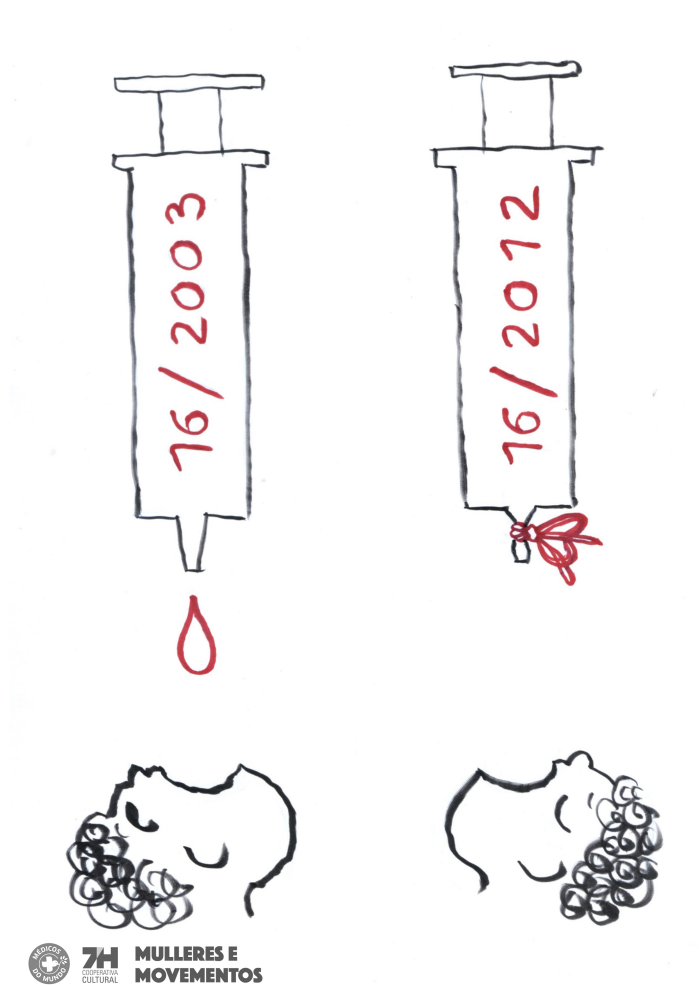




A urxencia dunha sanidade universal

Vulneracións do dereito á saúde
Galicia, 2017 - setembro 2018



colabora



INTRODUCCIÓN

por Inés Fernández de Córdoba Alonso e Celia López Carballido
presidenta de Médicos do Mundo Galicia ata maio de 2018 e presidenta desde maio de 2018 respectivamente

O presente informe pretende dar a coñecer as consecuencias da exclusión sanitaria da que somos testemuñas en Médicos do Mundo Galicia (MdM), querendo destacar nesta ocasión outras formas de exclusión sanitaria que dalgunha maneira son propiciadas ou impulsadas polo discurso repetido de discriminación e xenofobia co que se argumentou a elaboración do RD 16/2012¹.

Varios gobernos autonómicos –País Vasco, Navarra e Valencia entre outros- discreparon do RD 16/2012 e restauraron o acceso á atención sanitaria para as persoas migrantes en situación irregular dentro da súa xurisdición. Durante o 2017 e o 2018 vimos como esas [normas autonómicas eran declaradas inconstitucionais polo Tribunal Constitucional](#). Segundo a nosa experiencia, e así o destaca o informe de Amnistía Internacional² (AI) “as discrepancias entre as normas estatais e autonómicas sobre o acceso tiveron un efecto disuasorio. Moitas persoas non trataban de obter a atención sanitaria á que tiñan dereito, pois pensaban que se lles denegaría” .

Ese mesmo informe de AI examina como as medidas de austeridade levadas a cabo provocaron un [deterioro da accesibilidade, asequibilidade e calidade da asistencia sanitaria en España](#): “moitas destas medidas tiveron un impacto particular e desproporcionado nas persoas de rendas baixas e, dentro deste grupo, nas persoas con enfermidades crónicas, persoas con discapacidade, persoas maiores e as persoas que reciben tratamento de saúde mental.”

Nesta mesma liña, temos os resultados publicados este ano dunha investigación realizada pola Universidade Pompeu Fabra e o Centro de Investigación en Economía e Saúde (CREST)³. Resultados que sacan á luz dous problemas importantes ligados á falta de acceso ao sistema de saúde: por unha banda, a falta de detección de enfermidades graves e as consecuencias que os diagnósticos tardíos causan nestes pacientes, e doutra banda, a interrupción de tratamentos en casos de enfermidades crónicas, como ocorre por exemplo con pacientes oncolóxicas que non poden optar ás distintas terapias dispoñibles. Ademais os resultados do estudo suxiren un [aumento da mortalidade dun 15% na poboación migrante do noso país entre 2012-2015](#), os tres anos posteriores á aplicación do RD.

A parte das consecuencias negativas destas medidas de exclusión en materia de saúde, desde o punto de vista dos dereitos humanos [supoñen unha gravísima vulneración de distintas normas lexislativas nacionais e internacionais](#), xa que o dereito á saúde aparece recollido na Constitución Española⁴ e no Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁵, acordo que foi ratificado por España. Con respecto a este pacto, o Comité de Nacións Unidas, encargado de supervisar o seu cumprimento, mostrou a súa preocupación en abril deste 2018 polo mantemento das medidas de austeridade no noso país, dado o impacto desproporcionado que teñen estas sobre as persoas máis excluídas.

Así mesmo, este Comité destacou que tras cinco anos da implementación do RD 16/2012 o Estado “non realizase unha avaliación exhaustiva e con consulta ás afectadas sobre os impactos desta medida, a súa proporcionalidade e temporalidade”. E o que é máis importante, insta ao Goberno a que leve a cabo esta análise e a que se “tomen as medidas necesarias para que [as migrantes en situación irregular teñan acceso a todos os servizos de saúde necesarios](#), sen discriminación algunha, de conformidade cos artigos 2 e 12 do Pacto”⁶. Estas recomendacións reflicten a evidencia achegada polo informe sombra realizado por 36 organizacións, como o Center for Economic and Social Rights (CESR) e Médicos do Mundo entre outras⁷.

Desde o punto de vista económico tampouco se pode defender a exclusión sanitaria, posto que [non se puido demostrar un aforro desde a aplicación desta lei](#). Pero si se pode demostrar que as inmigrantes regulares e irregulares pagan a sanidade, xa que continúa a financiarse a través de impostos indirectos como acontece desde a implantación da universalidade do sistema de saúde no ano 1989.

En moitas ocasións os discursos que defenden estas medidas escúdanse en que todas as persoas poden ser atendidas no servizo de urxencias ante un problema de saúde. Aínda que isto fose así, cousa que esta moi lonxe de acontecer, e en todos os casos se cumprixe sen problemas, esta atención adoita ser **moito menos económica para o conxunto da sociedade da que se pode dar en atención primaria**. A primaria tamén é máis completa, xa que non ignora os beneficios da prevención, da intervención temperá no curso das enfermidades e da importancia da continuidade asistencial tanto na calidade do servizo como na diminución da mortalidade, todas elas áreas fundamentais imposibles de desenvolver nun servizo como é o de urxencias.

O informe de AI é claro: “a universalidade, non só é unha cuestión de xustiza e dereitos humanos, senón un elemento esencial para a eficacia do sistema sanitario. Unha sanidade que priorice a prevención outorgando cobertura a toda a poboación, sen exclusións, é unha sanidade máis eficiente e menos custosa- pois reduce o número de hospitalizacións, minimiza os riscos de saúde pública, etc.-fortalecendo en consecuencia o Sistema Nacional de Saúde en beneficio de toda a sociedade”.

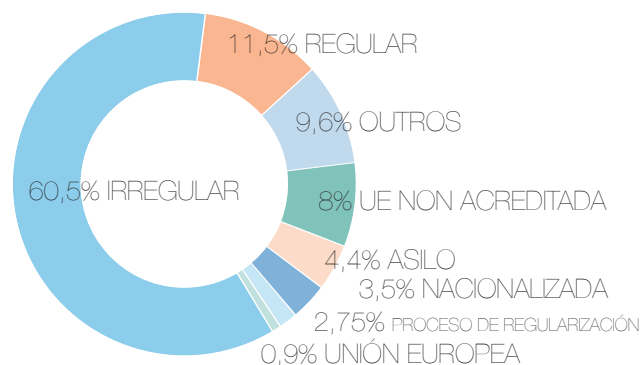
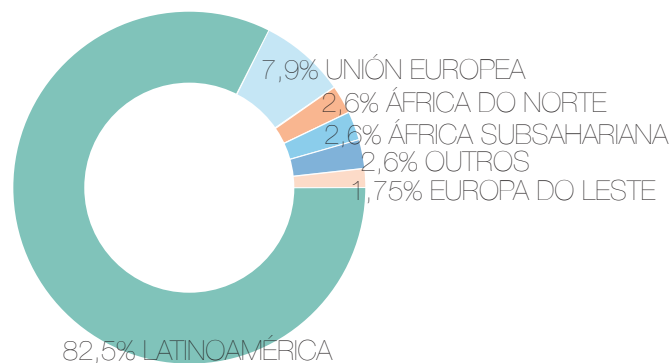
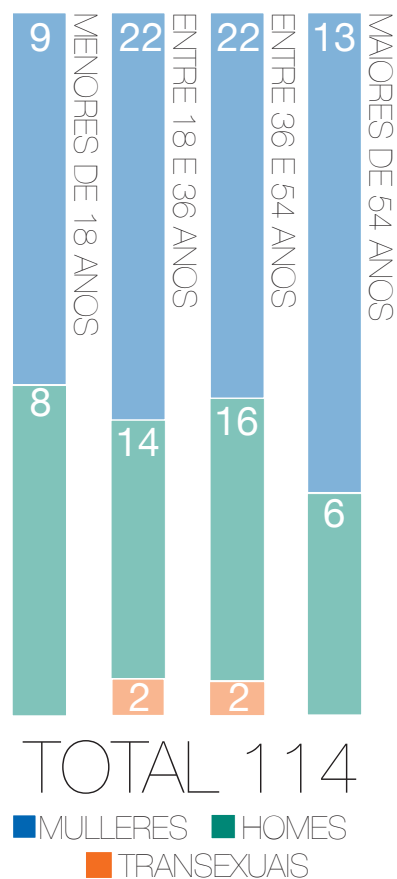
No mesmo informe a organización destacou que “os gobernos autonómicos, e en particular o de Galicia, debería dar prioridade ao aumento das asignacións orzamentarias para saúde pública a nivel autonómico para, como mínimo devolver canto antes o gasto total e per cápita en saúde aos niveis existentes antes da imposición das medidas de austeridade”.

Coa aprobación do RD 7/2018, sobre acceso universal ao Sistema Nacional de Saúde, pretendíase poñer punto e final a máis de seis anos de exclusión sanitaria, pero a ambigüidade dalgúns dos seus preceptos está a dar lugar a que nalgúns autonomías estean a **impoñerse interpretacións restritivas que ameazan o obxectivo de asegurar a universalidade** como principio básico do Sistema Nacional de Saúde.

Desde MdM, que está a liderar a Red de Denuncia y Resistencia al RD 16/2012 (REDER), damos a benvida ao novo real decreto como un paso na dirección correcta, pero alertando ao mesmo tempo da existencia de **importantes lagoas no seu articulado**. “A nova lei non homoxeneiza o procedemento nin os requisitos para poder obter a tarxeta sanitaria; como tampouco asegura a asistencia aos colectivos máis vulnerables antes protexidos -menores, embarazadas, vítimas de trata e solicitantes de asilo-, a atención de urxencias ata a alta médica, ou a atención sanitaria das persoas ascendentes que chegan froito dun proceso de reagrupación familiar regular. Clarificar estas e outras situacións esixe a aprobación por parte do Executivo do Regulamento que o desenvolva para garantir a atención sanitaria a todas as persoas independentemente da súa comunidade autónoma de residencia”.

Pódese utilizar o término universal nunha realidade de acceso a un dereito básico como é o dereito a saúde tan desigual?

PERFIL SOCIOLÓXICO



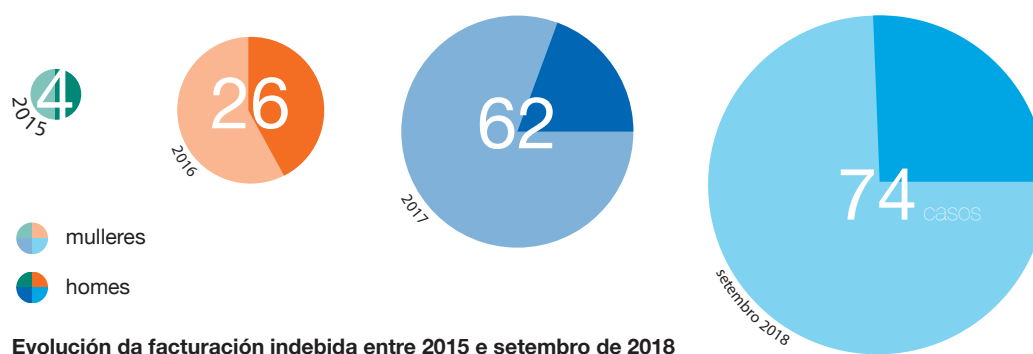
Os datos estatísticos refletidos neste informe son do ano 2017. Os datos cualitativos corresponden ao período de xaneiro de 2017 a xuño de 2018

O EMPEORAMENTO DO DEREITO A SAÚDE EN GALICIA

O DEREITO A URXENCIA ATA ALTA MÉDICA

Ata a publicación da nova normativa que regule o RD 7/2018, o dereito urxencia, segundo as últimas noticias recibidas desde os servizos de saúde, quedará igual que no RD 16/2012. 1.3 «ARTIGO 3 TER. Asistencia sanitaria en situacións especiais. As estranxeiras non rexistradas nin autorizadas como residentes en España recibirán asistencia sanitaria nas seguintes modalidades: a) de urxencia por enfermidade grave ou accidente, calquera que sexa a súa causa, até a situación de alta médica»

Durante os anos 2017 e 2018, Médicos do Mundo Galicia detectou un aumento sistematizado da facturación da atención prestada ás persoas inmigrantes en situación irregular que acudiron a urxencias por ter un problema de saúde e non poder ser atendidas por outra vía.



Continuamente somos testemuñas das limitacións que ten esta vía para solucionar por si soa e de forma integral os problemas de saúde das migrantes, así como as dificultades para realizar desde estes servizos as derivacións a outras consultas hospitalarias necesarias para un adecuado seguimento das distintas patoloxías, como marca a normativa. Debido a isto, en numerosas ocasións tivemos que facilitar instrumentos xurídicos para que as persoas puidesen esixir este dereito, sendo as [reclamacións dos avisos de facturación polos servizos prestados e as reclamación de atención continuada as solicitudes máis frecuentes](#).

Na maioría dos casos a atención no servizo de urxencias viuse dificultada por:

- A falta de información ou información pouco veraz sobre o dereito
- O documento de solicitude de este dereito non é ofrecido en admisión de urxencias, nin existe a opción informática para que a administrativa poida recoller a solicitude vía telemática, senon que só pode clasificala como paciente privada, o que provoca sempre a facturación
- A denegación de recollida do modelo de solicitude do dereito nos servizos de urxencias. O persoal alega moitas veces que este formulario non é preciso ou non é válido, imposibilitando a formalización da solicitude e por tanto o exercicio do dereito e dando lugar á facturación
- A disuasión da utilización do servizo por ameaza de facturación, o que provoca que as usuarias non cheguen a ser atendidas polo persoal sanitario
- As actitudes discriminatorias do persoal administrativo e sanitario

- A chegada dun modelo de compromiso de pago antes da atención
- O envío de avisos de facturación ou a facturación en firme pola atención prestada
- O diagnóstico de se é ou non é unha urxencia por parte do persoal administrativos dos servizos
- A falta de protocolos ben definidos de derivación destes pacientes aos servizos especializados necesarios para a súa atención continuada

Estas situación provoca dentro do colectivo de persoas inmigrantes en Galicia a **crenza de que non teñen dereito a urxencia e o medo a acudir ao sevizo** cando se atopan mal por falta de recursos económicos, e polo tanto ao pago da atención sanitaria na privada.

Ana María, peruana en situación administrativa irregular, leva máis de seis meses empadroada cando acode a urxencias con moita dor por uns cólicos de vesícula. É atendida, receitada e recibe a alta hospitalaria. Malia que o parte de urxencias marca seguimento pola médica de cabeceira, Ana María non ten cobertura, non sabe solicitala e precisa de atención urxente. Días máis tarde, recibe unha factura de gastos sanitarios de **361,59 euros**, que reclamamos. Informámola dos pasos a seguir para conseguir cobertura por Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública e atención mentres se tramita, mais Ana María non está segura de reclamar por medo a que a poidan deportar, e non se atreve a ir á médica outra vez.

Ali é marroquí e reside en Galicia. Con 33 anos recorre ao sistema de urxencias por inchazo dos membros inferiores e é diagnosticado dunha posible miocardiopatía, causa da morte do seu irmán. Durante a atención a médica que o atende derivao ao centro de saúde, aínda que non ten dereito a tarxeta sanitaria porque non leva empadroado o tempo requerido. Nesta consulta, a súa irmá informa disto á médica, quen lle di que pode levalo á súa médica de atención primaria ou a unha clínica privada. Por esta atención, Ali recibe unha factura de **370,59 euros**. Ao continuar coa dor e a inchazón, acoden a Médicos do Mundo, onde contactamos con urxencias e remitimos unha folla de derivación co seu problema de saúde, a necesidade de atención urxente e de derivación a especialidades, e reclamamos a facturación con éxito. Durante tres meses Ali é atendido por unha médica obsecutora, e posteriormente axudámoslle a realizar os trámites para PGPSSP.

Dos casos coñecidos por Médicos do Mundo Galicia que foron atendidos en urxencias, o 90% recibiu no seu domicilio meses despois un aviso de facturación, que de non ser reclamado pasa a ser unha facturación en firme.

Desde a nosa organización tivemos que realizar xestións para a paralización estes avisos, atopándonos en moitas ocasións cun preocupante descoñecemento e cunha falta de cumprimento da normativa por parte do persoal encargado, cunha ausencia de coordinación entre os servizos de urxencias e de facturación, e mesmo coa solicitude de documentación non recollida na lei.

É frecuente que **a atención en urxencias non se realice ata a alta médica do proceso que produciu a consulta, senón ata o alta hospitalaria**, é dicir, ata que o paciente abandona o servizo de urxencias, incumprindo desta forma a garantía que aparece na lei e quedando interrompido o proceso de diagnóstico e/ou tratamento en moitos casos.

Camila, de 59 anos nada en México, leva menos de seis meses empadroada cando, a raíz da súa fibromialxia, vai a urxencias, onde é atendida e enviada a casa sen ningunha posibilidade de atención ou seguimento médico. Tres días máis tarde volve ao hospital porque segue con moita dor, e recibe unha factura por ambas atencións de **723,18 euros**. Malia que fixemos unha reclamación nos mesmos termos que nas demais delegacións de facturación, a oficina que leva o caso de Camila non desiste do cobro. Coa entrada do RD 7/2018 cos novos criterios de acceso para irregulares, Camila visita en tres ocasións o centro de saúde sen conseguir facer o trámite.

Flor naceu en Perú hai 70 anos. Ela e o seu marido chegan a España con intención de regularizar a súa situación como familiares de cidadás europeas, posto que as súas fillas e parellas teñen nacionalidade española, mais éelles denegada por falta de recursos económicos. Tras tres meses no noso país, un problema de saúde na cadeira fai que Flor teña que someterse a unha intervención cirúrxica, pola que o hospital emite unha factura de **8.000 euros**. Desde Médicos do Mundo reclamamos o aviso, e recibimos a resposta de que cando cumpran o tempo de padrón para ser admitidas na cobertura médica se eliminará a facturación. Informamos ao servizo de que a normativa non permite imputar a factura se o empadramento non alcanza os seis meses no momento da atención médica. Ao solicitar o desistimento da factura pídenos documentar a irregularidade de Flor, imposible de conseguir posto que ningunha Administración a acredita. Unha vez presentada a documentación recollida na normativa, desisten do cobro polo dereito a urxencia ata alta médica. Flor e o seu marido deciden voltar a Perú ante o medo pola súa situación administrativa, onde reciben os coidados dunha persoa que contrataron as súas fillas cos poucos recursos económicos dos que dispoñen.

PGPSSP

Malia que na nosa comunidade se implantou un programa para diminuír os efectos do RD 16/2012, o Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública (PGPSSP)⁸, cada vez atendemos a máis persoas ás que se lles denega a entrada neste programa alegando distintas razóns ou esixindo **documentos que non aparecen na lei e que na maioría dos casos son moi difíciles ou imposibles de conseguir**.

Sería o caso, por exemplo, da documentación sobre os ingresos no lugar de orixe, cando en moitos países –incluído o noso– non é obrigatorio declaralos se non alcanzan un mínimo. Acontece en Colombia, por exemplo, país co que foron moitos os trámites a realizar tanto dentro como fóra de España, chegando a poñernos en contacto con director da DIAN –a Facenda colombiana– para poder acreditarlle á dirección do Servizo Galego de Saúde que este documento xa non se expedía, nin no consulado nin a través da Web, para aquelas persoas con ingresos máis baixos.

Tamén foron especialmente chamativos os casos relacionados con Perú, en cuxo Consulado fixemos numerosos trámites e demostramos que non expedía ningún documento de forma telemática, deixando como única vía **viaxar a Barcelona e pagar polo trámite para que o Consulado acreditase que non poden expedir o documento**, xa que a Sunad –a Facenda peruana– tampouco esixe a declaración ata certo nivel de ingresos.

Liliana ten 60 anos e naceu en Colombia. Perdeu a súa regularidade por reagrupación familiar coa crise económica, e acode a solicitar PGPSSP. A delegación territorial solicita a demostración de falta de ingresos económicos, documentación que nin ela nin as súas familiares poden conseguir. Liliana non ten ingresos para soste-lo seu seguro médico privado cando é diagnosticada de cancro de colon. Poñémonos en contacto coa súa traballadora social, enviámoslle a información do Consulado conforme non expiden a documentación requirida e consegue a cobertura por PGPSSP.

Isto demostra que a solicitude de documentos imposibles de conseguir deixa a moitas persoas sen asistencia médica e sen acceso a medicinas.

Outra dificultade á hora de solicitar o PGPSSP é a renovación do mesmo. Segundo a normativa publicada, será automática acreditando só a situación de renda, é dicir, que os ingresos seguen a ser menores ao dobre do Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM). Sen embargo, anualmente as migrantes teñen que volver a presentar toda a documentación, o que dilata moito os prazos de renovación e por tanto dificulta a continuidade asistencial así como o acceso a medicamentos.

Son moitos os casos de vulneracións detectados neste proceso, xa que a información dada desde os centros de saúde ás usuarias en moitos casos vulnera os seus dereitos máis básicos. A maiores, en todos estes casos temos que ter en conta que o sistema solicita [documentación que nin as propias traballadoras sociais saben conseguir](#), e moitas das persoas que atendemos son analfabetas dixitais polo que se ven abocadas a longos desprazamentos ata os consulados –a maioría fóra de Galicia- e á dilatación da resposta máis aló dos tempos acreditados. En ocasións a nosa organización e outras moitas ONGs coas que traballamos en rede temos que facer funcións de solicitude de ampliación de prazos para poder dar resposta. Así, un trámite que se podería facer no centro de saúde acaba sendo realizado nas organizacións.

Guadalupe, nada en México hai 68 anos, é diabética, ten problemas de xeonllo e dores xenitais agudos, e acode ao centro de saúde ao que leva indo un ano para renovar PGPSSP. O persoal administrativo négalle a cita ata a renovación do programa, e acode a Médicos do Mundo, onde nos conta que neste tempo foi a enfermeira a que fixo o control da diabetes posto que o seu médico se nega a atendela –fomos testemuñas de como lle berraba e a enviaba a privada-. Guadalupe non nos permite identificar ao médico para tomar accións legais por medo a ser deportada, e cambiámola de centro de saúde porque a súa tarxeta aínda está vixente durante un mes, onde recibe a atención que precisa.

Afonso é brasileiro e ten que facer o cambio de tarxeta por Programa de Vixilancia Epidemiolóxica a PGPSSP. No centro de saúde de Santiago dinlle que ten que facer ese trámite na Coruña, información falsa e que vulnera os seus dereitos. Na mesma semana dúas persoas que tiñan que renovar o PGPSSP reciben as mesmas indicacións no mesmo centro.

Lonxe de ser estas as únicas dificultades ás que se enfrontan as persoas que solicitan PGPSSP, durante este ano fomos testemuñas de como malia presentar toda a documentación, a [resposta desde a Delegación Territorial de tramitación de tarxeta sanitaria da Coruña tarda máis de cinco meses](#). Isto ocorre debido a que as delegacións teñen obriga de contrastar os datos das solicitantes de PGPSSP con Extranxeiría. Dende distintos organismos pertencentes o SERGAS notificáronsenos retrasos de máis de 400 expedientes paralizados dende o verán de 2018. Isto afecta directamente á atención que estas persoas poidan recibir, xa que son moitas as que nestes meses non puideron acceder á compra de medicamentos ou ás consultas de especialidades necesarias polas súas doenzas. Esta situación vén a corroborar que un dereito fundamental como é o da saúde non se pode supeditar á situación de estranxeiría. Fontes consultadas afirman que o problema está lonxe de se resolver, que se solucionaron os 400 expedientes paralizados pero que agora volven a ter retrasos.

Outra cuestión altamente preocupante é que a pesar de que o Programa Galego xurdiu con efecto de paliar o Real Decreto, [ás persoas en situación regular negáselles o dereito a recibir asistencia por esta vía](#), ficando excluídas dun sistema sanitario que admite a persoas en situación irregular.

Mihaela é romanesa e ten unha discapacidade. Cando acode a renovar o PGPSSP, Extranxeiría négalle a posibilidade de solicitar a inscrición no Rexistro Central de Estranxeiros. Acompañada por un voluntario da nosa organización, denéganlle outra vez a renovación por non cumprir os requisitos administrativos. Un trámite a todas vistas rápido de resolver tarda preto de tres meses. Posteriormente, e tendo presentado o certificado negativo do Rexistro Central e o resto da documentación, temos que agardar tres meses máis ata que Extranxeiría verifica o certificado para facer efectiva a renovación.

Aínda que na norma publicada do PGPSSP un dos requisitos é “non ter dereito á condición de asegurado nin de beneficiario recoñecido polo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), ou no seu caso polo ISM (Instituto Social da Marina), nin ter subscrito un convenio especial para recibir asistencia sanitaria, nin poder exportar o dereito á asistencia sanitaria desde o país de orixe ou procedencia”, as administracións responsables do programa fan unha lectura restritiva, polo que se dá a incongruencia de que ás persoas en situación administrativa regular se lles nega este dereito.

MENORES DE 18 ANOS

A cobertura para menores de 18 anos ten que estar garantida xa que é de obrigado cumprimento para todos os países que asinan a Declaración Universal de Dereitos Humanos (DUDDHH). Dende a aparición do RD 16/2012, foron moitos os casos de [nenas atendidas na nosa organización por non acadar forma de ser admitidas na cobertura médica por ningunha vía](#).

A maior dificultade nos dous últimos anos atopámola nos casos de menores europeas ou que, por razóns de parentesco, teñen nacionalidade dun país da Unión Europea pero nunca viviron nel. Para poder solicitar a cobertura sanitaria teñen que demostrar non ter dereito a cobertura médica a través da tarxeta europea. Ademais teñen que presentar a súa denegación no Rexistro Central de Estranxeiros, trámite que como xa comentamos é moi difícil de conseguir e para o que estamos atopando en moitos ocasións persoas que, [informadas por Estranxería, contrataron seguros médicos privados aos que non tiñan obriga](#) e que posteriormente non lles facilitaron a obtención da documentación que estaban a solicitar.

A nai e o pai de Vânia son portuguesas, pero ela naceu en España hai un mes. A médica do centro de saúde informa ás súas familiares de que mentres non arranxen a súa situación de cobertura médica non pode marcar citas para ela nin pode ir por urxencias, e as administrativas envíanas ao INNS, onde lle denegan adscrición como beneficiaria por non posuír documento identificativo e non iniciar os trámites en Estranxeiría, onde lles din que precisan un contrato de traballo, unha identificación da menor e un seguro médico privado. A Vânia tócanlle vacinas nunha semana, pero no centro de saúde dinlle que non pode pedir cita sen tarxeta sanitaria a menos que pague a consulta. Desde Médicos do Mundo iniciamos os contactos co INNS, onde nos din que Vânia non pode ser beneficiaria da nai. Reclamamos o dereito a alta e solicitamos a corroboración coa delegación provincial, pero o administrativo négase e instan a abandonar as instalacións. Tras a nosa negativa, solicitamos ver ao supervisor, que nos atende e tras plantexarlles as alternativas de acreditación facilítanos un alta provisional. Posteriormente e en coordinación coa asociación que nos derivou o caso tramitamos unha queixa no centro de saúde.

Johana mudouse a España desde Holanda coa súa filla Ingrid de 5 anos por unha oferta de traballo que nunca se fixo efectiva. Tras máis de seis meses en Galicia derivánnola desde o centro de saúde para que poda conseguir a denegación no Rexistro Central de Estranxeiros para tramitar o PGPSSP e incluír a Ingrid como menor. Johana ten un seguro médico privado porque en Estranxeiría díxéronlle que sen el non podía rexistrarse como cidadá da UE, malia que non cumpre outros requisitos para acceder por esta vía. Cando acompañamos a Johana a Estranxeiría négannos o trámite de novo por falta de requisitos e volvemos ao día seguinte coa copia da normativa e a Lei de Administracións Públicas conforme temos dereito ao trámite. Feita a solicitude e agardando a resolución, Johana consegue traballo e entra por asegurada polo INNS e Ingrid como beneficiaria. Poucas semanas despois infórmanos de que o seguro privado non lle da a baixa e solicítalle o pago das cuotas e Médicos do Mundo contacta coa compañía para explicar as circunstancias que a levaron á contratación dun seguro que nunca debeu facer, xa que nai e filla tiñan dereito por outras vías.

O dereito da menor ten que ser recoñecido sempre e non se poden poñer trabas administrativas que, en relación con outras administracións como Estranxería, fan imposible facer efectivo o dereito. Por outra banda, nos casos de nenas en situación de exclusión social o Estado debería ir mais alá e garantir e protexer o acceso a todos os servizos como forma de afastalas da exclusión e proporcionarlles un futuro mellor.

Ioan,
menor xitano rumano, leva
varios anos sen escolarizar porque
non posúe ningún documento identificativo
nin seguro médico. Cos poucos recursos cos que
contan, a súa nai e o seu pai lévano a Romanía para
empadroalo e facer o documento de identidade, o que
debería ser suficiente para ter tarxeta sanitaria. Malia iso,
solicítannos a denegación no Rexistro Central de Estranxeiros
e novamente atopámonos con administrativas que non queren
tramitar a solicitude por falta de requisitos, mais no mes de maio
ao acudir cun voluntario recoñecen a solicitude. En agosto ante a
falta de resposta chamamos e proporcionamos a dirección dos
servizos sociais para recibir a resolución a falta dun domicilio
propio, pero ao non ser notificada a súa recepción é devolta e
temos que ir á Coruña a recollela. Despois de moitos trámi-
tes conseguimos atopar a denegación no BOE, e temos
que presentar documentación da nai, do pai, de
Ioan e do país de orixe conforme non teñen
cobertura en Romanía. Actualmente
estamos á espera de resolu-
ción.

Nos casos de menores onde detectamos vulne-
ración, e a pesar dos reiterados esforzos de visibiliza-
ción dos mesmos e ás nosas reclamacións, **nunca
fumos quen de acadar unha sanción para as administra-
tivas que as cometeron**. Este asunto é moi grave, xa que
xera unha indefensión nas titulares de dereitos que a
sufren e unha conciencia de impunidade en quen as
comente, polo que esa mesma conduta se reproducirá
noutros casos.

A nosa preocupación polo dereito á saúde das
menores é compartida por UNICEF, tal e como reflicten
no informe *A infancia en Galicia* do ano 2018.

Szilvia
naceu hai seis meses en
España. A súa nai, de nacionalidade
húngara, acode ao centro de saúde onde lle
din que non ten cobertura médica e non a van poder
atender. En dúas ocasións Szilvia ten síntomas de febre
e desde o Servizo de Admisión da Xerencia de Xestión
Integrada notifican un aviso de factura polo servizo de urxen-
cias de **723,18 euros**. Contactamos co centro de saúde para
lembrarlle a obriga de informar de que Szilvia pode ter cobertura
como menor, e ante as trabas postas pola administrativa do centro
e a negativa a recoller a documentación, chamamos á delegación
territorial de tramitación de tarxeta sanitaria, que contacta coa
administrativa para que recolla os documentos. Durante dous
meses estivemos reclamando a factura no servizo de facturación
e posteriormente coa dirección de recursos económicos do
SERGAS, que tampouco a resolveu nin amonestou a factura-
ción. Ata que a delegación territorial non aprobou a
cobertura sanitaria da menor, negáronse a desistir do
cobro. Actualmente a nai de Szilvia conseguiu
un contrato de traballo e puido incluíla
como beneficiaria da súa
cobertura

MULLERES EMBARAZADAS

O artigo 3 do Real Decreto no apartado de Asis-
tencia Sanitaria en Situacións Especiais **recoñece a
asistencia ao embarazo, parto e postparto**. Malia isto,
todos os anos somos testemuñas de mulleres que ven
vulnerado o seu dereito, tanto pola denegación no
acceso ao servizo, como pola facturación. Alén diso, o
persoal administrativo está obrigado a ofrecer toda a
información que recolle a lei ás usuarias, e non só aquela
que lle preguntan.

Raquel chega a España
desde Perú co seu fillo de seis anos.
Poucos meses despois entérase de que está
embarazada, pero ponse de parto de forma prematu-
ra antes de realizar os trámites no centro de saúde.
Raquel vese con un fillo ingresado e outro coa súa nai, que
traballa de interna por un soldo de 700 euros, todas en situación
irregular. Raquel quédase en Coruña sen cobertura malia ter dado
a luz e ter ao bebé ingresado no hospital, o que pobablemente
significa que lle facturarán a atención prestada. Cando Raquel
contacta con Médicos do Mundo informámoslle dos trámites para a
cobertura do menor, que é asmático, e da súa. Seguimos pendentes
da facturación.

M a -
riana é brasileira e, emba-
razada de sete semanas, acode en
dúas ocasións a urxencias porque non se
atopa ben. Non foi ao centro de saúde porque
está en situación irregular e ten medo a que a
deporten. O persoal administrativo de urxencias
indícalle que lle van a facturar **400 euros**, mais ela e a
súa parella deciden que a atendan. Buscan axuda en
Médicos do Mundo porque cambiaron de domicilio e non
recibiron a factura. Ao chamar a facturación dinnos que
non lle facturaron e que a clasificaron como paciente
privada, e días despois reciben unha factura de
723,18 euros. Reclamamos as dúas facturas por ter
dereito a urxencia e por muller embarazada, vías
das que non foi informada no hospital.
Mariana ten agora cobertura e está
regularizando a súa situación.

SOLITANTES DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Desde que en 2016 a situación de Venezuela se recrudeceu, foron moitas as cidadás que saíron deste conflito e solicitaron protección internacional. A lei respecto ao seu dereito a saúde é moi clara: **mentres estean recoñecidas como solicitantes de asilo terán dereito a cobertura sanitaria pola vía de Medidas Espaciais** contempladas dentro do RD 16/2012, e os documentos a presentar para a solicitude deste dereito serán a copia do documento identificativo e a copia do empadramento.

Cando alguén ten recoñecido o dereito a protección internacional, cousa moi pouco frecuente na nosa comunidade autónoma, o dereito á saúde será xestionado polo INNS e por tanto será incluída como asegu-

J o s é

naceu en Guatemala, ten 42 anos e é
solicitante de protección internacional. Ten diabe-
tes sen controlar e desde hai máis de dous meses non ten
recursos para comprar a súa medicación. En Médicos do Mundo
dámoslle información, realizamos os trámites para solicitante de cobertura
por protección internacional e derivámolo ao centro de saúde. A administrativa
dille que non pode tramitala co resguardo de solicitude, e cando José insiste chama á
Delegación, desde onde lle confirman que si o pode facer. De novo non quere recoller os
documentos alegando que precisa os orixinais, o que deixaría a José sen identificación
posto que o pasaporte se lles retira a todas as solicitantes de protección. Ante a negativa del,
a administrativa faulle o trámite. Cando pide cita coa médica, como lle indicamos, a administrativa
dille que a alta é como paciente privado, e que o poden atender pero que lle facturaran. Ao chegar
á nosa oficina di que non asistirá á cita porque non ten cartos para pagar. Informámoslle de que non
poden facturarlle a atención unha vez feita a solicitude e nos poñemos en contacto con centro de
saúde e a EOXI correspondente pola gravidade das consecuencias. A administrativa comenta varios
problemas: a falta de formación, a alta mobilidade en diferentes postos dentro do SERGAS e a falla
de administrativas, etcétera, factores que redundan nunha vulneración dos dereitos básicos.

I v á n ,

venezolano con solicitude de
protección internacional, acode ao centro de
saúde para tramitar cobertura médica, envían ao INNS
e alí dínlle que non ten o status recoñecido. Pide apoio en
Médicos do Mundo, onde lle axudamos con toda a documentación
requerida. A administrativa do centro de saúde dille que a documentación
é correcta, pero que a ten que entregar no horario de recollida e ten que volver
pola tarde, onde é atendido polo administrativo que o enviou ao INNS. Malia
contar coa documentación, o empregado négalle a solicitude de novo por falta de
documentos. Iván, desesperado, dille que vai de parte de Médicos do Mundo, ao que
lle responde nun primeiro momento que é unha organización que non pinta nada alí.
Ante a insistencia de Iván, o administrativo recoñece que non pode facer o trámite porque
non teb ninguén a quen preguntarlle. Na nosa organización aclarámoslle que non lle
expedirían a tarxeta sanitaria, senón un documento acreditativo do dereito polo tempo
que dura o seu visado, o que lle obriga a renovar cada seis meses a solicitude. Isto
dificulta moito o seguimento do seu proceso de saúde e o acceso a medicamentos.
Iván tarda dous meses en obter o seu dereito, polo que en catro ten que renovalo.

G a -

briela naceu en Venezuela
hai 8 anos e cando chega a España en
situación irregular consegue cobertura como
menor. Unha vez recoñecida como solicitante de
asilo, acode o centro de saúde para presentar a
solicitude como solicitante de protección internacional.
Dínlle que mentres non lle aproben o cambio de cobertura
non terá dereito a atención médica. Debido aos dilatados
prazos de resolución, poñémonos en contacto coa Delega-
ción Territorial, onde se ofrecen a axudar á nai na rápida
tramitación informándoa de que non lle poden nin denegar
a atención á menor nin facturarlle por esta.

En materia de persoas aseguradas e beneficiarias, a maior parte das vulneracións detectadas por estas vías están relacionadas con:

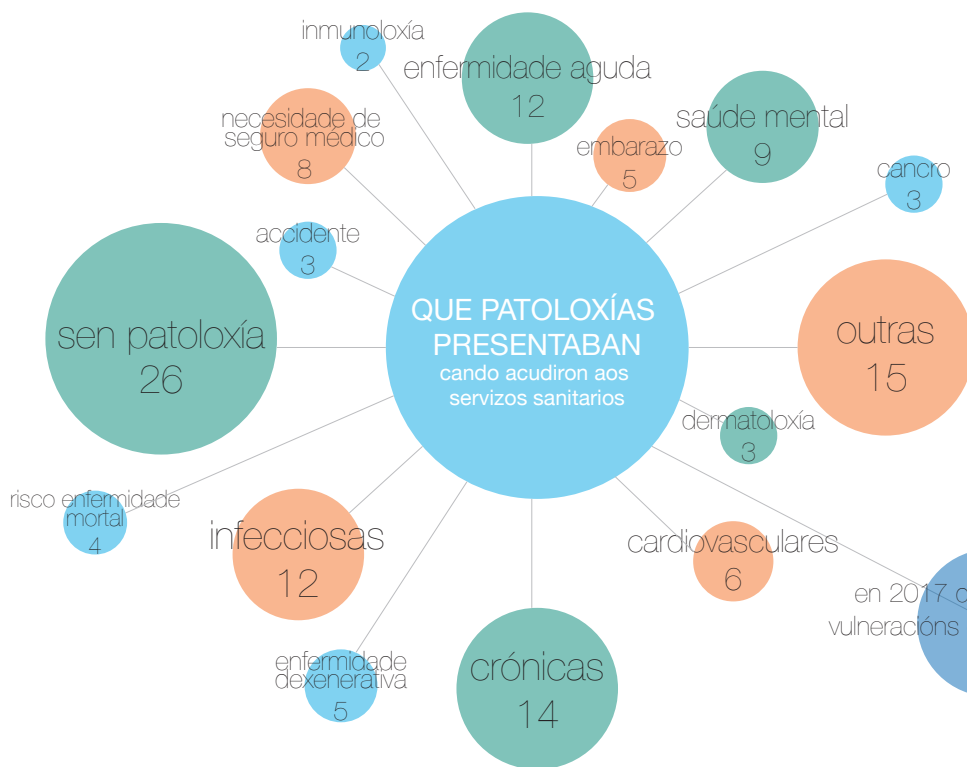
- Persoas maiores de 65 anos reagrupadas
- Menores nadas en España con nais e pais en situación administrativa regular pero sen contrato de traballo
- Persoas recoñecidas como parellas de feito sen rexistrar e regularizadas como tales por Estranxeiría
- Persoas casadas legalmente con unha española pero que non poden regularizar a súa situación en Estranxeiría porque a reagrupante non ten contrato de traballo. Aínda que a inmigrante consiga regularidade mediante un contrato de traballo e estexa de alta na seguridade social non poderá ser asegurada por si mesma
- Persoas que obtiveron a regularidade demostrando recursos económicos suficientes e puideron regularizar a toda a familia. Nestes casos esíxennles un seguro médico privado, quedando sen ningunha vía nin elas nin as menores ao seu cargo

Estas vulneracións danse porque aínda que na lei non se estableza unha relación entre a normativa de estranxeiría e a sanitaria, na realidade o INSS nega a cobertura médica cando Estranxeiría pide un seguro privado.

Roberto naceu en Cuba hai 83 anos e foi reagrupado polo seu fillo. Estranxeiría non lle solicita un seguro médico privado, pero unha vez en España denégalle a cobertura médica como beneficiario do seu fillo e como asegurado. As nosas voluntarias xuristas apoiaron a tramitación do caso, que está presentado no xulgado, pero a data de hoxe aínda non temos resposta. Roberto continúa a ser atendido por unha médica obxectora dous anos despois.

Laura é venezolana e chega a España coa súa parella. Estranxeiría concédelle a regularidade como familiar membro da UE, pero pídelles un seguro médico privado. O INSS denégalle dereito como beneficiaria da súa parella por non estar casada nin rexistrada como parella de feito. Isto é unha clara incongruencia xa que Estranxeiría recoñece a parella pero o INSS non. En outubro de 2017 ten un accidente, cae e fractura o pulso. Laura sométese a unha operación, pola que lle facturan **3.500 euros**. Por moitos intentos que fai nunca consegue paralizar a factura. Tempo despois consegue darse de alta como empregada no servizo doméstico e por tanto consegue cobertura. Cando vai presentar os documentos dinlle que xa pasou o prazo e que non poden parar a factura.

Daniel, diabético, é venezolano e está casado cunha muller española coa que ten fillas. Vai a Estranxeiría a solicitar o seu permiso de residencia como familiar da UE, pero é rexeitado porque a súa esposa non aporta demostración de ingresos mínimos. A denegación específica que ao non ter regularizada a súa situación pode residir e traballar en España, pero non recibir asistencia sanitaria nin axudas económicas. Durante catro meses busca traballo mais aínda que moitas empresas se interesan polo seu perfil non se queren arriscar a facerlle un contrato pola súa situación. Durante 6 meses é atendido por unha médica obxectora e apoiado pola nosa entidade para sufragar os 80 euros mensuais da súa medicación



en 2017 detectamos 175
vulneracións do dereito á saúde

O
número
atendidos por
Mundo Galicia en
desde que se impla

2015

57

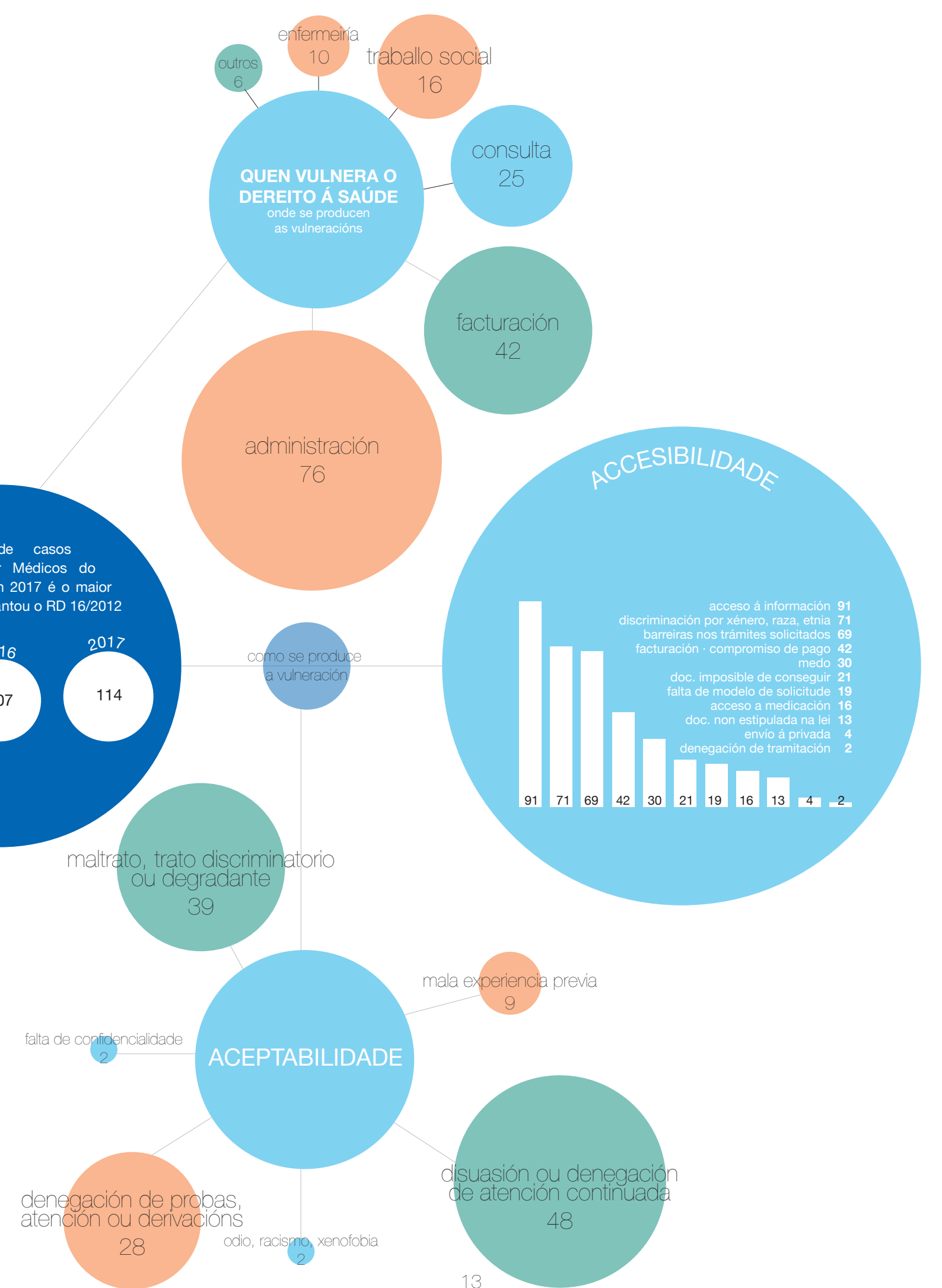
20

10

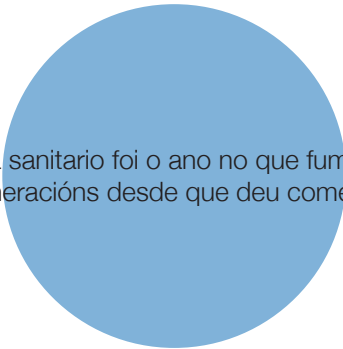
DEBERÍAN TER SIDO ATENDIDAS
polo dereito a cobertura derivado



Os datos estatísticos refletidos neste
informe son do ano 2017. Os datos
cualitativos corresponden ao período de
xaneiro de 2017 a xuño de 2018



2018 É O ANO DA CONSOLIDACIÓN DAS VULNERACIÓNS E O AFIANZAMENTO DAS MESMAS COMO NORMA



dentro do sistema sanitario foi o ano no que fumos testemuñas das
máis graves vulneracións desde que deu comezo o RD 16/2012

Na nosa práctica diaria, e dende a perspectiva do dereito a saúde, o noso traballo céntrase na vixilancia do cumprimento deste dereito dende una análise da situación baseada nos criterios avaliativos do PIDESC.

Pero se cambiamos o foco desde onde examinamos os problemas e priorizamos como criterio de corte outras variables, como o tipo de problema polos que nos buscan ou os motivos que xeran a súa situación de exclusión, vemos que hai [colectivos que pola súa especial vulnerabilidade sofren unha exclusión en moitos casos derivadas das interaccións entre distintas normativas](#).

No noso afán de avaliar as novas situacións a afondar nos determinantes que as xeran, temos por costume buscar titulares de responsabilidades coas que poder profundizar na análise das consecuencias destes problemas e no coñecemento destas realidades, dentro e fóra da nosa organización.

No informe deste ano queremos centrarnos na discriminación de tres colectivos: [as persoas con discapacidade, as persoas con enfermidades graves ou terminais e as persoas que foxen de países de conflito](#).

Froito das reflexións coas titulares de responsabilidades e coas titulares de dereito, son os tres artigos que presentamos a continuación.

PERSOAS CON DISCAPACIDADE

por Miguel Vieto Villar

xurista e asesor legal de entidades relacionadas con discapacidade

A saúde é un estado de completo benestar físico, mental e social
e non só a ausencia de afeccións ou enfermidades

Preámbulo da constitución da Organización Mundial da Saúde, 1946

No que respecta á atención de saúde a persoas migrantes no noso país, e como temos xa visto, existen tres supostos nos que as persoas migrantes deben ter garantida a prestación de saúde en igualdade total con respecto á poboación nacional⁹: a atención a embarazo, parto e postparto; a atención á urxencia e emerxencia ata alta médica; e a atención pediátrica. Con isto, resulta evidente que desde a aparición do xa aludido Real Decreto 16/2012 [o Servizo Galego de Saúde non é universal, senón que está limitado a unha serie de supostos](#).

Nunha lectura en negativo, a normativa colócanos diante dunha realidade arrepianante: non existe garantía de cobertura de servizos socio-sanitarios para aquelas persoas con patoloxías crónicas, para persoas en situación de fin de vida, e tampouco para aquelas que teñen unha ou varias discapacidades que precisan de apoios en saúde ou rehabilitación. O propio artigo 14 da coñecida como Lei de Estranxeiría¹⁰ exclúe da prestación de todo tipo de servizos sociais ás persoas migrantes que carezan de residencia legal no noso país, a excepción das menores de 18 anos¹¹.

Así pois, as migrantes sen residencia legal non teñen a consideración de titulares de dereitos no ámbito da dependencia e, en definitiva, [non teñen dereito a que a súa discapacidade sexa recoñecida de ningún modo](#), nin no eido social¹² nin no sanitario, na medida en que non teñen acceso ao recoñecemento do seu grao de discapacidade.

Isto supón que non poden optar a servizos específicos de apoio, a atención médica especializada e a rehabilitación, ou a axudas á dependencia, entre outras cousas.

Esta realidade non se corresponde coas esixencias dos organismos internacionais e dos compromisos adquiridos polo noso Estado, xa que [España e Galicia escolleron libremente un sistema de exclusión](#). Así, os textos e convenios internacionais dos que España é parte esixen unha garantía de atención á saúde e aos aspectos sociais das persoas, de todas elas sen excepción. Así o recollen, entre outros Instrumentos:

J u a n ,
venezolano de 26 anos, ten isquemia e
trombose cerebral, esquizofrenia e epilepsia. Leva 10
anos vivindo en España coa súa nai en situación irregular con
cobertura por PGPSSP. Mentres pasea pola rúa párao a Policía e ábrele un
expediente de expulsión. Para que non sexa devolto ao país de orixe, a súa nai, con
nacionalidade española, solicita unha reagrupación familiar. Esta vía para regularizalo ten
graves consecuencias para Juan e a súa familia. Como consecuencia da súa regularización
perde a cobertura sanitaria, xa que é maior de 26 anos e non ten a discapacidade recoñecida, únicas
vías para poder acceder a cobertura sanitaria como beneficiario da nai. Non ten solicitada a discapacida-
de porque foron informadas de que non podían solicitala se estaba en situación irregular. Iniciamos os
trámites e ao contactar para coñecer cando o van atender informannos que están tramitando os casos de xuño
de 2016, polo que lle queda un ano por diante. No INNS dinnos que poderíamos ir a vía xudicial pero cos atrasos
dos xulgados despois da folga de este ano, poderían ser dous anos de espera. Actualmente esta sendo atendido por
unha médica obxectora e temos un ano por diante para o trámite da discapacidade.

O Artigo 12.1 do Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais:

"Os Estados Partes no presente Pacto recoñecen o dereito de toda persoa ao goce do máis alto nivel posible de saúde física e mental"

Os artigos 25 e 26.1 da Convención de Nova Iorque sobre dereitos das persoas con discapacidade:

"Os Estados Partes recoñecen que as persoas con discapacidade teñen dereito a gozar do máis alto nivel posible de saúde sen discriminación por motivos de discapacidade. Os Estados Partes adoptarán as medidas pertinentes para asegurar o acceso das persoas con discapacidade a servizos de saúde que teñan en conta as cuestións de xénero, incluída a rehabilitación relacionada coa saúde"

"Os Estados Partes adoptarán medidas efectivas e pertinentes, incluso mediante o apoio de persoas que se atopen nas mesmas circunstancias, para que as persoas con discapacidade poidan lograr e manter a máxima independencia, capacidade física, mental, social e vocacional, e a inclusión e participación plena en todos os aspectos da vida"

Na mesma liña, dos informes de seguimento en Dereitos Humanos que se teñen efectuado sobre o noso país¹⁴ transcende unha idea xeral: o sistema de recoñecemento da discapacidade español, baseado no grao de discapacidade, **non é respectuoso coa lexislación internacional, e débese universalizar e personalizar a atención.**

Con isto, queremos pór de manifesto que as migrantes teñen vulneradas unha vez máis as facultades que como persoas deberan corresponderlles, xa que no ámbito interno español e no galego o dereito á atención á patoloxía crónica e a discapacidade non se atopa recoñecido. Tamén remarcamos que, malia os acordos internacionais, non existe unha acreditación internacional da discapacidade.

Non podemos deixar de pensar en todas aquelas persoas con discapacidade coas que traballamos desde Médicos do Mundo Galicia este ano, pola súa situación de total abandono e desprotección.

Mamadou ten catro anos, naceu en Senegal e reside en España en situación administrativa irregular. Presenta disarmonía evolutiva crónica e EEG alterado. Desde o hospital onde é atendido solicitan en xuño de 2017 a través de Servizo de Atención Temperá o grao de discapacidade do menor. No mes de novembro recibe requerimento da fotocopia do certificado de cidadán da Unión expedido pola Xefatura Superior de Policía. Posto que todas as súas familiares están en situación administrativa irregular, non poden achegar o documento, xa que só a solicitude supón a orde de expulsión de toda a familia. Desde Médicos do Mundo realizamos un escrito á atención da Xefatura de Valoración da Discapacidade onde se fai constar os dereitos do menor e as obrigas do Estado a recoñecerlle a súa discapacidade. A data actual foi recoñecido que Mamadou ten unha discapacidade superior ao 57% acreditada e ten o seu dereito a dependencia recoñecido.

Federico ten cinco anos, naceu en Uruguai, e ten graves problemas de saúde: nistagmus, miopía, hipertiroidismo, RNM trastorno na migración neuronal, con necesidade de tratamento fonoaudiolóxico e psicomotriz. A nai e o pai pasan dous anos formándose para poder migrar de forma regular, e saen cunha oferta de traballo para Alemaña. Ao chegar Federico sofre bullying e empezan a retroceder en áreas nas que conseguía desenvolverse. Nesta situación e sen aforros para poder voltar, unhas familiares páganlles o billete a España, onde acoden ao centro de saúde e lles din que mentres tramitan a tarxeta sanitaria Federico non terá dereito a atención sen factura. Desde Médicos do Mundo chamamos ao centro de saúde e cítano alegando un erro. Desde que fai a solicitude só lle dan dereito a atención primaria, polo que está máis de cinco meses sen cobertura de pleno dereito. Debido aos transtornos de Federico derivámolo a unha clínica privada que traballa de forma desinteresada con el e a súa familia. Pasado o tempo e realizadas as probas pertinentes solicitamos o seu grao de discapacidade e denéganllo solicitando un NIE. Un contacto da súa avogada en Estranxeiría informa de que deportarán a toda a familia. Actualmente non ten recoñecido o grao de minusvalía e non pode acceder a servizos específicos para o seu desenvolvemento.

Cheikh é senegalés e está empadroadado en Galicia desde 2007. Foi diagnosticado cunha enfermidade chamada retinosis pigmentaria, que consiste na dexeneración da retina provocando que se reduza o campo periférico e afectando á visión central, ata a perda total de visión. Tras diferentes intentos de buscar unha solución para regularizar a súa situación, non sendo posible ningunha vía debido á súa perda progresiva de visión, ponse en contacto coa Xunta de Galicia que lle indican que non poderá obter un certificado acreditativo da minusvalía por atoparse en situación administrativa irregular. Ademais era perceptor dunha renda básica pero perdeuna por non querer cambiar o domicilio, xa que o seu traballador social considera que o seu prezo é moi elevado. Cheikh vive neste piso desde antes de quedar cego, coñece ben todos os camiños para poder ir ao lugar onde traballa, á compra e valerse só.

ENFERMAS GRAVES E TERMINAIS

por Inés Fernández de Córdoba Alonso
médica especialista en medicina familiar e comunitaria

“Toda persoa ten dereito ao alivio da dor.
Os coidados paliativos deben ser ofrecidos segundo os principios de equidade,
sin ter en conta nin o lugar nin o estatus social
ou a posibilidade de pagar tales servizos”

Declaración de coidados paliativos. Barcelona 1995

Unha das características da exclusión sanitaria é que unha vez que se aplica, non valora nin diferenza as distintas circunstancias que están a atravesar as persoas que quedan fóra do sistema. Aínda que desde Médicos do Mundo defendemos o dereito á protección da saúde de todas as persoas, independentemente de calquera aspecto e situación, enfrontámonos a escenarios especialmente duros cando as que deixan á marxe presentan un estado de saúde moi deteriorado, como ocorre nos casos de enfermidades dexenerativas, avanzadas, progresivas e incurables, ou patoloxías con difícil manexo dos síntomas. Estas circunstancias sempre se acompañan dun **intenso sufrimento persoal e familiar que debe ser abordado polo sistema de saúde dunha forma integral e multidisciplinar**, na que se atendan todos os aspectos -físicos, psíquicos, sociais e emocionais- de forma global.

A exclusión sanitaria nos casos das persoas gravemente enfermas déixalles como **única vía de atención os servizos de urxencias, incumprindo claramente co concepto de continuidade asistencial**, posto que a atención que reciben deste xeito é puntual e cada vez levada a cabo por unha profesional diferente, que ademais é frecuente que descoñeza os complexos procesos que están a sufrir. As consecuencias desta atención fragmentada poden dar lugar a un peor manexo dos síntomas físicos –como dor, vómitos, disnea...-, a un estado de ansiedade e/ou depresión de difícil control, ou a unha sensación de abandono e, por tanto, a un empeoramento do seu estado de saúde. Todo isto xunto á falta de información sobre o proceso de enfermidade e o pronóstico atentan contra o dereito á dignidade das persoas.

O concepto de dignidade humana aparece no preámbulo da Declaración Universal dos Dereitos Humanos (DUDDHH) e é un dos fundamentos da bioética. Algúns instrumentos internacionais recoñecen a súa importancia e o seu valor e fan referencia de forma explícita á protección da dignidade de todos os seres humanos como un dos seus obxectivos. É o caso da declaración Universal de Bioética e Dereitos Humanos adoptada pola Unesco¹⁴, ou o Convenio de Oviedo¹⁵. Este último é un instrumento internacional con carácter xurídico vinculante para os países que o subscriben, e entre os seus obxectivos está o de **protexer a dignidade e a identidade de todo ser humano e garantir o respecto da súa integridade e demais dereitos e liberdades fundamentais**. Dentro da nosa Constitución, a dignidade humana é un dereito recollido no artigo 10. Así mesmo, a Lei Xeral de Sanidade, en base ao reflectido no devandito artigo, recoñece o dereito da enferma a que sexa respectada a súa personalidade, dignidade e intimidade.

María
ten cancro de páncreas en
estadio 4 e está recibindo atención
en paliativos. Ten cobertura por PGPSSP
por estar irregular, e concédennlle a cobertura por
razóns humanitarias. Cando recibe a aprobación vai á
farmacia e dinlle que non lle poden dar os medicamentos
porque non ten activa a cobertura. A asociación que traba-
lla con ela acompañaa á traballadora social, que di que ela xa
a avisou de que perdería a cobertura. A encargada do
PGPSSP mándaa ao INNS, alí dinlle que non ten dereito e
vólvena a derivar a PGPSSP. Enviamos a fotocopia da lei
sobre dereito á saúde por razóns humanitarias e dámoslles o
contacto coa delegación provincial do INNS, e tras chamar
a oficina onde se denegou a realización do trámite ponse
en contacto con ela para indicar que ten dereito e que
acuda ao INNS novamente. O mesmo día danlle
cobertura. A todos estes trámites tivo que ir
María, co conseguente sufrimento para
ela e a persoa que a acompa-
ña.

Merecen unha especial mención pola súa transcendencia os coidados ao final da vida ou coidados paliativos. Sábese que [alcanzan o seu maior grao de eficacia cando se avalía ao paciente nunha etapa temperá da enfermidade](#), xa que tamén ten unha función preventiva a través da identificación precoz, a avaliación e o tratamento correctos dos síntomas, sexan de orde física, psicosocial ou emocional. Polo tanto, a exclusión nos casos de persoas con necesidades paliativas, que xa están a atravesar unha situación extremadamente dura, non soamente empeora a súa calidade de vida, senón que ademais aumenta as hospitalizacións innecesarias e o uso dos servizos de saúde, e por tanto repercute nun prexuízo global.

O dereito aos coidados paliativos derívase do dereito á saúde, o cal contempla tamén a [non denegación do tratamento paliativo por falta de recursos económicos](#). Son os poderes públicos os que deben velar polo respecto á dignidade humana de todas as persoas e, por tanto, do seu acceso a unha atención sanitaria de forma equitativa e de calidade nos procesos de enfermidades graves e enfermidades terminais. Varias normas lexislativas sobre coidados paliativos regulan este aspecto.

A Recomendación número 1418/1999, do Consello de Europa, sobre protección dos dereitos humanos e a dignidade das persoas enfermas terminais e moribundas:

“Por tanto, a Asemblea recomenda que o Comité de Ministros inste os Estados membros do Consello de Europa a respectar e protexer a dignidade dos enfermos terminais ou moribundos en todos os aspectos: A. Afirmando e protexendo o dereito dos enfermos terminais ou moribundos aos coidados paliativos integrais, de modo que se adopten as medidas necesarias para: I. Asegurar que os coidados paliativos son un dereito legal e individual en todos os Estados membros. II. Proporcionar un acceso equitativo aos coidados paliativos a todas as persoas moribundas ou en fase terminal”.

No Decreto 259/2007, do 13 de decembro, recóllese a creación do Rexistro Galego de Instrucións Previas sobre Coidados e Tratamento da Saúde. Así mesmo, o Decreto 159/2014, do 11 de decembro, estableceu a súa organización e funcionamento. Faise especial referencia na elaboración desta lei ao documento elaborado pola Comisión Galega de Bioética titulado *Os coidados ao final da vida e ao Plan galego de coidados paliativos*.

A Lei 5/2015, do 26 de xuño, de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais ten o seu ámbito de cumprimento na Comunidade Autónoma de Galicia, e está dirixida a todas as persoas que se atopen no proceso da súa morte ou que afronten decisións relacionadas co devandito proceso.

Os principios básicos desta lei son:

- Protexer a dignidade da persoa no proceso do final da súa vida e salvagardar a súa intimidade e confidencialidade
- Defender proactivamente a liberdade, a autonomía e a vontade da persoa, respectando os seus desexos, prioridades e valores no proceso do final da súa vida
- Garantir o dereito das persoas no proceso final da súa vida para recibir coidados paliativos integrais e un tratamento adecuado tanto para o proceso físico como para os problemas emocionais, espirituais ou sociais
- Regular o exercicio dos dereitos da persoa durante o proceso do final da súa vida, dos deberes do persoal sanitario e social que atenda a estas persoas, así como as garantías que as institucións sanitarias e sociais estarán obrigadas a proporcionar, tanto ás persoas enfermas como ás ou aos profesionais, con respecto a este proceso
- Garantir a igualdade e a non discriminación das persoas no proceso do final da súa vida ao recibir coidados e servizos no ámbito sanitario ou social, independentemente do lugar de Galicia en que residan

Desde a nosa organización fomos testemuñas das [barreiras no acceso ao sistema sanitario de persoas en situación terminal](#) e con necesidades de coidados paliativos. É extremadamente cruel que as persoas que se atopan nunha situación tan sensible como é o final da vida, no canto de recibir unha especial atención garantindo así os principios de xustiza e equidade, non poidan optar ao alivio do sufrimento no momento no que o necesitan.

Luz,
venezolana de 72 anos, con carcinoma renal con afectación ganglionar e posible metástasis hepática, non cumpre os requisitos para poder entrar no sistema de saúde por ningunha vía. Chega a España en agosto e en outubro empeza a atoparse mal. Xa ten unha factura do PAC de **268.34 euros** por unha atención prestada, e diríxense á unha clínica privada onde lle diagnostican infección do tracto urinario e lle detectan unha masa renal dereita con invasión de pelvis renal, así como hiperglucemia. En novembro Luz e a súa familia acoden á clínica privada da Universidade de Navarra onde lle practican unha intervención cirúrxica de nefrectomía dereita. En decembro de 2017 realízase un novo TAC no que se observa un discreto crecemento de adenopatías torácicas aparecendo novas lesións en musculatura abdominal, infra umbilical e aparición dunha probable metástasis hepática. Durante todo este tempo búscanse vías para poder metela dentro do sistema sanitario público sen éxito, e o único tratamento ao que pode obter é un ensaio clínico na clínica navarra. Ante esta situación, solicitamos razóns humanitarias. A solicitude é denegada por estranxeiría alegando que "non queda acreditado que a enfermidade fose sobrevivida e que a asistencia sanitaria especializada non sexa accesible no seu país de orixe e o feito de ser interrompida ou de non recibila supoñía grave risco para a saúde e a vida". Consequimos con apoio do servizo de tramitación de tarxeta sanitaria unha aprobación rápida, pero no proceso empeza a sufrir dores e realizamos varias intervencións para conseguir que poida acceder á medicación. Tanto ela como a filla están moi asustadas xa que son conscientes da situación e sobre todo que a denegación supón non ter acceso a medicación para calmar a dor. En maio consegue entrar na cobertura a través do PGPSSP, mais cando ingresa en oncoloxía xa é demasiado tarde. O 28 de xuño de 2018 falece.

Manuel,
home venezolano de 33 anos, presenta un diagnóstico de adenocarcinoma de colón e metástasis hepática. Recibe tratamento en Venezuela e os seus últimos informes din que está estable e que só require seguimentos para ver a evolución. A súa muller ten nacionalidade española e deciden vir vivir a España. O pouco tempo de chegar atópase mal, empeza a ter dores e a sentirse moi inchado. Acoden a varias organizacións par intentan tramitar a tarxeta sanitaria, xa que no SERGAS mándano ao INNS e no INNS ao SERGAS. Cando chegan a Médicos do Mundo, leva dúas semanas sentíndose mal, mais non foron a urxencias porque lles avisaron no centro de saúde que lle facturarían **400 euros**. Acoden a urxencias co documento de Medidas Especiais e no tratamento e recomendacións de alta prescribenlle seguir coa medicación que xa tomaba, compaximando con paracetamol. Tamén lle aconsellan acudir o centro de saúde para tramitar a tarxeta e indicánlle que se se atopa mal pode volver por urxencias, pero non o derivan a oncoloxía en ningún momento. Manuel sigue igual e tras moitas chamadas ao hospital para solicitar o dereito a atención continuada e non recibir ningunha resposta clara, pómonos en contacto cun oncólogo no hospital e solicitamos cita na unidade de oncoloxía directamente. Tras a cita de oncoloxía consiguen un TAC no que se ve un gran crecemento tumoral, que urxe dar comezo a quimioterapia. Manuel sofre e un problema de hemoglobina que obriga a facerlle unha transfusión. Neste momento todos os medicamentos para a dor están sendo afrontados como se pode entre a familia e Médicos do Mundo, namentres intentamos regularizar a súa situación. En xaneiro de 2018 acode a urxencias porque non aguanta coa dor e recítanlle medicamentos que na farmacia non lle dan porque só ten a receita electrónica e o ao non ter tarxeta non pode acceder a ela. Cando conseguimos a receita en papel temos que pagar **300 euros** por unha caixa. Como a súa situación de saúde non deixa de empeorar decidimos ir por urxencias para os seu ingreso. A estas alturas non conseguimos cobertura nin pública nin privada -ningunha compañía contrata un seguro a unha persoa na siutación de Manuel-. Manuel falece o día 10 de Marzo de 2018. Dúas semanas despois as súas familiares reciben a aprobación do expediente de Manuel de Estranxeiría acreditandolle o permiso de residencia como familiar da UE.

FUXINDO DE PAÍSES EN CONFLICTO

por Belén Torrón Ruiz
psicóloga, experta en dereito a saúde e migracións

O dereito a asilo é un dereito humano contido na Declaración universal de Dereitos Humanos e desenvolvido na convención de Xenebra 1951 e o seu protocolo (Protocolo de Nova Iorque de 1967), así como noutros tratados internacionais e rexionais na materia, como a Carta Europea de Dereitos Fundamentais. O Estado español reconece na súa Constitución e regúlao a Lei de Asilo: Lei 12/2009

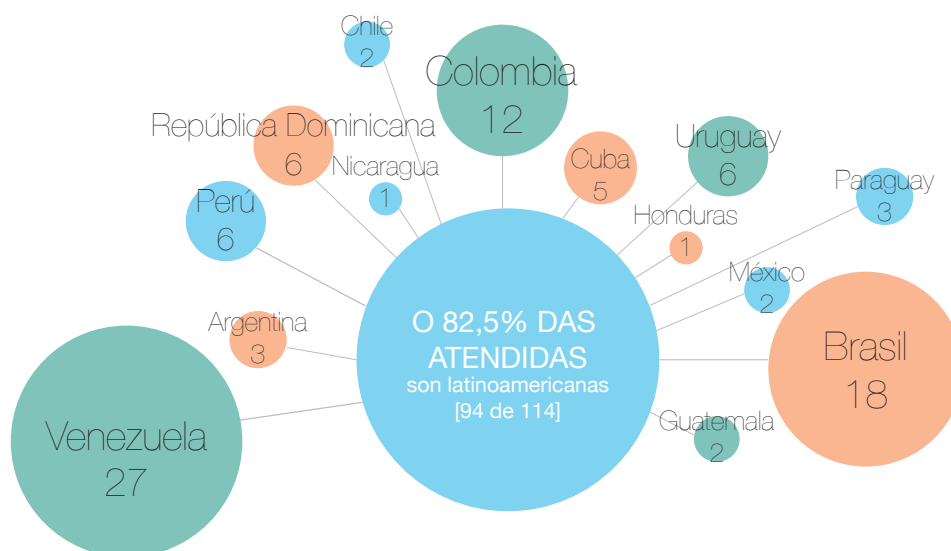
A finais de 2015 había no mundo 21,3 millóns de refuxiadas, a maioría desprazadas internas mentres que 3,2 millóns solicitaran protección internacional. A 30 de xuño de 2016 os datos achegados por ACNUR falaban de **case 70 millóns de persoas que tiveran que abandonar os seus fogares debido aos conflitos, a violencia e a persecución**. De media, segundo ACNUR, 20 persoas por minuto víronse obrigadas a fuxir dos seus fogares e buscar protección noutro lugar, dentro das fronteiras do seu país ou no estranxeiro.

A convención sobre o estatuto das refuxiadas de 1951 sinala que unha persoa é refuxiada cando a causa de fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, relixión, nacionalidade, pertenza a un determinado grupo social ou opcións políticas se atopa fóra do país da súa nacionalidade e non pode ou, por mor de devanditos temores, non quere acollerse á protección que lle ofrece o seu Estado (artigo 1.a.2).

Un solicitante de asilo é unha **persoa que busca protección internacional e cuxa solicitude non foi resolta de maneira definitiva**. En España, e polo tanto en Galicia, non todas as persoas solicitantes de asilo son finalmente recoñecidos como persoas refuxiadas.

En Galicia residen o 1,8% do total de migrantes do Estado, o que sitúa á nosa comunidade autónoma no posto número doce a nivel español. A poboación migrante a xuño de 2018 era de 95.757 persoas, das que dous tercios -65.597- procedían de países europeos e o resto de terceiros países -30.160-. Das extracomunitarias, 24.536 levan entre cinco e dez anos vivindo en Galicia en situación administrativa regular e con traballo.

No ano 2018 Médicos do Mundo Galicia asistiu a un aumento progresivo de casos de persoas que fuxían de países en conflito, principalmente **Venezuela e Colombia, de onde proveñen 7.252 persoas que residen na nosa comunidade**.



Con todo, son moitas as que non ostentan os beneficios dunha protección internacional. Isto dáse por distintas razóns: ser familiar dunha membro da Unión Europea, ter dobre nacionalidade -unha delas europeas- ou descoñecer os trámites para solicitar asilo, entre outras. En Galicia durante este ano 2018 concedéronse 179 autorizacións por razóns humanitarias, que inclúen:

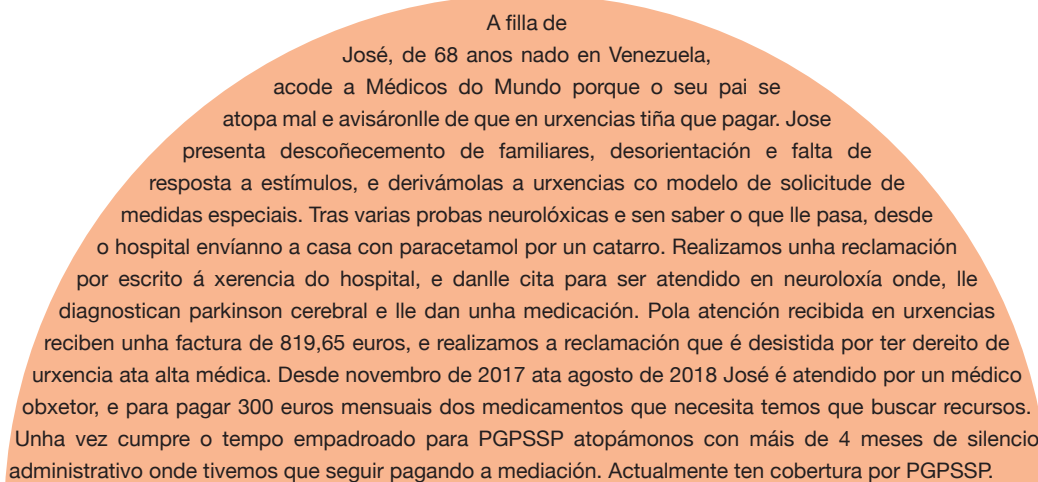
- Circunstancias excepcionais por protección internacional, razóns humanitarias, colaboración con autoridades, seguridade nacional ou interese público
- Mulleres vítimas de violencia de xénero
- Colaboración contra redes organizadas
- Vítimas de trata de seres humanos

Nas persoas atendidas nos nosos programas, ben derivadas doutras organizacións coas que traballamos en rede, de concellos ou as que acoden directamente aos nosos servizos, detectamos un aumento da vulneración do dereito á saúde de persoas que chegaron ao noso país fuxindo de países en conflito.

Cando lles preguntamos sobre as dificultades coas que se enfrontaban ao acceder aos servizos sanitarios, de forma xeral vemos que os factores económicos, políticos e psicosociais, así como o medo para achegarse aos servizos e o descoñecemento dos seus dereitos, aumentan claramente as vulnerabilidades en saúde.

Das persoas que se achegaron ao SERGAS detectáronse vulneracións relacionadas co acceso aos servizos debidas a:

- Mala información, relacionada con ameazas de facturación, con facturación efectiva e con información pouco veraz para acceder a solicitude de cobertura médica.



A filla de José, de 68 anos nado en Venezuela, acode a Médicos do Mundo porque o seu pai se atopa mal e avisáronlle de que en urxencias tiña que pagar. Jose presenta descoñecemento de familiares, desorientación e falta de resposta a estímulos, e derivámolas a urxencias co modelo de solicitude de medidas especiais. Tras varias probas neurolóxicas e sen saber o que lle pasa, desde o hospital envíanno a casa con paracetamol por un catarro. Realizamos unha reclamación por escrito á xerencia do hospital, e danlle cita para ser atendido en neuroloxía onde, lle diagnostican parkinson cerebral e lle dan unha medicación. Pola atención recibida en urxencias reciben unha factura de 819,65 euros, e realizamos a reclamación que é desistida por ter dereito de urxencia ata alta médica. Desde novembro de 2017 ata agosto de 2018 José é atendido por un médico obxetor, e para pagar 300 euros mensuais dos medicamentos que necesita temos que buscar recursos. Unha vez cumpre o tempo empadroadado para PGPSSP atopámonos con máis de 4 meses de silencio administrativo onde tivemos que seguir pagando a mediación. Actualmente ten cobertura por PGPSSP.

- Descoñecemento do persoal administrativo sobre as vías e a documentación a presentar para as solicitantes de asilo, ou sobre a vía para facer efectivo o dereito dunha persoa con status de apátrida recoñecida.
- Informacións contraditorias entre distintos servizos (SERGAS, INNS, Extranxeiría, etc)

Isto deixa ás persoas nunha grave situación de indefensión, e máis nos casos nos que coexisten problemas de saúde, xa que moitas veces se agravan pola dilatación dos tempos de espera ou pola súa atención en servizos non específicos, como é o caso das atencións en urxencias.

Numerosas cidadás que proveñen de países en conflito con patoloxías duais que tiñan cobertura pola vía de urxencia ata alta médica, como os casos de estrés postraumático, problemas de saúde crónica con procesos de agudización ou patoloxías de recente aparición en persoas maiores, acoden aos nosos programas mentres dura a tramitación da súa regularidade administrativa. Este feito pon en relevo que [a cobertura só para urxencias resulta insuficiente para satisfacer as necesidades da atención sanitaria](#).

Ás dificultades para recibir atención sanitaria únense as trabas para a regularización da súa situación administrativa. Derivadas destas situacións, detectamos graves vulneracións no dereito á saúde nos seguintes casos:

Persoas que solicitan asilo. Nun primeiro momento a maior dificultade son os prazos que hai en Estranxeiría para outorgar a acreditación de solicitantes de asilo. Atendemos varios casos de persoas que necesitaron atención sanitaria nos primeiros meses. Neste tempo, mentres non teñen recoñecido os seus status de solicitante de asilo, só poden optar pola vía de urxencias ou a través de médicas obxectoras. Nos últimos meses detectamos moitos casos de denegación da solicitude de asilo, o que as deixa nunha clara situación de desprotección en saúde. Con posterioridade ao recoñecemento, detectáronse en varios casos barreiras relacionadas co acceso a saúde.

Marta chega de Venezuela coas súas fillas en tratamento por hipertensión arterial sistémica controlada trastorno do ritmo cardíaco, gonalgia bilateral, prolapso vesical e osteoporose. Desde a súa chegada está sen ningún tratamento, malia que presenta un alto grao de tensión. Para que Marta podesa ser atendida ten que esperar a que se agudicen os seus síntomas e ir por urxencias. Actualmente leva 6 meses atendida por un médico obxetor, apoiámola para o pago de medicamentos e asesorámola para a solicitude de asilo. A mediados de outubro consígue o status de solicitante de asilo, catro meses despois da súa entrada en España.

Persoas que chegan de países en conflito pero que, polo histórico de relacións entre ambos os países, teñen dobre nacionalidade dun dos estados membros da UE -en Galicia hai acreditadas 2.442 persoas nesta situación-. Nestes casos a maior dificultade deriva da necesidade dun contrato de traballo ou demostración de recursos económicos para que as persoas poidan ver a súa situación regularizada, e por tanto podan acceder ao seu dereito á saúde como aseguradas ou beneficiarias.

No caso de menores durante este período de tempo, independentemente dos seus problemas de saúde, non teñen dereito a cobertura médica máis alá da urxencia. Nos casos nos que non poden conseguir un contrato, as migrantes quedan nunha situación moi complicada a nivel de saúde xa que para poder acceder a PGPSSP necesitan demostrar que non teñen cobertura sanitaria europea nin ingresos no país da Unión do que teñen nacionalidade. Moitas delas nunca viviron nestes países, polo que conseguir esta documentación convértese nunha barreira imposible de sortear.

Ana e as súas fillas acaban de chegar de Venezuela. Presenta dúas solicitudes de menor estranxeira para acceder a cobertura sanitaria no centro de saúde e facilítanlle unha copia, puidendo acceder a consultas de atención primaria. A pediatra indícalle que é preciso derivar a unha das nenas a oftalmoloxía pero que o sistema informático non lle permitía facer a derivación. No mostrador de citas Ana explica a situación, así que un auxiliar administrativo fai unha chamada na que lle informan de que ata que non teña a tarxeta sanitaria non poderá ser derivada á especialista. A outra filla ten asma e precisa tratamento; tratamento que ten que costear íntegro por non contar con tarxeta sanitaria. A solicitude iníciase en maio, e no mes de agosto Ana aínda está á espera da resposta de Estranxeiría. As nenas só poden ver á pediatra pero ela non pode nin facerlles análíticas, nin derivalas a ningún servizo, nin emitir receitas médicas. Aínda están en proceso de solicitude de asilo.

A nai de Nicole, menor con dobre nacionalidade venezolano-italiana, vén a Médicos do Mundo porque non conseguiu a denegación do Rexistro Central de Estranxeiros. Asesorada polo persoal administrativo de Estranxeiría contratou un seguro médico privado. Por ter nacionalidade italiana, a delegación de Estranxeiría pide que demostre que non ten dereito a cobertura por este país, pero ese documento é imposible de conseguir xa que nunca residiron en Italia. Despois de varios intentos a través do cónsul honorario de Italia, vemos que os trámites se prolongaran no tempo. Tras varios intentos, a cobertura de Nicole é denegada por non preter a documentación de Italia e acaba tendo cobertura despois de catro meses porque a nai consegue un emprego e regulariza a súa situación.

Persoas que veñen de países en conflito e unha ou varias meabros teñen nacionalidade española. Nestes casos é preciso que a persoa que ostenta a condición de nacional reagrupe á súa cónxuxe. Para iso ten que presentar recursos económicos suficientes, o que implica un contrato de traballo dun ano con ingresos superiores a 700 euros ao mes. Mentres non conseguen a documentación necesaria a única vía para ser atendidos é de novo o servizo de urxencias.

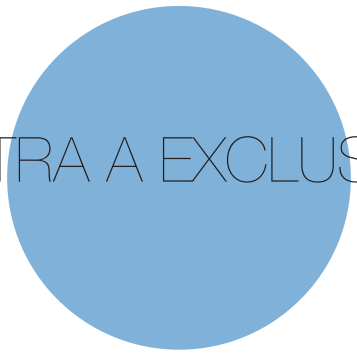
Foron moitas as resolucións de reagrupación de cónxuxes que foron denegadas por non posuír recursos económicos suficientes. Por unha banda, permíteselles residir e traballar, e por outra denégaselles o dereito á saúde. Mentres non atopan un traballo, estas persoas, que en moitos casos están enfermas ou con secuelas derivadas da situación na que estaban no seu país de orixe, quedan sen ningunha vía para ver o seu dereito á saúde respectado. Aínda así, o feito de obter un emprego non asegura a asistencia sanitaria.

Raquel ten 16 anos e nacionalidade española desde 2008, e padece escoliose rotativa dorso lumbar con dismetría de membros inferiores, genu valgus bilateral e lesión de menisco medial dereito. Ela e a súa nai saen de Venezuela deixando alí á súa irmá. Posúe pasaporte español, que se atopa caducado. Antes de saír fixeron a solicitude dunha partida literal para poder tramitar o seu DNI, e ao chegar a nai vai á Seguridade Social para tramitar a cobertura sanitaria, onde lle indican que precisan o DNI de Raquel –tampouco pode conseguir o pasaporte sen este documento-. Raquel leva quince días sen durmir pola dor cando a súa nai visita a nosa organización, e tras varios contactos coa Policía e coa dirección provincial do INNS solicitamos atención de urxencia polo momento para poder acceder aos medicamentos. No centro de saúde fanlle asinar unha folla de compromiso de pago e dinlle que lle van a facturar. A nai queixase da actitude despreciativa e claramente xefonoba da doutora que as atende, que non presta atención aos síntomas de Raquel nin a deriva ao servizo de especialidades. Derivámola a un médico obxetor e posteriormente a médica que a atendeu sen derivación cambia de actitude e empeza a darlle citas para outros especialistas. Despois de moitas xestións conseguimos que o INNS tramite o dereito de Raquel a ser beneficiaria da nai, demostrando que estaban en trámites de obtención.

Rosa é venezolana e vive en España co seu marido, que é nacional, a súa filla e a súa nai de 70 anos, que ten problemas mentais graves. Cando intentan a reagrupación élle denegada por carecer de contrato de traballo e recursos económicos suficientes –17.000 euros-. A nai de Rosa precisa atención urxente pero non a levan a urxencias porque foron avisadas da facturación. A nai é atendida durante dez meses por unha médica obxetora ata que consegue entrar por PGPSSP. Rosa, que como a súa nai está en situación irregular, acode a urxencias porque se atopa mal. A atención é correcta pero ante o resultado positivo ao test de embarazo ninguén lle informa do seu dereito a atención como muller embarazada. Mentres intentamos tramitar Programa Galego para Rosa, o seu marido consegue traballo e regulariza a súa situación.

Durante este ano, foron tres as familias que atendemos que decidiron volver a Venezuela polas trabas administrativas que atoparon á súa chegada a España. De elas, dúas tiñan relación con unha persoa con nacionalidade española.

Ante esta situación xúrdenos una inquedanza: que estamos a facer como país que ten firmada a carta de dereitos humanos, entre os que aparece recollido o dereito a Asilo, para que persoas que fuxen dun país en conflito prefiran volver a el que quedar aquí?



A LOITA CONTRA A EXCLUSIÓN SANITARIA

A través do traballo directo coas poboación máis vulnerables, Médicos do Mundo Galicia documentou durante os últimos seis anos os graves efectos da reforma sanitaria, ao tempo que [colaborou activamente cos distintos actores sociais e políticos co fin de reverter a situación](#) e paliar os seus efectos.

Os casos atendidos pola nosa organización foron crescendo cada ano, non só en número senon tamén en dureza. Ano tras ano as situacións das titulares de dereitos sen asistencia sanitaria fixéronse máis dramáticas e cada vez é mais difícil para nós encontrar unha solución a súa situación de exclusión.

Na nosa comunidade [é fundamental o traballo en rede](#), por un lado para poder recibir os casos de vulneracións, xa que moitos son derivados por outras organizacións, e por outro, para que nós podamos derivalos e facer así un enfoque integral dos problemas das persoas migrantes.

Por quinto ano consecutivo elaboramos o informe de vulneracións de Médicos do Mundo Galicia e presentámolo ás distintas organizacións sociais e aos distintos partidos políticos co fin de dar a coñecer as vulneracións e concienciar sobre as consecuencias da exclusión sanitaria. Así mesmo, presentamos as violacións dos dereitos que recollamos ante o Sergas en xuntanzas coas persoas responsables dos distintos departamentos nas que suxerimos melloras dos distintos mecanismos de acceso ao sistema sanitario.

Doutra banda, solicitamos a valoración do Comité de Ética Asistencial da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela sobre os casos de vulneración do dereito á saúde de menores inmigrantes e persoas adultas ás que se lles factura a atención recibida cando esta debiera ser gratuíta de acordo coa lexislación. O Comité concluíu que todas as persoas deben ter acceso á atención sanitaria, o sistema sanitario debe garantir unha formación adecuada ás profesionais para informar ás persoas usuarias. Tamén concordou en que é preciso ter protocolos correctos e recomendou non emitir facturacións ao consideralas coactivas, disuasorias e contrarias á lei. Un dos puntos máis importantes do veredicto do Comité foi o [establecemento da diferenza entre alta médica e alta hospitalaria](#), esixindo o recoñecemento desta e a atención continuada até alta médica como recoñece o RD 16/2012 e toda a normativa internacional e que na nosa Comunidade se vulnera frecuentemente.

A nivel das accións de incidencia política tamén é importante facer un traballo conxunto, e para elo traballamos na Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde”, formada por Amnistía Internacional, o Foro Galego de Inmigración, SOS Sanidade Pública, Agamfec e Médico do Mundo Galicia.

A nivel estatal cobra especial importancia o papel da Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012” (REDER) cuxos informes son referencia para comprender a situación creada por esta normativa. A REDER foi impulsora do “Pacto Político e Social por un Sistema Nacional de Saúde Pública e Universal”, que plasmou en Setembro do 2017 a unidade da maioría dos partidos e organizacións sociais, profesionais e sindicais a favor dun [sistema sanitario universal que respete os principios de xustiza, equidade e calidade](#).



O NOVO HORIZONTE

As últimas noticias do Consello de Ministras animan ao optimismo e a pensar que o fin do RD 16/2012 está preto. Desde o cambio do Goberno, a elaboración da nova política sanitaria está contando coa participación de moitas organizacións sociais que traballaron directamente nas vulneracións do dereito á saúde durante estes anos, como as que formamos parte de Reder. Esperamos que desde o Goberno central escoiten as distintas recomendacións e [leven a cabo medidas para revertir o dano que deixou na sociedade tantos anos de exclusión sanitaria](#).

En Galicia tamén agardamos que se chega o fin do RD 16/2012 o cambio ao novo modelo e o período de transición á nova normativa conte coas organizacións que traballamos neste campo. Neste xeito queremos recalcar a necesidade de [camiñar cara o derribo de todas as barreras sanitarias](#), máis alá do Real Decreto, xa que en moitos casos a falta de acceso é por mor da Lei de Extranxeiría, como demostramos neste informe.

Ten que facerse efectiva a separación entre a Lei de Sanidade e as distintas normativas que a regulan, e a Lei de Extranxeiría na práctica, posto que nas normativas non existe vinculación algunha. En ningún caso un requisito da Lei de Extranxeiría pode ser una barreira para o dereito á saúde e o cumprimento da lei de sanidade. O sistema sanitario non é o lugar onde controlar as migracións.

É imprescindible a aplicación de políticas e de medidas para revertir os prexuícios e as [ideas xenófobas que causan a discriminación das persoas migrantes](#), e que son produto dos discursos basados no desconocemento e no odio. A educación para a transformación social é una ferramenta que debemos utilizar para cambiar o modo que ten un alto porcentaxe da cidadanía de entender as migracións, visilizar o enorme aporte que fan estas persoas á sociedade, e sobre todo comenzar a considerar as persoas migrantes como suxectos de dereitos.

¹Real Decreto-Lei 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade das súas prestacións. Boletín Oficial del Estado número 98. Sec.I. Pág. 31278. 24 de Abril de 2012.

²Informe Amnistía internacional *La receta equivocada: el impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España*. (2018)

³Juanmartí, A., López, G. y Vall, J. (Febrero 2018). *The deadly effects of losing health insurance*. Universitat Pompeu Fabra and CRES. (<https://bit.ly/2H5IFSv>)

⁴Constitución española de 1978. Art 43. (<https://bit.ly/T5NOyQ>)

⁵Pacto Internacional de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais (1966). (<https://bit.ly/2m3Tx8l>)

⁶Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). (21 y 22 de marzo 2018). *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España*. (<https://bit.ly/2qBj7UT>)

⁷Resumen ejecutivo de la presentación conjunta al CESCR de las Naciones Unidas para su examen en España (marzo de 2018). (<https://bit.ly/2qEbHQx>)

⁸Instrucción de 21 de setembro do 2012 de creación do Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública. (<https://bit.ly/2PV1BcF>)

⁹Vid art. 3ter da Lei 16/2003, de 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde

¹⁰A Lei Orgánica 4/2000, de 11 de xaneiro, sobre dereitos e liberdades dos estranxeiros en España e a súa integración social resulta aplicable á discapacidade de persoas non nacionais, en derivación efectuada polo artigo 5.2 da Lei 39/2006, de 14 de decembro, de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia

¹¹Vid. Art. 14.2: "En calquera caso, os estranxeiros con discapacidade, menores de dezaioito anos, que teñan o seu domicilio habitual en España, terán dereito a recibir o tratamento, servizos e coidados especiais que esixa o seu estado físico ou psíquico"

¹²Non teñen dereito, por exemplo, ao acceso a prestacións non contributivas por "invalidez", nin ao catálogo de prestacións da Lei 39/2006. A este respecto, Vid: Informe *Las personas inmigrantes con discapacidad en España*, elaborado polo Observatorio Permanente da Inmigración (<https://bit.ly/2SYFuQU>)

¹³Vid., entre outros: *Observacións finais sobre o sexto informe periódico de España*, de 25 de abril de 2018, no seo do Comité de Dereitos Económicos, Sociais e Culturais -*Exame dos informes presentados polos Estados partes en virtude do artigo 35 da Convención. Observacións finais do Comité sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade*, de 11 de outubro de 2011 - *Informe Mundial sobre a Discapacidade*, elaborado pola Organización Mundial da Saúde e o Banco Mundial en 2011

¹⁴Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005. (<https://bit.ly/2RJ8nPL>)

¹⁵Convención de Asturias de Bioética. Sociedad Internacional de Bioética. Edición. Patrocinada por CajAstur. Gijón. (1999)

¹⁶En 2016, por primera vez Venezuela fue el país de origen con un mayor número de personas solicitantes de asilo en España, con 3960 personas (datos informe CEAR2017).

¹⁷REDER. Pacto político y social por un Sistema Nacional de Salud Público y Universal. (2017)

AGRADECEMENTOS

Á s
máis de
4000 persoas
titulares de dereitos
que confían en nos
e participan de
forma activa defen-
sa dos dereito a
saúde

Á s
entidades priva-
das que nos apoian
para poder paliar as
consecuencias das vulne-
racións do dereito a saúde:
**AGAMFEC, Venres Clíni-
co e Chavert Psicología**

Aos
consulados que
co seu apoio nos
facilitan atopar vías e
acurtar tempos para a
atención das persoas inmi-
grantes: **Consulado Hono-
rario de Italia en Coruña,
Consulado General de
Uruguay en Galicia, o
Consulado General da
República de
Arxentina en
Vigo**

A o
persoal admi-
nistrativo e sanitario,
coordinadoras e direc-
toras de distintos servi-
cios do SERGAS que
cumpren co seu traballo,
apoian e facilitan ou deri-
van ás persoas inmi-
grantes para inteºgra-
las na rede asis-
tencial

Á s
compañeiras
de Médicos do
Mundo, traballado-
ras, Xunta Directiva,
85 voluntarias e ás
1500 socias que
constrúen esta
organización

Á s
asociacións coas
que traballamos en rede
pola súa implicación, apoio
e participación na defensa
deste dereito e a visibilización da
realidade que vivimos na nosa
comunidade autónoma: **Viraven-
tos, Sos Racismo Galicia, Patro-
nato Concepción Arenal -
Centro de Acolida de Mulleres
Ferrol, Asociación Centinelas,
Asocación Aliad-Ultreia, FE-
VEGA(Federación Vene-
zolana de Galicia) e
Fundación
Ronsel**

Á s
asociacións
que conforman a
REDE de Defensa da
Saúde Pública:
**Agamfec, Foro Inmi-
gración de Galicia,
Amnistía Interna-
cional, SOS Sa-
nidade Pú-
blica**

Aos conce-
llos que nos
apoian e axudan na
loita pola defensa do
dereito a saúde:
**Ames, Santiago,
Lalin, Ordes e
Ribeira**

A Javier Enrique
Machado Paullovic e
Gladys Amelia Quintero
Padrón, falecidas este ano; e
as súas familias, en especial a
Militza e Jennifer pola súa entre-
ga e amor no coidado das súas
familiares ata o último momen-
to, pola súa confianza en
nós e a súa defensa do
dereito a saúde



MULLERES E
MOVEMENTOS

Ilustran Jorge Campos (portada) e Juan Venditti
(contraportada) de 7H

Coordinan Belén Torrón Ruíz e Eva Neira Carballo
Deseño, maquetación e correccións Eva Neira
Carballo

Participan Inés Fernández de Córdoba, Fernando
Fernández Méndez, Celia López Carballido,
Silvia Mata García, Esperanza Muñoz Sanroman,
María Rosa Verdugo Mates e Miguel Vieito Villar

