irregular, así como a aquellas con permiso de residencia por reagrupación familiar en aquellas comunidades autónomas donde aún no se hayan emprendido. Deben asimismo asegurarse de que se hacen efectivas y basadas en **requisitos accesibles y asequibles**.
- ▶ **En ningún caso, exigir un plazo de tiempo mínimo de empadronamiento** como requisito necesario para reconocer el acceso universal a la atención sanitaria y las prestaciones farmacéuticas. Esta condición no sólo constituye una barrera administrativa para muchas personas inmigrantes en situación irregular, sino que además implanta un criterio de discriminación con relación al resto de la población.
- ▶ **Poner fin de manera inmediata a las prácticas de facturación por la atención de urgencias** o cualquier otro servicio que incumpla los supuestos regulados por el RDL.

- ▶ **Garantizar de manera efectiva la atención sanitaria a menores de edad y mujeres embarazadas en todos los casos**, independientemente de si pueden presentar alguna documentación identificativa o de si están empadronadas, y sin que les suponga coste alguno.

- ▶ Asegurar los medios para **garantizar el acceso a los servicios de salud y prestación farmacéutica** para las personas inmigrantes excluidas del Sistema Nacional de Salud (SNS), en aquellas comunidades autónomas que no han dispuesto aún ninguna medida en este sentido; y en todos los casos, asegurarse de que se hacen efectivas, basadas en requisitos accesibles y asequibles.

Al personal socio-sanitario, de administración y gestión del Sistema Nacional de Salud le animamos a sumarse al movimiento de objeción de conciencia con respecto a la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, pues consideramos que existe el derecho y el deber de no colaborar con violaciones de derechos humanos.

Al conjunto de la ciudadanía la animamos a apoyar las movilizaciones y acciones de rebeldía frente al Real Decreto-Ley.





© PIERRE-WILLIAM HENRY

www.reder162012.org



ORGANIZACIONES MIEMBRO DE REDER

