

INFORME REDES

Registro Estatal para la Denuncia
de la Exclusión Sanitaria

Septiembre de 2014



INFORME REDES

Registro Estatal para la Denuncia
de la Exclusión Sanitaria

Septiembre de 2014

INFORME REDES

Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria

Yo Sí Sanidad Universal **yosisanidaduniversal.net**

Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC) **somamfyc.com**

Septiembre 2014

Licencia Creative Commons BY-SA

Índice

| | |
|----|---|
| 6 | Introducción |
| 7 | ¿Qué es REDES? |
| 7 | Aspectos Metodológicos |
| 8 | Resultados y análisis de datos |
| 8 | Características de los registros |
| 11 | Perfil demográfico de las personas excluidas |
| 12 | Situación administrativa de las personas afectadas |
| 14 | Grupos especiales de población |
| 14 | • Menores de edad |
| 15 | • Mujeres embarazadas |
| 17 | • Personas con permiso de residencia por reagrupamiento familiar |
| 17 | Problemas presentes en los casos registrados |
| 18 | • Urgencias no atendidas |
| 19 | • Barreras de acceso a la atención sanitaria |
| 20 | • La emisión de facturas |
| 21 | • El miedo como barrera |
| 22 | • Los casos de arbitrariedad y discriminación |
| 23 | • La ruptura del proceso asistencial |
| 24 | • Dificultades en el acceso a medicamentos |
| 24 | • Un caso especial: los pacientes oncológicos |
| 25 | Grado de resolución de los casos |
| 25 | Conclusiones. Datos que muestran una realidad oculta |
| 28 | Anexo: Ficha utilizada en REDES (Registro Estatal por la Denuncia de la Exclusión Sanitaria) |

Introducción

El 1 de Septiembre de 2014 se cumplió el segundo aniversario de 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 adelante RDL). Esta norma ha supuesto un cambio de modelo sanitario en el que la universalidad ha sido sustituida por un sistema de aseguramiento, quedando la ciudadanía dividida entre quienes tienen derecho a recibir atención y quienes han perdido dicho derecho. Una transformación que se ha producido sin debate parlamentario alguno y con una fuerte oposición social y de las y los profesionales de la salud, quienes no sólo han mostrado su rechazo, sino que también han declarado su objeción¹ a una norma que vulnera su propia deontología y que va en contra de la preservación y mejora de la salud de la sociedad en su conjunto.

Diversas comunidades autónomas discreparon públicamente de la norma y plantearon recursos de inconstitucionalidad que aún se encuentran pendientes de resolución. Precisamente debido a las diferentes reacciones ante el RDL, la aplicación y el desarrollo normativo del mismo en las comunidades autónomas ha sido absolutamente heterogéneo. En algunas de ellas los cambios respecto a la situación previa han sido mínimos; mientras que en otras se está yendo más allá del propio RDL, generándose situaciones de exclusión sanitaria no avaladas por la ley. Las diferentes normativas autonómicas han convertido el ejercicio de un derecho fundamental, como la asistencia sanitaria, en un auténtico laberinto administrativo, lo cual es de por sí un factor disuasorio, como se comprobará en los resultados del presente informe.

Siendo una reforma que ha cambiado radicalmente la cobertura sanitaria de la población, excluyendo de facto a más de 800.000 personas según datos del propio gobierno, y modificando el acceso a los servicios sanitarios a parte de la sociedad (como las personas mayores de 26 años que no hubiesen trabajado, o parados que hayan agotado las prestaciones y residan fuera del país por más de 90 días al año), no se ha diseñado ninguna campaña informativa que permita a la ciudadanía conocer en qué situación se encuentra y en qué casos conserva el derecho a ser atendida por los servicios públicos de salud.

En estos dos años reconocidas organizaciones han presentado informes en los que se reflejan las enormes dificultades de acceso al sistema sanitario para una parte importante de la ciudadanía, así como las sistemáticas vulneraciones del derecho a la asistencia, incluso en aquellos casos en los que así lo reconoce el propio RDL. Se enumeran a continuación algunas de ellas que se perfilan como lecturas imprescindibles para entender el panorama actual del sistema sanitario a nivel estatal.

- OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA (ODUSALUD). *Informes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8*. [En línea]. Comunidad Valenciana, desde octubre de 2012 hasta la actualidad. Disponible en: odusalud.blogspot.com.es
- NO A LA EXCLUSIÓN SANITARIA-CANTABRIA. *Casos detectados*. [En línea]. Cantabria, desde septiembre de 2012. Disponible en ciudadaniacontralexclusionesanitaria.blogspot.com.es
- SECCIÓN ESPAÑOLA DE AMNISTÍA INTERNACIONAL. *El laberinto de la exclusión sanitaria: Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares*. [En línea]. Madrid, 2013. Disponible en: doc.es.amnesty.org
- YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL. *Un año de exclusión sanitaria un año de desobediencia*. [En línea]. Madrid, 2013. Disponible en: yosisanidaduniversal.net

¹ La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) tiene registrados 2.310 profesionales sanitarios objetores en su página web objecion.semfyc.es

- MÉDICOS DEL MUNDO. *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. [En línea]. Madrid, 2014. Disponible en: medicosdelmundo.org
- YO SÍ SANIDAD UNIVERSAL. *Informe de irregularidades detectadas en la aplicación de las instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria*. [En línea]. Madrid, 2014. Disponible en: yosisanidaduniversal.net
- SEMFYC. XXXIV CONGRESO DE LA SEMFYC. *Encuesta del Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos*. [En línea]. Gran Canaria, 2014. Disponible en: semfyc.es

A lo largo de este tiempo diversos organismos internacionales de Naciones Unidas han advertido al Gobierno español de que la reforma sanitaria contraviene acuerdos internacionales de derechos humanos. Tanto el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, como el Relator Especial sobre Discriminación y la Relatora Especial sobre Extrema Pobreza y Derechos Humanos han instado al Gobierno a garantizar el acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes, independientemente de su situación administrativa. Dichos organismos han recordado que las normas de derechos humanos no pueden ser ignoradas por las presiones fiscales. Asimismo, el Comité de Derechos Sociales del Consejo de Europa ha manifestado que la reforma sanitaria es contraria a la Carta Social Europea, de la cual España es Estado parte. Hasta la fecha el Gobierno ha hecho caso omiso de todas las recomendaciones.

¿Qué es redes?

Literalmente, REDES es un Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria generada, fundamentalmente, por el RDL 16/2012. REDES es una herramienta al servicio de la ciudadanía, los y las profesionales de la sanidad, las organizaciones sociales y las plataformas ciudadanas que, cada cual desde su ámbito de actuación, están sufriendo las consecuencias del mencionado decreto de exclusión sanitaria y están llevando a cabo actuaciones para oponerse a él. Pero sobre todo, REDES busca de forma complementaria a otros registros existentes, arrojar luz sobre la realidad de la vulneración del derecho a la salud, deliberadamente ignorada por las autoridades responsables del ámbito sanitario.

REDES surge desde la iniciativa ciudadana Yo Sí Sanidad Universal en colaboración con la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (Somamfyc) con vocación de realizar un registro de casos en el que pueda participar toda aquella persona que la sufre o que tiene constancia de que se ha producido.

Se trata de un registro abierto, es decir, cualquier persona puede registrar, porque se parte del convencimiento de que cada miembro de la sociedad tiene el mismo valor y puede y debe asumir la responsabilidad de hacer públicas las situaciones en las que sea vulnerado el derecho a la salud de un igual. El valor de los casos registrados radica, justamente, en que quienes efectúan los registros han tenido conocimiento de primera mano de la situación, siendo en la mayoría de los casos testigos directos del caso denunciado o protagonistas del mismo.

Aspectos metodológicos

El informe REDES es un estudio exploratorio de casos de vulneración del derecho a la atención sanitaria en el estado español. Al tratarse de un registro y no de un estudio elaborado a través de un muestreo aleatorio representativo, la realidad que aquí se describe no pretende ser extrapolable en términos poblacionales estatales.

Los datos que recoge el informe fueron registrados a través de una [página web*](http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net) (enlazada a las webs de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria y de Yo Sí Sanidad Universal) entre el 17 de diciembre de 2013 y el 3 de junio de 2014. Sin embargo, como se verá más adelante, el informe recoge

*registrodedatos.yosisanidaduniversal.net

también casos que se produjeron anteriormente y que se registraron una vez que REDES estuvo operativo. El registro cuenta con información cuantitativa y cualitativa de las situaciones de exclusión detectadas. El informe combina ambos tipos de aproximaciones, presentándose un análisis de frecuencias y de tablas de contingencia, así como el relato de casos especialmente significativos. Se ha evitado recoger datos de identificación personal a fin de preservar la intimidad de las personas afectadas. Por este motivo en las historias incluidas en este informe se han utilizado nombres ficticios, salvo en aquellos casos ampliamente difundidos en medios de comunicación.

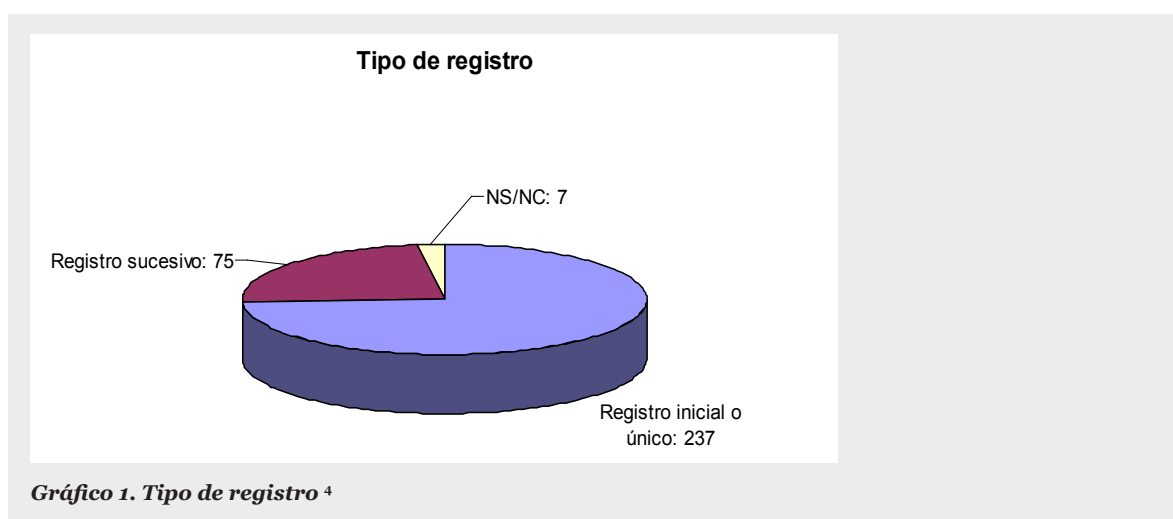
El cuestionario ha contado con una fase de pilotaje de seis meses durante la cual se ha validado la estructura y composición del mismo, además de proceder a la recategorización de las preguntas que así lo requirieron, en función de los registros realizados hasta dicho momento.

En lo referente a la validación de los casos que se describirán a continuación, se han aplicado dos procesos diferentes. Por un lado, un proceso de validación llevado a cabo por un equipo técnico cualificado y conocedor de la materia que ha comprobado la coherencia y plausibilidad de cada registro de manera específica. Por otro lado, y siempre respetando la confidencialidad prescrita por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD²), se ha implementado un proceso de verificación aleatorio.

Resultados y análisis de los datos

Características de los registros

Los casos de exclusión sanitaria registrados en REDES durante sus primeros seis meses de funcionamiento ascienden a 319. El formulario utilizado para el registro de casos ha tenido en cuenta que un mismo paciente puede encontrarse con varias situaciones de exclusión (en el mismo o en distintos centros sanitarios) a la hora de intentar conseguir la atención que su enfermedad precisa, por lo que los casos han sido clasificados como “registro inicial o único” o como “registro sucesivo” (utilizándose este último para aquellos casos en los que se ha notificado previamente otra situación de exclusión por el mismo motivo de consulta)³. El 74,3% de los registros son iniciales o únicos, frente a un 23,5% de registros sucesivos. En términos absolutos, esto se traduce en 237 problemas sanitarios registrados, 75 de los cuales han sido objeto de más de una situación de exclusión.



² Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

³ Metodológicamente se consideró necesario discriminar entre diversos casos de vulneración que se pudieran dar en un o una misma paciente, ya que las causas, resoluciones, barreras, etc. son muy diversas; incluso en el propio recorrido de un mismo cuadro diagnóstico.

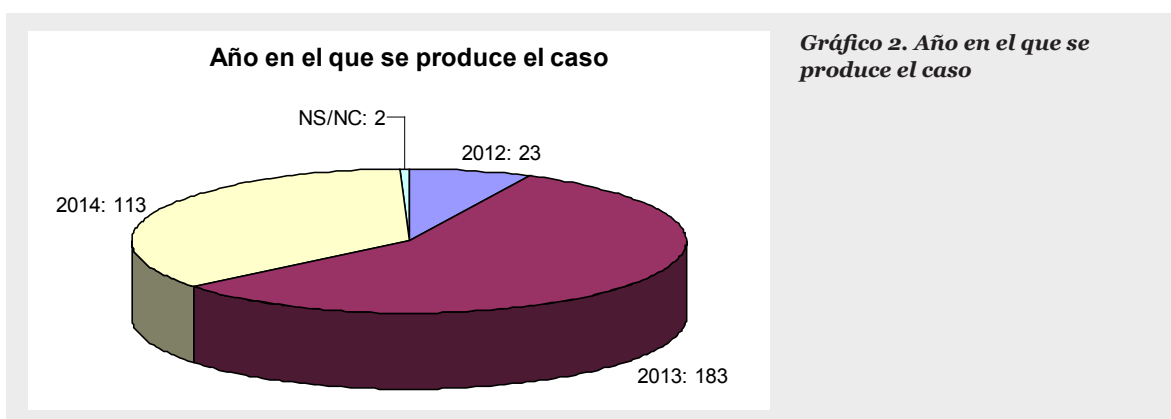
⁴ Todas las tablas de frecuencias y contingencia así como los gráficos que ilustran el análisis en el presente informe son de elaboración propia.

La mayoría de los registros han sido realizados por la propia red de grupos de acompañamiento de la iniciativa Yo Sí Sanidad Universal, tal y como se muestra en la Tabla 1, si bien la participación de personal sanitario y/o administrativo ha supuesto un significativo 10% de los registros. El hecho de que la mayoría de los casos hayan sido registrados por grupos de acompañamiento de Yo Sí Sanidad Universal, explica que, como veremos, la mayoría de los casos registrados se hayan producido en la Comunidad de Madrid, pues es en dicha comunidad autónoma donde esta iniciativa ciudadana está más presente. La ausencia o escasez de registros de otras comunidades también se explica por tratarse de un registro hasta ahora poco conocido y por la existencia de registros similares que también están funcionando a nivel autonómico, como los de Odusalud en la Comunidad Valenciana, la Pasucat en Cataluña o Ciudadanía Contra la Exclusión Sanitaria en Cantabria.

| | Número de casos | Porcentaje |
|-------------------------|-----------------|--------------|
| Grupo de acompañamiento | 232 | 72,7 % |
| Trabajador social | 6 | 1,9 % |
| Personal sanitario | 31 | 9,7 % |
| Personal administrativo | 3 | 0,9 % |
| Otra entidad | 27 | 8,5 % |
| Particular | 20 | 6,3 % |
| Total | 319 | 100 % |

Tabla 1. Persona o entidad que realiza el registro.

El 57,4% de los casos registrados se produjeron en el año 2013, el 35,4% en el primer semestre de 2014 y el 6,6% en 2012, sin ser estos datos significativos de un aumento de la vulneración del derecho a la salud entre la población sino la consecuencia del momento en el que se ha puesto en marcha el propio registro de exclusión sanitaria. Se han registrado casos de exclusión sanitaria en 11 Comunidades Autónomas. Como se señalaba anteriormente, la inmensa mayoría (85,9%) son casos de la Comunidad de Madrid. En la Comunidad Valenciana se han recogido 25 casos (7,8% de los registros). En el resto de Comunidades Autónomas en las que se han registrado casos de exclusión sanitaria, el número de estos ha sido siempre menor de 5.



| | Número de casos | Porcentaje |
|----------------------|-----------------|--------------|
| Andalucía | 2 | 0,6 % |
| Aragón | 2 | 0,6 % |
| Castilla y León | 4 | 1,3 % |
| Castilla-La Mancha | 2 | 0,6 % |
| Cataluña | 1 | 0,3 % |
| Comunidad de Madrid | 274 | 85,9 % |
| Comunidad Valenciana | 25 | 7,8 % |
| Galicia | 2 | 0,6 % |
| Islas Baleares | 4 | 1,3 % |
| País Vasco | 1 | 0,3 % |
| Región de Murcia | 2 | 0,6 % |
| Total | 319 | 100 % |

Tabla 2. N° de casos por CCAA

La mayoría de los casos registrados (188, lo que supone un 58,9% del total) sucedieron en un centro de salud o en un hospital (78 casos, un 24.5%).

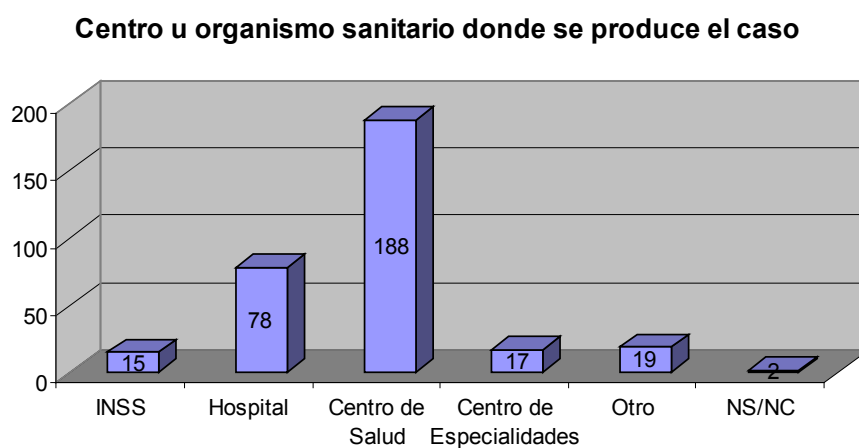
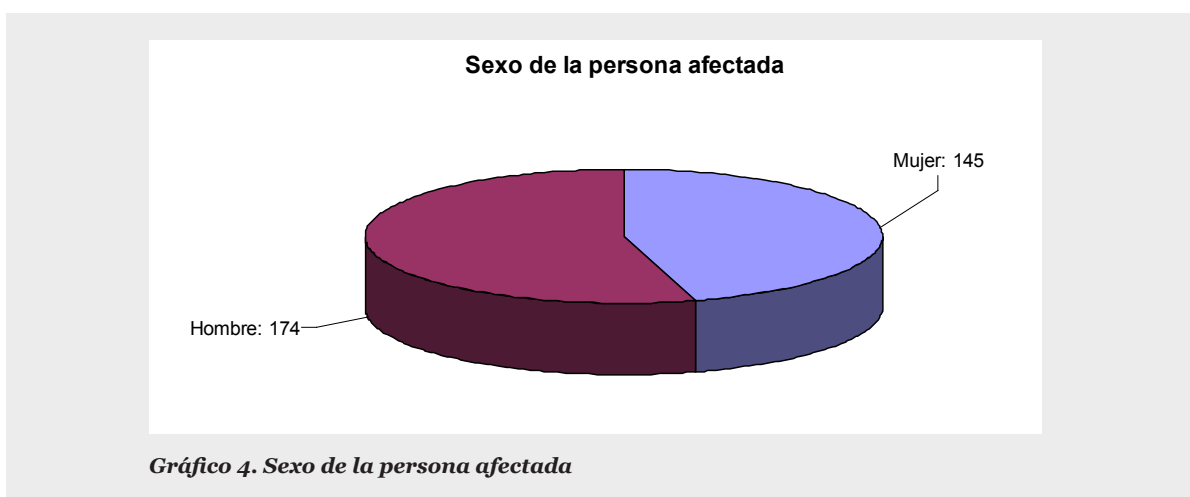


Gráfico 3. Centro u organismo en el que se produce el caso

Perfil demográfico de las personas excluidas

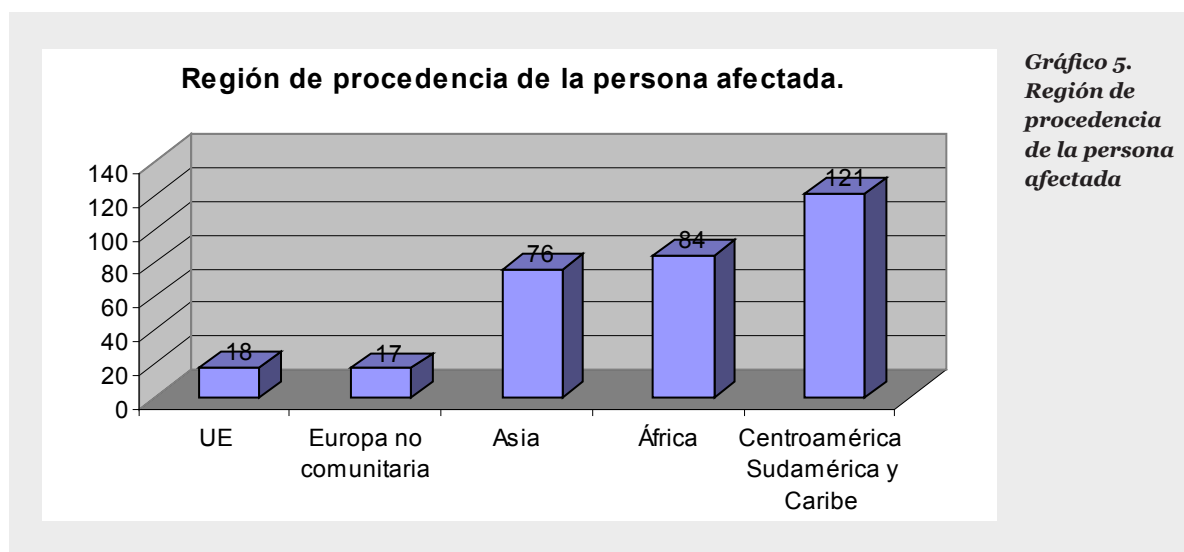
El 45,5% de las situaciones de exclusión sanitaria registradas han afectado a mujeres, y el 54,5% a hombres. En el 72,7% de los registros la persona afectada tenía entre 26 y 64 años, en el 13,8% entre 18 y 25 años, en el 6% eran personas de 65 o más años y en el 4,4% eran menores de 18 años. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los casos registrados corresponden a personas a las que se les retiró la tarjeta sanitaria tras el RDL 16/2012, podría señalarse que la distribución por edades de la población que refleja este registro es representativa, correspondiéndose con el perfil recogido en las estadísticas oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre población migrante en España.



| | Número de casos | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|------------|
| Menor de 18 años | 14 | 4,4 % |
| Entre 18 y 25 años | 44 | 13,8 % |
| Entre 26 y 64 años | 232 | 72,7 % |
| 65 o más años | 19 | 6 % |
| NS/NC | 10 | 3,1 % |
| Total | 319 | 100 % |

Tabla 3. Edad de la persona afectada

Se han registrado 121 casos de personas afectadas procedentes de Centroamérica, Sudamérica y Caribe, 84 de África, 76 de Asia, 18 de la UE y 17 de países de Europa no comunitarios, datos de los que no se desprende una incidencia diferencial de la exclusión sanitaria en función de la región de procedencia pues, como se señaló anteriormente, al tratarse de un registro de casos, las situaciones detectadas no resultan extrapolables directamente a nivel estatal. No obstante, los casos registrados son coherentes con las principales regiones de procedencia de la población migrante en España.



Situación administrativa de los casos de exclusión registrados

El RDL 16/2012 ha supuesto un cambio de modelo dejando sin asistencia sanitaria a todas aquellas personas que no ostenten la situación de “asegurada” o “beneficiaria”. Sin embargo, el artículo 3 recoge algunas excepciones:

“Artículo 3. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*

b) *De asistencia al embarazo, parto y postparto.*

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

Aunque el mayor volumen de registros (32,4%) se ha producido en situaciones de exclusión que la ley vigente ampara, en la tabla 4 puede observarse cómo el 25,3% de los casos registrados corresponde a personas que tienen derecho a la asistencia por pertenecer a los grupos especiales del artículo 3 del RDL 16/2012. Si a este porcentaje se le suma el 21,7% de casos de exclusión correspondientes a circunstancias en las que las instrucciones específicas de la Comunidad de Madrid (localización más frecuente de los casos) ha mantenido el derecho a la atención sanitaria, encontramos que en un 47% de los casos, la exclusión se ha producido en situaciones que la propia legislación no avala, lo que supone un claro reflejo de la poca diligencia con la que las autoridades sanitarias han transmitido en centros de salud y hospitales los protocolos a seguir para mantener la atención de la población excluida en las llamadas situaciones especiales.

Resulta también significativo que el 3,1% de los casos corresponda a personas con tarjeta sanitaria en vigor, consecuencia de los obstáculos administrativos que se han puesto en marcha para su renovación o de las barreras económicas que estas personas están encontrando en el acceso a la medicación como consecuencia del aumento del repago farmacéutico o su instauración entre las y los pensionistas. Por su parte, un 7,8% de los casos corresponde a personas con permiso de residencia a las que también se les ha negado el derecho a la

atención sanitaria, como es el caso ascendientes que obtuvieron su permiso por reagrupamiento familiar tras el 24 de abril de 2012, a quienes ni tan siquiera se les mantiene el derecho a la atención de urgencias.

| | | Número de casos | Porcentaje | |
|---|--|-----------------|--------------|-------|
| Posee tarjeta sanitaria en vigor como asegurado o beneficiario. | | 10 | 3,1 % | |
| Se encuentra en situación administrativa irregular pero tiene derecho a la asistencia conforme al RDL 16/2012 por: | Ser menor de 18 años* | 10 | 3,1 % | 25,3% |
| | Embarazo, parto o postparto | 9 | 2,8 % | |
| | Solicitar asistencia de urgencia | 62 | 19,4 % | |
| Situación en la que la persona tiene derecho por cumplir las excepciones recogidas por las instrucciones de la Comunidad de Madrid | Estar en situación de solicitud de protección internacional y/o ser víctimas de trata de seres humanos | 4 | 1,3 % | 21,7% |
| | Tratarse de un proceso cuyo tratamiento fue iniciado o atendido antes del 31 de agosto de 2012 | 61 | 19,1 % | |
| | Tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) o enfermedad mental grave | 4 | 1,3 % | |
| Se encuentra en situación administrativa irregular, no tiene derecho a atención sanitaria conforme al RDL 16/2012 y el motivo de su consulta o su situación es diferente de las anteriores | | 109 | 34,2 % | |
| Se encuentra en situación administrativa regular pero no tiene derecho a atención sanitaria conforme al RDL 16/2012 (persona con permiso de residencia por reagrupamiento familiar de ascendiente adquirido tras el 24 de abril de 2012, etc) | | 25 | 7,8 % | |
| Otra situación no descrita en las anteriores. | | 24 | 7,5 % | |
| No sabe/No contesta | | 1 | 0,3 % | |
| Total | | 319 | 100 % | |

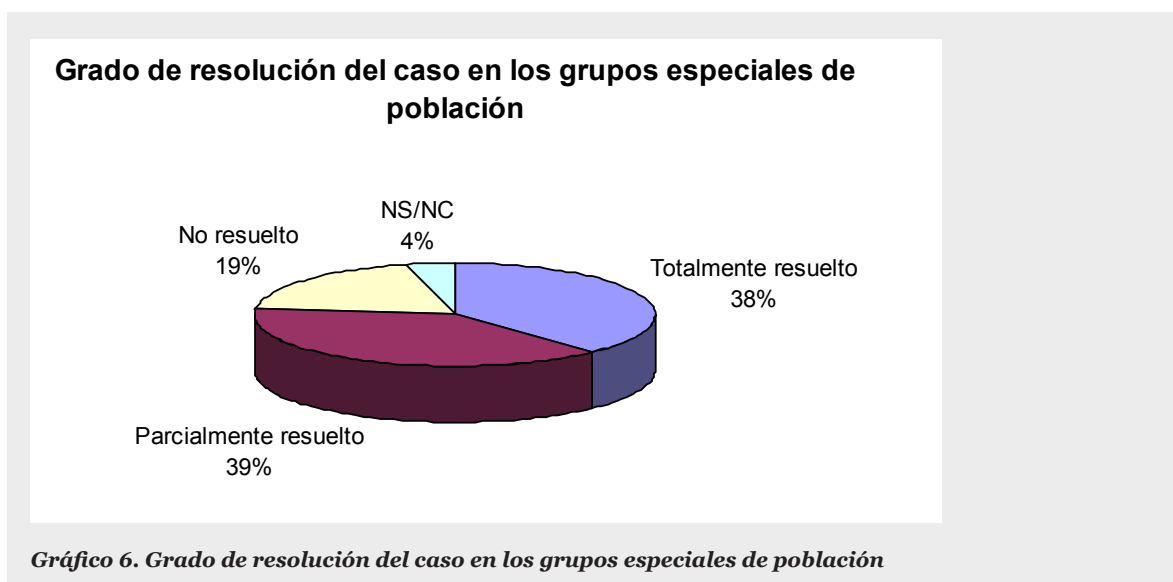
Tabla 4. Situación administrativa de la persona afectada

* Cuatro situaciones de exclusión que afectaron a menores fueron registradas como solicitantes de asistencia de urgencia, por lo que en esta tabla aparecen sólo 10 casos de menores y no los 14 efectivamente registrados (véase la tabla 3).

Grupos especiales de población

Como se señalaba anteriormente, en un 47% de los casos recogidos la situación administrativa de las personas se encuentra entre las excepciones contempladas por el RDL 16/2012 o por las instrucciones de su aplicación en la Comunidad de Madrid. La desinformación y confusión creada por las autoridades sanitarias, unidas al desconocimiento por parte del personal de los centros sanitarios, hace que estas personas no hayan obtenido atención a pesar de tener reconocido el derecho a la misma.

Los 150 casos de exclusión registrados en grupos o situaciones especiales reflejan que éstas, están lejos de ser puntuales o aislados. De hecho, como muestra el gráfico 6, incluso con la mediación de los grupos de acompañamiento, el 19% de estos casos no se han podido resolver y el 39% sólo se han resuelto parcialmente, lo que refleja una situación de exclusión generalizada y de, al menos, clara dejación de responsabilidades por parte de las autoridades sanitarias, quienes ni siquiera han llevado a cabo las medidas oportunas para que se mantenga la asistencia en las circunstancias especiales que la legislación vigente reconoce.



Menores de edad

La atención sanitaria a menores está garantizada en todos los estados con leyes fundamentales y acuerdos internacionales, sin embargo se han recogido 14 casos en los que se ha vulnerado el derecho a la salud en menores de edad, lo que supone un delito. Sin embargo, estos casos sólo han obtenido como respuesta la pasividad de las autoridades sanitarias. Se recuerda aquí de manera literal la redacción que protege a la población menor en el propio RDL 16/2012.

“En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

Además de la denegación de atención, los problemas administrativos para la inclusión normalizada en el sistema sanitario han ocasionado retrasos en la correcta atención de los y las menores. Las historias que hay detrás de cada uno de estos casos muestran hasta dónde llega la exclusión. Así relataba un padre rumano las dificultades para conseguir la atención sanitaria completa de Daniela, su hija recién nacida:

“ Desde el INSS me indican que para poder incluir a mi hija como beneficiaria tengo que hacerle pasaporte y tarjeta de residencia pero que no me preocupe porque el primer año por el hecho de que ha nacido en España, la niña está cubierta”. Sin embargo se encuentra con la siguiente situación al intentar acceder al sistema sanitario: “(...) En principio dispongo de solo un año para conseguir la tarjeta de residencia para la niña. Y mientras tanto tengo que pagar el precio íntegro de toda la medicina necesaria”.

En un centro de salud de un pueblo de la Comunidad de Madrid una persona de la unidad administrativa negaba la atención sanitaria a Ana Rosa, una niña peruana, porque su tarjeta sanitaria estaba caducada y no se la podía renovar. En Madrid también, la madre de Elena, una niña colombiana, estaba convencida de que su hija no tenía derecho a la asistencia basándose en las informaciones recibidas en el centro de salud y en el INSS, lo que le llevó a buscar ayuda en la ONG SOS racismo.

Otras veces es el temor de los progenitores a la facturación o a represalias por su situación administrativa lo que lleva a la exclusión de los y las menores. Chakib, un chico marroquí de 14 años precisaba estudio hospitalario a criterio del médico que lo atendió en la urgencia del centro de salud, pero sus padres tuvieron miedo y decidieron no llevarlo, con el consiguiente riesgo para su evolución. Resulta también muy ilustrativa la situación que padeció Aissatou, una chica guineana de 15 años que fue derivada desde un programa de prevención de un instituto a una médica de Madrid, quien narraba así lo sucedido.

“ La menor no estaba siendo atendida en ningún centro, ni había seguido los controles vacunales, ni las revisiones establecidas. Hasta en tres ocasiones su tutora había intentado que la chica fuera atendida en su centro de salud, negándosele el derecho a dicha atención e incluso habiendo sido amenazada con facturarle la asistencia. Llegado a este punto, la tutora contrató una póliza privada durante un año hasta que no pudo seguir pagando”.

La médica que lo cuenta medió a través de las trabajadoras sociales de ambos centros consiguiendo por fin que la menor recibiera la atención adecuada.

Mujeres embarazadas

El 2,8 % de los casos registrados corresponde a mujeres embarazadas. De nuevo, conviene citar el apartado textual del RDL que contempla la atención para este sector de la población:

“Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: (...)

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto”.

La información inadecuada y disuasoria junto al miedo a no poder hacer frente a posibles facturas han tenido consecuencias muy graves. En marzo de 2014, María, una mujer embarazada, abandonó sus controles de gestación, decidiéndose sólo a acudir a urgencias al dejar de notar los movimientos fetales y empezar con dolor abdominal y fiebre. En su ingreso en un hospital de Madrid, se confirmó la muerte del feto y la infección generalizada de la madre. La sanitaria que realiza el registro expresa sus dudas sobre si esto se podría haber evitado con un control adecuado del embarazo de esta mujer.

Destaca también el caso de Mihaela, una mujer rumana de 17 años, con derecho a la atención por su doble condición de embarazada y menor de edad, abandonada durante toda su gestación, llegando al octavo mes sin ningún seguimiento, por habersele denegado la asistencia en el centro de especialidades correspondiente en varias ocasiones.

Una vez más el desconocimiento y la insensibilidad de los y las profesionales de un centro de salud obliga a Kheira, una mujer libia, a peregrinar de dicho centro al hospital para conseguir que le quiten los puntos de una cesárea, un procedimiento habitualmente realizado en atención primaria. Además, las dificultades para que den de alta en el sistema a su bebé la obligan a pedir ayuda a uno de los grupos de acompañamiento de Yo Sí Sanidad Universal, quienes relatan cómo fueron necesarias dos visitas al INSS y tres al centro de salud para regularizar finalmente la situación del bebé en el sistema sanitario.

Aunque en teoría la atención en caso de gestación está garantizada, la tramitación de documentos o tarjeta para que la mujer embarazada acceda a la asistencia sanitaria varía de unas comunidades a otras, obligando a farragosos trámites burocráticos, que de hecho conllevan el incumplimiento del derecho a la atención. Si bien se trata de un caso reciente y fuera del periodo de registros contemplado en el presente informe, se reproduce a continuación la carta de solicitud de ayuda que ha llegado, a Yo Sí Sanidad Universal, de una mujer embarazada, que ilustra perfectamente las situaciones a las que se enfrentan las y los pacientes con la implantación del RDL.

“*Hola buenos días, me aferro a ustedes como a la mano de Dios, por ayuda, por la siguiente situación: estoy embarazada, de pocas semanas, el miércoles pasado me dirigí a urgencias del hospital de la Comunidad Valenciana por un sangrado repentino abundante, asumiendo que a embarazadas sí atienden en urgencias, aunque con terror de vivir otra humillación ante la negativa de atenderme. Dicho y hecho, al llegar a urgencias, me dijeron que por tener el permiso de residencia vencido (y por consiguiente, la tarjeta sanitaria) no me iban a atender de manera gratuita, sin antes firmar un documento en el que me comprometo a pagar 185 euros, si pasados 10 días no actualizaba mi tarjeta sanitaria (cosa que es imposible porque no tengo un contrato de trabajo, y se lo expliqué), me devolví a mi casa sin atención y por no aceptar pagar ese precio.*

El problema médico continuó y el sábado por insistencia de mi esposo, y sumado a la angustia que yo tenía, decidimos volver a intentarlo, con la decisión de firmar el papel a cambio de asistencia, así que así fue, nos negaron la asistencia y firmamos el documento (con el aliciente de que la recepcionista nos dijo que ese papel era un mero trámite administrativo restándole importancia), así que nos atendió el médico, me hizo todos los análisis necesarios, pero sin poder determinar el problema y me asignó una cita para el siguiente miércoles, para confirmar o descartar, un embarazo ectópico, un aborto en proceso o un embarazo de riesgo. La gran sorpresa fue que el día de ayer, me llaman (supongo que del hospital) a reclamarme el porque “me había atrevido” a usar el servicio sanitario, si yo sabía que no tenía cobertura, la mujer estaba muy alterada y una y otra vez me recordaba que no me cubría el servicio y hasta llegó a gritarme: “itú no existes es España, no tienes derecho a nada!” y junto con eso bastante comentarios parecidos, me dijo que ni se me ocurriera volver a urgencias porque no atenderían nada sin antes pagar la deuda de 187 euros con la Seguridad Social (ésta le sumó 2 euros más), y que si quería ir a algún servicio tendría que pagarlo “en efectivo” y me dio (porque le pedí) los precios de las consultas (60 euros), y que me iba a anular la cita que el médico me tenía, yo estaba asombrada y no lograba digerir la situación, y cuando “por fin” terminó la conversación, me puse a pensar en que yo no incurrí en ningún delito como ella me quería demostrar, que yo firmé el papel y acepté pagar a pesar de que la ley me beneficia en este estado, así que ahora estoy en mi casa, esperando alerta, síntomas de cualquiera de las tres cosas que el médico quiso descartar, un ectópico, la continuación de un aborto o un embarazo de riesgo. Si pueden, ayúdenme por favor. Gracias de antemano por considerarlo”.

Personas con permiso de residencia

Como se señaló anteriormente, dentro de los colectivos a los que tras el RDL se les está denegando la asistencia sanitaria, se encuentran las personas que han obtenido el permiso de residencia por reagrupación familiar con posterioridad al 24 de abril de 2012. Se trata generalmente de personas mayores, padres o madres de personas migrantes legalmente establecidas en nuestro país, muchas veces con nacionalidad española.

Se han registrado un total de 25 casos, en los que a menudo se manifiesta la impotencia para poder prestar los oportunos cuidados a un familiar, sin que la regularización tras un largo proceso migratorio garantice la atención sanitaria y social de sus mayores.

En algunos registros se constata cómo ni siquiera es posible suscribir un seguro privado, ya que habitualmente se trata de personas con edad avanzada y enfermedades crónicas. El pago del convenio junto con el coste de los medicamentos, no cubiertos en el convenio, se hace imposible para la precaria economía de muchas familias.

Son en general historias muy duras, como es el caso del padre de Yunia. Yunia, médica de nacionalidad española, intentó cuidar de su padre, de origen cubano, durante los últimos meses de la enfermedad terminal que padecía. Pagó una consulta privada para establecer el diagnóstico, pero no pudo suscribir un seguro porque las compañías no aceptan personas con enfermedades graves. En los centros públicos les negaron el derecho a una atención que paliase su sufrimiento. Sólo durante las últimas semanas, con la mediación de Yo Sí Sanidad Universal, Yunia consiguió que su padre recibiera cuidados paliativos.

Otro de los casos que merece la pena destacar es el de Viktor, un ucraniano que cuenta con residencia legal en España. Tras sufrir un infarto cardiaco y ser atendido en la urgencia de un hospital, le fue concedido dicho permiso por razones humanitarias con el objetivo de que pudiera ser operado de la intervención que los cardiólogos le prescribieron como vital. Sin embargo, desde el INSS, le denegaron hasta por cuatro veces la tarjeta sanitaria. Finalmente, gracias al tesón y al trabajo del grupo de acompañamiento de su barrio en una zona de la periferia de Madrid, tras numerosos trámites y mucho tiempo dedicado a ello, Viktor pudo ser atendido y, con un año de retraso, ha logrado entrar en la lista de espera para la operación.

Se da la paradoja de que a las personas con permiso por reagrupamiento o con permisos de residencia por circunstancias excepcionales (entre las que se encuentran las razones humanitarias), a pesar de residir legalmente en nuestro país, ni siquiera se les reconoce el derecho a la atención urgente, ya que esta excepción sólo está contemplada en el caso de personas sin permiso de residencia.

Vale la pena señalar que existen ya dos sentencias, en Burgos y Barcelona, en las que los tribunales han reconocido el derecho a la asistencia sanitaria a personas en esta situación administrativa, a pesar de lo cual continúa la sistemática exclusión de quienes se encuentran en esta condición.

Problemas detectados en los casos registrados

La exclusión sanitaria se ha manifestado de formas diversas, detectándose en la mayoría de los casos más de un problema. En las 319 situaciones registradas se han detectado un total de 676 problemas, lo que supone que una misma persona se enfrenta a diversas dificultades cuando se trata del acceso al sistema sanitario.



| | Número de casos | Porcentaje |
|--|-----------------|------------|
| Existencia de Información disuasoria | 52 | 7,6 % |
| Negación de tarjeta sanitaria en el INSS | 50 | 7,3 % |
| Dificultad para ser dado de alta en el sistema informático | 104 | 15,3 % |
| Negativa ante la solicitud de atención de urgencias | 22 | 3,2 % |
| Negativa o dificultad ante la solicitud de atención no urgente | 92 | 13,6 % |
| Tramitación de facturación o compromiso de pago | 49 | 7,2 % |
| Dificultad de acceso a medicamentos por motivos económicos | 63 | 9,3 % |
| Dificultad o limitación en el acceso a pruebas, derivaciones a especialistas y/o consultas de seguimiento. | 76 | 10,7 % |
| Necesidad de acompañamiento por miedo a no ser atendida | 129 | 19 % |
| Otros | 39 | 5,7 % |
| Total | 676 | 100 % |

Tabla 5. Problemas detectados

Urgencias no atendidas

De nuevo, resulta ilustrativo el enunciar de manera textual el apartado del RDL que protege la situación de urgencia que se pueda dar en la población.

“Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica”.

Hasta en 22 ocasiones se ha registrado la negación a la atención urgente. Hay que tener presente que la urgencia es la única vía posible para obtener atención entre las personas mayores de edad a las que se les ha retirado la tarjeta sanitaria. Esta desatención puede provocar consecuencias graves e irreversibles para su salud. Pese a tratarse de una excepción contemplada por el RDL, los trámites y las trabas en los servicios de admisión de los centros sanitarios dificultan y limitan el acceso a la atención urgente.

La hermana de una paciente con una enfermedad renal, contaba así el cuadro por el que fueron a urgencias y cómo se negaban a atenderla:

“ Sentía falta de respiración por la noche, despertándose con angustia, dolor de pecho e hinchazón de manos y pierna (...). El trato que nos ha dispensado la administrativa ha sido vejatorio, con gritos y desprecio hacia nuestra solicitud de atención de urgencias. No quería tramitarla y exigía el pago del acto médico”.

Otro caso es el de Luz, que sufría problemas de infección renal repetitivas. Uno de los riñones lo tenía casi inútil y el otro empezaba a darle problemas. A pesar de acudir en repetidas ocasiones al centro aquejando dolores intensos en los riñones, no la atendieron ni siquiera por vía de urgencias.

Barreras en el acceso a la atención sanitaria

El escaso esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias para asegurar la correcta aplicación de los supuestos en los que las personas excluidas siguen teniendo derecho a la atención también queda patente al ser la dificultad para ser dado de alta en el sistema informático, el segundo de los problemas registrados en mayor volumen (104 casos). Los 52 casos en los que se ha registrado la existencia de información disuasoria confirman esta situación de aplicación poco diligente, o incluso contraria a la ley, de los supuestos de atención garantizada.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid creó la situación de “*transeúnte sin permiso de residencia*” (TIR) para incluir en el sistema a todas aquellas personas no residentes que requieran atención sanitaria dentro de los supuestos contemplados, posibilitando así la realización de las pruebas médicas que en muchas ocasiones son precisas ante un cuadro urgente. Sin embargo, en muchos centros de salud se niegan a tramitar el TIR y los pacientes son dados de alta de forma transitoria, impidiendo una atención adecuada y continuada.

En un centro de salud de Madrid, Mamadou, un senegalés que sangraba por la boca fue derivado al cirujano máxilo-facial, pero al llegar a la cita se encontró con que no podía ser atendido porque le habían cambiado su situación administrativa. El personal administrativo del centro de salud le explica que es necesario pedir permiso a instancias superiores mediante un informe del médico para darle de alta como TIR, aunque esta forma de actuar no corresponde a ningún protocolo establecido, tal y como han reconocido responsables del propio Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Sin embargo, este proceder continúa produciéndose arbitrariamente en distintos centros de salud.

La historia se repite con Kamal, de Bangladesh, que tras presentar desde hace tiempo pérdida importante de peso, acude a realizarse análisis de sangre solicitados por su médico y no aparece en el sistema.

En otro de los registros se relata cómo en un hospital de la Comunidad de Madrid “*se habían puesto comentarios en la historia de una paciente advirtiéndole que no tiene tarjeta sanitaria en vigor y que no se le den citas*”. Otro grupo de acompañamiento relata cómo requirieron cinco días de gestiones para conseguir la asistencia de un caso con sospecha de cáncer, incluyendo una reunión con el comité de ética del hospital en el que sucedía dicho caso.

Con la siguiente historia narrada por la persona que lo registró, se refleja hasta dónde puede llegar el sufrimiento que desencadena este caos administrativo.

“ Manuel, un hombre cubano con tarjeta de residencia por reagrupación familiar, sufre una enfermedad terminal por un proceso oncológico. Mientras vivía en Barcelona era atendido de forma adecuada, pero al cambiarse de residencia a Granada comienzan todos los problemas con el traslado de expediente. No se le informa de cómo realizar el traslado y se encuentra con todas las trabas posibles tanto en el hospital como en el INSS. Desde nuestra ONG y en coordinación con Médicos del Mundo se intenta ayudarle en las gestiones del traslado de expediente pero debido a la confusión y el sufrimiento sumado a su estado paliativo, el paciente desesperado decidió volver a Cuba. (...) Ha existido una gran descoordinación entre las CCAA y una falta de informa-

ción total, existiendo infinidad de contradicciones y alargando el proceso hasta la desesperación. Vergonzoso y muy triste”.

La emisión de facturas

Las facturas por atención sanitaria se han convertido en algo habitual entre el colectivo de personas excluidas del sistema sanitario. Se han registrado 49 tramitaciones de facturas o compromisos de pago, habiéndose producido 24 de ellas en urgencias, menores o embarazadas, situaciones que en ningún caso son facturables atendiendo a la normativa vigente.

Aunque en algunos casos que han trascendido a los medios de comunicación la administración ha alegado que se trataba de errores puntuales, lo cierto es que en muchos centros sanitarios no existen protocolos de facturación adaptados a la realidad de exclusión sanitaria que ha generado el RDL 16/2012, lo que ha provocado que se estén emitiendo compromisos de pago de forma sistemática en urgencias y a menores y embarazadas, incluso ante sospecha de enfermedades graves o infecto-contagiosas.

El caso de Ahmed así lo ilustra. Fue ingresado en un hospital valenciano tras sufrir un infarto cerebral, y una vez allí, mientras lo trasladaban para atenderlo, hicieron firmar un compromiso de pago a su compañera. Estuvo ingresado una semana en el hospital. En el informe de alta del hospital, el médico que le atendió refleja que no fue posible realizar las pruebas necesarias al carecer de tarjeta sanitaria y que era imprescindible que comenzara una rehabilitación cuanto antes para conseguir su recuperación. Le dieron el alta y volvió a casa sin seguimiento de ningún tipo y sin posibilidad de rehabilitación. Al poco tiempo, recibió una factura por el ingreso en el hospital que terminó pagando.

Tampoco se trata de documentos meramente informativos, como justifican las autoridades públicas habitualmente, ya que son tramitadas como auténticas facturas que, en el caso de no ser reclamadas mediante complejos trámites burocráticos, pueden acabar generando una posible deuda con el estado que la persona tendrá que abonar cada vez que intente regularizar su condición administrativa.

Un ejemplo de esto es el caso de Abdul, quien sufrió un infarto requiriendo ser intervenido de urgencias en un hospital de Madrid. Un mes más tarde le llegó una factura de 12.000 euros.

Otro es el de Silvio, paraguayo afincado en España, a quien le exigieron para ser atendido en las urgencias de un hospital madrileño una fianza de 390€. Tras realizar el pago en metálico, es atendido y posteriormente le devuelven 190€. La atención de la urgencia se le factura por 200€. La historia se repite en un segundo episodio de dolor intenso. Afortunadamente en este caso la mediación de uno de los grupos de acompañamiento consiguió la atención normalizada y la devolución de las facturas cobradas.

La deshumanización de estas facturas llega al punto de emitirse en situaciones tan graves como la de Teresa que, tras ser víctima de violencia de género y acercarse a un centro hospitalario para realizar un parte de lesiones, recibe unos días después una llamada reclamándole el cobro de una factura.

Por último, y como ejemplo de cómo afecta la presión de facturación en una paciente, está la historia de Marina, una mujer argentina residente en Ibiza desde antes del RDL, que tras ser diagnosticada de un proceso oncológico precisó iniciar tratamiento mediante quimioterapia y radioterapia. A mitad del proceso una administrativa le emite un compromiso de pago. Ante la angustia de no poder pagar, Marina interrumpe su tratamiento. De nuevo la mediación de las personas que relatan el caso, pertenecientes a una ONG de las islas Baleares, logra que Marina terminara su tratamiento sin emisión de factura.

Las facturas o compromisos de pago, que se vienen emitiendo incluso en los servicios de urgencia, suponen un claro efecto disuasorio para las personas que carecen de tarjeta sanitaria. Esto les lleva a dejar de solicitar los servicios sanitarios que precisan por carecer de recursos económicos o por el miedo, como decíamos anteriormente, a adquirir una deuda que difícilmente podrán pagar y que puede suponer una barrera en un futuro proceso de regularización. El fallecimiento de Alpha Pam en Mallorca por tuberculosis es uno de los ejemplos más significativos del efecto disuasorio y los efectos letales de estas prácticas. El posterior anuncio del Govern Balear del cese de la emisión de facturas en los servicios de urgencia supuso

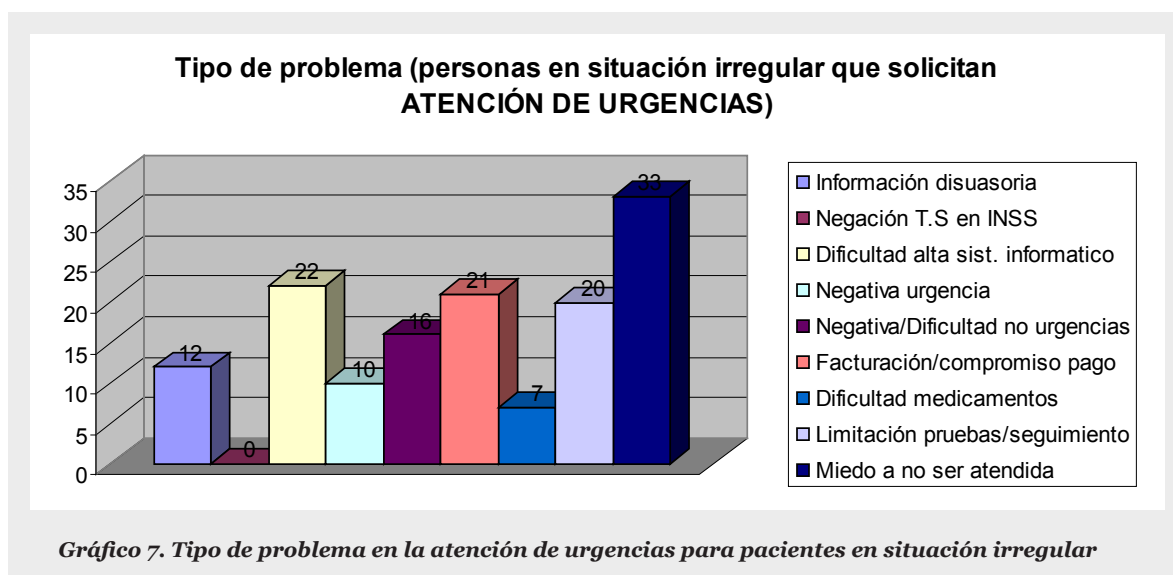
el reconocimiento tácito de que la muerte de Alpha Pam estuvo de algún modo vinculada a esta práctica disuasoria. A pesar de ello, la facturación y la exigencia de firma de compromisos de pago siguen siendo habituales en muchos centros sanitarios de las distintas comunidades autónomas.

El miedo como barrera

El miedo a no ser atendido es el problema que más se repite, con hasta 129 menciones en los casos registrados. Este miedo tiene un origen real y aunque es difícil de evaluar, se pueden apuntar dos creencias justificadas. Cuando se pregunta a las personas que se han quedado sin tarjeta sanitaria sobre los motivos por los que no van al médico, en los casos en los que el RDL 16/2012 contempla el derecho a ello⁵, contestan principalmente dos cosas: en primer lugar, que temen no ser atendidas ya que piensan que tampoco en esas circunstancias tienen derecho; y en segundo lugar, que tienen miedo de que se les emita una factura que no van a poder pagar. Estas creencias son justificadas porque, como ya se ha comprobado, las facturas son frecuentes y el desconocimiento y arbitrariedad del personal de los centros sanitarios también.

Un ejemplo de cómo el miedo a no recibir atención o tener que pagar por ello supone una barrera de graves consecuencias es el caso de Betty, una mujer cubana que fue diagnosticada de cáncer de mama en urgencias cuando tenía la tarjeta de residencia en trámites. Su situación era tan grave que, cuando por fin se decidió a ir al hospital, la dejaron directamente ingresada. No había acudido antes a urgencias por miedo a no recibir la asistencia. Existe también el caso de unos progenitores de un niño marroquí que, aún derivados por su pediatra, no acudieron al hospital por miedo a ser facturados. El miedo llevó también a María a no denunciar una agresión sexual por temor a represalias en relación con su situación irregular.

En otras palabras, la presencia de la categoría “miedo” o disuasión tiene una entidad en sí misma y complementaria siempre al resto de problemas destacados en el registro. Conviene no olvidar que se está hablando de personas que padecen una enfermedad y sufren en primera persona la capacidad disuasoria del RDL ejercida por las autoridades, aún teniendo derecho a la asistencia.



Por ilustrar gráficamente la presencia del miedo en el ejercicio del derecho a la salud, se puede observar el Gráfico 7: entre las personas que han solicitado atención de urgencias el miedo a no ser atendidas supone el problema detectado en mayor medida (hasta en 33 ocasiones). En la práctica, la sistemática facturación

⁵ Para más información al respecto, consúltese el gráfico 6 del presente informe, referido al grado de resolución de los casos de los y las pacientes con derecho, en particular las circunstancias especiales también “cubiertas” por el RDL 16/2012.

ilegal y los carteles e informaciones disuasorios inducen este miedo, a pesar de que la normativa reconoce la atención de urgencias como un derecho

Los casos de arbitrariedad y discriminación

A pesar de no constituir un capítulo específico del registro, muchas de las situaciones y de los casos comunicados implican la existencia de una falta de criterio o incluso de actos e informaciones arbitrarias por parte del personal de los centros sanitarios. Sin duda una ley farragosa y contradictoria, unida a la diversa y compleja normativa de las diferentes comunidades autónomas, han contribuido a generar un caos cruel y deshumanizado en las que las palabras de unos y la negación de otros han cerrado puertas y colaborado con esta exclusión, sin medir que cada “no” cuenta y sus consecuencias.

Un caso ilustrativo de esta situación es el de Fátima, una anciana de un pueblo de Madrid. Hace más de 10 años que salió de Guinea para vivir con su hija. El pasado marzo, tras salir del hospital por sufrir un infarto cerebral, su hija acude al centro de salud para poder hacer el seguimiento del Sintrom, un anticoagulante que requiere controles analíticos frecuentes, especialmente en los primeros días durante el ajuste de la dosis. El personal administrativo del centro detecta que la tarjeta sanitaria de Fátima está caducada y al ir a renovarla, encuentran además un problema con el permiso de residencia. Le indican que tiene que solucionar esos problemas administrativos y no le ofrecen cita alguna con personal sanitario hasta que no lo haya hecho. Como consecuencia, la paciente ha estado tres semanas tomando Sintrom sin ningún control. Se toman así decisiones administrativas sin importar el riesgo que suponen para la vida de la persona.

En otro caso un varón de Guinea Bissau, Augusto, se encuentra que al ir a pedir atención médica, ha sido borrado del sistema informático de forma arbitraria por la responsable del servicio de admisión del centro. En ningún momento se le informa de que tiene derecho a las urgencias y cuando es acompañado por el grupo de vecinos de su barrio, el personal administrativo del centro se niega a darle de alta como TIR, mostrando además disconformidad y disgusto por la interpelación del grupo.

En ocasiones es el desconocimiento lo que lleva a las profesionales a dar informaciones erróneas. En un hospital de Palma de Mallorca a los dos días del nacimiento de un bebé, la enfermera de la planta de maternidad informa a la familia de que “*con los actuales recortes sanitarios, el bebé no podrá ser atendido ya que siendo los progenitores de nacionalidad sudamericana, la madre y de un país del este, el padre, no posee asistencia*” y termina aconsejándoles que le hagan un seguro privado para el seguimiento.

Resulta llamativo también el caso de Elisa, una mujer paraguaya con cáncer de colon y mama. Elisa era citada o no para sus consultas de seguimiento en función de la administrativa que le atendiese. Cada denegación suponía ansiedad e incertidumbre, así como un riesgo para la evolución de su proceso.

Domingo, dominicano de 46 años, fue trasladado a un hospital madrileño tras sufrir un ictus hemorrágico. En el mismo hospital le insisten en que, dada su situación irregular, para poder continuar la asistencia para el seguimiento y rehabilitación debe acudir al centro de salud para darse de alta en el sistema. Sin embargo, en el centro de salud le niegan el alta y los familiares, apoyados por un grupo de acompañamiento, solicitan una cita con la trabajadora social y relatan así lo sucedido:

“*Su función, muy lejos de ser la de una trabajadora social (como su título lo indica), humana y que plantea soluciones, intervino como un juez de la vida del paciente afectado. Nos preguntaba las decisiones que el paciente iba a tomar, cuando en ese mismo momento éste se encontraba en un estado grave de salud. Y salimos de esa oficina sin solución y ni siquiera información de su parte*”.

La aplicación del RDL se está produciendo de forma tan caótica que en ocasiones provoca arbitrariedades por parte de los profesionales. La trabajadora social de un hospital madrileño se atribuyó la potestad de aceptar o negar la atención sanitaria de una embarazada en función de si ésta iba a continuar o no el emba-

razo, como en el caso de Nancy a quién, tras negársele el documento de asistencia (DASSE) en el hospital, se hizo necesario acompañarla al centro de salud para poder conseguir la asistencia.

La ruptura del proceso asistencial

Para garantizar y proteger la salud no es suficiente una atención urgente que abandona después a la persona dejándola desvalida y sola frente a la enfermedad. La atención sanitaria debe ser continuada e integral a lo largo de toda la vida del individuo. Esto significa que cada vez que una persona solicita asistencia por un proceso, éste va a conllevar un seguimiento hasta la resolución del mismo o durante toda su vida si se trata de una enfermedad crónica. Por otra parte, esta asistencia no puede quedarse sólo en la atención de la enfermedad. Son muchos los estudios sobre salud y economía que han demostrado que un sistema sanitario que no incluye la prevención y la promoción de la salud es un sistema deficiente desde el punto de vista coste-efectivo, con una menor calidad de vida de las personas y por lo tanto menor satisfacción de la población, además de un abandono de una visión compleja y holística de la salud pública, de mucha más calidad que una fragmentada⁶.

Sin embargo, los casos registrados reflejan cómo las personas son abandonadas tras la atención urgente y solo el esfuerzo de los grupos de acompañamiento y la implicación de los profesionales de la salud (desde el personal de admisión a los profesionales sanitarios) consiguen un seguimiento del proceso asistencial. Un ejemplo es el de Ahmed, a quién se le facturó por un infarto cerebral, consiguiendo las consultas de revisión y rehabilitación gracias a la ayuda del grupo de acompañamiento de Valencia. Este último añadía el siguiente comentario a su relato en el registro:

“*Ha sido un caso muy difícil, por la vulneración de los derechos del paciente en el hospital (negación de pruebas y factura en urgencia), por la gravedad de la enfermedad y por no haber grupo de acompañamiento en la zona. El apoyo y las acciones realizadas han sido por teléfono o mail*”.

También se registra el caso de Mariama, nacida en Guinea Bissau, pero viviendo en Madrid desde hace más de 10 años. Mariama presenta desde 2006 una enfermedad cardíaca valvular muy severa por la que ha tenido que ser intervenida ya en varias ocasiones, la primera en 2007. Desde entonces ha acudido a pruebas y revisiones constantemente, no teniendo que preocuparse por si era o no atendida. En mayo de este año se encuentra por primera vez con cinco facturas que suman un total de 540 euros. El desconcierto y la angustia hacen que tarde dos meses en reclamar dicha factura.

Otro caso de ruptura asistencial se da en un hospital de Toledo. Plinio, de origen dominicano, es intervenido de urgencias en octubre de 2013 tras sufrir un infarto de miocardio. Ya en Madrid, donde vive, acude a su centro de salud para poder hacer el seguimiento en consulta de cardiología. “*Es imprescindible realizarle un eco-cardiograma y una analítica a los 40 días*” le dijeron y escribieron en el informe de alta tras el infarto. Sin embargo, en su centro de salud esto resulta imposible, a pesar de que su médico le hace un informe para que los administrativos le den de alta en el sistema y poder así darle las citas de seguimiento necesarias. Los administrativos dicen “*seguir órdenes de arriba*” y sólo le ofrecen convenios, que Plinio no puede pagar.

El convenio especial, cuyo coste supera en muchas ocasiones el de algunos seguros privados, es también la única opción que le dan para ser atendido a Bruno, brasileño diagnosticado de un linfoma por urgencias en un hospital balear.

De forma particular se destacan de nuevo casos en los que ni siquiera se cumple esta ley a todas luces insuficiente en términos de universalidad. El RDL 16/2012 dice textualmente que se atenderán “*de urgen-*

⁶ Para una profundización en sistemas de salud comparados desde una perspectiva económica y de salud pública consultar D. STUCKLER y S. BASU. 2013. *The Body Economic. Why Austerity Kills*. Basic Books.

cia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica”. Sin embargo la interpretación restrictiva de lo que se entiende por “situación de alta médica” provoca situaciones que rozan lo absurdo. Allí, un bangladesí, fue operado de apendicitis, pero cuando acudió a curarse los puntos le denegaron la atención por no tener tarjeta. En una situación similar a Flor, una joven ecuatoriana, le informaron de que se le facturaría la intervención necesaria para retirarle las agujas quirúrgicas que se le colocaron en una operación de urgencias.

Dificultades en el acceso a medicamentos

La dificultad para acceder a la medicación por motivos económicos queda patente en los 63 casos registrados por este motivo, clara consecuencia de la retirada del descuento farmacéutico a las personas en situación administrativa irregular, y del incremento del coste de la medicación para colectivos con bajos ingresos como titulares sin recursos o pensionistas.

Este dato concuerda con los resultados obtenidos en un reciente estudio realizado por El Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos de la Sociedad Española de Medicina de Familia (Semfyc). Dicho grupo ha realizado una encuesta en la que han participado 1.655 médicos y médicas de familia, reflejando que “uno de cada cuatro facultativos percibe que tiene algún paciente que está dejando de tomar un fármaco por motivos económicos”.

En dicha situación se encuentra Carmen, quien figura en su historia clínica como titular general sin recursos. Acude a consulta con fatiga desde hace una semana y señala que por falta de dinero no toma el inhalador para el asma a pesar de tratarse de un cuadro de cierta severidad con frecuentes recaídas.

Las dificultades en el acceso a la medicación también están detrás de casos como el que relata Juana desde Zaragoza:

“ Soy mujer de 45 años. Separada con hija de 20 años. Tengo discapacidad 75 %. Inquilinas desahuciadas. No me llega para gastos. Antes por lo menos tenía la medicación gratuita. Ahora solo compro la de mi hija. Las dos tenemos enfermedades crónicas. Trabajo de limpiadora en un hospital privado. Mi hija estudia enfermería. Yo cada día estoy peor. Ya no quiero estar viva. Estoy cansada de disimular. Me aguanto porque soy la madre de mi hija”.

Un caso especial: los pacientes oncológicos

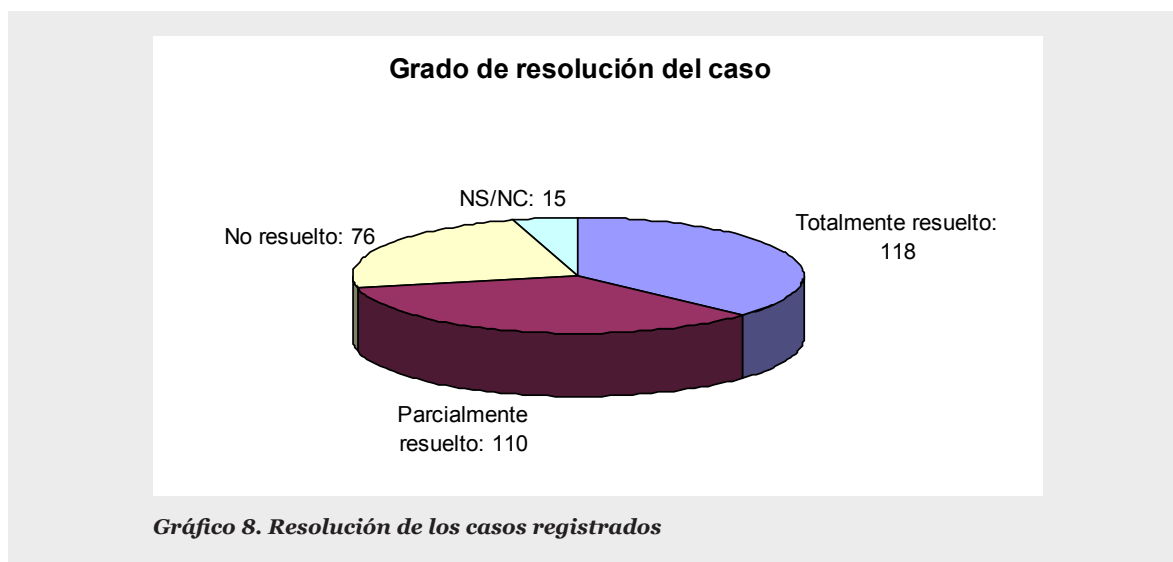
La falta de atención a las personas con enfermedad oncológica está provocando situaciones especialmente dramáticas. En Fuenlabrada, un municipio de Madrid, una médica llevó el caso de Aristides, un paciente al que no se le suministraba la medicación contra el cáncer por no poseer tarjeta sanitaria. Así relata el proceso:

“ El tratamiento estaba pautado desde el 29 de Enero de 2014, y sólo se autorizó el 11 de marzo tras las gestiones municipales. El paciente fue citado el 17 de marzo, encontrándose ya en una situación terminal que no es indicación para iniciarlo. El paciente fallece el 23 de marzo, con 38 años. En este paciente el tratamiento desde el inicio era paliativo, pero, ¿y si dicho tratamiento hubiera sido curativo?”

También ha sido registrado el caso de Mohammed, un tunecino que vive en Ibiza y que al ser diagnosticado de un cáncer de laringe no puede hacer frente al desplazamiento y el alojamiento para recibir el tratamiento en otra isla.

Grado de resolución de los casos

Los casos registrados que no pudieron superar en absoluto la exclusión sanitaria con la que se encontraron ascienden a 76 (un 23,8% del total). En el resto de los casos las estrategias de acompañamientos y desobediencia desarrolladas por los ciudadanos y el personal sanitario y administrativo para paliar sus consecuencias han tenido cierto éxito: el 37% de las situaciones de exclusión sanitaria registradas (118 casos) fueron resueltas totalmente y el 35,5% (110 casos) de forma parcial.



A pesar de que los casos no resueltos total o parcialmente son mucho más numerosos, sólo se han registrado 27 casos (8,5% del total) en los que las situaciones de exclusión fueron objeto de reclamación o denuncia. Esto es explicable por la complejidad de los mecanismos de denuncia y el miedo a enfrentarse a la administración que sufren las personas sin permiso de residencia, lo que las coloca en una situación de especial indefensión ante la vulneración de sus derechos.

El relativo éxito en la resolución de los casos registrados (la suma de los resueltos total o parcialmente asciende a un 72,5% del total) se explica en buena medida por las características de las personas que han realizado los registros. Como se señaló anteriormente, la mayoría de los casos han sido recogidos por grupos de acompañamiento o profesionales sanitarios afines a la lucha por una sanidad universal, que han intentado por todas las vías posibles garantizar una asistencia normalizada, abogando siempre que se ha podido por la desobediencia de quienes creen en el derecho a la salud por encima de decretos, leyes y “papeles”.

El éxito en la superación de las barreras encontradas indica que con la implicación de la ciudadanía y los profesionales de la sanidad se consigue que el acceso universal a la sanidad se siga construyendo día a día a pesar del RDL 16/2012. Sin embargo, es probable que existan marcadas diferencias entre la resolución de los casos que están registrados, y el resto de casos de exclusión que diariamente se producen y que permanecen en la invisibilidad. Cabe inferir que son muchos más que los que han sido registrados, y que tras ellos se encuentran vidas a las que la exclusión sanitaria está colocando en situaciones de especial vulnerabilidad similares a las descritas en este informe.

Conclusiones. Datos que muestran una realidad oculta

El RDL 16/2012 dice en su preámbulo: “Será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal”. La propia ministra de Sanidad declaró el 22 de mayo del 2013 en el Congreso de los Diputados, a preguntas sobre el fallecimiento de Alpha Pam:

“ Ninguna persona ha dejado de ser atendida cuando lo ha necesitado (...). En ningún caso se ha producido ninguna discriminación en función del origen o la condición de la persona atendida (...). No vamos a consentir que ninguna persona tenga peor atención que otra en función de su origen y condición”.

A la vista de los datos de este informe, concordantes con el resto de los informes publicados hasta la fecha por otras organizaciones sociales, resulta imposible sostener que existe universalidad en la atención sanitaria de nuestro país, y que existe una voluntad firme por parte de las autoridades sanitarias de evitar la discriminación y la exclusión sanitaria.

Es difícil que un registro como éste consiga reflejar toda la realidad que hay detrás de cada historia. De algunas sólo disponemos de la información que se ha vertido al cumplimentar el registro, pero de otras, de muchas, conocemos todo el proceso. Detrás de cada dato hay una persona enferma que lucha por ser atendida, con toda la angustia y el miedo que eso genera. En muchos casos, finalmente, se ha logrado la atención, pero esto sólo ha sido posible con el trabajo de los grupos de acompañamiento y de profesionales que, habiéndose declarado objetores o no, luchan día a día por seguir construyendo un acceso universal a la sanidad.

Este informe sólo muestra la punta del enorme iceberg de la exclusión sanitaria. Los casos registrados no son sino parte de los casos conocidos por profesionales y grupos de acompañamiento, a quienes llegan sólo una pequeñísima parte de las personas afectadas. Es fácil imaginar la gran cantidad de personas enfermas que están buscando soluciones con remedios caseros, medicinas inapropiadas para su proceso, o que simplemente están retrasando su atención hasta que es insostenible y se ven forzadas a acudir a urgencias. Jeanneth Beltrán, que falleció en las urgencias del hospital de Toledo, al que acudió tras varios meses de sentirse enferma, es un claro ejemplo de esta realidad oculta. La enfermedad de Jeanneth era tratable, y permitir su muerte constituye un fracaso de toda la sociedad.

Los datos del informe dejan claro el efecto disuasorio que las prácticas puestas en marcha a raíz del RDL 16/2012 han generado entre la población excluida y la no excluida por la propia ley. La facturación, los mensajes hostiles y la arbitrariedad han contribuido al miedo y al alejamiento del sistema sanitario, con el consiguiente riesgo tanto para la salud individual como para la salud pública.

Resulta injustificable la práctica extendida de emitir facturas y compromisos de pago en las urgencias de los centros sanitarios a aquellas personas que, sin tener tarjeta sanitaria, sí conservan el derecho a ser atendidas según el propio RDL 16/2012. No se conoce ningún otro ámbito de la administración (y menos aún en el sanitario) en el que se pretenda cobrar por un servicio al que tenemos derecho y que la única manera de eludir el pago sea la compleja vía de la reclamación. Esta manera de proceder por parte de los centros no se atiene a derecho, y debe ser denunciada y perseguida.

Por otra parte, tanto a través de los casos registrados como de los acompañamientos realizados, se ha detectado un preocupante efecto del RDL sobre el papel que asumen los profesionales del sistema sanitario. Algunos profesionales sienten que deben ejercer un papel de centinelas del sistema, más allá de la que debería ser su principal función, la salvaguarda de la salud de la persona enferma. Este nuevo rol que se les adjudica va acompañado de una enorme dosis de desinformación, siguiendo órdenes verbales a menudo contradictorias con otras escritas, lo que está dando lugar a numerosas situaciones de arbitrariedad. En algunas ocasiones la denegación de atención se ha visto acompañada de expresiones que atentan contra la dignidad de la persona y rayan la xenofobia.

El ministerio de Sanidad justificó la aplicación del RDL 16/2012 por el ahorro económico que supondría esta medida. Sin embargo, profesionales sanitarios y ciudadanos no sólo han negado este supuesto ahorro, sino que han incidido en la importancia del acceso a la sanidad como un derecho universal. El propio Tribunal Constitucional, en el auto en el que anuló la suspensión de la Ley Navarra de Asistencia Sanitaria (como también hizo en el País Vasco), ha considerado que:

“El derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas (...), 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”

A pesar de todos los casos que han ido trascendiendo a los medios de comunicación y de los diversos informes que han ido publicando durante estos dos años diversas organizaciones sociales, resulta sorprendente que la propia ministra de Sanidad y los responsables sanitarios de las distintas comunidades autónomas se hayan negado a investigar la realidad y los casos denunciados a fin de establecer medidas correctoras que salvaguarden la salud individual y colectiva. Tan sólo en la Comunidad Balear, tras el fallecimiento de Alpha Pam por tuberculosis, el Govern anunció el cese del cobro sistemático de la atención de urgencia que se presta a las personas sin tarjeta. En el caso de la Comunidad de Madrid responsables de la consejería solicitaron un informe de irregularidades a Yo Sí Sanidad Universal que, a pesar de haber sido entregado en el pasado mes de abril, a fecha del cierre de este informe sólo ha obtenido el silencio por respuesta.

El informe demuestra cómo las prácticas de exclusión están extendidas en nuestro sistema sanitario y que no se trata de “errores puntuales”, como han manifestado responsables sanitarios. La discriminación y la pérdida de accesibilidad y de continuidad asistencial están generando daños, en algunos casos irreparables, en la salud de las personas. Hasta el momento han trascendido cuatro casos de muertes directamente ligadas a la aplicación del RDL 16/2012: Soledad Torrico en Valencia, Alpha Pam en Mallorca, Jeanneth Beltrán en Toledo y Jolly Bolisay en Barcelona. En los cuatro casos los fallecidos tuvieron algún contacto con el sistema sanitario, lo que demuestra que la asistencia en urgencias no es suficiente para evitar desenlaces fatales, pues la atención sanitaria sólo es efectiva si es integral y continuada.

Como refleja el informe, la exclusión que ha generado el RDL 16/2012 no es sólo un problema individual que está provocando importantes dramas personales, sino que supone un cambio de modelo sanitario que afecta a la sociedad en su conjunto, pues transformar un sistema de acceso universal en un sistema de aseguramiento provoca trabas administrativas, discriminación, problemas de salud pública y una pérdida de calidad asistencial que repercute en la salud colectiva y en la de cada uno y cada una de nosotras.

Anexo: Ficha utilizada en REDES (Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria)

Este registro tiene como objetivo contar con información estadística de los casos de vulneración del derecho a una sanidad universal y de las acciones emprendidas para conseguir atención sanitaria, no recogiendo información concerniente a personas físicas identificadas o identificables y respetando así la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

La información recogida se pondrá a disposición de la opinión pública como compromiso de retorno y transparencia, denunciando ante las autoridades sanitarias las situaciones detectadas de vulneración del derecho a la protección de la salud. Para ello, los datos serán analizados y se realizarán informes públicos de forma periódica.

No se cederán a otras organizaciones o instituciones datos de las personas o entidades que siendo testigos de un caso de vulneración del derecho a la atención sanitaria, decidan registrar un caso.

Solicitamos que se rellene un registro-formulario por cada visita realizada por la persona afectada, en momentos distintos, para un mismo proceso, hasta la resolución del problema. Una visita, un registro. Dispones de más información en el documento de **preguntas frecuentes***. Si necesitas más información o necesitas ponerte en contacto con nosotras para dudas o sugerencias, puedes escribirnos al formulario de **contacto****.

1- Tipo de registro que se está realizando: (Elija solo una opción)

| | |
|---|--------------------------|
| Registro inicial o único: es la primera ficha que se rellena para este motivo de consulta en este paciente (también ha de marcarse esta opción cuando el paciente es el mismo de otra ficha pero el motivo de consulta es distinto) | <input type="checkbox"/> |
| Registro sucesivo: ya se ha rellenado una ficha anteriormente para este motivo de consulta en este paciente | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No contesta | <input type="checkbox"/> |

2- Sexo de la persona afectada: (Elija solo una opción)

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Femenino | <input type="checkbox"/> |
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No contesta | <input type="checkbox"/> |

3- Edad de la persona afectada: (Elija solo una opción)

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Menor de 18 años | <input type="checkbox"/> |
| Entre 18 y 25 años | <input type="checkbox"/> |
| Entre 26 y 64 años | <input type="checkbox"/> |
| 65 o más años | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No contesta | <input type="checkbox"/> |

* <http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net/preguntas-frecuentes>

** <http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net/node/5>

4- Nacionalidad de la persona afectada: (Elija solo una opción)

| | |
|---------------------|--|
| | |
| No sabe/No contesta | |

5- Situación administrativa y motivo de consulta: (Elija solo una opción)

| | | |
|---|---|--|
| Posee tarjeta sanitaria en vigor como asegurado o beneficiario. | | |
| Se encuentra en situación administrativa irregular pero tiene derecho a la asistencia conforme al RDL 16/2012 por: | Ser menor de 18 años | |
| | Embarazo, parto o postparto. | |
| | Estar en situación de solicitud de protección internacional y/o ser víctimas de trata de seres humanos. | |
| | Tratarse de un proceso cuyo tratamiento fue iniciado o atendido antes del 31 de agosto de 2012. | |
| | Tratarse de una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) o enfermedad mental grave. | |
| | Solicitar asistencia de urgencia. | |
| Se encuentra en situación administrativa irregular, no tiene derecho a atención sanitaria conforme al RDL 16/2012 y el motivo de su consulta o su situación es diferente de las anteriores | | |
| Se encuentra en situación administrativa regular pero no tiene derecho a atención sanitaria conforme al RDL 16/2012 (persona con permiso de residencia por reagrupamiento familiar de ascendiente adquirido tras el 24 de abril de 2012, etc) . | | |
| Otra situación no descrita en las anteriores. Indique cuál | | |
| | | |
| No sabe/No contesta | | |

6- Fecha en la que se produce el caso:

| | |
|---------------------|--|
| Mes | |
| Año | |
| No sabe/No contesta | |

7- Lugar donde se produce el caso:

| | |
|---------------------|--|
| Comunidad Autónoma | |
| Población | |
| No sabe/No contesta | |

8- Centro u organismo sanitario donde se produce el caso: (Elija solo una opción)

| | |
|--------------------------|--|
| INSS | |
| Hospital | |
| Centro de Salud | |
| Centro de Especialidades | |
| Otros (indique cuál) | |
| | |
| No sabe/No contesta | |

9- Nombre del centro u organismo sanitario donde se produce el caso:

| | |
|---|--|
| Nombre del centro u organismo sanitario | |
| No sabe/No contesta | |

10- Descripción breve del motivo por el que se requiere asistencia:

| |
|--|
| |
|--|

11- Problemas detectados: (Puede elegir más de una opción)

| | |
|---|--|
| Existencia de Información disuasoria (carteles, mensajes...) para la demanda de atención. | |
| Negación de tarjeta sanitaria en el INSS. | |
| Dificultad para ser dado de alta en el sistema informático | |
| Negativa ante la solicitud de atención de urgencias. | |
| Negativa ante la solicitud de atención no urgente. | |
| Tramitación de facturación al solicitar atención o tras la misma. | |
| Dificultad de acceso a medicamentos por motivos económicos. | |
| Dificultad o limitación en el acceso a pruebas, derivaciones a especialistas y/o consultas de seguimiento | |
| Necesidad de acompañamiento por miedo a no ser atendida | |
| Otros: (Indique cuáles) | |
| | |
| No sabe/No contesta | |

12- Describir las acciones realizadas para intentar resolver el problema:

| |
|--|
| |
|--|

13- ¿Se ha presentado alguna reclamación o denuncia? (Elija sólo una opción)

| | |
|---------------------|--|
| Sí. | |
| No. | |
| No sabe/No contesta | |

14- Grado de resolución del problema: (Elija solo una opción)

| | |
|------------------------|--|
| Totalmente resuelto. | |
| Parcialmente resuelto. | |
| No resuelto. | |
| No sabe/No contesta | |

15- Otros comentarios o aclaraciones relativos al caso:

| |
|--|
| |
|--|

16- Persona, grupo o entidad que realiza el registro: (Elija solo una opción)

| | |
|---|--|
| Grupo de acompañamiento de YoSí Sanidad Universal (indique cuál). | |
| | |
| Trabajadora social | |
| Personal sanitario | |
| Personal administrativo | |
| Otra entidad u organización (indique cuál). | |
| | |
| Particular no perteneciente a los grupos anteriores. | |
| No sabe/No contesta | |

17- Contacto de la persona, grupo o entidad que registra el caso (nombre, e-mail y/o teléfono). Yo Sí Sanidad Universal garantiza la confidencialidad y privacidad de este dato que se usará únicamente para uso interno, en caso de tener que contrastar alguna de las informaciones.