

El impacto de la reforma sanitaria sobre el Derecho a la Salud

Médicos del Mundo

septiembre, 2013

RESUMEN EJECUTIVO

➤ Médicos del Mundo quiere señalar que el **REAL DECRETO LEY 16/2012**, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* **oculta la realidad de un cambio de modelo sanitario que nos aleja de la universalidad del acceso para acercarnos a un modelo de aseguramiento.**

➤ La argumentación que se ha empleado para defender esta reforma sanitaria **se apoya en premisas falsas** y ha dado vuelo a mensajes de claro contenido xenófobo; y que desatiende las advertencias de los mecanismos internacionales de derechos humanos.

➤ La **implantación territorial de Médicos del Mundo**, con proyectos y personas voluntarias en doce Comunidades Autónomas (CCAA) nos permite identificar el grado de aplicación del Real Decreto-ley en cada una y documentar las situaciones generadas por esta norma: tanto de manera individual a través de nuestras acciones de acompañamiento como a través del trabajo en red con otras organizaciones.

➤ **La realidad desmiente la afirmación del Gobierno de que la reforma sanitaria no ha puesto fin al principio de universalidad de nuestro sistema de salud.** En un contexto de crisis económica sostenida en el tiempo, como la actual; y considerando que la barrera económica es una de las más determinantes para que las personas inmigrantes en situación irregular vean negado su acceso a los tratamientos que puedan necesitar, podemos augurar **que la prestación económica obligatoria como requisito para acceder al convenio especial significa una limitación decisiva a la cobertura universal que dice garantizar el actual gobierno.**

➤ En total, Médicos del Mundo puede acreditar la existencia de **1192 casos de personas** hasta la fecha que han sufrido algún tipo de vulneración del derecho a la salud motivada por la aplicación del Real Decreto-ley. Son casos identificados a través de los dispositivos de la asociación y a través el trabajo en red con otras organizaciones y colectivos sociales, recogidos en doce comunidades autónomas. Esta cifra no representa, sin embargo, la totalidad de las personas que han requerido durante el último año algún tipo de asesoría o acompañamiento para hacer cumplir su derecho a la salud.

➤ **Tres podrían identificarse como las principales situaciones que se dan con mayor frecuencia:**

- la **imposibilidad de acceder a la atención directa del personal médico**, ya sea por encontrar barreras administrativas o falta de adecuada información/orientación para realizar la renovación de la tarjeta sanitaria o la solicitud por primera vez (provocando en ocasiones la interrupción de tratamientos en dolencias crónicas, algunas con riesgo de ser mortales si no reciben adecuado tratamiento).

- **dificultad de acceso a los medicamentos** por falta de suficientes ingresos económicos. Muchos de estos casos se trataban de enfermedades diagnosticadas antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley, o de enfermedades consideradas de salud pública.
 - la exigencia de firmar un **compromiso de pago**, cuando no la emisión directamente de una factura, por la asistencia médica recibida.
- La mayoría de las incidencias corresponden a personas que se encuentran en situación administrativa irregular; aunque **también existen personas con nacionalidad española o con residencia comunitaria, así como solicitantes de asilo**, que deben hacer frente a barreras que limitan el ejercicio de su derecho a la salud.
- Un gran número de casos corresponden a personas que tenían tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre, y a partir de esa fecha dejan de poder hacer uso de ella sin previo aviso. Cabe señalar, que la pérdida del empleo ha significado para muchas de estas personas la pérdida del permiso de residencia, que es la causa de encontrarse en situación administrativa irregular.
- Los catorce casos que se relatan en este documento son representativos y especialmente significativos de las situaciones más graves que se están produciendo desde la aprobación del RDL 16/2012: personas que afrontan cuadros clínicos de gravedad a quienes el sistema dejará morir, a pesar de existir medios técnicos y médicos para evitarlo o para aplicar tratamientos paliativos; familias integradas durante años en nuestra sociedad, a quienes se les expulsa del sistema público de salud que han contribuido a financiar; personas sin recursos y en situación de especial vulnerabilidad, expuestas a la interpretación discrecional de la norma por parte de un personal administrativo y sanitario insuficientemente formado e informado.

INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES MÉDICOS DEL MUNDO?

Médicos del Mundo es una asociación de personas voluntarias, muchas de ellas profesionales de la sanidad en ejercicio que conocemos el sistema sanitario de primera mano y en profundidad. En España llevamos trabajando 24 años, estamos presentes en 12 comunidades autónomas y **en el año 2012 hemos desarrollado 87 proyectos de inclusión social**, contactando con más de 21.000 personas y realizando más de 70.000 intervenciones sanitarias y sociales (de las cuales casi 24.000 son específicamente con población inmigrante).

En Médicos del Mundo hemos asumido como **misión la defensa del derecho universal a la salud de las poblaciones más vulnerables en situación de exclusión**.

Con este enfoque, desde hace años, Médicos del Mundo dirige una parte importante de sus esfuerzos a la defensa y promoción del derecho universal, sin discriminación, para las personas inmigrantes. No sólo en España, sino también en el ámbito de las instituciones europeas. En este marco, la Red Internacional de Médicos del Mundo presentó en Bruselas, en abril de 2013, el informe titulado "Acceso a la salud en Europa en tiempos de crisis y xenofobia creciente". Basado en datos recolectados entre aproximadamente 8.000 pacientes en 7 países, el informe revela que los sistemas nacionales de salud están fracasando a la hora de cubrir adecuadamente las necesidades de la población más vulnerable y que las medidas de austeridad están teniendo un profundo efecto negativo en los programas de protección social, incluyendo la atención sanitaria.

En España, realizamos tareas de mediación (asesoramiento y acompañamiento); en algunas ocasiones, atención directa; así como acciones de denuncia ante las administraciones públicas de las vulneraciones del derecho a la salud que detectamos con nuestras intervenciones.

Desde el momento de la aprobación del Real Decreto-ley, Médicos del Mundo se movilizó como muchos otros colectivos y organizaciones sociales en defensa del que era uno de los pocos sistemas nacionales de salud elogiado por su alta calidad y eficiencia, y ahora sometido a una feroz reforma. A partir del mes de julio de 2012, Médicos del Mundo y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMfyc) lanzamos la campaña **Derecho a Curar**, en el marco de la cual se reunieron más de 23.000 firmas en apoyo de la objeción de conciencia del personal sanitario y en rechazo al RDL 16/2012.

Como parte de la estrategia de incidencia política que lleva a cabo la asociación para denunciar las consecuencias de la reforma sanitaria en marcha, el 28 de noviembre de 2012 publica el "Mapa-semáforo de la exclusión sanitaria". Con este informe se pretende, de manera simbólica y muy gráfica, dar una visión general del desequilibrio territorial que comienza a producirse a medida que cada gobierno autonómico reacciona de forma diferente ante el nuevo marco normativo estatal. En unas semanas, Médicos del Mundo publicará una actualización de este documento mostrando la fotografía del desarrollo normativo a nivel autonómico que ha seguido al Real decreto-ley, y cómo las comunidades autónomas están buscando las vías para reducir el impacto de la exclusión impuesta a cientos de miles de personas que residen en nuestros pueblos y ciudades.

Desde abril de 2012 y hasta la fecha actual, Médicos del Mundo ha mantenido una intensa actividad de comunicación denunciando el impacto de la reforma sanitaria en la vida y la salud de uno de los colectivos más vulnerables: las personas inmigrantes que se encuentran en situación administrativa irregular, muchas de ellas tras años de residir en España. Nuestra actividad online relacionada con la campaña Derecho a Curar ha continuado a lo largo de todo este tiempo -logrando un espectacular incremento en el número de personas que nos siguen a través de nuestro perfil de Facebook y de Twitter-, lo que nos ha colocado como *trending topic* en más de una ocasión (la última de ellas el pasado mes de julio con la difusión de los videovirales *Leyesquematan*).

Paralelamente seguimos trabajando por impulsar acciones en red que nos fortalezcan a las organizaciones sociales en **nuestro objetivo común de restituir el derecho universal efectivo en España**. En la búsqueda de este objetivo se enmarca el presente informe de casos de

vulneraciones del derecho a la salud consecuencias de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012. Con él nos dirigimos a la Defensora del Pueblo, como institución encargada de defender los derechos fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos mediante la supervisión de la actividad de las administraciones públicas; así como al conjunto de las fuerzas políticas con representación parlamentaria; y apelamos para que se tomen todas las medidas disponibles para hacer cumplir el Derecho Humano a la Salud Universal de manera efectiva.

Las personas que nos han cedido su historia para ser contada en este documento -así como las que venimos narrando en diferentes ocasiones- tienen la expectativa de contribuir con ello a concienciar a las instituciones públicas para que emprendan cuanto esté en su mano por alcanzar ese objetivo y esperan una respuesta.

MARCO JURÍDICO DE LA REFORMA SANITARIA

El Consejo de Ministros aprobó el 20 de abril de 2012 el Real Decreto-ley 16/2012 por el que se puso en marcha una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud; que fue publicado en el BOE cuatro días más tarde, momento en el que entró en vigor. Según la Constitución española, el procedimiento de legislar mediante Real Decreto-ley sólo puede ser empleado en caso de extraordinaria y urgente necesidad, y obliga al Gobierno a someter la norma a debate y votación en el Congreso en un plazo de 30 días tras su aprobación.

Los argumentos expresados por el Gobierno para justificar el procedimiento de Real Decreto-ley se remiten al actual contexto socio económico y la crítica situación del Sistema Nacional de Salud que, al parecer, hacían peligrar su sostenibilidad.

Tras la publicación de una corrección de errores en el BOE de 15 de mayo, el Real Decreto-ley 16/2012 fue debatido en el Congreso el 17 de mayo y quedó convalidado ese mismo día gracias a los votos favorables de los y las diputadas del Grupo Popular.

El Real Decreto-ley 16/2012 modifica cierto número de leyes anteriores que afectan a la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud; a una categorización de la cartera de servicios de salud del SNS (aplicando un porcentaje de aportación del paciente en el pago de servicios asistenciales y fármacos que hasta ahora eran de total financiación estatal); a la incorporación de determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica; a determinadas situaciones relacionadas con los recursos humanos del SNS, entre otras.

Con fecha de 4 de agosto de 2012, se publica el Real Decreto 1192/2012 que desarrolla los requisitos y condiciones de las figuras de personas aseguradas y beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, conforme a los criterios introducidos por el RDL 16/2012. Y hasta un año después no se desarrolla, mediante otro Real Decreto (RD 576/2013 de 26 de julio) los requisitos que deben cumplir las personas que no son reconocidas como aseguradas ni beneficiarias, para suscribir los convenios especiales que les darán acceso a la cartera de servicios básica exclusivamente: fundamentalmente, personas extranjeras en situación administrativa irregular por no contar con permiso de residencia.

Cabe señalar que el Real Decreto-ley 16/2012 introdujo la Disposición transitoria primera según la cual, aquellas personas que no reunían los requisitos para ser asegurada y beneficiaria del SNS tuvieron acceso a la asistencia sanitaria en España, podrían seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012. Es decir, a partir del 1 de septiembre de 2012, todas esas personas que se encontraran en situación administrativa irregular -independientemente de si esto ocurría de manera sobrevenida como consecuencia de la pérdida de empleo o la modificación de cualquier otra circunstancia- quedaban expulsadas del sistema público de salud.

Por otra parte, y con relación a la reciente regulación básica de los convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud – Real Decreto 576/2013, de 26 de julio- cabe recordar que estos tendrán carácter estrictamente individual y permitirán a las personas que los suscriban acceder -como mínimo ampliable por las CCAA- únicamente a las prestaciones de la

cartera común básica de servicios asistenciales del SNS “en condiciones equiparables” a las aseguradas y beneficiarias. La formalización del convenio no conlleva la expedición de tarjeta sanitaria, aunque se asignará a estas personas un número de identificación personal. La contraprestación económica exigida para la suscribir el convenio especial se determina en función de dos tramos de edad: igual o mayor de 65 años, 157 euros mensuales; menor de 65 años, 60 euros mensuales.

El Gobierno español -en cumplimiento de las normas y recomendaciones internacionales así como de la Ley de Salud Pública 33/2011- debía haber realizado y publicado una evaluación del impacto que tendría el RDL antes de su aprobación, con el fin de poder prever los efectos directos e indirectos en el derecho universal a la salud, y asegurar que las medidas contempladas no iban a agravar la situación de los colectivos especialmente vulnerables. A pesar de las declaraciones por parte de la Ministra afirmando que esta evaluación de impacto ha sido realizada, hasta la fecha no se conoce la publicación de ningún análisis de esas características¹.

Cabe recordar que, conforme a las cifras aportadas por el propio Gobierno en el Programa Nacional de Reformas presentado antes las instituciones europeas, **873.000 tarjetas de extranjeros residentes en España fueron dadas de baja con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012** –lo que representa un 20% de la población inmigrante residente en España se queda sin atención.

VALORACIÓN GENERAL DE MÉDICOS DEL MUNDO

Médicos del Mundo quiere llamar la atención sobre el hecho de que el REAL DECRETO LEY 16/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* oculta la realidad de un **cambio de modelo sanitario** que nos aleja de la universalidad del acceso para acercarnos a un modelo de aseguramiento. Una transformación estructural argumentada con discursos que defienden la necesidad de austeridad y de control del déficit, y que se ha producido hurtando a la sociedad el debate que correspondería a su alcance e importancia. No faltaron tampoco mensajes y declaraciones públicas con marcado tinte xenófobo por parte de diversos representantes del partido en el Gobierno, e incluso de la propia titular del Ministerio de Sanidad, relacionando inmigración irregular con abuso y utilización indebida de los servicios sanitarios.

Frente a los argumentos que defienden la aplicación de medidas de austeridad que recortan derechos sociales, Médicos del Mundo entiende que **esta reforma sanitaria no se justifica**:

- ✧ ni desde el punto de vista de **derechos humanos** (la salud no es un lujo, es un derecho reconocido mediante acuerdos internacionales que el gobierno está incumpliendo en el momento actual al aplicar una medida regresiva y discriminatoria);
- ✧ ni **económico** (reducir la atención sanitaria que recibirán cientos de miles de personas únicamente a urgencias será más costosa que una amplia cobertura de atención primaria y reforzar las medidas de prevención);
- ✧ ni de **salud pública** (dejar sin cobertura a poblaciones vulnerables puede suponer un grave riesgo para la población en general);
- ✧ ni desde la **ética médica** (negar la asistencia sanitaria a personas por su situación administrativa es contrario al código deontológico y al juramento hipocrático).

De hecho, la justificación que el Gobierno empleó para poner en marcha la reforma sanitaria emprendida se apoya sobre una serie de **premisas falsas** que pasamos a analizar.

¹ Al cierre de este informe, se tienen conocimiento de la comparecencia de la Ministra Ana Mato prevista para el día 18 de septiembre, con el objetivo de responder a varias preguntas parlamentarias relacionadas con la valoración del impacto de la reforma sanitaria.

EN PRIMER LUGAR, sobre un supuesto abuso de la asistencia sanitaria:

No es cierto que las personas inmigrantes consuman más recursos sanitarios que la población española. Existe bibliografía suficiente que contradice con datos estadísticos la acusación de un supuesto abuso de los servicios sanitarios por parte de las personas inmigrantes:

- ✧ Uno de los últimos trabajos en este sentido llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, en 2009, es rotundo: en todas las partidas estudiadas -consumo de medicamentos, visitas a consulta y hospitalizaciones- indican que las personas extranjeras consumen menos que la población española².
- ✧ Otro estudio del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), elaborado en la Comunidad de Madrid entre los años 2007 y 2009, muestra las diferencias de utilización e impacto en los servicios sanitarios de la población inmigrante y autóctona de un área sanitaria concreta de Madrid –Arganzuela, Carabanchel, Usera, Villaverde y Aranjuez-. La investigación llevó a la conclusión de que el colectivo de inmigrantes en situación irregular está constituido por los individuos más jóvenes y con menor carga de enfermedad y consecuentemente son pacientes que producen un menor consumo de recursos en todos los parámetros analizados, siendo su impacto en las proporciones de los diferentes consumos muy inferior a su peso real en el volumen de pacientes atendidos (especialmente en lo que a gasto farmacéutico se refiere).
- ✧ Frente al 57,7% de la población española que había acudido al menos una vez en el periodo de un año a los servicios de Atención Primaria, sólo lo hizo el 12,7% de la población inmigrante - según un estudio de 2008 de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC).
- ✧ La Fundación de Ciencias de la Salud certificó a través de cuatro estudios entre 2005 y 2006 que las personas inmigrantes acudían con menor frecuencia a la consulta del médico especialista y solicitaban menos pruebas preventivas, como la mamografía o la citología³.

EN SEGUNDO LUGAR, sobre la confusión constante entre inmigración irregular y “turismo sanitario”:

Hacer referencia a la advertencia del Tribunal de Cuentas con relación a la facturación pendiente de cobro correspondiente a los gastos sanitarios de personas ciudadanas de otros países de la UE, mientras se señalan los problemas de sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud y haciendo mención del fenómeno de la inmigración irregular, significa provocar una confusión entre dos colectivos con perfiles completamente diferentes.

El perfil sociográfico de una persona inmigrante en situación administrativa irregular es el de una persona joven, sin enfermedades, mayoritariamente procedente de América o África, y cuyo motivo de emigración es exclusivamente buscar un medio de subsistencia y progresar como persona. Así lo pudo constatar médicos del mundo a través de la encuesta realizada entre personas usuarias de los programas de Médicos del Mundo en once países, para el Segundo Informe del Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo en 2009.

² “Inmigración y servicios sanitarios. Diferencias con población autóctona en uso de servicios y morbilidad atendida en AP” Autores: Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Magán Tapia P, Gil De Pareja Palmero M, Arias Macías C, Sastre Barceló J, Mora Navarro G. Estudio centrado en el área 11 de Madrid, que abarca una zona de casi 900.000 habitantes donde el 20% es inmigrante.

³La Fundación Ciencias de la Salud realizó cuatro encuestas de salud en Madrid (2005), Cataluña (2006), Comunidad Valenciana (2006) y Canarias (2005).

Según ese estudio: Los motivos que mencionan las personas para explicar su emigración son variados pero, en la mayoría de los casos, están relacionados con dificultades vividas en el país de origen. Así el 56% de los encuestados dicen haber dejado su país por razones económicas o para ganarse la vida. Por otro lado, el 26% emigraron por razones políticas, religiosas, étnicas, de orientación sexual, o para huir de la guerra. Sólo el 6% de las encuestas mencionan la salud entre las razones de su emigración.

Mientras que por *turista sanitario* se entiende una persona de edad, con cierto nivel de ingresos económicos, procedentes del entorno europeo y que sí acuden específicamente a España atraídos por la buena fama de nuestro sistema sanitario y su gratuidad –o aprovechan sus estancias de residencia temporal en España-. En este caso, el RDL 16/2012 no soluciona en nada un problema que es de carácter puramente burocrático y de gestión deficiente.

EN TERCER LUGAR, con el RDL 16/2012 se favorece la confusión existente en la opinión pública con relación a la financiación del Sistema Nacional de Salud

Desde el 1 de enero de 1999, existe una casi total desvinculación entre Sanidad y Seguridad Social -de forma que aquélla es financiada en un 94% por los impuestos generales directos (IRPF e Impuestos Especiales) e indirectos (como el IVA). Sin embargo, el RDL 16/2012 vincula el acceso a la atención sanitaria con la situación laboral y ejerce una grave discriminación hacia cientos de personas que durante años han contribuido directa o indirectamente a la financiación del Sistema Nacional de Salud y hoy en día, como consecuencia de la crisis económica y el aumento del desempleo, han quedado excluidas de la atención sanitaria pública.

EL IMPACTO DEL REAL DECRETO LEY 16/2012

La implantación territorial de Médicos del Mundo, con proyectos y personas voluntarias en doce Comunidades Autónomas (CCAA) nos permite identificar el grado de aplicación del Real Decreto-ley en cada una y documentar las situaciones generadas por esta norma: tanto de manera individual a través de nuestras acciones de acompañamiento como a través del trabajo en red con otras organizaciones.

Desde marzo de 2012, Médicos del Mundo intensificó sus esfuerzos para registrar de manera sistemática los casos de personas afectadas por el Real Decreto-ley que acudían a nuestros dispositivos en las doce comunidades autónomas en las que estamos presentes. Sin embargo, la necesidad de priorizar los recursos humanos y materiales destinados a proporcionar atención, asesoramiento y acompañamiento a estos colectivos en el cumplimiento de su derecho a la salud nos ha restado capacidad para esa labor de registro automatizado, que facilite la explotación estadística de la información socio-sanitaria de que disponen nuestros equipos.

Y sin embargo, Médicos del Mundo cuenta con un registro de 254 casos conocidos sólo en cinco comunidades autónomas (Aragón, Castilla-La Mancha, Galicia, Islas Canarias y Navarra) entre 2012 y 2013, de personas que han sufrido algún tipo de vulneración al derecho universal a la salud. A estos, se suman otros 250 casos registrados únicamente en la Comunidad de Madrid y 290 en las Islas Baleares.

A los datos anteriores, debemos añadir los casos documentados a través del trabajo en red como el realizado por Médicos del Mundo-Valencia junto con otras 49 organizaciones reunidas en el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana -ODUSALUD⁴-.

⁴ El Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana es una plataforma colaborativa compuesta por organizaciones de la sociedad civil valenciana creada en diciembre de 2012. El censo de incidencias registradas es periódicamente comunicado a las autoridades sanitarias autonómicas, y difundidas a la opinión pública. Para más información, se puede consultar el blog <http://odusalud.blogspot.com.es/>

: 398 entre diciembre y junio de 2013.

En total, Médicos del Mundo puede acreditar la existencia de **1192 casos de personas** hasta la fecha que han sufrido algún tipo de vulneración del derecho a la salud motivada por la aplicación del Real Decreto-ley.

Tres podrían identificarse como las principales situaciones que se dan con mayor frecuencia:

- ✧ la **imposibilidad de acceder a la atención directa del personal médico**, ya sea por encontrar barreras administrativas o falta de adecuada información/orientación para realizar la renovación de la tarjeta sanitaria o la solicitud por primera vez (provocando en ocasiones la interrupción de tratamientos en dolencias crónicas, algunas con riesgo de ser mortales si no reciben adecuado tratamiento).
- ✧ **dificultad de acceso a los medicamentos** por falta de suficientes ingresos económicos. Muchos de estos casos se trataban de enfermedades diagnosticadas antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley, o de enfermedades consideradas de salud pública.
- ✧ la exigencia de firmar un **compromiso de pago**, cuando no la emisión directamente de una factura, por la asistencia médica recibida.

La mayoría de las incidencias corresponden a personas que se encuentran en situación administrativa irregular; aunque también existen personas con nacionalidad española o con residencia comunitaria, así como solicitantes de asilo, que deben hacer frente a barreras que limitan el ejercicio de su derecho a la salud.

Sólo en las CCAA de Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y Navarra entre 2012 y 2013 encontramos:

- ✧ 283 personas en situación irregular;
- ✧ 47 en situación regular;
- ✧ 33 tramitando el permiso de trabajo y/o residencia

Un gran número de casos corresponden a personas que tenían tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre, y a partir de esa fecha dejan de poder hacer uso de ella sin previo aviso (ej. 151 de las personas que acudieron a los dispositivos de Médicos del Mundo-Madrid tenían tarjeta sanitaria anterior a la entrada en vigor del RDL 16/2012; frente a 77 casos que no la tenían; de 22 de los casos carecemos de información).

En cinco de las comunidades autónomas, al menos **30 personas con enfermedad crónica** han dejado de recibir atención médica (entre ellas, 9 padecen Diabetes; 2 necesitan diálisis; 3 padecen cáncer, y 9 VIH-sida).

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 después (con datos de 13 de septiembre de 2013), sólo 1.196 han logrado cruzar con éxito la travesía burocrático para acceder al programa. Una situación más preocupante encontramos en Canarias, donde en los seis meses que lleva funcionando el programa de actuaciones sanitarias especiales con el mismo objetivo que el gallego, tan sólo 42 personas han podido cumplir todos los requisitos exigidos para acceder a la atención sanitaria que el programa cubre (sólo en esta comunidad autónoma se retiraron 48.000 tarjetas sanitarias a partir del 1 de septiembre).

El pasado 9 de septiembre, la Consejería de Salud de las Islas Canarias ha publicado una nueva Orden por la cual se introduce medidas para facilitar el acceso al programa a las personas que por motivos personales, familiares o sociales no tienen posibilidad de aportar toda la documentación requerida.

Incumplimiento de las excepciones incluidas en el Real Decreto-ley:

Entre los casos conocidos por Médicos del Mundo, de manera individual o a través de su trabajo en red, se constata que de manera muy generalizada e incluso sistemática, se niega el acceso a la atención médica incluso en los casos que la norma contempla como excepciones:

- ✧ 17 corresponden a mujeres embarazadas;
- ✧ 48 casos son menores de edad (principalmente de nacionalidad rumana);
- ✧ 84 se produjeron en urgencias (18 personas no fueron atendidas por no firmar compromiso de pago o directamente por no contar con tarjeta sanitaria; al resto se les ha emitido factura por la atención sanitaria recibida o se les ha obligado a firmar un compromiso de pago previo a recibir dicha atención).

Barrera económica en un contexto de crisis

Médicos del Mundo carece de datos posteriores a la entrada en vigor del Real Decreto que regula los criterios generales de los convenios especiales. Sin embargo, si tenemos en cuenta que la barrera económica es una de las más determinantes para que las personas inmigrantes en situación irregular y de escasos recursos vean negado su acceso a los tratamientos que puedan necesitar, podemos augurar que la prestación económica obligatoria como requisito para acceder al convenio especial significa una limitación decisiva a la cobertura universal que dice garantizar el actual gobierno.

No debemos olvidar el perfil socioeconómico de la población a la que nos estamos refiriendo que se encuentra dentro de la más afectada por la crisis económica. De hecho, en un gran porcentaje la pérdida de su permiso de residencia es una consecuencia directa de la pérdida del empleo y la consecuente falta de recursos económicos.

Así pues, este conocimiento directo de la realidad nos lleva a realizar un balance de la aplicación del Real Decreto-Ley sencillamente desolador. Las consecuencias que observamos se pueden estructurar en torno a tres ejes:

1- El **deterioro de la gestión sanitaria**: resultado del alto nivel de confusión generada entre el personal sanitario y administrativo, dada la falta de información o instrucciones sobre cómo llevar adelante la aplicación del RDL. Como resultado, actualmente vivimos una **clara asimetría** en su implantación entre las Comunidades Autónomas y al interior de ellas, lo que está generando que la población se encuentre con respuestas contradictorias y una marcada **descoordinación entre niveles asistenciales**.

2- El **deterioro de la atención médica**: con ruptura del adecuado seguimiento de enfermedades crónicas y/o graves; una pérdida de efectividad de los programas de prevención sanitaria; un especial impacto en la protección de las personas víctimas de violencia de género y víctimas de trata de personas; y las consecuencias de la introducción del copago farmacéutico entre las familias con menos recursos económicos.

3- El incumplimiento de las excepciones contempladas en el Real Decreto-ley que podemos denominar **“excesos” de aplicación del RDL**: la negación de la atención a mujeres embarazadas y menores de edad, así como una facturación sistemática en la atención de urgencias. Sea por exceso de celo o por otros motivos, desde Médicos del Mundo interpretamos que estas situaciones son resultado de la confusión mencionada anteriormente.

1. DETERIORO DE LA GESTIÓN SANITARIA

La imprecisión e inconsistencia del RDL, así como la política de comunicación desde el Ministerio de Sanidad, está generando 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 en general, sino entre las y los profesionales sanitarios, administrativos y de servicios sociales responsables de cumplir las medidas creadas por el gobierno. Esto ha dado lugar a toda una serie de problemas: asimetría

evidente en la aplicación del RDL entre las comunidades autónomas⁵; respuestas contradictorias que generan descoordinación entre niveles asistenciales y rechazo injustificado de tramitaciones de tarjetas sanitarias.

A estas barreras de acceso al sistema sanitario que se han incrementado desde abril de 2012, cabe señalar el miedo expresado por muchas personas inmigrantes -algunas con perfecto derecho a recibir tarjeta sanitaria- que las inhibe de acudir a los centros de salud o gestionar la renovación o solicitud de su tarjeta.

Un aspecto muy concreto derivado de este caos con respecto a la introducción del copago farmacéutico son los errores detectados a la hora de asignar el código de aportación farmacéutica, que marcan el porcentaje de aportación individual al coste de los fármacos. Es cierto que se puede reclamar el cambio de TSI (de 003 al 001 –exención de aportación económica-), pero existe una gran confusión sobre cómo realizar dicha solicitud, de forma que en la práctica hay muchas solicitudes que están pendientes de resolución, mientras las y los pacientes esperan poder recibir la medicación que necesitan.

2. DETERIORO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Desde un punto de vista médico, detectamos las siguientes consecuencias negativas derivadas de la reforma sanitaria que ha excluido del SNS a más de 800.000 personas que han quedado sin tarjeta sanitaria:

Ruptura del adecuado seguimiento de enfermedades graves o crónicas:

Personas con VIH que llevaban meses o años recibiendo tratamiento antirretroviral y seguimiento médico a su enfermedad y que tras perder su empleo, ahora pierden también la posibilidad de seguir recibiendo tratamiento.

Personas con diagnósticos de cáncer que no pueden hacer frente al 100% del pago de las pruebas diagnósticas complementarias o el tratamiento oncológico.

Personas con enfermedad renal avanzada que no reciben tratamiento, como los casos de personas a quienes se efectúa trasplante renal y ahora se les impide el seguimiento en consulta y el tratamiento inmunosupresor, con la consecuente pérdida del órgano trasplantado.

Personas en lista de espera de cirugía, desde antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley que tras ser intervenida recibe una factura que puede ascender a miles de euros (ej. implante de prótesis de cadera, 6000 euros).

Pérdida de efectividad de los programas de prevención sanitaria en AP.

Casos de tuberculosis (TBC): aunque la aplicación del RDL permite la posibilidad del diagnóstico y prescripción de una TBC pulmonar, si el paciente ingresa por urgencias, imposibilita completamente la monitorización terapéutica y el estudio de contactos.

Las personas con VIH encuentran imposible el acceso a métodos de diagnóstico de la enfermedad, además de a su seguimiento y de la correcta prescripción terapéutica para mantener el estado inmunológico adecuado.

⁵ Esta situación ya fue advertida por Médicos del Mundo en el mes de noviembre de 2012 de manera muy gráfica a través del documento *Mapa-semaforo sobre la aplicación del RDL* -en proceso de actualización actualmente-.

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

¿Qué sucede con víctimas de violaciones a los derechos humanos como las víctimas de violencia de género o las víctimas de trata de personas?

Actualmente, las mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular víctimas de violencia de género no tienen acceso a la atención sanitaria, cuando está demostrado el importante rol que el colectivo de profesionales sanitarios asume en la detección y atención a estas situaciones. Particularmente en las consultas de Atención Primaria se detecta el 60% de los casos de violencia de género identificados en el entorno sanitario.

Con relación a las víctimas de trata, a pesar de ser una de las excepciones contempladas en el RDL 16/2012 como colectivo en situación administrativa irregular susceptible de recibir atención sanitaria, se produce cuando 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.

Tal y como viene advirtiendo desde hace tiempo la Red Española contra la Trata de Personas, de la cual Médicos del Mundo es miembro fundador: según informa la Fiscalía General del Estado, en 2012 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 %).

Copago de medicamentos:

La obligación de abonar el 100% del precio de la medicación al no contar con tarjeta sanitaria está generando situaciones absolutamente dramáticas, personales y familiares, con un deterioro físico inexorable y un sufrimiento psicológico intenso por la incapacidad de hacer frente al coste económico de sus tratamientos para muchas personas inmigrantes que se encuentran en situación administrativa irregular y carecen de empleo: tratamiento paliativo de pacientes terminales; personas con enfermedades mentales grave, como esquizofrenia; inmunosupresores; antirretrovirales; tratamiento oncológicos...

Médicos del Mundo quiere llamar la atención sobre la existencia de múltiples estudios científicos publicados en revistas de alto impacto científico que demuestran la ineficacia de las medidas de copago, desde un punto de vista económico en el medio y largo plazo. Algunas referencias que podemos citar son:

- ⤴ Triveldi et al. NEMJ (2010;362:320-8): el incremento del copago en las consultas de ancianos en EEUU se tradujo en una reducción de las consultas en Atención Primaria y en Especialidades del 20% y en un aumento de los ingresos hospitalarios (11%), que supuso un aumento de costes de 24.000 dólares/año por cada 100 personas. El efecto en personas con bajo nivel socio-económico y con enfermedades crónicas fue mayor.
- ⤴ Tamblyn et al. JAMA (2001;285:421-429): el copago en medicamentos genera una reducción de consumo de medicamentos esenciales, con un aumento de visitas a urgencias de 14,2 visitas/100.000 personas/mes.

Es remarcable como se objetiva un especial impacto de las medidas de copago en personas con menos ingresos y con enfermedades crónicas.

Por otra parte, queremos también citar a la prestigiosa revista científica 'British Medical Journal' (BMJ) que publicó en junio un artículo que analiza los recortes que está sufriendo la sanidad pública en España y alerta de que las diferentes medidas de austeridad y el consiguiente

"desmantelamiento" del Sistema Nacional de Salud (SNS) puede "poner vidas en riesgo"⁶.

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

Las mujeres inmigrantes que se encuentren en situación administrativa desde la entrada en vigor del RDL 16/2012 han quedado fuera del acceso a los servicios de contracepción y, en caso de necesitarlo, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dentro de la red nacional de servicios de salud; por no mencionar los servicios de prevención ginecológica. Los equipos de Médicos del Mundo en las diferentes comunidades autónomas donde tenemos presencia han comenzado a levantar la voz de alarma por la percepción de un aumento de las prácticas de riesgo para practicar interrupciones del embarazo.

3. "EXCESOS" EN LA APLICACIÓN DEL RDL

Finalmente, queremos advertir un aspecto significativo del impacto que tiene la aplicación del Real Decreto-Ley en las condiciones que se han dado hasta ahora y que ponemos en relación con la confusión y el caos arriba señalados, y favorecido, además, por medidas que priorizan la recaudación económica antes que los objetivos sanitarios. Se trata del incumplimiento en todo el territorio español, de una manera que podemos calificar de generalizada de las excepciones que el propio RDL 16/2012 contempla a la exclusión del sistema sanitario y que se expresan como:

- ⤴ **Negación de la asistencia sanitaria a niñas y niños.** Ya sea porque se proporciona información errónea en el ámbito administrativo a las familias, negando un derecho reconocido en el RDL 16/2012; porque se niega la derivación a especialistas o porque se derivan innecesariamente a urgencias aduciendo que no tienen tarjeta sanitaria.
- ⤴ Situaciones similares estamos detectando con **mujeres embarazadas**, a quienes se niega el acceso a programas prenatales, se les procede a facturar la atención al parto, o se procede a derivaciones innecesarias a urgencias.
- ⤴ Intento sistemático de exigir la firma **de compromisos de pago previo a recibir atención sanitaria de** urgencias, con el consiguiente efecto disuasorio entre los colectivos en situación económica más desfavorecida.

⁶ <http://www.europapress.es/salud/noticia-revista-british-medical-journal-alerta-riesgorecortes-sanidad-espana-20130613141219.html>