

# DOS AÑOS DE REFORMA SANITARIA: MÁS VIDAS HUMANAS EN JUEGO

Médicos del Mundo

Zaragoza

[aragon@medicosdelmundo.org](mailto:aragon@medicosdelmundo.org)

En abril de 2013, el Presidente de Gobierno, Mariano Rajoy, anunciaba que desde el 1 de septiembre de 2012 se habían dado de baja 873.000 tarjetas sanitarias de personas extranjeras “no residentes en España”. Esta información se hacía pública con motivo de la presentación a la Comisión Europea del Programa Nacional de Recortes. A lo largo de los siguientes meses, la Ministra Ana Mato ha aportado en diferentes ocasiones otras cifras o porcentajes relativos al número de tarjetas sanitarias que han sido retiradas: en la sesión de la Comisión de Sanidad de enero de 2014, informaba de la baja de 676.000 personas extranjeras que ya no constan como residentes en nuestro país; en un escrito dirigido a varios organismos de derechos humanos de Naciones Unidas<sup>1</sup>, en ese mismo mes, se informa de que han sido 748.835 las tarjetas que se han dado de baja. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no ha indicado, sin embargo, cuál es la base de cálculo de todas estas cifras; ni ha ofrecido un desglose de la información para conocer cuántas de esas tarjetas correspondían a ciudadanos y ciudadanas de algún estado miembro de la Unión Europea, ni cuántas correspondían a personas sin recursos procedentes de países tradicionalmente migratorios.

La retirada de las tarjetas sanitarias se incluyó entre las medidas relacionadas con las recomendaciones específicas del Plan Nacional de Reformas creado, al parecer, para “aumentar la competitividad y sobre todo la flexibilidad de la economía española”. Lo cierto es que en dicho Plan no se identifica cuál es la implicación de la medida en el presupuesto español, en términos de gasto ni tampoco de ingresos; ni se describe cuál es su impacto ni en el PIB ni en la generación de empleo de esta medida. ¿Cómo se ha realizado, entonces, el cálculo económico y su impacto? ¿Dónde está el informe que evaluó las consecuencias para las poblaciones más desfavorecidas al emprender una nueva definición de la figura de asegurado del sistema nacional de salud? Resulta difícil saberlo porque el Real Decreto-ley 16/2012 se aprobó sin estar acompañado de la debida memoria económica y sin un estudio de impacto público que le precediera y el conjunto de la sociedad conozca.

Durante los dos años transcurridos desde su aprobación, diferentes organismos de derechos humanos europeos y de Naciones Unidas vienen advirtiendo al Gobierno español sobre las consecuencias de los recortes en políticas sociales y, específicamente, sobre el impacto de la reforma sanitaria en los colectivos de población más vulnerables. En su último informe, la Defensora del Pueblo, Soledad Becerril, también da cuenta de varios motivos de preocupación relacionados con la aplicación del Real Decreto-ley y, en concreto, referidos a las barreras de acceso para las personas extranjeras en situación irregular y viviendo en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. Hasta el momento, ninguna de estas comunicaciones ha llevado al Gobierno español a rectificar su política sanitaria y anular las disposiciones que tienen repercusiones directas sobre las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad.

Para Médicos del Mundo, el baile de datos sobre las tarjetas sanitarias tramitadas y anuladas opaca la realidad de las decenas de miles de personas excluidas del sistema público de salud y de aquellas que no pueden acceder económicamente a los tratamientos que necesitan. A lo largo de los dos últimos años, nuestros dispositivos han ido teniendo conocimiento del incremento de personas españolas en grave riesgo de exclusión económica y social que han acudido solicitando apoyo sociosanitario. Sin embargo, siguen siendo las personas inmigrantes las principales afectadas por la reforma sanitaria: o bien, por no poder cumplir los requisitos administrativos para acceder a una tarjeta sanitaria; o por ser víctimas del caos y la desinformación que ha caracterizado la implantación del Real Decreto-ley 16/2012 hasta el día de hoy. Por este motivo, Médicos del Mundo junto con otras organizaciones sociales vienen realizando importantes esfuerzos en visibilizar esta realidad y alentar la rebeldía de las y los profesionales del sector sanitario frente a la exclusión de que son víctimas las

---

<sup>1</sup> <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/CommunicationsreportsSP.aspx>

personas inmigrantes, y más directamente aquellas que se encuentran en situación administrativa irregular.

El objetivo de la presente comunicación consiste, precisamente, en mostrar la fotografía más fiel de la realidad que ha provocado la puesta en marcha hace dos años de una reforma sanitaria que vulnera el principio de universalidad del Sistema Nacional de Salud y ha profundizado las brechas de inequidad territorial entre unas comunidades autónomas y otras. Con este fin, Médicos del Mundo quiere insistir en su llamada de atención al Gobierno español y al Gobierno de Aragón para que rectifiquen su política sanitaria, y den marcha atrás a las medidas que imponen un sistema de aseguramiento alejado del modelo de sanidad universal elogiado internacionalmente.

Nuestra presencia en doce comunidades autónomas y más de veinte años de implantación en España nos proporciona un conocimiento directo del impacto de las políticas sociales en la salud y la vida de miles de personas.

## **1. Los gobiernos autonómicos afrontan de manera desigual el impacto de la reforma sanitaria.**

En noviembre de 2012, Médicos del Mundo publicaba un mapa semáforo que medía de qué manera se habían posicionado los diferentes gobiernos autonómicos con respecto al Real Decreto-ley 16/2012, a tres meses de la entrada en vigor de la Disposición que imponía la retirada de la tarjeta sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular. Aquel mapa, tomaba como referencia las primeras reacciones de los diferentes ejecutivos autonómicos plasmadas en declaraciones ante la opinión pública más o menos formales y, en algunos casos, con el anuncio de la puesta en marcha de unas primeras medidas que iban más allá de los mínimos establecidos por la norma estatal.

Un año después de aquel mapa, las diferentes administraciones autonómicas han tenido tiempo de poner en marcha medidas para dar cumplimiento a aquellos compromisos. El análisis del marco normativo desarrollado por cada comunidad autónoma descubre un mosaico de contextos diferentes que ofrecen una clara ruptura de la equidad territorial en lo que se refiere al derecho a la salud.

La imprecisión e inconsistencia del Real Decreto-ley, así como la política de comunicación desde el Ministerio de Sanidad, ha contribuido a generar situaciones de desinformación y desatención a personas que necesitan asistencia sanitaria. Médicos del Mundo puede atestiguar cómo la nueva normativa ha generado confusión no sólo en la población usuaria, sino entre las y los profesionales sanitarios, administrativos y de servicios sociales; y muy especialmente entre la población inmigrante afincada en nuestro país.

A aquellas personas en situación irregular a quienes no se les reconoce la condición de aseguradas o beneficiarias, el Real Decreto-ley les reserva como única vía de acceso al Sistema Nacional de Salud la firma de convenios especiales. Estos convenios, que sólo darán cobertura para servicios y prestaciones de la cartera básica, tienen un costo mensual por persona de 60 euros para menores de 65 años y de 157 para quienes superan esa edad. Sólo podrán ser suscritos por aquellas personas que acrediten haber residido en España por un periodo superior a un año, y se encuentren empadronadas en algún municipio español. Durante más de un año<sup>2</sup>, no han existido indicaciones del Ministerio sobre el procedimiento para suscribir tales convenios, derivando esa labor a las comunidades autónomas.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) la entidad responsable de reconocer la condición de persona asegurada o beneficiaria del Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, sigue siendo responsabilidad de las comunidades autónomas la provisión de los servicios en virtud del reparto de competencias entre

---

<sup>2</sup> Hasta la publicación con el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio.

éstas y la Administración central. De este modo, a los gobiernos autonómicos les ha correspondido la difícil tarea de gestionar el impacto socio-sanitario que está teniendo la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012.

La manera cómo los diferentes gobiernos autonómicos están desarrollando su normativa para regular la aplicación del Real Decreto Ley ofrece un crisol de situaciones que ponen en evidencia los limbos que ha creado la norma estatal. Médicos del Mundo en colaboración con la Escuela Nacional de Salud ha llevado a cabo una revisión de las diferentes normas que regulan el acceso de las personas inmigrantes a la atención sanitaria cuyos resultados se ofrecen a continuación.

Esa asimetría con que se está aplicando la norma incrementa el clima de descoordinación entre diferentes niveles de gestión y, en consecuencia, las barreras de acceso al sistema sanitario que afrontan las personas inmigrantes. Cabe señalar el miedo expresado por muchas de ellas que las inhibe de acudir a los centros de salud o gestionar la renovación o solicitud de su tarjeta, incluso en los casos amparados por la ley.

## **1.2 Procedimientos para suscribir los convenios especiales.**

Hasta marzo de 2014, tan sólo la Comunidad Valenciana y la de Cantabria han publicado la norma autonómica que establece los requisitos del convenio especial en el ámbito del sistema sanitario. En ambos casos<sup>3</sup>, reproducen las condiciones establecidas por la normativa estatal añadiendo únicamente las indicaciones para efectuar el pago de las cuotas mensuales e identificando la administración competente para dictar resolución.

Estas normas no introducen medios para reducir la barrera económica que impone la obligación de abonar una cuota mensual por cada persona que oscilará entre los 60 euros para menores de 65 años y de 157 para quienes superan esa edad. A esta circunstancia, se suma la dificultad que encontrarán muchas personas inmigrantes en situación irregular para reunir los requisitos administrativos requeridos. La obligación de la acreditación de residencia y de empadronamiento presenta, a menudo, una barrera administrativa infranqueable para colectivos de población en grave situación de exclusión social. Además, un número importante de personas extranjeras en situación irregular se caracteriza por su gran movilidad a lo largo del territorio en busca de trabajo.

Por otra parte, la obligación de residir durante un tiempo mínimo de un año en España para poder suscribir un convenio especial, excluye por completo de la atención sanitaria que no sea de urgencia a través del SNS a cualquier persona en trámite de regularización de su situación administrativa durante ese periodo.

Ninguna de estas circunstancias queda resuelta en los decretos autonómicos, como tampoco en el resto de regiones donde ni siquiera se ha avanzado la correspondiente regulación sobre los convenios.

## **1.3 Mapa parcheado de alternativas para inmigrantes sin tarjeta sanitaria y sin recursos económicos.**

Nueve comunidades autónomas<sup>4</sup> han puesto en marcha medidas especiales de acceso a la atención sanitaria para inmigrantes en situación irregular sin recursos<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Decreto 190/2013, de 20 de diciembre (Valencia) y Orden SAN/6/2014, de 26 de febrero (Cantabria).

<sup>4</sup> Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia y Valencia.

<sup>5</sup> Se consideran aquellas personas con ingresos inferiores a la renta básica de inclusión o protección social.

La existencia de estas medidas o programas especiales no garantiza sin embargo ni la universalidad en el acceso a la salud, ni la equidad territorial, pues los criterios y requisitos que establecen varían de unas comunidades autónomas a otras.

Ejemplos de la disparidad que se pueden encontrar entre unas comunidades autónomas y otras:

- Asturias: Se solicita a través del Centro de Salud, demostrando la inscripción en el padrón y automáticamente se asigna un CIP autonómico con estructura idéntica al del resto de la población y se incluye en la base de datos poblacional del sistema de salud asturiano. De esta manera, las personas inmigrantes tienen entrada al sistema asturiano de salud en igualdad de condiciones con el resto de la población.
- Canarias: Además de los documentos identificativos, hasta septiembre pasado se solicitaban algunos otros que son imposibles de acreditar para gran número de personas en situación irregular por encontrarse en esta circunstancia (Certificado de renta de las personas físicas, emitido por la Agencia Estatal de Administración Tributaria); o porque son documentos inexistentes en su país de origen (Declaración de impuestos sobre la renta de las personas físicas o documentación equivalente en ese país; Certificado de carecer recursos económicos en su país de origen). La modificación aprobada a través de la Orden de 16 de agosto de 2013 no altera de forma sustancial la exigencia de requisitos.
- Cataluña ha diseñado un reconocimiento escalonado de derechos que limita el acceso a la Atención Primaria o a programas de especial interés sanitario a quienes se hayan empadronado en un plazo de entre tres meses y un año antes de la solicitud. Sólo quienes se hayan inscrito en un tiempo superior a un año, podrán acceder a la atención especializada. El paso de un nivel a otro no se hace de manera automática, sino que las personas beneficiarias del programa deben solicitarlo y aportar la documentación acreditativa para ver reconocido su derecho a un nivel superior de atención sanitaria.

#### **1.4 Escaso éxito de los programas especiales.**

Otra característica de la mayoría de los programas especiales creados por las comunidades autónomas para abrir excepciones a la exclusión sanitaria que impone el Real Decreto-ley, es la escasa efectividad que están teniendo. Sirvan de ejemplo tres de los programas autonómicos que llevan más tiempo en marcha:

- El Programa Gallego de Protección Social de la Salud Pública entró en vigor en septiembre de 2012 para dar cobertura a las personas que no ostentan la condición de asegurada ni beneficiaria del SNS. Un año y medio después, sólo 1.470 han logrado cruzar con éxito la travesía burocrática necesaria para beneficiarse de él.
- Según datos de febrero de 2014, el número de personas que han accedido al Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública ha sido de 500. De las 12.615 personas que perdieron su tarjeta sanitaria con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley, más de la mitad son de nacionalidad rumana a quienes les resulta casi imposible de facto acceder a la asistencia sanitaria por no poder cumplir con los requisitos administrativos exigidos.
- En Canarias, a los seis meses de la puesta en marcha del Programa, tan sólo 42 personas habían podido cumplir todos los requisitos exigidos para acceder a la atención sanitaria que el programa cubre. Los últimos datos conocidos en febrero de 2014, elevan esa cifra a 145 personas. Cabe recordar que sólo en esta comunidad autónoma se retiraron 48.000 tarjetas sanitarias a partir del 1 de septiembre de 2012.

#### **1.5 Personas que no reúnen los requisitos para acceder a programas especiales, afrontan desiguales realidades según la Comunidad Autónoma donde viven.**

No todas las personas inmigrantes en situación irregular cumplen todos los requisitos administrativos que las comunidades autónomas establecen para acceder a los programas especiales que amplían los límites de cobertura del Real Decreto-ley 16/2012. Para esos casos, algunas comunidades autónomas<sup>6</sup> han regulado, aunque con diferencias, excepciones relacionadas con, al menos, uno de estos supuestos: personas con enfermedades crónicas, enfermedades mentales y enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública.

Algunas comunidades autónomas donde no existen programas o medidas especiales sí han creado algunas excepciones añadidas al Real Decreto-ley.

Entre las comunidades autónomas donde no existen sistemas especiales, se han definido condiciones de acceso en determinados supuestos con criterios diferentes entre unas y otras:

- Personas con enfermedades crónicas que contaban ya con un proceso abierto antes del 31 de agosto, pueden recibir seguimiento médico de su especialista en Madrid y Murcia.
- Pacientes con enfermedades consideradas de riesgo para Salud Pública serán atendidas en Madrid, siempre que sea por una duración menor a un año; en Castilla y León y Baleares, recibirán atención en el marco de las campañas de salud. Las personas con enfermedades mentales graves podrán ser atendidas en Baleares y Madrid.
- En Castilla-La Mancha, menores de edad y mujeres embarazadas, dos de las excepciones contempladas en el Real Decreto-ley, que no se hayan empadronado y no cuenten con pasaporte no podrán acceder a los servicios de salud, conforme a las instrucciones proporcionadas por la Consejería para gestionar la nueva versión de tarjeta sanitaria adaptada al Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril. Al no disponer de ningún documento oficial que certifique su derecho a la atención sanitaria, ésta depende finalmente de la disposición del personal administrativo de cada centro de salud en concreto.

Con relación a estas excepciones “a la carta” establecidas por las comunidades autónomas, Médicos del Mundo quiere recordar la escasa eficacia que las caracteriza. Dado que las personas que carecen de tarjeta sanitaria no tienen acceso a la Atención Primaria, resulta prácticamente imposible la detección de las enfermedades con riesgos para la Salud Pública o las enfermedades mentales. Por lo general, son casos que sólo se detectan en estadios muy avanzados de esas enfermedades, cuando su tratamiento y recuperación resulta más difícil y costoso. Como en el caso anterior, resulta prácticamente imposible que estos casos sean detectados en Atención Primaria.

## **1.6 La prestación farmacéutica es regulada de manera desigual entre las comunidades autónomas, limitándose por lo general a cubrir algunos supuestos.**

En general, los programas o medidas especiales puestos en marcha por algunas comunidades autónomas no incorporan medidas significativas orientadas a reducir la barrera económica que limita el acceso a los tratamientos y que tiene especial repercusión en un contexto de crisis económica. Como excepciones podemos citar Asturias donde, en abril de 2013, se implantó un procedimiento que permite la prescripción y dispensación normalizada sujeta a una aportación del 40% y Extremadura, donde las personas beneficiarias del programa de Seguimiento en Atención Sanitaria en la Comunidad de Extremadura (PASCAEX) están sujetas sólo a la aplicación de un 50% de copago por prestación farmacéutica.

En septiembre de 2013, el Ministerio de Sanidad aprobaba una Resolución por la que se pretendía introducir la aplicación del copago a los medicamentos de dispensación hospitalaria. Esta medida despertó una nueva ola de reacciones encontradas entre las comunidades autónomas y a pesar de

---

<sup>6</sup> Aragón, Canarias, C. Valenciana y Galicia.

que estaba previsto que en el mes de enero comenzara a aplicarse la medida, no ha sido así en la mayoría de ellas.

Según algunos medios de comunicación, las comunidades de Castilla y León, Andalucía y País Vasco han recurrido la Resolución. En general, el principal motivo que esgrimen las consejerías se refiere al escaso ahorro económico que aportará la medida, en relación con el incremento de costes derivados de la necesidad "de adaptar los sistemas informáticos actuales y establecer un nuevo protocolo de trabajo. En este mismo sentido se ha expresado el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, quien ha advertido que esta decisión del Ministerio de Sanidad no se aplicará si genera un coste mayor de lo que podrían suponer los ingresos. Otro de los motivos del desacuerdo reside en la forma en que se ha publicado la medida, al parecer, sin consulta previa y de forma unilateral.

Se trata de fármacos, generalmente caros, destinados a tratar pacientes crónicos o con enfermedades graves (cáncer, artritis, hepatitis, esclerosis múltiple, tratamientos de fertilidad) que se dispensan en las farmacias hospitalarias a pacientes no ingresados y que hasta ahora eran gratuitos. Con la Resolución de septiembre estarán sujetos a un copago máximo del 10% del precio por envase, con un tope de 4,2 euros por fármaco. Entre los medicamentos afectados se encuentran fármacos para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama, de riñón, tumores cerebrales, la leucemia, la esclerosis múltiple, VIH, la degeneración macular o la hepatitis C crónica, entre otros. Por lo general, estas personas siguen tratamientos que incluyen también otros medicamentos sujetos a copago a través de las farmacias.

Para Médicos del Mundo, la aplicación del copago a medicamentos de dispensación hospitalaria es una vuelta de tuerca más que perjudica a las familias con menos recursos que afrontan situaciones de enfermedad, ya de por sí, graves y dolorosas. Una circunstancia que se agrava en el caso de las personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria, a las que en algunos supuestos y en algunas comunidades, se les ofrecía el acceso a estos fármacos dispensados en los hospitales. Afrontar el copago del 10% por estos medicamentos, sumado al 100% de aquellos que se distribuyen en las farmacias ambulatorias, resulta literalmente imposible para la inmensa mayoría de estas personas.

## **2. La reforma sanitaria va en contra de los objetivos de lucha contra la violencia de género y los compromisos internacionales de España en materia de derechos sexuales y reproductivos.**

Con la excepción de las dos comunidades autónomas donde las mujeres inmigrantes en situación irregular tienen derecho al acceso al sistema de salud normalizado en iguales condiciones que el resto, en el conjunto del estado se ha reducido la capacidad de combatir la violencia de género desde el ámbito sanitario. Médicos del Mundo advierte que limitar a los servicios de urgencias la posibilidad de detección significa un importante retroceso en la estrategia para reducir esta forma de violación contra los derechos humanos de las mujeres.

Según datos publicados en prensa, una minoría de víctimas de violencia de género aporta parte de lesiones al realizar una denuncia: en 2012, de las 128.500 denuncias, tan solo un 11% tenía parte de lesiones<sup>7</sup>. En 2012, los servicios sanitarios detectaron casi 12.000 casos mujeres víctimas de violencia de género, la mayoría a través de la Atención Primaria<sup>8</sup>. De acuerdo con datos del Ministerio

---

<sup>7</sup> <http://www.20minutos.es/noticia/1877165/0/sanidad-violencia-genero/estadistica-maltrato/mujeres-hospitalizadas/>

<sup>8</sup> Son datos recogidos en el informe anual, correspondiente a 2012, de la Comisión de Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) y citados en varios medios de comunicación, con fecha de 17 de diciembre de 2013.

de Sanidad de 2011, más del 60% de los casos detectados en el ámbito sanitario se descubren en Atención Primaria<sup>9</sup>.

Según datos de la Macroencuesta 2011 del Instituto de la Mujer<sup>10</sup>, la incidencia de violencia de género entre las mujeres extranjeras doblaría a la incidencia entre las españolas. En el mismo sentido, un estudio realizado en 22 centros médicos de Atención Primaria, en tres Comunidades Autónomas (Andalucía, Valencia y Madrid) concluyó que un 65% de las mujeres inmigrantes encuestadas había sufrido maltrato alguna vez en la vida, frente a un 30% de las mujeres españolas.

Del mismo modo, se cierra una de las vías de posible identificación de víctimas de trata de mujeres para fines de explotación sexual y otros fines. Aunque en el Real Decreto-ley se contemplan estos casos como una de las excepciones con derecho a la asistencia sanitaria, esto sólo ocurrirá si reciben autorización de residencia temporal por estar acogidas al período de restablecimiento y reflexión. Este requisito, además de restrictivo, es inaplicable en un número muy elevado de casos.

El periodo de restablecimiento y reflexión no se expide ni se concede a todas las víctimas de trata; sólo se aplica a víctimas y (presuntas víctimas) de trata de personas, que están en situación irregular en España, en el caso de que necesiten tomarse un tiempo para decidir si quieren o no colaborar con las autoridades en la persecución del delito. Según las cifras citadas por la oficina del Defensor del Pueblo, en el año 2009 fueron detectadas 6.157 personas en situación de riesgo; en 2010 se identificaron 15.075; y en 2011, 14.370. Por su parte, los datos de la Fiscalía General del Estado relativos a 2012 indican que se ofreció el período de reflexión a 149 mujeres que eran presuntas víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Solo 24 de ellas lo aceptó (16,10 %).

Otro motivo de preocupación que Médicos del Mundo viene denunciando desde que comenzó a aplicarse el Real Decreto-ley 16/2012 es que, en casi todas las comunidades autónomas las mujeres extranjeras sin tarjeta sanitaria y con escasos recursos no cuentan con vías de acceso a los Servicios Públicos de Salud Sexual y Reproductiva. La exclusión del sistema público de salud en los niveles de Atención Primaria y Especializada, impide el acceso a programas de información y asesoramiento en métodos anticonceptivos. Asimismo, las mujeres inmigrantes que desean interrumpir su embarazo aún dentro del marco legal regulado por Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo 2/2010, de 3 de marzo, encuentran grandes barreras para ser atendidas en los servicios sanitarios.

### **3. Miles de personas enfermas sin atención médica ni farmacéutica.**

Médicos del Mundo ha tenido conocimiento de más de 1000 casos documentados de personas que han sufrido algún tipo de vulneración al derecho a la salud desde la entrada en vigor del 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*. En su mayor parte, son personas en situación administrativa irregular a quienes se ha negado la tarjeta sanitaria y/o el acceso a alguno de los programas especiales creados por las comunidades autónomas. En un segundo lugar, se encuentran personas que sí están en situación regular y personas nacionalizadas españolas a quienes no se ha proporcionado la información adecuada para solicitar o renovar su tarjeta sanitaria. Entre ellas, también se han identificado personas solicitantes de asilo.

Como consecuencia de la crisis económica, miles de personas inmigrantes han visto como tras perder el empleo también se les niegan sus derechos sociales, entre ellos el acceso a la atención

---

<sup>9</sup><http://www.europapress.es/epsocial/igualdad-00328/noticia-corr-mas-60-casos-violencia-genero-detectados-ambito-sanitario-descubre-atencion-primaria-20110315143916.html>

<sup>10</sup>[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1329745747\\_macroencuesta2011\\_principales\\_resultados-1.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf)

sanitaria. Muchas de estas personas que padecen enfermedades graves y crónicas han tenido que interrumpir su tratamiento por no contar con recursos económicos para hacer frente a ellos.

Médicos del Mundo quiere llamar la atención sobre la recurrente negativa del INSS a reconocer como personas aseguradas o beneficiarias –las nuevas categorías de usuarios del Sistema Nacional de Salud creadas a partir de la reforma sanitaria- a quienes han visto regularizada su situación administrativa después del 24 de abril de 2012, en una interpretación de la legislación que podría ser una extralimitación de sus competencias.

Además, Médicos del Mundo sigue registrando casos de mujeres embarazadas y menores de edad a quienes se niega el acceso a la atención sanitaria, se ofrece información errónea sobre el derecho que la legislación les reconoce, o se les factura la atención prestada. Hoy en día, siguen sucediéndose los casos de personas a quienes se obliga a firmar un compromiso de pago antes de ser atendidos en los servicios de urgencias o que reciben una factura con posterioridad y se ven obligados a reclamar su anulación.

Tres podrían ser las principales situaciones que enfrentan miles de personas inmigrantes como consecuencia de reforma sanitaria:

- la imposibilidad de acceder a la atención médica y sociosanitaria, por las barreras administrativas encontradas o falta de adecuada información/orientación para realizar la renovación de la tarjeta sanitaria o la solicitud por primera vez. Similares barreras se producen al solicitar el acceso a los programas especiales creados por algunas comunidades autónomas.
- dificultad de acceso a los medicamentos por falta de suficientes ingresos económicos para costear el precio íntegro de los tratamientos.
- la exigencia de firmar un compromiso de pago, cuando no la emisión directamente de una factura, por la asistencia médica recibida; algo que se está produciendo incluso en los tres supuestos contemplados como excepciones dentro del Real Decreto-ley (atención al embarazo, parto y postparto; atención de urgencias; atención a menores de edad).
- 

Además de las consecuencias directas sobre la salud y la vida de las personas que se acercan al sistema de salud y deben salvar una complicada carrera de obstáculos, es evidente el efecto disuasorio que estas prácticas están teniendo en el conjunto de la población inmigrante.

#### **4 . La situación en Aragón.**

Desde la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno aragonés, la posición defendida durante los primeros meses de aplicación del Real Decreto-ley 16/2012 fue la de seguir atendiendo a las personas inmigrantes en situación irregular siempre y cuando firmasen el compromiso de pago y el reconocimiento de deuda. Y esto sería aplicable a todas las circunstancias, incluso a urgencias, embarazadas, menores, víctimas de trata, solicitantes de asilo.

Como respuesta de la sociedad civil a la exclusión de miles de personas del sistema sanitario, se creó la Plataforma Salud Universal, formada por más de 50 organizaciones sociales aragonesas y liderada por SOS Racismo y Médicos del Mundo Aragón.

La respuesta desde la Administración fue la creación de vías de acceso a la asistencia sanitaria alternativas para el colectivo de más de 12.000 personas excluido del Sistema Nacional de Salud, entre ellas las personas inmigrantes en situación irregular: el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. El Programa facilita el acceso a la atención sanitaria a quienes reúnen determinados requisitos, pero no incluye la prestación farmacéutica.



Lamentablemente, siguen siendo muchas las personas que quedan fuera de este Programa por diferentes motivos. Médicos del Mundo atendió –entre el 1 de mayo de 2013 y el 1 de abril de 2014- a 309 personas extranjeras, mayores de edad, en situación administrativa irregular y residentes en Aragón que desconocían la existencia del Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública y por consiguiente la posibilidad de acogerse al mismo. Entre estas personas encontramos dos subgrupos: las que nunca habían tenido tarjeta sanitaria ni información sobre el programa y aquellas a las que se les había retirado el 1 de septiembre de 2012, y que habiendo acudido a un Centro de Salud para solicitar asistencia sanitaria no se les informó sobre la existencia del programa.

Parte de estos datos forman parte del informe que la Plataforma Salud Universal presentó ante el Justicia de Aragón el 11 de noviembre de 2013. En ese mismo informe se denuncian 15 casos de menores de edad que carecían de tarjeta sanitaria, documentados entre febrero y septiembre de 2013 y 9 mujeres extranjeras embarazadas entre marzo y julio de 2013.

Desde abril de 2013 hasta abril de 2014, Médicos del Mundo Aragón atendió a 495 personas de 31 nacionalidades diferentes, que requerían algún tipo de acompañamiento o información con relación a la aplicación del Real Decreto-ley. Un total de 309 se encuentran en situación administrativa irregular y carecen de tarjeta sanitaria, de ellas 183 sí la tenían antes de la entrada en vigor de la reforma. Se han atendido 28 incidencias relativas a menores de edad: de ellas 12 porque su familia carecía de la información sobre su derecho a la asistencia sanitaria, 14 porque en el centro de salud no les tramitaron la tarjeta sanitaria y en un caso porque no fue atendido en urgencias al carecer de tarjeta sanitaria.

Se han atendido también casos de personas procedentes de estados miembros de la Unión Europea (51) y de personas procedentes de países con convenio bilateral (36) que tienen muchas dificultades para el documento que se les pide de su país de origen.

Se han registrado los casos de 15 mujeres embarazadas las cuales en algunos casos no tenían la información adecuada (13) y en dos, que por no tener tarjeta sanitaria (una de ellas en situación administrativa regular) fueron rechazadas en el centro de salud.

Se han registrado 56 incidencias por facturación de la atención en urgencias; y 73 casos de personas que no pueden hacer frente a los gastos de la medicación que precisan.

Sabemos que los datos reflejados son sólo la punta de iceberg, ya que son las personas que acuden a ser atendidas en la sedes de Médicos del Mundo en Zaragoza y Huesca, y somos conscientes de que nos llega solamente una pequeña parte de la población afectada.

Además de las consecuencias directas sobre la salud y la vida de las personas que necesitan asistencia sanitaria y deben salvar una complicada carrera de obstáculos para acceder a ella, es evidente el efecto disuasorio que estas prácticas están teniendo en el conjunto de la población inmigrante.

Por todo ello en este momento prestamos especial atención a la defensa del derecho a la salud y al empoderamiento de los titulares de derecho para que formen parte activa del mismo.

## **5 . Propuestas para la inclusión.**

En Médicos del Mundo estamos convencidos de que la única vía posible para poner fin a la exclusión sanitaria es la restitución del modelo sanitario acorde con el principio de universalidad de la asistencia sanitaria, es decir, el modelo vigente hasta el RDL 16/2012.

Por su parte, las comunidades autónomas, de manera transitoria hasta la recuperación de la universalidad del Sistema Nacional de Salud, deben poner en marcha acciones para hacer efectivo en su territorio el pleno cumplimiento y respeto del Derecho a la Salud:

- poner fin de manera inmediata a las prácticas de facturación por la atención de urgencias a las personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria;
- garantizar de manera efectiva la atención sanitaria a menores de edad y mujeres embarazadas;
- garantizar el acceso a los servicios de salud y prestación farmacéutica tanto para las personas inmigrantes excluidas del Sistema Nacional de Salud como para las nacionales que encuentran en el copago una importante barrera de acceso;
- divulgar ampliamente de forma adecuada y hacer cumplir las medidas diseñadas a todo el personal adscrito al sistema de salud autonómico.

Es evidente que las medidas adoptadas por las comunidades autónomas, entre ellas Aragón, son insuficientes para paliar las consecuencias negativas que ha tenido la aplicación del R.D. 16/2012 en los derechos y la salud de miles de personas.

Son numerosas las respuestas que se han dado desde la sociedad civil, entre ellas la creación de la Plataforma Salud Universal, que combinan la denuncia pública con la atención a las personas que han quedado excluidas del sistema, pero en definitiva además de los derechos de las personas, hay vidas humanas en juego.