



DERRIBANDO EL MURO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

DOS AÑOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL REAL DECRETO 16/2012 EN LA COMUNIDAD DE MADRID

MÉDECINS DU MONDE / DOKTERS VAN DE WERELD / DOCTORS OF THE WORLD / دكاترة العالم / LÄKARE I VÄRLDEN / MEDICI DEL MONDO / ДІЯКИ СВІТУ / МЕДИЦИНИ ДУ МОНДЕ / DOCTORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID / دكاترة العالم / LÄKARE I VÄRLDEN / MEDICI DEL MONDO / ДІЯКИ СВІТУ / DOCTORES VAN DE WERELD / MEDICOS DO MUNDO / MEDICOS DEL MUNDO / DOKTERS VAN DE WERELD / ANZES DER WELT

Alemania | Argentina | Bélgica | Canadá | Francia | Grecia | Italia | Japón | Países Bajos | Portugal | Reino Unido | Suecia | Suiza | España



DERRIBANDO EL MURO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

Realización del informe:



Colabora:



Fotografía: Jorge Sanchez-Lafuente
Maquetación: David Morales de los Reyes
Impresión: Fotocopias Trébol

Fecha de publicación: Febrero 2015

Índice

Agradecimientos.....	4
Prólogo.....	5
Introducción.....	7
Así nos va en la Comunidad de Madrid.....	9
Poniéndole cara al Real Decreto 2012 en la Comunidad de Madrid.....	15
Lo que piensan y dicen los profesionales sanitarios.....	22
Cuando las voces y los números hablan.....	28
Nuestras conclusiones.....	42

Agradecimientos

La elaboración de este informe ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas. Por tanto queremos agradecer al equipo de voluntarios y voluntarias que forman parte del SIAD (Servicio de Información Acompañamiento y Denuncia) porque han estado asistiendo, asesorando, apoyando y acompañando a cada una de las víctimas de vulneración del derecho a la salud. Sin su esfuerzo y militancia cotidianos hubiese sido imposible realizar este informe; a María Pacheco, alumna en prácticas del Máster de Sociología Aplicada a problemas sociales de la Universidad Complutense, por el trabajo paciente, cuidado y detallado con el que ha revisado cada uno de los registros de la base de dato; a Ana Gascañana Duro, Rubén Díaz Solís, Sergio Medina Bronchalo alumnos de prácticas del Grado de Sociología de la Universidad Rey Juan Carlos por el trabajo de investigación que realizaron en el Distrito La Latina; a Lorenzo Fernández y José Andrés Fernández por su gran apoyo y colaboración a la hora de procesar y analizar los datos; a Lorena Mesa por leer los borradores y por su comentarios pertinentes; a la Escuela de Relaciones Laborales, a ATTAC y a la Mesa por la Defensa de la Sanidad Pública por el apoyo económico que ha hecho posible la existencia de este informe; y a todo al Equipo Técnico de la Sede Autonómica de Madrid por su compromiso y trabajo, que soporta y sostiene la lucha cotidiana de la organización por garantizar el derecho a la salud de todos y todas. Pero sobre todo, queremos agradecer a todas aquellas personas cuyos testimonios han puesto en evidencia el enorme sufrimiento, absolutamente injusto e innecesario, que ha generado el Real Decreto 16/2012. Esperamos que este informe contribuya, tanto a mitigar este sufrimiento como a evitar que en el futuro otras personas lo experimenten.

Prólogo

Después de 2 años de la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 algunas cosas van quedando claras. En primer lugar que este Real Decreto representa una flagrante vulneración del derecho a la salud. Desde que se publicó en el BOE a finales de Abril de 2012, Médicos del Mundo ha denunciado que este Real Decreto era contrario a la legislación internacional vigente, en relación con el derecho a la protección de la salud de las personas inmigrantes y que además, también era contrario a la Constitución Española y a los Estatutos de Autonomía de Comunidades como Cataluña, País Vasco o Andalucía. Al respecto, el Tribunal Constitucional, en su auto del 12 de Diciembre de 2102 en relación con las competencias del País Vasco para brindar asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, manifestó que “el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, así como la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado”¹. En iguales términos se refirió el alto tribunal en su auto del 8 de Abril de 2014 en relación con la validez de la Ley Navarra de Asistencia Sanitaria, que garantiza la atención a inmigrantes en situación irregular, añadiendo que, en caso de no dar validez a la Ley Navarra se “consagraría en el tiempo la limitación del acceso al derecho a la salud para determinados colectivos vulnerables por sus condiciones socioeconómicas y sociosanitarias”².

En relación con la normativa internacional vigente, el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa, organismo encargado de velar por el cumplimiento de la Convención Europea de los Derechos Humanos firmada por 47 países del continente, en su informe actualizado de Enero de 2014 sobre la Carta Social Europea, consideró que el Real Decreto 16/2012 es contrario al Artículo 11, según el cual los gobiernos deben garantizar a todas las personas un ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, eliminando las causas de la enfermedad. En este sentido, el Comité considera que los Estados tienen una obligación positiva de garantizar el acceso a la protección de la salud de las persona migrantes independientemente de su estatus de residencia. Garantizar el acceso a la protección de la salud, en los términos señalados por el Artículo 11 de la Carta Social Europea se debe considerar como un prerrequisito para la preservación de la dignidad humana, y que la dignidad humana es un valor fundamental y un aspecto central de las leyes europeas que protegen los derechos humanos, sea bajo la figura de la Carta Social Europea o de la Convención Europea de los Derechos Humanos³.

En este mismo sentido se pronunció a finales de Abril de 2014 la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, Magdalena Sepúlveda. Para la Relatora Especial, España tiene la obligación de garantizar el acceso a la atención sanitaria a todas las personas, incluidas las personas migrantes, independientemente de su situación jurídica. En noviembre de 2013 expresó a las autoridades españolas su preocupación, junto con la de otros expertos en derechos humanos de la ONU, en relación con los cambios adoptados por el Gobierno de España en 2012, que reducen el acceso al sistema de salud pública y que no cumplen con las obligaciones de derechos humanos del país. De igual manera manifestó que eran inaceptables las consecuencias resul-

¹ AUTO 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. Internet: <<http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/23221>> (Última consulta el 24/11/2014)

² AUTO 114/2014, de 8 de abril de 2014. Internet <<http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/23930>> (Última consulta el 24/11/2014)

³ European Committee of Social Rights Conclusions XX-2(ESPAGNE). (2014). Internet: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Conclusions/State/SpainXX2_en.pdf (Última consulta el 24/11/2014)

tantes de la falta de tratamiento para migrantes pobres e indocumentados, o que personas residentes regularmente en el país se vieran obligadas a pagar por la asistencia sanitaria⁴.

En segundo lugar, que la propia aplicación del Real Decreto ha aumentado la vulnerabilidad de las personas en situación irregular porque se ha hecho de una manera arbitraria, desordenada y en muchos casos discrecional, en la medida en que respondía a interpretaciones interesadas según el caso o las circunstancias. De hecho, esta forma arbitraria, discrecional e interesada de aplicar el Real Decreto, se ha convertido en un factor que ha desincentivado el uso de la asistencia sanitaria, inclusive en situaciones permitidas o autorizadas por el Real Decreto o sus reglamentaciones autonómicas. Esto ha significado en la práctica que muchas personas excluidas terminen utilizando la asistencia sanitaria únicamente cuando su situación de salud está seriamente comprometida, circunstancia que afecta gravemente su integridad física y eleva los costes de la asistencia sanitaria. Detrás de muchas de estas interpretaciones interesadas se han parapetado actitudes francamente xenófobas, estimuladas por las justificaciones dadas por miembros del partido de gobierno, en relación con el turismo sanitario, el supuesto uso desmedido del sistema de salud y los servicios sociales por parte de personas migrantes o por el carácter “no cotizante” de estas personas. En estas circunstancias todo el peso de la desinformación, la xenofobia y las políticas de austeridad ha caído sobre las personas más débiles y vulnerables de la sociedad.

En este contexto, las acciones de Médicos del Mundo, en cumplimiento de su misión de promover el desarrollo humano mediante la defensa del derecho fundamental a la salud y a una vida digna para todas las personas, han estado orientadas a la denuncia de esta vulneración del derecho a la salud y la exclusión sanitaria promovidas por el Real Decreto 16/2012, al acompañamiento de las víctimas de esta vulneración, a la sensibilización de la población en general en relación con las consecuencias de la vulneración del derecho a la salud y la importancia de la universalización de la protección de la salud, como una exigencia fundamental para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Integrado estrechamente a estas acciones se encuentra el empoderamiento de las víctimas, en calidad de titulares de derechos, según la terminología del enfoque de derechos, con el fin de que exijan legítimamente el cumplimiento efectivo de sus derechos a los titulares de obligaciones o deberes, es decir, los representantes del Estado y de los poderes públicos.

El empoderamiento en relación con los derechos fundamentales, incluyendo integralmente la perspectiva de género como eje vertebrador, se tiene que convertir en un elemento nuclear del ejercicio efectivo y activo de la ciudadanía, en momentos en que los poderes públicos, siguiendo más las pautas de un orden económico neoliberal y sus instituciones que las demandas ciudadanas, recortan el Estado del Bienestar y los derechos por él generalizados. Si en algo todavía puede tener sentido el término desarrollo es en la forma como la ciudadanía hace efectivo el cumplimiento de sus derechos fundamentales de manera activa, participativa, igualitaria y no discriminativa. Lo paradójico es que los que siguen hablando de desarrollo en términos económicos, justifican y legitiman sus políticas de austeridad y de recorte de derechos en aras del crecimiento económico. De allí que la generalización y universalización de los derechos fundamentales, particularmente de derecho a la salud, se debe convertir en un imperativo moral que legitime la movilización social y la incidencia política, tanto local como internacional. Es en este contexto donde tienen especial sentido la misión de Médicos del Mundo en términos de la lucha por los cambios en el sistema de valores y relaciones económicas y comerciales que determinan la ausencia de equidad y la imposibilidad estructural de acceso a los bienes y cuidados imprescindibles para el mantenimiento digno de la vida de la mayoría de personas que pueblan el planeta

Manuel Espinel Vallejo

Presidente de Médicos del Mundo
Sede Autónoma Comunidad de Madrid

⁴ Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Comunicado de Prensa, Experta de la ONU pide a España “un auténtico compromiso con la protección de los derechos humanos para todos”, 29 de abril de 2014. Internet: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/2014-04-29_SPAIN%20HEALTHCARE_SR%20POVERTY-SPN_ENG.pdf (Última consulta el 24/11/2014)

Introducción

Hace más de dos años entró en vigor en la Comunidad de Madrid, como en el resto de España, el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril (RD), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Desde hace dos años, se quebró la universalidad de nuestro sistema nacional de salud consignada en la Ley General de Sanidad de 1986: “Artículo 1, 2: Son titulares de derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”. Después de dos años, además de quebrar la universalidad del derecho a la protección de la salud, de vulnerar el derecho a la salud de muchas personas y de violar acuerdos internacionales, este Real Decreto no ha contribuido a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, no ha mejorado la calidad de la asistencia y ha generado inseguridad en una parte importante de la ciudadanía, no sólo por excluirla de la protección de la salud sino por la forma arbitraria, desorganizada e interesada con la que se ha aplicado en cada una de las comunidades autónomas. En Comunidades autónomas como Andalucía, Principado de Asturias y Cataluña no se aplica, en el País Vasco y Navarra se mantienen sus competencias relacionadas con la protección de la salud de la población extranjera. En el resto de comunidades autónomas se han aplicado pautas y criterios bas-

tante arbitrarios, según la lógica y la interpretación de los gobiernos autonómicos, el cálculo electoral, la resistencia ciudadana y el grado de aceptación –ideológicamente fundado- de las medidas adoptadas, entre la ciudadanía, los grupos afines al gobierno, los funcionarios y la oposición política.

Precisamente, este informe pretende mostrar, desde la perspectiva de Médicos del Mundo Madrid, la forma como se ha venido aplicando el RD en la Comunidad de Madrid y su impacto sobre la protección de la población inmigrante.

El informe recoge testimonios de personas inmigrantes afectadas, tanto por la exclusión sanitaria institucionalizada por el RD como por la propia forma en que se ha aplicado en la Comunidad de Madrid. Como pondremos en evidencia a lo largo de este informe, casi la mitad de las personas que hemos atendido en Madrid, no solo se han visto excluidas por el propio RD, sino que también se han visto afectadas directamente por su aplicación arbitraria e interesada. Además, el informe recoge el análisis estadístico de los más de 400 casos atendidos en la sede autonómica de Médicos del Mundo Madrid. Las voces de las personas y los datos dan cuenta y testimonio de un proceso activo de exclusión sanitaria y de vulneración del derecho a la salud de muchas personas inmigrantes en la Comunidad de Madrid. Voces y testimonios de los excluidos, voces y

“El informe recoge voces y testimonios de los excluidos, voces y testimonios que deber ser escuchados y reconocidos como parte legítima del relato de nuestra historia reciente.”

“Voces y testimonios que luchan por hacerse con un espacio de contestación al discurso y relatos oficiales, a la narrativa del gobierno nacional y autonómico que, amparándose en la legitimidad de las urnas, pretenden imponer una sola voz y un solo relato”

testimonios que deber ser escuchados y reconocidos como parte legítima del relato de nuestra historia reciente. Voces y testimonios que luchan por hacerse con un espacio de contestación al discurso y relatos oficiales, a la narrativa del gobierno nacional y autonómico que, amparándose en la legitimidad de las urnas, pretenden imponer una sola voz y un solo relato.

El informe se divide en cuatro partes. En la primera parte (Así nos va en Madrid), pretendemos presentar someramente el contexto socio demográfico de aplicación del Real Decreto en la Comunidad de Madrid. Este contexto evidentemente está marcado por la crisis económica y su impacto sobre la salud de la personas. El impacto a su vez, está condicionado fundamentalmente por las desigualdades sociales, el desempleo y las situaciones de pobreza y exclusión social generados por la crisis. La población inmigrante ha sido especialmente vulnerable a la crisis económica. En estas condiciones el RD se ha convertido en un injusto peaje que hay que pagar por estar enfermo y vivir en condiciones de pobreza, exclusión y desigualdad. En la segunda parte (Poniéndole cara al Real Decreto 16/2012 en Madrid), se realiza un breve resumen del RD y de la normativa que, desde la perspectiva de la Consejería de Sanidad se viene aplicando en la Comunidad de Madrid, así como las instrucciones y aclaraciones posteriores. En muchas ocasiones, la forma arbitraria e interesada como se aplicó tanto la normativa como las instrucciones en los diferentes

contextos sanitarios de la Comunidad de Madrid, determinó que en la práctica se convirtieran en una especie de “brindis al sol”. En la tercera parte (Lo que piensan y dicen los profesionales sanitarios), se cogen los resultados del trabajo de investigación realizado en el Distrito de Latina en Madrid. En esta investigación recogimos principalmente testimonios del personal sanitario en relación con el impacto del RD sobre la población inmigrante y las personas con bajos recursos. En la cuarta parte de este trabajo (Cuando las voces y los números hablan) se presentarán los testimonios las víctimas de vulneración del derecho a la salud, y los datos estadísticos extraídos de la denuncia de las más de 400 personas que hemos atendido en la Comunidad de Madrid, desde la entrada en vigor del RD el 1 de septiembre de 2012 hasta el 31 de agosto de 2014. Cada uno de los testimonios de las denuncias recibidas ha sido contrastado y documentado cuidadosamente para garantizar el rigor que demanda este tipo de informe. También se ha garantizado la confidencialidad de las víctimas y se ha contado con su autorización para hacer pública su denuncia. En la parte final, se recogen las conclusiones de este informe, poniendo en evidencia las incongruencias de una política pública que, a demás de vulnerar derechos fundamentales, no contribuye desde ningún punto de vista a garantizar la protección de la salud de la ciudadanía ni la propia sostenibilidad de sistema de salud.

Así nos va en la Comunidad de Madrid



El Real Decreto 16/2012 al dejar sin asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, salvo las modalidades de asistencia de urgencias, embarazo, parto y postparto y de menores de 18 años, y al aumentar el copago sanitario, cargó sobre los más débiles de la sociedad española en general y madrileña en particular el peso de los recortes, impuestos por el Gobierno del Partido Popular. El Real Decreto se convierte entonces en una pesada losa que se suma al impacto de la crisis

económica sobre la salud de las personas. A partir de la información disponible⁶ y del contexto socio demográfico y político de la Comunidad de Madrid, es posible esbozar el contexto dentro del cual el Real Decreto deteriora las condiciones de vida y de salud de la población madrileña.

En términos generales la crisis económica termina afectando la salud a través de los cambios en la concentración del poder económico, que generan desigualdades en la

⁶ Vale la pena destacar al respecto el Informe SESPAS del 2014 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria en el que 1) se analiza el impacto de la crisis en la salud y los comportamientos relacionados con la salud, en la desigualdades y en los determinantes de la salud en España; 2) se describen los cambios en el sistema sanitario español a raíz de las medidas adoptadas para afrontar la crisis y valorar su posible impacto sobre la salud; 3) se revisa la evidencia sobre el impacto de otras crisis y la actual en otros países, así como la respuesta política; 4) se proponen intervenciones y políticas alternativas a las llevadas a cabo hasta el momento con una perspectiva de salud poblacional y evidencia científica, que ayuden a mitigar el impacto en la salud y en las desigualdades en salud. Se puede consultar en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/>.

“En términos generales la crisis económica termina afectando la salud a través de los cambios en la concentración del poder económico, que generan desigualdades en la distribución de la renta y el consecuente empobrecimiento de las familias y aumento del desempleo.”

distribución de la renta y el consecuente empobrecimiento de las familias y aumento del desempleo⁶. El empobrecimiento de las familias, cuando rebasa cierto umbral, especialmente en niños y niñas, a través de cambios en las pautas alimentarias. Debido a la estructura de precios de los alimentos, los cambios en las pautas alimentarias pueden generar tanto desnutrición como obesidad debido al aumento del consumo de alimentos menos nutritivos, altamente procesados y ricos en calorías como es el caso de la bollería industrial y bebidas gaseosas⁷.

En este punto es importante resaltar que las rentas bajas del padre y de la madre empeora la salud de sus hijos e hijas y condiciona su salud y rentas futuras: “La mala salud en la infancia condiciona la salud y el estatus socioeconómico en la edad adulta”⁸. En relación con el desempleo, los estudios realizados recientemente en España demuestran que existen evidencias concluyentes en relación con el impacto negativo del desempleo, especialmente si es prolongado, sobre la salud en general y la salud mental en particular de las personas afectadas por esta situación⁹.

Estos efectos se pueden ver amortiguados por políticas de protección social, dependientes del Estado del bienestar, como el seguro de desempleo. Sin embargo, si la recesión es prolongada, el estrés y la ansiedad generados por la posibilidad futura tanto de mantenerse en el paro como de caer en el paro pueden tener un efecto más negativo sobre la salud de las personas que los efectos paliativos de las políticas de protección social. Este impacto negativo será más acusado en los grupos más vulnerables (inmigrantes, clase social baja, mujeres, jóvenes), pues tienen más probabilidad de perder el empleo o de tener peores condiciones de empleo (trabajo precario)¹⁰.

En relación con la población inmigrante podríamos esperar una mayor afectación de su salud a corto y mediano plazo, y difícilmente algún efecto beneficioso de los cambios introducidos por la crisis, particularmente de los institucionales¹¹. Esto tiene que ver fundamentalmente con el peor punto de partida de la población inmigrante en cuanto a determinantes sociales, con el aumento de los problemas de salud mental entre la población general y entre los inmigrantes cuyas

⁶ Dávila, C., González López-Valcárcel. (2009). Crisis económica y salud. Gac Sanit. 23(4): 261–265.

⁷ Antentas, JM., Vivas, E. (2014) Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014, Gac Sanit. 28 (supl 1):58-61

⁸ Dávila, C., González López-Valcárcel. (2009). p. 262.

⁹ Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcárcel BG (2014). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain, Eur J Health Econ. Jan 28. [Epub ahead of print]

¹⁰ Escrivá-Agüera, V., Fons-Martínez, J. (2014). Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 28(S1):37–43

¹¹ Vázquez, ML, Vargas, I., y Aller, MB. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014, Gac Sanit. 28(S1):142–146

condiciones laborales han empeorado y con la medidas de limitación del acceso a la asistencia sanitaria impuestas por el Real Decreto 16/2012, o por normas de Comunidades Autónomas que dificultan el acceso a la Tarjeta Sanitarias o limitan las prestaciones asistenciales.

En este contexto lo primero que hay que analizar es la situación de pobreza y exclusión social de la población madrileña. En efecto, si consideramos el informe de 2014 sobre la Evolución e impacto del riesgo de la pobreza y la exclusión en la Comunidad de Madrid, elaborado por la Red de lucha contra la pobreza y la exclusión social (EAPN)¹², 1.300.662 personas se encontraban en situación de riesgo de pobreza y exclusión social moderada en Madrid en 2012, según el umbral de rentas nacional¹³. Si consideramos que la población de la Comunidad de Madrid, a enero de 2012, era de 6.498.560 personas según estimaciones del INE (Instituto Nacional de Estadística), estamos hablando que aproximadamente el 20% de la población de la Comunidad de Madrid estaba en riesgo de pobreza y de exclusión social. Esta cifras se estiman a partir de la proporción de personas que habitan en hogares cuya renta neta disponible anual es inferior al 60% de la mediana del ingreso nacional equivalente (aproximadamente 7.182€ para una persona que vive sola o 15.082€ para un hogar en el

que viven dos adultos y dos niños).

Según este informe: “Se registra un aumento sin precedentes de la pobreza y la exclusión social, el mayor en un período de tiempo tan corto. El deterioro de la situación de los hogares vulnerables ha sido vertiginoso, y en esta misma medida han aumentando los hogares en pobreza y exclusión. La pobreza se ha intensificado aún más en los hogares que ya se encontraban en esa situación, agudizando las dificultades que ya soportaban. Los recortes sociales y las diversas medidas implementadas durante la crisis han contribuido a empeorar la situación de aquellos/as en situación de mayor dificultad. La desigualdad ha iniciado un ascenso cuyo fin es difícil de prever”¹⁴.

Ahora bien, según el informe si se emplea la mediana de los ingresos anuales de la Comunidad Autónoma, la tasa de pobreza y exclusión social moderada (personas cuyas rentas se encuentran por debajo del 60% de la mediana de ingresos) ascendía a algo más del 26%, lo que equivaldría a 1.678.149 personas que vivían con una renta mensual menor a 727 euros. De esas personas, 1.078.354 personas que vivían con menos de 484 euros mensuales, es decir sufren de pobreza severa (debajo del 40% de la mediana de ingresos). Esta cifra representa el 17% de la población madrileña. A su vez, de estas

“Los recortes sociales y las diversas medidas implementadas durante la crisis han contribuido a empeorar la situación de aquellos/as en situación de mayor dificultad. La desigualdad ha iniciado un ascenso cuyo fin es difícil de prever.”

1.078.354 personas, 759.314 personas que viven con menos de 242 euros mensuales es decir, sufren de pobreza extrema (debajo del 20% de la mediana de ingresos). Esta cifra representa cerca de 12% de la población madrileña. Como señala el informe, es en este tramo donde se concentra la mayor cantidad de personas que viven en hogares con baja intensidad del empleo y con privación material severa.

“759.314 personas que viven con menos de 242 euros mensuales es decir, sufren de pobreza extrema (debajo del 20% de la mediana de ingresos). Esta cifra representa cerca de 12% de la población madrileña”.

Tampoco se puede perder de vista el impacto del coste de vida sobre la situación de pobreza en la Comunidad de Madrid. En efecto, como señala el informe, la consecuencia inmediata de esta situación es que, con el mismo nivel de renta, un hogar debe afrontar un precio real de la cesta de la compra mayor que en otras comunidades, lo que afecta negativamente a su capacidad de consumo, y por tanto determina una situación de pobreza mayor. Esta situación va de la mano con el aumento de los precios, entre ellos de los medicamentos por causa del Real Decreto, con la disminución de la masa salarial y con el aumento del paro, que para 2013 representaba cerca del 20% de la población económicamente activa. Este conjunto de factores hace que cerca del 34 % de las familias en la Comunidad de Madrid manifestara dificultades para llegar a fin de mes, según la

encuesta de Condiciones de Vida del INE de 2013¹⁵.

El informe de EAPN finaliza con un perfil general de las personas en riesgo de pobreza y exclusión en la Comunidad de Madrid. Al respecto el informe señala que hay un aumento de la pobreza de las mujeres, que representaba un 54% de la población en riesgo de pobreza y exclusión social. Por otra parte, en el tramo de edad comprendido entre los 25 y los 49 años se concentra la mayor cantidad de personas en riesgo de pobreza y exclusión. Estas son personas en edad económicamente activa, probablemente con menores a cargo, con trabajos precarios o en paro, y con una situación económica muy vulnerable. Como señalamos anteriormente la situación de salud actual y futura de los menores de edad es un correlato del nivel de renta de los padres. El deterioro de las condiciones de salud de los menores de edad se correlaciona con el fracaso escolar y, en consecuencia, con menor nivel de formación, lo que termina reproduciendo las condiciones de pobreza y exclusión¹⁶. En efecto, como señala el informe, el 53,6% de las personas en riesgo de pobreza y exclusión, tienen como nivel máximo de nivel educativo alcanzado, primaria o secundaria en las primeras etapas de su escolarización.

Finalmente, el peso creciente de los gastos asocia-

¹² EAPN Madrid (2014): Evolución e impacto del riesgo de la pobreza y la exclusión en la Comunidad de Madrid

¹³ Según el informe de EAPN, umbral de riesgo de pobreza es un indicador sintético compuesto por tres elementos: tasa de riesgo de pobreza, baja intensidad del empleo en el hogar y privación material severa. El grupo de personas que se encuentran en una o más de estas tres situaciones se denomina AROPE, en sus siglas en inglés At Risk Of Poverty and/or Exclusion.

¹⁴ Ibid, p. 7

¹⁵ Encuesta de Condiciones de Vida. INE, 2013. Internet: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase> (Última consulta el 25/11/2014)

¹⁶ Dávila, C., González López-Valcárcel. (2009). p. 262

dos a la vivienda, que afecta a más de 3 de cada 4 madrileños/as en situación de riesgo de pobreza y exclusión, se convierte en un factor determinante del deterioro de las condiciones materiales de existencia de los hogares en situación de pobreza y exclusión.

Veamos ahora la situación de la población inmigrante en la Comunidad de Madrid. Según el Informe de la población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid, de junio de 2014, elaborado por la Consejería de Asuntos Sociales¹⁷, el 13,17% de la población de la Comunidad de Madrid era extranjera, es decir, 891.675 personas. De estas personas, el 57,2% (510.038) procede de países no europeos. Si incluimos a la población de origen rumano y búlgaro, el porcentaje sube al 84% (749.007). La población rumana representa 26,3%, el 32,6% procede de Latinoamérica, el 13,1% de África (Marruecos 9,2%, resto de África 3,9%) y de Asia el 9,5 (China 5,8%, resto de Asia 3,7%). En relación con el sexo, el informe señala que el 51,2% son mujeres y el 48,8% son hombres. En relación con la edad, variable muy importante en términos del impacto del Real Decreto, la media se encuentra en 33 años, de tal manera que el 58,7% se encuentra entre los 20 y los 44 años de edad. Las

personas de 65 años y más solo representa el 2,7%. Los menores de 20 años representan el 18,7% (14,9% menores de 16 años). Según el informe, el 87,1% de la población inmigrante empadronada cuenta con autorización de residencia, en otras palabras, el 12,9% estaría en situación irregular, es decir, alrededor de 120.000 personas. Según la Comunidad de Madrid, en respuesta al grupo de UPyD de la Asamblea de Madrid, el primero de septiembre de 2012, 55.792 personas extranjeras sin permiso de residencia se quedaron sin derecho a la asistencia sanitaria. A junio de 2013, 39.099 personas permanecían sin derecho a la asistencia sanitaria y a la emisión de la tarjeta sanitaria individual¹⁸.

En términos de las condiciones de vida, según la EPA (media de los cuatro trimestres del año) de 2013, en la Comunidad de Madrid cerca del 35% de la población inmigrante no comunitaria se encontraba en el paro, siendo hombres (39%) que en mujeres (31%). Por otra parte, según la encuesta de condiciones de vida de 2013, la tasa de riesgo de pobreza y exclusión en la población inmigrante no comunitaria en España era de cerca de 48%¹⁹.

Tomando como referencia los datos anteriores, resulta bastante claro que el Real Decreto 16/2012 se enseña

“Según la Comunidad de Madrid, en respuesta al grupo de UPyD de la Asamblea de Madrid, el primero de septiembre de 2012, 55.792 personas extranjeras sin permiso de residencia se quedaron sin derecho a la asistencia sanitaria. A junio de 2013, 39.099 personas permanecían sin derecho a la asistencia sanitaria.”

¹⁷ Consejería de Asuntos Sociales (2014). Informe de la población de origen extranjero empadronada en la Comunidad de Madrid, Internet <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadername3=DINEORME+POBLACI%C3%93N+ORIGEN+EXTRANJERO+Junio+2014.pdf&blobheadername4=language%3Des%26site%3DPortalInmigrantes&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352658035551&ssbinary=true>. (Última consulta 06/12/2014)

¹⁸ Toledo, M (2013). 39.100 inmigrantes carecen de atención sanitaria en Madrid al no tener permiso de residencia, 20 minutos, 03/07/2013. Internet: <http://www.20minutos.es/noticia/1862508/0/extranjeros-madrid-inmigrantes/atencion-sanitaria/permiso-residencia/>. (Última consulta 06/12/2014)

¹⁹ No hay datos disponibles por Comunidades

Real Decreto 16/2012 se enseña con la población más vulnerable de la Comunidad de Madrid, a la que la crisis económica ha impactado con especial crudeza. Se ha convertido en una especie de impuesto a la enfermedad de muchas personas. El aumento del copago sanitario es el injusto peaje que hay que pagar por estar enfermo y vivir en condiciones de pobreza y desigualdad.²⁰

con la población más vulnerable de la población de la Comunidad de Madrid, a la que la crisis económica ha impactado con especial crudeza. Se ha convertido en una especie de impuesto a la enfermedad de muchas personas. De hecho, como se señaló anteriormente, la crisis en sí misma deteriora el estado de salud de las personas debido al empobrecimiento y a las desigualdades que genera. El aumento del copago sanitario es el injusto peaje que hay que pagar por estar enfermo y vivir en condiciones de pobreza y desigualdad²⁰. Como muestran los datos, la crisis ha afectado especialmente a la población inmigrante, en términos de desempleo y de riesgo de pobreza y exclusión social. Resulta claro que despojar del derecho a la salud a un porcentaje importante de esta población, que muy seguramente forman parte de la cifras de personas en el paro y en riesgo de pobreza y exclusión, agudiza dramáticamente su situación, de por sí precaria. Aquí vale la pena resaltar dos hechos. En primer lugar, que la población inmigrante en la Comunidad de Madrid es muy joven y, por tanto, no cabría esperar un especial deterioro de su estado de salud y en consecuencia, un mayor uso de la asistencia sanitaria, como lo demuestran

diversos estudios²¹. En segundo lugar, que cada año un número significativo de menores de 18 años, perderá su derecho a la salud. Si a esto le sumamos los problemas de acceso al mercado laboral de la población inmigrante en general y de los jóvenes en particular, estamos contribuyendo activamente a generar procesos de exclusión social, con las consecuencias que se desprenden de esta situación.

Finalmente, no se puede perder de vista otro hecho que pone en evidencia la perversidad del Real Decreto como política pública. En las dos sentencias del Constitucional en relación con las competencias del País Vasco y de la Comunidad Foral de Navarra, en relación con la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes, el alto tribunal puso en evidencia que el Gobierno ha sido incapaz de demostrar el ahorro económico que, para los presupuestos del Estado, significaba su aplicación. De hecho, el alto tribunal reprochó al gobierno el hecho de no haber expuesto claramente qué significaba, en términos económicos, la externalización de la atención primaria a los servicios de urgencias. En otras palabras, la aplicación del Real Decreto aumentaría los gastos del Estado como se señaló desde un primer momento.

²⁰ Benach, J, Tarafa, G., Muntonera., C. (2012). El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit 26(1): 80-82.

²¹ Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz, Olalla JM (2009). La utilización de los Servicios Sanitarios por la Población Inmigrante en España, Gaceta Sanitaria. 23 (No. Extra 1):4-11; Hernando Arizaleta, L., Palomar Rodríguez, J., Márquez Cid, M., Montegudo Piqueras, O.(2009). Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica, Gac Sanit. 23(3):208-215. Hernández-Quevedo C, Jiménez-Rubio D. (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. Soc Sci Med, 69:370-8. Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, Macipe Costa. R, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres (2011). A. Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. BMC Public Health. 11:432. Antón JI, Muñoz de Bustillo R. (2010). Health care utilization and immigration in Spain. Eur J Health Econ. 11:487-98. Sanz B, Regidor E, Galindo S, Pascual C, Lostao L, Díaz JM, et al. (2011) Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. Int J Public Health. 56:567-76.

Poniéndole cara al Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid



Aspectos generales del Real Decreto

El 24 de abril del 2012 se publicó en el BOE el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto modificó la Ley de Extranjería de 2000 y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud²².

El RD 16/2012 garantiza la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado y recoge la excepción de asistencia a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la

DERRIBANDO EL MURO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

- situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.
- c) Extranjeros menores de dieciocho años que recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- d) Prestación de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional.
- e) Prestación de asistencia sanitaria para víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.

El RD 16/2012, que comenzó a aplicarse el 1 de septiembre de 2012, ha supuesto un cambio de modelo del Sistema Nacional de Salud (SNS) que, amparado por la crisis económica, deja a cientos de miles de personas sin asistencia sanitaria y nos retrotrae a un sistema de aseguramiento. En efecto, el RDL del Gobierno del PP, como señala Joan Benach *“es una contrarreforma sanitaria que nos lleva tres décadas atrás. Primero, porque se pasa de un sistema financiado con impuestos directos a un sistema basado en la financiación de un modelo de seguros con el pago del afiliado (asegurado) o el protegido (beneficiario) por la Seguridad Social y numerosos copagos. Segundo, porque se renuncia*

a la atención sanitaria universal excluyendo a los sectores más débiles de la sociedad española: inmigrantes sin papeles y discapacitados con una discapacidad menor del 65%, entre otros colectivos. Tercero, porque se establecen tres niveles de servicios sin definir aún, lo que apunta a una reducción de las prestaciones básicas y la generación de un sistema de beneficencia que “arrastrará” a la clase media hacia los seguros privados con prestaciones complementarias sometidas a pago”²³.

Debido a este cambio de naturaleza de nuestro Sistema Nacional de Salud, el RD 16/2012 dejó sin tarjeta sanitaria a cerca de 900.000²⁴ personas inmigrantes. La contradicción en la que cae esta norma legal es que, mientras financiamos la sanidad con impuestos indirectos al consumo (IVA) e impuestos directos a la renta (IRPF), el acceso a la asistencia sanitaria se tenga que hacer a través de las cotizaciones a la Seguridad Social (Tesorería de la Seguridad Social)²⁵. Resulta entonces tanto irracional como inmoral que una persona extranjera en situación administrativa irregular, que contribuye a financiar nuestra sanidad a través del consumo, no tenga acceso a la asistencia sanitaria.

“El Real Decreto es una contrarreforma sanitaria que nos lleva tres décadas atrás, porque se pasa de un sistema financiado con impuestos directos a un sistema basado en la financiación de un modelo de seguros y porque se renuncia a la atención sanitaria universal excluyendo a los sectores más débiles de la sociedad española”.

²² BOE (2012). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Núm. 98, Martes 24 de abril. Sec. I. Pág. 31278 Internet: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>. / (Última consulta 06/12/2014)

²³ Benach, J. (2012). Avanzar al pasado: la sanidad como mercancía. El real decreto de abril del Gobierno del PP es una contrarreforma que nos lleva tres décadas atrás. Quieren seguros sanitarios para los ricos, la seguridad social para los trabajadores y la beneficencia para el resto. El País, 16 AGO 2012. Internet: http://elpais.com/elpais/2012/07/06/opinion/1341595001_910539.html (Última consulta 06/12/2014)

²⁴ Resulta especialmente difícil conocer la cifra exacta de personas inmigrantes que se han quedado sin tarjeta sanitaria en España. Esta cifra proviene de una noticia de la cadena SER según la cual: “Hasta ahora, todos los gobiernos se habían mantenido remisos a dar a conocer la cifra de inmigrantes en situación administrativa irregular que vivían en nuestro país. Ha tenido que ser en un documento sobre los próximos recortes, enviado a Bruselas, donde se constata oficialmente que ‘873.000 tarjetas de extranjeros residentes en España (han sido) dadas de baja’. En el llamado Programa Nacional de Reformas de España 2013, el Gobierno de Rajoy presume de que el impacto del Real Decreto- ley 16/2012, de 20 de abril de 2012, ha dejado esta cifra de personas fuera del sistema sanitario público, es decir casi el 20% de la población inmigrante residente en España se queda sin atención”.

²⁵ García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. (2010) Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 12(4):1-295.

“El aumento del copago sanitario impacta principalmente a trabajadores activos que, debido a la crisis económica y a las políticas del actual gobierno, han visto disminuidos sensiblemente sus salarios y se han convertido en los denominados “trabajadores pobres”.

Por otra parte el RD 16/2012 generó un sistema de porcentaje de aportación del usuario, según la renta anual. Esta fórmula incrementó el valor del copago de los medicamento en un 10% para la mayoría de la población e introdujo el copago para los pensionistas:

- Un 60 % del PVP para los **usuarios y sus beneficiarios** cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros anuales.
- Un 50 % del PVP para las **personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios** cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros anuales.
- Un 40 % **para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios** y no se encuentren incluidos en los apartados anteriores.
- Para las personas que ostenten la condición de asegurado como **pensionistas** de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros anuales, hasta un límite máximo de aportación mensual de 8 euros.
- Para las personas que ostenten la condición de asegurado como **pensionistas** de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 anuales, hasta un límite máximo

de aportación mensual de 18 euros.

- Para las personas que ostenten la condición de asegurado como **pensionista** de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros anuales, hasta un límite máximo de aportación mensual de 60 euros.

Estarán exentos de aportación, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías: a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica. b) Personas perceptoras de rentas de integración social. c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas. d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. e) Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad.

El aumento del copago sanitario impacta principalmente a trabajadores activos que, debido a la crisis económica y a las políticas del actual gobierno, han visto disminuidos sensiblemente sus salarios y se han convertido en los denominados “trabajadores pobres”. En efecto, según el Informe de la Fundación 1º de Mayo: “...En el año 2012 se ha producido un incremento de la pobreza laboral hasta el 12,3%, manteniéndose en un diferencial de más de tres puntos con el conjunto de la UE y conservándose como el tercer país con una pobreza más alta entre los trabajadores, únicamente superado por Rumania

(19,1%) y Grecia (15,1%). En el lado opuesto se sitúan países como Finlandia, República Checa, Países Bajos o Bélgica, todos ellos países en donde un porcentaje menor del 5% de la población ocupada se encuentra por debajo del umbral de la pobreza”²⁶. En el año 2012, según el informe de EAPN sobre la pobreza en España, la tasa de riesgo de pobreza en España de las mujeres con trabajo era del 10,8% y la de los hombres con trabajo de 13,5%. Al considerar los grupos de edad, en España la tasa de riesgo de pobreza de las mujeres más jóvenes (de 18 a 24 años) con trabajo era del 10,4%, mientras que la de los hombres del mismo grupo de edad y con trabajo era del 14,2%.²⁷ De allí que el copago sanitario se convierta en un factor que contribuye a aumentar el riesgo de pobreza y la exclusión social de hombres y mujeres trabajadores con bajas rentas²⁸.

Normativas en la Comunidad de Madrid

El 27 de agosto de 2012 la Viceconsejera de asistencia sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, firmó en Madrid las “Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Sistema Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condi-

ción de asegurada o beneficiaria”.

Las personas que tengan la condición de asegurada o beneficiaria dispondrán de la correspondiente tarjeta sanitaria individual y estarán incluidas como tales en el Sistema de Información Poblacional de la Comunidad de Madrid. En el caso de que no la hubieran tramitado, deberán ser remitidas al centro de atención primaria que les corresponda para que la soliciten y les sea emitida, de acuerdo con el procedimiento fijado al efecto.

Las instrucciones también señalan que, según los reales Decretos 16/2012 y 1192/2012²⁹, todas aquellas personas que no ostenten la condición de persona asegurada o beneficiaria y no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública, tienen la posibilidad de suscribir un Convenio Especial que les permitiría acceder a la asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación. Estos convenios, forma eufemística de encubrir su naturaleza de seguro privado, les costarán a las personas extranjeras que lleven un año empadronadas y no tengan acceso a la atención sanitaria como aseguradas, 60 euros al mes si tienen de 18 a 64 años, y 157 euros si exceden esa edad. Estas cantidades fueron establecidas por el RD

“De allí que el copago sanitario se convierta en un factor que contribuye a aumentar el riesgo de pobreza y la exclusión social de hombres y mujeres trabajadores con bajas rentas”.

²⁶ FUNDACIÓN 1º DE MAYO (2014) INFORME 2014 POBREZA Y TRABAJADORES POBRES EN ESPAÑA, p. 19. Internet: <http://www.1mayo.ccco.es/nova/files/1018/informe106.pdf>. (Última consulta 06/12/2014).

²⁷ EAPN (2014). Dossier Pobreza de EAPN España. Internet: http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/dossier_pobreza.pdf. (Última consulta 06/12/2014).

²⁸ Cervero-Liceras, F., McKee, M., Legido-Quigley, H (2014). The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia, Health Policy, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.11.003> (Última consulta 06/12/2014).

²⁹ BOE (2012). Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Núm. 186 sábado 4 de agosto, Sec. I. Pág. 55775 Internet: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf> (Última consulta 9/12/2014).

“El elevado coste de un Convenio Especial parece estar pensado más para favorecer al sistema de seguros privados que a las personas excluidas del sistema público de salud, puesto que el coste de la cuota mensual es, en términos generales, superior al coste de la cuota mensual de un seguro privado, considerando criterios de evaluación semejante”.

576/2013³⁰, de 26 de Julio, que entro en vigor el 1 de septiembre de 2013, un año después que el RD 16/2012. Con el pago se tendrá acceso a la cartera básica de servicios asistenciales del SNS, lo que excluye la cartera común complementaria (prestaciones farmacéuticas, el transporte sanitario no urgente o prótesis, por ejemplo). Vale la pena señalar que desde la entrada en vigor del RD 16/2012 hasta que entró en vigor el RD 576/2013, pasó un año en el cual las personas que hubiesen querido suscribir un Convenio Especial, teniendo los recursos económicos del caso y cumpliendo los requisitos, no lo pudieron hacer.

El elevado coste de un Convenio Especial parece estar pensado más para favorecer al sistema de seguros privados que a las personas excluidas del sistema público de salud, puesto que el coste de la cuota mensual es, en términos generales, superior al coste de la cuota mensual de un seguro privado, considerando criterios de evaluación semejante. Por tanto, estos convenios especiales resultan inaccesibles para las personas con bajos recursos económicos, es decir, la inmensa mayoría de aquellas que se encuentran en situación administrativa irregular. La normativa que regula estos convenios no recoge ninguna excepción para personas en

situación de vulnerabilidad cuyos bajos recursos no les permitan suscribirse al mismo, dejando de este modo a miles de personas en situación de desprotección en materia de salud.

El 11 de Diciembre de 2013, ante una pregunta formulada en el pleno de la Asamblea de Madrid por uno de los grupos políticos, el entonces Consejero de Sanidad cifró en 47 las personas que han solicitado suscribirse al Convenido Especial del RD 573/2013³¹. Solo 47 personas de las cerca de 40.000 que habían perdido en ese momento su tarjeta sanitaria. Un dato objetivo más, del fracaso de esta medida.

Esta normativa, actualmente vigente en Madrid, reconoce la asistencia sanitaria en situaciones especiales para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y que recibirán tal asistencia en las siguientes modalidades:

1. **De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.** Esta modalidad de asistencia sanitaria se prestará, tanto en los centros de atención primaria, como en los hospitales. La atención de estos supuestos no conlleva facturación alguna al usuario. Si la persona atendida en urgencias precisase de

guimiento de su proceso, se le facilitará la cita o derivación correspondiente y se le indicará que para ser atendido puede suscribir un Convenio Especial –seguro–, como se indicó anteriormente, para dar cobertura a dicha asistencia o en caso contrario ésta le será facturada. Es importante señalar en relación a la facturación de la asistencia sanitaria en los casos en que ésta corresponda, que se aplicarán los procedimientos vigentes actualmente en cada centro del servicio Madrileño de Salud, debiendo generarse las facturas correspondientes siempre en el momento de finalización del proceso asistencial. **La prestación farmacéutica a través de receta médica oficial no estará incluida, realizándose, por tanto, la prescripción en receta no financiada por el Sistema Nacional de Salud.**

Estos usuarios serán registrados en SIP-CIBELES mediante el establecimiento de un tipo específico conocido como **Transeúnte sin Permiso de Residencia**, cuya vigencia inicial será de un año.

2. **De asistencia al embarazo, parto y post-parto.** Estas usuarias serán registradas en SIP-CIBELES como **Embarazada sin Permiso de Residencia**. No se les facilitará tarjeta sanitaria individual, aunque se les asignarán profesionales
3. **Los menores extranjeros en las mismas condiciones que los españoles.** Estarán registrados en SIP-CIBELES como Menor sin Permiso de Residencia. No

se les facilitará tarjeta sanitaria individual, aunque se les asignarán profesionales.

4. **Solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esta situación.** Se les prestará asistencia sanitaria necesaria que incluirá cuidados de urgencia y tratamiento básico de enfermedades. Serán registrados en SIP CIBELES como Sin Permiso de Residencia. No se les facilitará tarjeta sanitaria individual, aunque sí se les asignarán profesionales, previa acreditación de que se encuentran incluidos en este supuesto.
5. **Victimas de trata de seres humanos en períodos de restablecimiento y reflexión cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante este período de restablecimiento y reflexión, mientras permanezcan en esta situación.** Se les prestará asistencia sanitaria necesaria que incluirá cuidados de urgencia y tratamiento básico de enfermedades. Serán registrados en SIP CIBELES como Sin Permiso de Residencia. No se les facilitará tarjeta sanitaria individual, aunque si se les asignarán profesionales previa acreditación de que se encuentran incluidos en este supuesto.
6. **Asistencia sanitaria en los supuestos de salud pública.** El Servicio Madrileño de Salud garantizará la asistencia sanitaria en estos casos para toda la población de la Comunidad

³⁰ BOE (2013). Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Núm. 179 Sábado 27 de julio, Sec. I. Pág. 55058. Internet: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/07/27/pdfs/BOE-A-2013-8190.pdf> (Última consulta 9/12/2014).

³¹ Sanidad ha recibido 47 solicitudes de 'sin papeles' para el convenio especial de asistencia. Redacción Médica, Jueves, 21 de noviembre de 2013. Internet: <http://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/sanidad-ha-recibido-47-solicitudes-de-sin-papeles-para-el-convenio-especial-de-asistencia-8241>(Última consulta 9/12/2014).

“En noviembre de 2013, algo más de un año después de la entrada en vigor del RD, se recibieron las instrucciones de los procedimientos de actuación para la dispensación de la medicación a personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria en los supuestos de salud pública”.

de Madrid, con independencia de su tratamiento administrativo posterior. La asistencia sanitaria de estos supuestos, salvo que se haya suscrito un Convenio Especial o cuando se estime que el proceso evolutivo de la patología vaya a ser inferior a un año, **conllevará facturación al usuario** y, en su caso la factura será remitida a través del órgano competente de la Administración General del Estado, a su país de origen, en virtud de los convenios bilaterales de la Seguridad Social suscritos por España con otros países. Sin embargo, en noviembre de 2013, algo más de un año después, se recibieron las instrucciones de los procedimientos de actuación para la dispensación de la medicación a personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria en los supuestos de salud pública. Según estas instrucciones, no sólo se suministrará la medicación para **la Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO)**, sino para todas aquellas patologías asociadas. Además, en el caso de atención en urgencias y de hospitalización, al alta se le suministrará la medicación necesaria hasta finalizar el tratamiento. En caso de EDO crónica, se le suministrará la medicación en la cantidad suficiente hasta recogerlo allí donde se realice el seguimiento, independientemente de si esta atención se realice en atención primaria o en el hospital. Por otra parte, en caso de que la persona haya sido atendida en Atención Primaria, y se le diagnostique una patología aguda se le suministrará la medicación necesaria en las mismas condiciones que en los casos anteriores.

En el caso de las enfermedades mentales, las instrucciones señalan que en todos los centros sanitarios se debe garantizar tanto la información necesaria como la dispensación del tratamiento, para que las personas puedan continuar con la asistencia sanitaria. La medicación se debe suministrar en el centro de salud mental en que se realiza el seguimiento. En el caso de atención en urgencias o de ingreso hospitalario por recaída se le debe suministrar a la persona la medicación hasta que pueda acudir a su centro de salud mental. Este procedimiento también se aplicará para el caso de personas que debutan sin diagnóstico previo, suministrándoles las instrucciones para que puedan realizar el seguimiento respetivo.

Lo que piensan y dicen los profesionales sanitarios



Con el fin de comprender mejor el impacto de Real Decreto 16/2012, realizamos una investigación exploratoria en el Distrito de Latina, cuyo trabajo de campo fue realizado por estudiantes de prácticas del Grado de Sociología de la Universidad Rey Juan Carlos³². Escogimos este Distrito porque su población inmigrante, tanto en proporción con la población general, como en distribución por países,

era muy semejante al conjunto de la población de Madrid, y porque su renta per cápita es la cuarta más baja después de los distritos de Usera, Puente de Vallecas y Carabanchel³³. En esta investigación recogimos principalmente testimonios del personal sanitario en relación con el impacto del RD sobre la población inmigrante y las personas con bajos recursos. A continuación presentamos los principales testimonios encontrados.

³² Ana Gascañana Duro, Rubén Díaz Solís y Sergio Medina Bronchalo fueron los estudiantes de Sociología de la Universidad Rey Juan Carlos que realizaron sus prácticas académicas vinculadas a este proyecto de investigación, entre mayo y octubre de 2014.

³³ Madrid Datos (2014). Población Extranjera en la Ciudad de Madrid a 1 de julio, Internet: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/PoblacionExtranjera?vgnextfnt=detNavegacion&vgnextoid=291d96a715049210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD> (Última consulta 16/01/2015).

Madrid Datos (2010) Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid, Base 2002. Serie 2002 - 2010(a) Cuentas de renta del sector hogares. Internet: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCEstadistica/Nuevaweb/Publicaciones/Renta%20Disponible/D030100000001.pdf> (Última consulta 16/01/2015).

Percepción del impacto del RD sobre las personas inmigrantes.

Según los entrevistados el RD se ha convertido en una barrera para el acceso de los inmigrantes a la asistencia sanitaria, lo cual ha contribuido a que las personas con enfermedades crónicas no puedan seguir su tratamiento y sus cuidados, o a que situaciones de salud de poca complejidad terminen complicándose. Además, el copago sanitario limita el acceso a los medicamentos de personas con bajos recursos, agravándose aún más la situación. Por otra parte, ha puesto el acento en las enfermedades infectocontagiosas o de declaración obligatoria, como es el caso de la tuberculosis, que al no ser adecuadamente tratadas terminan afectando al conjunto de la sociedad. Todas estas situaciones en su conjunto, a su vez, terminan generando mayores costes al propio sistema sanitario.

“...vienen menos, vamos a ver, los pacientes sin papeles vienen menos porque no tienen tarjeta, vienen sólo cuando tienen una situación que requiere asistencia médica urgente... pero nada para seguimiento de tratamientos. Hay muchos de ellos con muchos problemas de salud que su tratamiento lo están dejando, y... muchos de ellos están dejando de venir a los centros, abandonan tratamientos médicos porque no tienen dinero para pagarlos, les cuesta mucho el continuarlo porque no tienen dinero, están en una situación muy precaria muchos de ellos...” (Médico/a de atención primaria)

“Han impuesto una dificultad, y con esa dificultad hay mucha gente que directamente no acude por no encontrarse con esa barrera... esa gente se siente como si no fueran deseados dentro de la sociedad, y eso hace que no vengán, o tarden más en venir a visitar al médico, y un problema pequeño se hace grande”.

“...una vez que esa persona ha entrado en España no puedes negarle asistencia porque estás yendo en contra de la misma sociedad. Además, esa persona puede suponer un riesgo de salud pública si no tiene un control desde la atención primaria, y a largo plazo acabas pagando más por recortar esa atención primaria, vas a pagar mucho más por eso, si tú no le das buena asistencia sanitaria a una persona, esa persona va a enfermar y va a suponer un mayor problema, incluso económico que es lo que más les preocupa...” (Médico/a de atención primaria)

“...no se puede generalizar, no todo el mundo viene de turismo sanitario... hay gente que vive aquí que necesitará una asistencia, un soporte sanitario. Yo creo que es como una barrera, a través de otras vías si se consigue atención, han impuesto una dificultad, y con esa dificultad hay mucha gente que directamente no acude por no encontrarse con esa barrera, por desconocimiento o por idioma o por lo que sea, esa gente se siente como si no fueran deseados, son no deseados dentro de la sociedad, y eso hace que se retraigan y no vengán, o tarden más en venir a visitar al médico, y un problema pequeño se hace grande, y si es una infecciosa no es bueno...” (Médico/a de atención primaria)

“...los ha dejado desprotegidos, es un arma de doble filo. El inmigrante ilegal que entra con una enfermedad, si tú no le quieres dar asistencia, no te enteras de con qué ha entrado, y tose y a lo mejor tiene tuberculosis. Ahora lo estamos viendo con el ébola. Mucho el padre pajares metido en la escafandra, pero cuántos que andan naufragando

por Cádiz podrían tener el ébola. No es sólo “como no pagas no atiende”, los que recibimos inmigrantes a la larga nos vemos perjudicados de lo que puedan traer. Somos tontos en ese sentido. La parte humana de no atenderle queda fatal, pero cuando esparran sus virus todos nos vamos a acordar... No atender a una persona por el tema de los papeles es inhumano, otra cosa el coladero de vengo a operarme de la estética, porque en Madrid es gratis, hay una abismo entre una y otra. La persona que no está atendida se jode con su enfermedad pero si es infecto contagiosa atenta contra la salud pública...” (Enfermero/a atención primaria)

“...Yo creo que la asistencia sanitaria es importante, al margen de papeles o no papeles, extranjeros o no extranjeros, porque la atención es para todos, o sea que debe ser universal y gratuita. Yo de política no sé nada, como para meterme pero que debería ser así porque es en beneficio de todos al final. Como te digo, si viene alguien con tuberculosis de estas pulmonares activas, puede contagiar a mucha gente por no tener asistencia sanitaria y tú no te enteras de que es tuberculosis, de que te está contagiando y eso lo podríamos controlar nosotros desde aquí para empezar...” (Enfermero/a atención primaria)

“...eso afecta bastante porque realmente son personas que si tenían una enfermedad crónica se han quedado sin ningún control sobre su enfermedad, en las agudas, sí, pero en lo demás no, y eso sí afecta. De todas maneras no... a ver tú les atiendes, aunque sea una cosa aguda no le puedes hacer recetas, o sea tienen que comprarse el medicamento, con el precio al

que están los medicamentos, y si son personas alegales que no tienen medios pues les afecta también ahí, o sea ya no sólo en la continuidad de cuidados sino también en el momento agudo que no tienen dinero para comprarse esos medicamentos...” (Enfermero/a atención primaria)

Percepción del impacto del RD sobre las personas con bajos recursos.

Existe entre los entrevistados la percepción de que el copago sanitario y la retirada de algunos medicamentos de la prescripción pública, ha afectado negativamente a las personas con bajos recursos y con enfermedades crónicas. Algunos/as de estas personas simple y llanamente no pueden pagar sus coste; otros/as no siguen las indicaciones de su médico/a, al espaciar la toma de la medicación; finalmente algunos/as otros/as solicitan que les prescriban medicamentos de menor coste o aquellos incluidos en la prescripción pública. De igual manera en el caso de la población inmigrante excluida, esta situación termina complicando la situación de salud de la personas y generando más costes.

“...Yo tengo muchos pacientes que vienen a consulta más esporádicamente a recoger las recetas...sé perfectamente que no lo están tomando [medicación]. Yo creo que de aquí a unos años van a empeorar los índices de salud de la población, vamos a reducir mucho la esperanza de vida seguramente... estoy absolutamente convencido. Esa gente no se puede permitir...”

“Yo tengo muchos pacientes que vienen a consulta más esporádicamente a recoger las recetas...sé perfectamente que no lo están tomando [medicación]. Yo creo que de aquí a unos años van a empeorar los índices de salud de la población, vamos a reducir mucho la esperanza de vida seguramente...”.

el gasto que es comprar tratamientos farmacéuticos está suponiendo un problema muy gordo para muchas personas, sobre todo esos viejecitos que tienen pensiones mínimas que no pueden permitírselo, y no se lo están permitiendo, no te puedo decir que todos pero yo si lo estoy detectando en una parte importante..." (Médico/a de atención primaria)

"...hay muchas personas para las que sí supone un problema, sobre todo para pensionistas y otro tipo de personas, es que no pueden mantener el tratamiento... algunos dicen 'es que 10 euros no es mucho' pero para una persona que cobra sólo 300 euros sí es mucho eh? Es quitarle algo que necesita..." (Médico/a de atención primaria)

"...bueno a ver, yo también soy un poco defensor del copago porque no discrimina, lo que no tenía lógica es que alguien que gana 300.000 euros al año que pague lo mismo que una familia con un niño que entre todos no ganan 10.000... ¿sabes? Evidentemente pues no tenía mucho sentido, aunque bueno, el copago también se ha hecho de forma que ha quedado relativamente injusto, es verdad que las pensiones, porque yo tengo a mi madre con 88 años y con la pensión pues sólo paga 8 euros al mes que eso no supone nada, es algo simbólico que sí conciencia. Sin embargo sí es verdad que hay gente en peores situaciones que ni siquiera puede hacer frente al pago de medicinas básicas, y las medicinas básicas a esa edad pueden ser ya para tratamientos crónicos como diabetes, hipertensión y colesterol, entonces es un problema, tanto de la cobertura, porque necesitamos una sanidad pública y universal, y es cara, y tiene que ser deficitaria, porque es

normal que sea deficitaria, y tiene que estar por supuesto a cargo del Estado, igual que la educación y que todas las necesidades básicas de una sociedad... pero ya vemos cómo han ido las cosas..." (Médico/a de atención primaria)

"...algunas veces no sólo los migrantes sino gente con pocos recursos... jejeehh!... pero aquí por ejemplo este es un centro que está en un barrio muy deprimido en el ámbito económico y entonces claro, a veces no tienen medios para comprar y van a través de la trabajadora social, o alguna ONG u otro organismo, pero no puedo recordar más ahora... Indudablemente ha supuesto una dificultad para todos..." (Médico/a de atención primaria)

"... Con respecto a la medicación, es muy duro y es muy triste, pero por ejemplo, muchos pacientes te dicen que con la salud, vale, no tengo más remedio y me lo tengo que comprar, ellos te lo dicen, hay gente que está ganando 430... Yo le voy a tratar, yo por alguna circunstancia le puedo dar medicamento por que tengamos nosotros pues sí, pero si no tenemos no podemos hacer otra cosa. Hay algunos que han pedido dinero en la calle han sacado 3 o 4 euros y me vienen diciendo que ya se lo han podido comprar..." (Médico/a de atención primaria)

"...no estamos muy a favor de esos decretos así que... y medicación, ¿sabes que han quitado muchísimas medicinas?, a los pensionistas y a todos en general que ya no salen por la seguridad social y eso pues les repercute a ellos enormemente claro. Nosotros les ayudamos, en el sentido de echarles una mano, por ejemplo que hay gente que

fallece o gente que ya deja de tomar medicinas, nos lo traen a veces y nosotros tenemos un pequeño botiquín que a los que no tienen seguridad social o no pueden comprarlos, con bajos recursos, pues los que tenemos, les damos. Pero sí, se ha notado un montón... incluso vienen aquí con la necesidad que tienen y te dicen: "Mira, ¿me puedes cambiar a algo parecido pero que salga por la seguridad social?", y de eso vemos mucho, por ejemplo, que se yo, vienen por algo que es para la circulación de las piernas o los colirios para los ojos, "¿Me puedes dar algo que salga por la seguridad social? Para que no me cueste tanto porque cuesta mucho" y el médico pues bueno, sí, aquí ellos tratan de bueno si hay, de cambiarlo por algo parecido que no les cueste, o que les cueste menos..." (Enfermero/a de atención primaria)

"...ese señor que te comentaba antes que es hipertenso, diabético y tal, la insulina sí se la pone, porque es lo único que se compra, pero la hipertensión y todo eso nada, es que ni se la controla porque no se toma la medicación porque no se la puede pagar... entonces por lo demás es que hay de todo, luego también hay dos que tienen posibilidades y no se toman la medicación... y gente que ni viene, o que cuando vienen ya están fatal..." (Enfermero/a de atención primaria)

Percepción general del RD.

Los entrevistados refieren en general una percepción negativa del RD. Expresiones como chapuza, retroceso, decepción, clasista, gasto muy por encima del ahorro, decepcionante, es pan para

ahora y hambre para mañana, se ha hecho porque son todos unos ladrones y porque quieren sacar dinero de todo, son algunas de las palabras y expresiones utilizadas de los entrevistados para referirse al RD.

"...mi percepción es que es una chapuza, que la forma de gestionar la sanidad y la forma de gestionar lo que sea que llevan, es que paguen los pobres y se quedan ellos los recursos, es cierto que no se puede venir aquí medio mundo porque no cabemos y porque acabaríamos todos paupérrimos, pero esto se debería haber hecho de otra forma. Los políticos no se mojan, todos ellos tienen sanidad privada, y entonces viven en otra realidad... ¿quién lo está pagando? Los mismos que están pagando la crisis, la clase media, la clase baja y la clase media baja, la alta se hace cada vez más rica, y con la sanidad pues pasa lo mismo, este Real Decreto es una chapuza rápida..." (Médico/a de atención primaria)

"...indudablemente pienso que es un retroceso, es un retroceso... anteriormente teníamos una sanidad que era casi modélica... y a nivel de enfermos hablamos, pues es un retroceso a situaciones anteriores en las que había muchos más enfermos. Yo creo que a la larga no es bueno, alguna alternativa tiene que haber ¿no? Sin atentar contra las personas, cada vez lo endurecen más..." (Médico/a de atención primaria)

"...una decepción muy grande como médico y profesional. Lo último que yo he vivido en 40 años que he ejercido la medicina, es que todos no tengan acceso a la medicina. He trabajado en Cruz Roja y en un montón de sitios siem-

"...ese señor que te comentaba antes que es hipertenso, diabético y tal, la insulina sí se la pone, porque es lo único que se compra, pero la hipertensión y todo eso nada, es que ni se la controla porque no se toma la medicación porque no se la puede pagar".

“No entiendo por qué si no tienen derecho a cobrar las urgencias, por qué lo están haciendo y están poniendo pegas en urgencias, es que es de huelga que hagan eso, yo creo que mientras cuele...pues cuele, pero es que no tienen derecho”.

pre se atendía a todo el mundo, la tarjeta era lo último que pedías. Pasar ahora a que lo primero es la tarjeta y luego ya veré si te veo o no te veo.... No entiendo por qué si no tienen derecho a cobrar las urgencias, por qué lo están haciendo y están poniendo pegas en urgencias, es que es de huelga que hagan eso, yo creo que mientras cuele... pues cuele, pero es que no tienen derecho. Yo no sé si esto tendrá arreglo, los políticos no están... mientras la cosa tira y haya otros que se preocupan, no sé si la gente esta mentalizada, yo se lo cuento a mi familia... ¿no me digas?... ¿no es posible?... y yo les digo, sí, sí es posible. Hasta que no lo vives yo tampoco me lo creía, porque tú no lo hacías o en tu hospital no pasaba, no lo veías, tú veías lo que tú conocías. La verdad es que es decepcionante, todo va de maravilla, mucha democracia, mucha libertad.... Tonterías, sólo para los mismos de siempre, los que no tienen siempre están los últimos en todo...” (Médico/a jubilada).

“...supongo que como todo en esta vida tiene una finalidad económica, es clasista, de unos grupos frente a otros, pero las medidas que acortan en prevención es pan para hoy hambre para mañana. Cuando venga una epidemia va a suponer un gasto muy por encima del ahorro que supondrían los gastos preventivos...” (Enfermero/a de atención primaria).

“...Pues afecta directamente. Yo desde mi punto de vista de enfermera, pues les afecta a la salud directamente como ya hemos mencionado, tienen una medicación y si pueden la cambian por otra y si tienen ahora para comprarla bien, sino no la compran hasta el mes siguiente, cuando cobran

la pensión. Entonces en ese plan sí y eso les afecta moralmente también porque unido a otros problemas económicos que tenga o que se yo, personales, efectivamente están fatal y hay mucha depresión y mucha ansiedad y muchas de esas cosas, entonces les afecta en ese sentido...” (Enfermero/a de atención primaria).

“...bueno yo creo que todos tendríamos que tener derecho a la atención de la salud, todo el mundo y absolutamente gratuito, que bastante estamos costeadando ya los que trabajamos... y el gobierno se tendría que preocupar muchísimo más por esta gente, con respecto a la gente, a la alimentación y a todo, que vamos de capa caída, que vamos para abajo en todo, no les importamos ninguno, sólo se preocupan por ellos... y a ver si me oye el Rajoy y me toma en cuenta, no se preocupan más que de ellos y de engordarse los bolsillos y la gente media ya está bajando a gente pobre y aquí nadie les hace ni caso pero ellos bien que roban y se llevan todo. Este Decreto se ha hecho porque son todos unos ladrones y porque quieren sacar dinero de todo...” (Enfermero/a de atención primaria).

Cuando las voces y los números hablan



Desde el 1 de septiembre de 2012 comenzaron a llegar a nuestra sede de Médicos del Mundo en Madrid personas que principalmente solicitaban información en relación con su situación sanitaria, una vez había entrado en vigor el Real Decreto 16/2012. Con el fin de dar información, asistencia, asesoría y apoyo a las personas víctimas de la vulneración del derecho a la salud organizamos el Servicio de Información, Acompañamiento y Denuncia (SIAD). Este Servicio era realizado por un equipo conformado por el personal técnico de la organización y por personas voluntarias con formación en el

ámbito sociosanitario y conectoras del Real Decreto y sus instrucciones. Se organizaron jornadas de trabajo mañana y tarde para asistir y apoyar a las personas que acudían a la sede en busca de información y apoyo. Debido al creciente volumen de personas asistidas, se decidió también organizar un sistema de citas con el fin de brindar la mejor asistencia posible.

Desde un primer momento nos encontramos que la mayoría de las personas desconocía el RD o que la información que tenían estaba muy distorsionada. Además nos encontramos que la desin-

“Desde un primer momento nos encontramos que la mayoría de las personas desconocía el RD o que la información que tenían estaba muy distorsionada”.

“Debido a las trabas encontradas en los Centros de Salud y hospitales, comenzamos a comprobar que tanto la desinformación como el incumplimiento de la normativa no eran hechos o situaciones aisladas, sino que se sucedían de manera reiterada en diferentes hospitales y Centros de Salud después de varios meses de la entrada en vigor del RD”.

formación no solo afectaba a las personas inmigrantes en situación de exclusión sanitaria, sino también al personal administrativo y sanitario que trabajaba en los Centros de Salud. Esta situación la hemos podido constatar cuando realizamos los acompañamientos a las víctimas de la exclusión sanitaria, y a través de las llamadas telefónicas recibidas del personal administrativo y socio sanitario solicitándonos asesoramiento.

Tras varios meses de dar información y de acompañar a personas que por sí mismas no podían resolver su situación administrativa sanitaria, debido a las trabas encontradas en los Centros de Salud y hospitales, comenzamos a comprobar que tanto la desinformación como el incumplimiento de la normativa no eran hechos o situaciones aisladas, sino que se sucedían de manera reiterada en diferentes hospitales y Centros de Salud después de varios meses de la entrada en vigor del RD. Por este motivo comenzamos a registrar y documentar cada uno de los casos de las personas afectadas que acudían a la sede de Médicos del Mundo Madrid, con el fin de denunciar esta realidad tanto a la Consejería de Sanidad Madrileña como a la opinión pública, a través de los medios de comunicación. Cada uno de los casos ponía en evidencia las consecuencias negativas del RD y reforzaba la idea de la organización de solicitar su inmediata derogación.

El primer caso registrado en la base de datos de Médicos del Mundo Madrid data del 1 de diciembre de 2012. Desde esa fecha no

hemos parado de recoger testimonios y documentación, ni tampoco hemos parado de introducir ni sistematizar la información en una base de datos diseñada para tal fin. Con el tiempo hemos ido mejorando la recogida de testimonios y de la documentación necesaria, y la sistematización de cada uno de los casos de vulneración del derecho a la salud, con el fin de garantizar el máximo de rigor y veracidad de la información recogida.

Durante los primeros meses de la entrada en vigor del Real Decreto, la mayor parte de las intervenciones que realizó el equipo SIAD contemplaba el acompañamiento a las personas afectadas. Este acompañamiento tenía un doble objetivo; por una parte poder comprobar en primera persona los argumentos dados por la administración para justificar la exclusión sanitaria y, por otra parte, dar respuesta a las inquietudes de los profesionales que nos atendían ante el caos informativo que había en el sistema público de salud. En más de una ocasión el equipo de Médicos del Mundo tuvo que presentar las instrucciones que elaboró la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en relación con el RD, para demostrar que la persona a la que se le estaba negando la atención sanitaria tenía derecho según estas instrucciones. En meses posteriores, el equipo SIAD fue sustituyendo los acompañamientos por el empoderamiento de las personas y por el contacto directo con los profesionales de los Centros de Salud y hospitales.

Las voces

Detrás de los números hay vidas humanas. Exponer todos y cada uno de los casos de vulneración de derechos humanos con los que Médicos del Mundo Madrid se ha encontrado en los dos últimos años daría para un gran libro sobre vulneración del derecho a la salud en España. Es por ello que hemos decidido recoger en este informe algunos ejemplos de historias y voces de personas víctimas de la exclusión sanitaria, que siguen siendo invisibles ante los ojos y oídos de las autoridades sanitarias. Se trata de personas con VIH, cáncer, insuficiencia renal, leucemia o esquizofrenia, por poner solo unos ejemplos, que han dejado de ser atendidos y que, en muchos casos, no han podido seguir sus respectivos tratamientos porque no han contado con los recursos para acceder a ellos.

¿Y si me diagnostican un cáncer en urgencias?

Mujer paraguaya de 46 años, con tarjeta sanitaria anterior a la entrada en vigor del RD 16/2012, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón, donde es atendida y diagnosticada de cáncer de oro-faringe. En la visita al hospital le hacen firmar un aviso de facturación, y días más tarde, recibe en su domicilio una factura de 180 euros. El diagnóstico en el Servicio de Urgencias es que debe ser operada, debiendo ingresar por consulta externa, dándole el alta hospitalaria. Dado que no dispone de tarjeta sanitaria desde la entrada en vigor del Real Decreto no puede ingresar por consulta

externa y por consecuencia, no puede ser operada. La mujer tiene una recaída y vuelve a ser ingresada por urgencias del Hospital Gregorio Marañón. En dicho ingreso la doctora que la atiende la encuentra en muy mal estado de salud y decide proceder con el ingreso y la operación. Allí es atendida, operada y tratada con la medicación pertinente durante dos meses. Una vez es dada de alta, debe realizar el seguimiento de la operación, el cual se le deniega desde la administración del hospital al no tener tarjeta sanitaria, (aun mostrando el informe médico de la operación donde se recalca la gravedad de su enfermedad). La mujer se derrumba recordando este episodio, llorando y narrando a Médicos del Mundo su impotencia al no poder ni defenderse por la traqueotomía recién hecha. Médicos Del Mundo habla con la trabajadora social del hospital consiguiendo que le den cita para el seguimiento de su operación.

Tienes derecho a las urgencias....pagando

Mujer marroquí de 39 años de edad que comenzó a presentar problemas para respirar por lo que decidió acudir al Servicio de Urgencias del Hospital La Princesa, donde fue diagnosticada de cáncer pulmonar. La atención fue facturada por un importe de 5.294€. Médicos del Mundo redacta un escrito para presentar a la trabajadora social del hospital exigiendo que se retire esta factura, ya que dentro del RD, se afirma que el Servicio de Urgencias será sin cargos. La gestión no fue efectiva y la familia está realiza

Detrás de los números hay vidas humanas. Exponer todos y cada uno de los casos de vulneración de derechos humanos con los que Médicos del Mundo Madrid se ha encontrado en los dos últimos años daría para un gran libro sobre vulneración del derecho a la salud en España”.

ndo el pago de manera fraccionada.

Si luchas es posible que te atiendan

Mujer colombiana de 22 años de edad. Sufre una caída, motivo por el cual acude al Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre. Allí permanece hospitalizada 14 días y tras la realización de diferentes pruebas le diagnostican Miastenia Grave. Desde el Servicio de Urgencias, le comunican que al no tener tarjeta sanitaria su atención será facturada. Situación que además le confirman desde el Servicio de Trabajo Social del Hospital. Médicos del Mundo contacta con la trabajadora social del Hospital 12 de Octubre recordando la normativa recogida en el RD en relación a la no facturación en urgencias, la gestión fue eficaz y la factura se anuló. Después del alta hospitalaria, la mujer vuelve a sentirse mal y acude a urgencias del Centro de Salud de Almendrales, donde, antes de atenderla le dicen que al no tener tarjeta sanitaria la atención será facturada, enseñándole el preaviso de facturación y, al no tener recursos económicos la mujer decide irse. La mujer vuelve a Médicos del Mundo contando lo sucedido. Médicos del Mundo recomienda cursar una queja al Defensor del Pueblo, además de redactar un escrito al médico del centro de salud recalcando la importancia de que la paciente sea atendida a causa de la gravedad de su enfermedad. Además del problema de acceso a la atención sanitaria, la mujer nos manifiesta las grandes dificultades económicas para comprar la medicación. Médicos del Mundo

contacta con el neurólogo el hospital para proponer el cursar la solicitud de medicación a través de Dirección General de Farmacia. Tras seguimiento, nos informa que gracias a Médicos del Mundo está siendo atendida, y que ha sido dada de alta como Transeúnte sin Permiso de Residencia. En referencia a la medicación nos confirma que está siendo medicada por el hospital.

Si no es por razones humanitarias...

Hombre boliviano de 31 años de edad, vive en España desde 2006, con atención sanitaria antes de la entrada en vigor del RD. En Enero del 2014, a raíz de un accidente, se fractura la rotula. Acude al Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre, donde fue intervenido quirúrgicamente. Con el alta hospitalaria se recomendó asistencia a fisioterapia de forma inmediata, pero al no tener tarjeta sanitaria, no pudo solicitar cita para comenzar la rehabilitación.

Después de unos días recibió una factura en su domicilio de 5.252 euros por la atención en urgencias. Desde el departamento de trabajo social del Hospital 12 de Octubre le dijeron que no podían hacer nada y que debía pagar. Médicos del Mundo redacta un escrito dirigiéndolo a la administración del hospital solicitando la anulación de la misma. La factura fue anulada. Actualmente está esperando una segunda intervención quirúrgica para la recuperación total de la rodilla. Al carecer de tarjeta sanitaria no le operarán. Actualmente ha suscrito el convenio especial

pagando 60 euros mensuales, además de su medicación, cuya cantidad resulta difícil de sostener para la difícil situación económica de la familia. Ha obtenido el permiso de residencia por razones humanitarias, y, en el momento actual está esperando que le den la tarjeta sanitaria.

La asistencia sanitaria puede encontrarse en los juzgados (1).

Hombre colombiano de 80 años de edad, que viene a España por reagrupación Familiar. Padece EPOC con necesidad de oxígeno domiciliario 24 horas. La hija, que está en situación regular, le trae a España por que en su país de origen vive solo y no tiene a nadie que cuide de él. Antes de su llegada a España, su hija solicita información en su Centro de Salud de Algete; allí le dicen que no le pueden ayudar y que tiene que ir al Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. En el hospital le informan que tampoco pueden hacer nada, remitiéndola a la delegación de la Seguridad Social de Alcobendas, donde le informan que su padre no tiene derecho a la asistencia sanitaria, y le dan un número de teléfono de información de la Comunidad de Madrid. En el centro de información de la Comunidad de Madrid le dicen que la única solución sería obtener un seguro privado el cual, por la enfermedad y edad del padre, resulta inviable de acuerdo con los estándares habituales de las compañías aseguradoras. La hija también acudió a la Dirección General de Atención al Paciente donde también le informaron que no había nada que hacer. Debido a la negativa reiterada

por parte de la Administración a brindarle alguna alternativa, la hija decidió acudir a Médicos del Mundo. Gracias a la gestión de Médicos del Mundo pudo obtener el oxígeno domiciliario antes de la llegada del padre. Posteriormente consiguió que se abriera una historia provisional en el Centro de Salud de Algete y que fuera valorado por el neumólogo del Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, pudiéndose hacer las pruebas necesarias. Además se consiguió el oxígeno portátil para que el padre se pudiese desplazar. Sin embargo, en este momento persisten las limitaciones para el acceso a la medicación prescrita, por las restricciones que impone el Real Decreto. Además, el coste de la medicación también se convierte en una barrera para poder acceder a ella. Con la asesoría y acompañamiento de Médicos del Mundo ha interpuesto demanda en la Jurisdicción Social por tutela de Derechos Fundamentales para que se le reconozca la asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria puede encontrarse en los juzgados (2).

Mujer de origen rumano, residente en España desde hace 3 años. Acude a solicitar ayuda a Médicos del Mundo porque recibió una factura por importe de 1.711 euros del Hospital Ramón y Cajal como cargo por la atención en urgencias. Desde Médicos del Mundo le informamos que dicha factura se puede reclamar porque la asistencia sanitaria en urgencias no es facturable. La mujer había acudido al INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) a soli

citar su tarjeta sanitaria, denegándose la argumentando que no tenía derecho a la misma. Como primera medida se realizó acompañamiento para solicitar la tarjeta sanitaria que se le había denegado en una oficina del INSS previo a la atención en urgencias, la cual sí le corresponde por derecho. En este caso se tramita su tarjeta sanitaria sin problemas. Como segundo paso se redacta un recurso de reposición dirigido al servicio de facturación del Hospital para solicitar que se desestime la factura y la respuesta fue que en el momento de ser atendida debería haber tenido la tarjeta sanitaria y que no la presentó, por lo tanto es un problema del INSS y no del Hospital. Como consecuencia de la facturación le llega a la mujer una carta de la Consejería de Economía y Hacienda en la que se desestima el recurso de reposición. Se contacta vía telefónica y vía e-mail con dirección de Gestión, área de facturación y gabinete legal del Hospital Ramón y Cajal para tratar de evitar que siga adelante el proceso judicial sin ningún resultado. Contactamos también con la oficina de la Junta Superior de Hacienda quienes nos vuelven a remitir al Hospital por ser ellos los responsables de emitir la factura y responsabilizan a la paciente de no tener la tarjeta en el momento de la atención, (tarjeta que el INSS había negado previamente). La mujer decide interponer un recurso legal por vía judicial contencioso-administrativa, contando con la asesoría y el acompañamiento de Médicos del Mundo. Actualmente el caso está pendiente de resolución.

Del cómo vivir con diabetes sin tarjeta sanitaria y otros males (1)

Mujer colombiana de 64 años de edad con Tarjeta Sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 y con diagnóstico de diabetes antes de la entrada en vigor de la Ley. Desde el 2006 era tratada en el Centro de Salud Jaime Vera, y fue en el mismo lugar donde le denegaron la asistencia sanitaria a partir de septiembre de 2012. Desde esta fecha, al no contar con receta médica, comienza a presentar problemas para acceder a la medicación necesaria para su tratamiento. Médicos del Mundo redacta un escrito dirigido al centro de salud en el que se informa del derecho de la mujer a ser atendida por padecer una patología anterior al Real Decreto Ley, tal como lo especifican las instrucciones autonómicas “todos los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto del 2012, seguirán siendo atendidos sin que generen ningún tipo de facturación de su importe al usuario” (Instrucciones RD). En el seguimiento realizado por Médicos del Mundo confirmamos que está recibiendo atención sanitaria en el centro de salud con controles de glucemia, analíticas y consultas con médico de familia y enfermera, aunque sigue presentando problemas para acceder a la medicación al no tener asignado número de la Seguridad Social. Meses más tarde, vuelve a solicitar apoyo a Médicos del Mundo dado que ha cambiado su lugar de residencia y al cambiar de centro de salud en Vallecas le han puesto problemas para seguimiento de la diabetes y la

medicación. Médicos del Mundo procede de la misma manera que en el centro de salud Jaime Vera consiguiendo que le asignen médica y enfermera. En noviembre de 2014, durante el seguimiento, nos informa que lleva 5 meses sin insulina por carecer de recursos económicos para comprarla.

Del cómo vivir con diabetes sin tarjeta sanitaria y otros males (2)

Hombre marroquí de 45 años de edad que padece diabetes desde el 2007, poseía Tarjeta Sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 y era atendido en el Centro de Salud “Los Pintores” de Parla. A partir de la entrada en vigor del RD se le deniega la asistencia sanitaria en su Centro de Salud y presenta dificultades para acceder a la medicación de su tratamiento. Médicos del Mundo redacta un escrito dirigido al Centro de Salud en el que se informa del derecho a ser atendido por padecer una patología anterior al Real Decreto Ley, tal como lo especifican las instrucciones “todos los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del día 31 de agosto del 2012, seguirán siendo atendidos sin que generen ningún tipo de facturación de su importe al usuario”. Además Médicos del Mundo también informa a su médico de cabecera que puede mediar para conseguir la medicación a través del servicio de gestión farmacéutica del centro de salud. La gestión de Médicos del Mundo fue eficaz pero el paciente no sabe durante cuánto tiempo podrá acceder a la medicación.

Del cómo vivir con diabetes sin tarjeta sanitaria y otros males (3)

Mujer de Guinea Ecuatorial de 48 años de edad, vive en España desde 2008. Padece diabetes diagnosticada antes de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Presenta complicaciones en la vista, páncreas y riñones a causa de su diabetes. Desde que llegó a España ha estado tratada por el sistema público de salud. Con la entrada en vigor del RD la dejaron de atender poniéndole trabas para la medicación, realización de pruebas y de asistencia sanitaria. Médicos del Mundo se pone en contacto con el Centro de Salud explicando que, según las instrucciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se trata de un proceso cuyo tratamiento se inició antes del 31 de agosto del 2012. A su vez, se explicó cómo solicitar la medicación a través de gestión farmacéutica. Durante el seguimiento, informa a Médicos del Mundo que le siguen realizando los controles de azúcar pero no las consultas con los especialistas, ni se le está facilitando la receta de la medicación, lo que supone un grave riesgo para su salud, pues ella no dispone de medios económicos para afrontar el gasto farmacéutico. Para controlar su diabetes, consigue insulina desde diferentes medios: amigos, diferentes ONG's (Karibú, dispensario de San Antonio). Actualmente Médicos del Mundo está en contacto con la trabajadora social del centro de salud para ver la forma de conseguir la medicación. Las consecuencias para la salud en el caso de no tomar la medicación son muy graves.

Te puedo atender pero en urgencias

Mujer venezolana de 34 años de edad, con Tarjeta Sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 con enfermedad de Lupus diagnosticada en 2001. Era atendida en el Centro de Salud de Carretas. Con la entrada en vigor del RD se le niega la asistencia sanitaria en dicho centro. En el Centro de Salud le informan que sólo será atendida por urgencias. Médicos del Mundo contacta con el hospital, exigiendo que sea atendida por tratarse de una enfermedad crónica diagnosticada con anterioridad a la entrada en vigor del RD. La gestión de Médicos del Mundo fue eficaz y actualmente está recibiendo el tratamiento para su enfermedad.

Tengo una enfermedad de declaración obligatoria. Lo siento mucho no puedo hacer nada. La ley es la ley (1)

Hombre venezolano de 38 años de edad, con tarjeta sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, portador del VIH. Se le deniega asistencia sanitaria en el Hospital Fundación Jiménez Díaz lo que provoca que lleve 5 meses sin tomar el tratamiento para su enfermedad. Médicos del Mundo realiza acompañamiento a la Fundación Jiménez Díaz para hablar con el responsable del departamento de administración presentando las instrucciones al Real Decreto en las cuales se recoge el VIH como enfermedad de declaración obligatoria. Después de la intervención de MDM, ha sido dado de alta en el sistema y recibe

asistencia sanitaria en la Fundación Jiménez Díaz.

Tengo una enfermedad de declaración obligatoria. Lo siento mucho no puedo hacer nada. La ley es la ley (2)

Hombre guatemalteco de 26 años de edad, que padece esquizofrenia. Se le deniega la asistencia sanitaria en el Centro de especialidades de Modesto Lafuente, además tiene dificultades económicas para comprar la medicación. Médicos del Mundo se pone en contacto con la trabajadora social del centro de salud para informarle que la esquizofrenia es una enfermedad de atención obligatoria, contemplada en las instrucciones donde lo señala; además, al estar dentro de la categoría de declaración obligatoria, debe darse la medicación sin cargo. Actualmente está siendo atendido y se le están suministrando los medicamentos.

Tengo una enfermedad de declaración obligatoria. Lo siento mucho no puedo hacer nada. La ley es la ley (3)

Mujer de Cabo Verde con 41 años de edad, vive en España desde 2005 con tarjeta sanitaria anterior a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Padece epilepsia diagnosticada antes de la entrada en vigor de dicha ley. Era atendida en el Centro de Salud de San Blas de Parla, sin embargo con la entrada en vigor del RD, dejaron de atenderla y a esto se suma las dificultades para acceder a la medicación. Al no ser atendida en el Centro de Salud y dada la gravedad de su en-

fermedad, estuvo más de un año, acudiendo al Servicio de Urgencias del Hospital de Parla para conseguir atención médica y medicinas. En urgencias, uno de los médicos la deriva al Centro de Salud que le corresponde para que allí el médico de cabecera le de el alta en el sistema como se recoge en la normativa. En el Centro de Salud le negaron la asistencia en dos ocasiones manifestando que no conocían dicha normativa. Médicos del Mundo se pone en contacto con el Centro de Salud recordando que las instrucciones al RD 16/2012 garantizan la asistencia sanitaria a personas que padezcan un patología tratada antes de la entrada en vigor del RD. La medicación tiene un coste muy elevado para la situación económica que vive. Hasta el momento es la médica de atención primaria quien le facilita el acceso a la medicación, a través de Gestión Farmacéutica, pero existe la incertidumbre de hasta cuándo podrá seguir obteniéndola de esta manera.

Necesito un trasplante de pulmón para poder vivir. Por favor espere sentada no sea que se fatigue mucho. Algún día la atenderemos.

Mujer boliviana de 39 años de edad, ha vivido en España desde 2003, con tarjeta sanitaria anterior a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Padece hipertensión pulmonar primaria diagnosticada antes de la entrada en vigor de dicha ley. Con la entrada en vigor del RD, se encontró con problemas para la realización de pruebas médicas, a pesar que en las instrucciones de la Consejería de

Sanidad de la Comunidad de Madrid se garantiza la asistencia sanitaria a todas las personas que padezcan una patología anterior a la entrada en vigor de la normativa. Dada la gravedad de su enfermedad la médica de cabecera que la atendía le gestionó la asistencia sanitaria como Transeúnte sin Permiso de Residencia. El equipo de neumólogos del Hospital 12 de Octubre, al encontrarse con dificultades para solicitar la realización de pruebas, la deriva a Médicos del Mundo. Médicos del Mundo habla con la administración del servicio de neumología solicitando que se le hagan las pruebas pertinentes, ya que la paciente está dada de alta como Transeúnte sin Permiso de Residencia. El hospital accede a la realización de las mismas. El 5 de Diciembre del 2013 la unidad de trasplante del Hospital 12 de Octubre, se pone en contacto con Médicos del Mundo comunicando que la paciente necesita un trasplante pulmonar para su supervivencia. Para entrar a la lista de espera de trasplantes es necesario tener un médico o médica de cabecera asignado y tener garantizados los medicamentos necesarios después de la intervención. La paciente cumple con la primera condición, pero la responsable del servicio de trasplantes opina que no tiene garantizada la segunda por el alto coste de la medicación, por lo tanto no pueden incluirla en la lista de espera. Actualmente Médicos del Mundo está pendiente de reunirse con la Gerencia del Hospital para ver posibles soluciones.

Soy menor de edad

Mujer colombiana, de 33 años de edad madre de dos niños, a los cuales se les ha denegado la asistencia sanitaria en el Centro de Salud de Vicálvaro. Médicos del Mundo habla con la Trabajadora Social del centro de salud recodándole que el Real Decreto Ley 16/2012 afirma que la asistencia a menores de edad es obligatoria. Tras la mediación de Médicos del Mundo los menores están siendo atendidos.

Soy jubilado y pobre

Hombre español de 64 años de edad, que ha tenido y tiene tarjeta sanitaria. Padece cardiopatía y anemia ferropénica y dados su bajo nivel de renta presenta problemas para comprar su medicación, razón por la cual acude a Médicos del Mundo. El hombre consigue la medicación a través del Dispensario de San Antonio. En el seguimiento realizado por Médicos del Mundo, nos informa que ya se ha jubilado y recibe una pequeña pensión la cuál le ayuda a pagar sus medicinas.

El Real Decreto 16/2012 ha generado incertidumbre, perplejidad, desasosiego y miedo entre la población en situación administrativa irregular, situación que condiciona el uso de la asistencia sanitaria. Algunos ejemplos con los que se ha encontrado Médicos del Mundo son:

Le tengo más miedo a la administración que al cáncer

Mujer rumana de 44 años de edad, tiene cáncer de mama y carece de seguimiento y tratamiento médico porque no ha asistido a su hospital de referencia por miedo. Médicos del Mundo contacta con la trabajadora social del Hospital de Torrejón, para mediar y garantizar que la mujer será atendida, resolviéndose de esta manera sus problemas de atención y medicación.

Le tengo más miedo a la administración que al ICTUS

Mujer argentina de 66 años de edad con tarjeta sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Padece un ICTUS diagnosticado con anterioridad a dicho decreto. Acude a Médicos del Mundo mostrándonos su miedo a perder la asistencia sanitaria. Médicos del Mundo le informa que como la patología ya estaba siendo tratada antes del Real Decreto Ley 16/2012 tiene derecho a asistencia.

Le tengo más miedo a la administración que a los problemas del embarazo

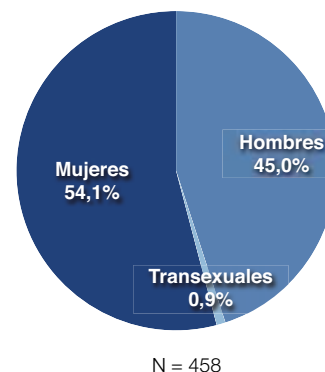
Mujer griega de 30 años de edad, en situación administrativa comunitaria, que está embarazada. Acude a Médicos del Mundo contándonos que siente molestias, y que al no tener tarjeta sanitaria teme no ser atendida. Médicos del Mundo le informa del derecho a ser atendida y controlada durante y después del embarazo y que se dirija al Centro de Salud que le corresponde.

Los números

Desde el 1 de septiembre de 2012 hasta el 31 de agosto del 2014 se atendieron en total 682 personas víctimas de la vulneración del derecho a la salud. Después de revisar cada uno de los registros de la base de datos y contactar nuevamente a las personas terminaron descartándose un total de 224 registros, especialmente en aquellos casos en que había falta de información o la información presentaba serias inconsistencias. Por lo tanto, los datos suministrados en este informe se corresponden a un total de 458 casos (67% de todos los casos atendidos) adecuadamente revisados y contrastados.

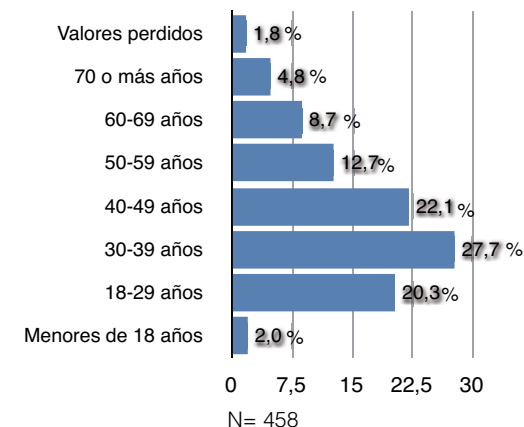
Aproximadamente el 70% de todos los casos corresponden al 2013 y el 30% restante se registraron entre el 1 de enero y el 31 de agosto del 2014. **Desde el punto de vista demográfico**, el 54% de las personas atendidas eran mujeres, el 45% eran hombres y un 1% transexuales (ver gráfico 1).

Gráfico No.1
Porcentaje de personas atendidas por sexo 2013-2014



En relación con la edad, el 70% de todas las personas atendidas tenían edades comprendidas entre los 18 y los 49 años de edad. Solo el 8% de las personas era mayor de 65 años. Vale la pena resaltar que se atendieron a 9 menores de 18 años cuyos padres denunciaron que no se les había prestado la asistencia sanitaria requerida, a pesar de estar incluidos en los supuestos del Real Decreto (ver gráfico 2).

Gráfico No.2
Porcentaje de personas atendidas por edad 2013-2014



Desde el punto de vista del país de procedencia, el 64% de las personas atendidas procedían de América Latina, de los cuales cerca del 15% corresponde a personas procedentes de Colombia, aproximadamente el 13% a personas procedentes de Paraguay, el 10% a personas procedentes de Ecuador y de Bolivia y cerca del 8% procedente de Perú. Por otra parte, el 12% procedía de Europa del Este, mayoritariamente procedente de Rumanía (65%); el 10% procedente del África Subsahariana (19% de Nigeria, 17% de Guinea Bissau y Ecuatorial, 15% de Senegal y 11% de Angola) y el 8% del Norte de África, mayoritariamente procedentes de Marruecos (83%). Hay que resaltar que en este período fueron atendidas 8 personas nacidas en España (ver gráfico 3 y 4).

Gráfico No.3
Porcentaje de personas atendidas por lugar de procedencia

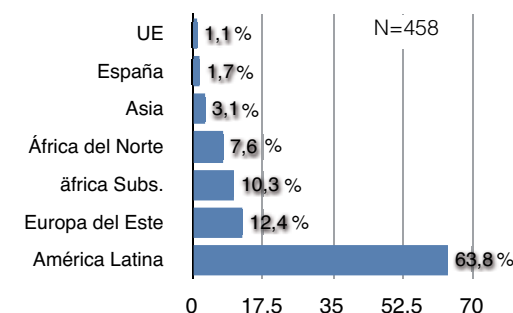
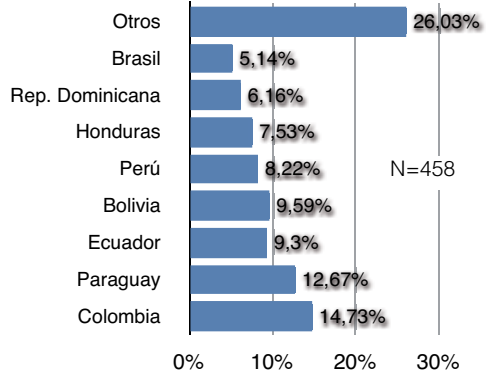
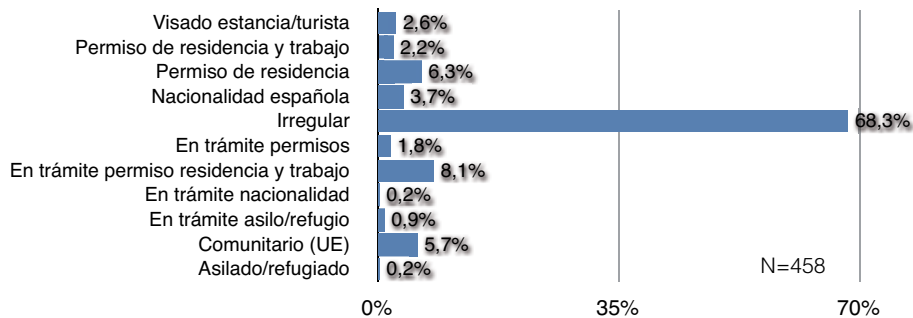


Gráfico No.4
Porcentaje de personas atendidas por lugar de procedencia (América Latina) 2013-2014



Desde el punto de vista de la situación administrativa, el 68% de todas las personas atendidas se encontraban en situación administrativa irregular (ver gráfico 5), de los cuales el 59% tenía tarjeta sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto. De hecho, de todas las personas atendidas por Médicos del Mundo en este periodo, el 58% tenía tarjeta sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto (ver gráfico 6). Por otra parte, en el momento de ser atendidas, cerca del 91% de las personas no tenía tarjeta sanitaria en vigor. Las personas que sí tenían tarjeta sanitaria (9%) habían acudido a Médicos del Mundo solicitando información o por problemas de medicación. Hay que resaltar que 17 de las personas atendidas tenían nacionalidad española.

Gráfico No.5
Porcentaje de personas atendidas por situación administrativa 2013-2014



Desde el punto de vista de la vulneración del derecho a la protección de la salud, el 49% de las personas atendidas carecían de información en relación con sus derechos, al 35% se les denegó tanto la información como la asistencia sanitaria (de las cuales el 34% estaba siendo atendida en su Centro de Salud por enfermedad previa al Real Decreto) y el 16% carecía de información y dificultades para el acceso a la medicación (ver gráfico 7). Es importante recalcar que el 100% de las personas atendidas carecía de información en relación con su derecho. En este sentido, la falta de información o la desinformación en relación con el Real Decreto se ha convertido en una barrera objetiva para acceder a la protección sanitaria, en la medida en que se ha desincentivado el uso de los servicios sanitarios.

Gráfico No.6
Porcentaje de personas atendidas en relación con tener o no tarjeta sanitaria antes de la entrada en vigor del Real Decreto 2013-2014

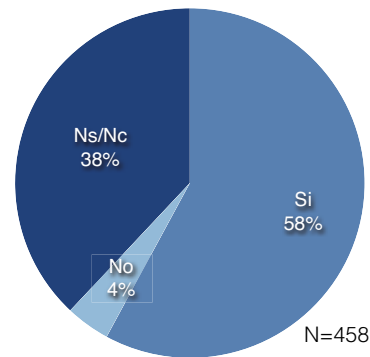
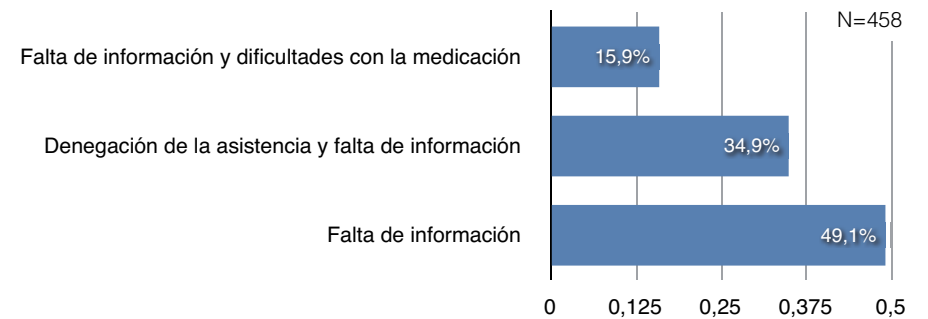
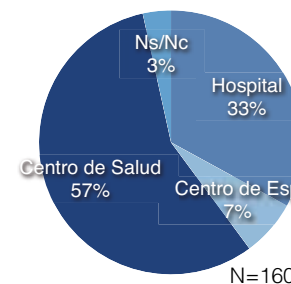


Gráfico No.7
Porcentaje de personas atendidas según derecho vulnerado 2013-2014



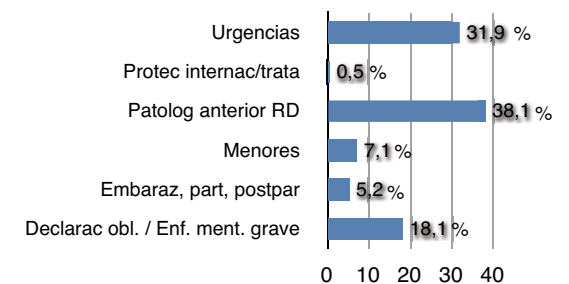
En relación con la denegación de asistencia sanitaria, el 52% se realizó en Centros de Salud, el 39% en Hospitales y el 6% en Centros de especialidades (ver gráfico 8). Vale la pena mencionar que la denegación de asistencia fue un fenómeno más o menos generalizado, incluyendo al menos a 13 Hospitales, de los cuales cerca del 45% de las denegaciones se llevaron a cabo en el Hospital 12 de octubre (10 casos), Fundación Jiménez Díaz (9 casos) y Hospital Ramón y Cajal (9 casos), y a más de 30 Centros de Salud. Por otra parte, es muy importante mencionar que 53 de las 160 personas a las que se denegó la asistencia sanitaria tenían enfermedades que generaban importantes riesgos a su salud y a su integridad física, como es el caso de diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular/cerebro/vasculares, epilepsia, insuficiencia renal, enfermedades respiratorias crónicas y VIH.

Gráfico No.8
Porcentaje de personas atendidas según lugar de denegación de la asistencia sanitaria 2013-2014



Otro hecho que vale la pena resaltar es que el 46% del total de las personas atendidas en Médicos del Mundo, es decir 210 personas, acudieron por vulneración del propio Real Decreto. En otras palabras, por incumplimiento de la reglamentación realizada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. En efecto, de las 210 personas que acudieron por vulneración del propio Real Decreto, el 38% tenían enfermedad previa al Real Decreto y se le había denegado la asistencia sanitaria; al 31% se les denegó la asistencia sanitaria en urgencias o se les facturó el servicio; el 18% tenía alguna enfermedad de declaración obligatoria o mental grave y se le denegó la asistencia sanitaria; el 7% eran menores de edad y el 5% mujeres embarazadas (ver gráfico 9). Por otra parte, 45 personas (cerca del 10% de todas las personas atendidas) acudieron a Médicos del Mundo para denunciar la facturación de la asistencia sanitaria, de la cuales a 36 (80%) se les facturó por asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias.

Gráfico No.9
Porcentaje de personas atendidas según el tipo de vulneración del Real Decreto 16/2012 2013-2014



Finalmente es importante señalar que de los 458 casos atendidos por Médicos del Mundo, desde el 1 septiembre de 2012 hasta el 31 de agosto de 2014, se logró resolver de manera efectiva el problema a 280, es decir algo más del 61%. Pero lo más importante es que esta respuesta efectiva incluyó a cerca del 88% de todas aquellas personas a las que se denegó la asistencia sanitaria, es decir a 140 de las 160 personas atendidas por esta razón.

Nuestras conclusiones

Resulta bastante claro que el Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid se ha convertido en una pesada losa que han de arrastrar aquellas personas que, además de sufrir el impacto de la crisis en términos de desempleo, riesgo de pobreza y de exclusión social, padecen alguna enfermedad principalmente crónica. De esta manera, el RD no solo ha vulnerado el derecho a la protección de la salud de estas personas sino que, como hemos puesto en evidencia con las voces de los afectados, ha terminado vulnerando el derecho a la integridad física, mental y moral de muchas de ellas. En este sentido el RD se ha convertido en una política activa de exclusión social, que ha aumentado la vulnerabilidad de todas aquellas personas afectadas duramente por la crisis económica y que además ven seriamente comprometida su integridad física y mental.

Tal y como ha puesto en evidencia la literatura especializada, el aumento del copago sanitario, especialmente en el caso de los medicamentos, y el hecho de sacar de la prescripción pública ciertos medicamentos, se han convertido en una barrera para el acceso al derecho a la salud, de las personas con bajos recursos. En este sentido, el RD no solo ha afectado a la población inmigrante de la Comunidad de Madrid, sino a todas aquellas personas que han visto seriamente comprometida su renta familiar por la crisis económica. Unas han dejado de tomar su medicación, otras han decidido espaciar la frecuencia de su administración para reducir los costes y otras más han pedido que se las cambien por medicación más económica y que esté incluida en la prescripción pública. Evidentemente, esta situación provoca un deterioro de la situación de salud de estas personas y, en consecuencia, un aumento de los riesgos en relación con su estado de salud.

La falta de información no solo en relación con el propio RD sino con sus normas de aplicación y formas de interpretación en la Comunidad de Madrid ha sido una de las constantes a lo largo de estos dos años. En términos de políticas públicas, esto refleja claramente una dejación de las responsabilidades políticas y administrativas por parte de la Comunidad de Madrid, en relación con la ciudadanía en general, con las personas afectadas en particular y los propios profesionales sanitarios. La pedagogía al respecto brilló por su ausencia. Al respecto, un médico entrevistado dijo *“Pero vamos, que yo para leerme un decreto... es que no los entiendo, que parece que vienen en otro idioma, que lo hacen aposta, porque cuanto menos nos enteremos más posibilidades tienen ellos de hacer lo que les dé la gana”*. Esto quedó claramente reflejado en el hecho de que la denegación de asistencia fue algo más o menos generalizado en varios hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid. De

DERRIBANDO EL MURO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

hecho, cerca del 50% de las personas que acudieron a Médicos del Mundo en la Comunidad de Madrid lo hicieron por no aplicación del RD o de la propia normativa de la Comunidad de Madrid. En este punto hay que llamar especialmente la atención sobre un hecho central. Ha sido precisamente el trabajo cotidiano de denuncia y sensibilización realizado, no sólo de Médicos del Mundo sino de muchas organizaciones –incluyendo al personal sanitario objetor- y los medios de comunicación que se han hecho eco de estas denuncias en la Comunidad de Madrid, el que ha cumplido el papel de informar sobre el RD, su normativa en la Comunidad, sus formas de interpretación en términos de garantías y derecho y sobre todo la forma en que se estaba incumpliendo y las consecuencias que estaban generando.

Como resultado directo de lo anterior, muchas personas se quedaron de facto sin asistencia sanitaria, con las consecuencias que esto implicaba para su salud. De no haber sido por la labor ingente no solo de Médicos del Mundo sino de muchas otras organizaciones y del personal sanitario objetor estas consecuencias se hubiesen materializado. Como ha puesto en evidencia este informe, durante estos dos años se han incumplido en mayor o menor medida cada uno de los supuestos del RD, específicamente en lo que hace referencia a personas con patologías previas a la entrada en vigor del RD, algunas de ellas realmente graves, a la atención de urgencias, incluyendo su facturación y a personas con enfermedades de declaración obligatoria como ha sido el caso del VIH/SIDA. Durante estos dos años Médicos el Mundo consiguió restituir parcialmente el derecho a la protección de la salud a más del 60% de las personas que acudieron a la organización, especialmente de aquellas a las que se denegó la asistencia sanitaria. En este sentido la Comunidad de Madrid también ha sido especialmente negligente y ha hecho en la práctica dejación activa de sus responsabilidades políticas y administrativas.

Para finalizar vale la pena retomar las reflexiones de Hanna Arendt en relación con el caso Eichmann. Cuando hablamos del Real Decreto 16/2012 nos estamos refiriendo a una política pública justificada por la “razón de Estado” basada en la necesidad y la emergencia económica, supuestamente para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La entrada en vigor de esta norma legal ha afectado seriamente la salud y, en consecuencia, la integridad física y mental de muchas personas, especialmente las más vulnerables. Al cabo de dos años la Corte Constitucional en dos autos señaló claramente que el derecho a la salud y a la integridad física no pueden verse desvirtuados por la mera consideración de un eventual ahorro económico que, entre otras cosas, hasta el momento no ha podido ser demostrado. También el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa señaló que esta norma vulneraba la Carta Social Europea y la Convención Europea de los Derechos Humanos. La Relatora Especial de

DERRIBANDO EL MURO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

Naciones Unidas sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, también manifestó que los cambios adoptados por el Gobierno de España reducen el acceso al sistema de salud pública y que no cumplen con las obligaciones de derechos humanos del país. Esta política pública, aplicada en un contexto de crisis económica, que ha generado un porcentaje alto de personas en situación de pobreza y exclusión social; ha contribuido activamente a la exclusión social, ha limitado el acceso a los medicamentos de muchas personas generando serias consecuencias para su salud y su integridad física y ha denegado el acceso a la protección de la salud a personas con problemas de salud, algunos de ellos graves, que estaban siendo tratadas. Finalmente las administraciones públicas han hecho dejación de sus responsabilidades políticas y administrativas por no informar sobre la propia política pública y sus consecuencias y por no ser diligentes para evitar su aplicación interesada y discrecional. En estas condiciones y siguiendo a Hanna Arendt ¿es posible admitir que esta Ley se puede justificar moralmente? ¿Es posible admitir que la “razón” de Estado justifica por sí misma Leyes como esta? ¿Nuestro deber y nuestra condición como buenos ciudadanos/as –y funcionarios/as -es cumplir fielmente esta Ley? ¿El desacato y la desobediencia civil no estarían justificados por razones éticas? Como se suele decir últimamente es el tiempo de la acción política.



MÉDICOS DEL MUNDO - MADRID
COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

www.medicosdelmundo.org



Sede Autónoma de Madrid

Juan Montalvo 6, 28040 Madrid

Teléfono 913156094

Fax 915362500

madrid.ca@medicosdelmundo.org

<http://www.medicosdelmundo.org>