

REDER

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012

■ VERDADEIRO ~~×~~ FALSO

Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitaria

Cinco anos. Ese é o tempo transcorrido dende que o 20 de abril de 2012 o Goberno aprobara o Real Decreto-Lei 16/2012 (RDL), unha medida altamente polémica que impoñía unha profunda modificación do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na que excluía do mesmo a centos de milleiros de persoas e reducía a carteira básica de servizos para o conxunto da poboación.

Cinco mitos. O clamor de organismos internacionais e europeos de dereitos humanos, de organizacións sociais e de profesionais do sector sanitario denunciando a grave vulneración de dereitos derivada desta medida foi unha constante durante este longo lustro. Porén, o Executivo, lonxe de rectificar, buscou ocultar os efectos reais desta reforma tras unha serie de mensaxes falaces que imos desmontar a continuación.

MITO Nº 1 ☐ VERDADEIRO ☒ FALSO

“Unha reforma inevitable para salvar a sanidade”

O SNS español sempre espertara unha profunda admiración no ámbito internacional por canto outorgaba unha cobertura moi ampla cun gasto relativamente contido respecto a outros países do noso entorno¹. Tratábase dun sistema construído de forma consensual durante máis de dúas décadas, que contaba cunha alta valoración por parte da cidadanía como un dos piares básicos do noso Estado Social.

Con todo, en 2012 o Goberno alegou que o sistema estaba ao borde do colapso como consecuencia dunha débeda acumulada de 16 000 millóns de euros. Con este único argumento, e sen presentar ningunha memoria económica que clarificara a orixe de antedita débeda nin argumentara de forma razoada a necesidade das medidas concretas que se adoptaron, o Executivo impuxo unha reforma radical do SNS. Esta falta de xustificación constitúe en si mesma unha vulneración das obrigas internacionais de España, pois a normativa de dereitos humanos unicamente permite recortar dereitos, de forma moi excepcional, cando se demostre non haber outra alternativa posible.

Máis aínda, cinco anos despois o Goberno non fixo ningunha análise do impacto coa finalidade de valorar o efecto que o RDL tivo sobre a saúde individual e colectiva das persoas que viven en España. Pola contra, son varios os informes de organizacións sociais e profesionais que sinalan que o noso SNS é hoxe en día máis inxusto, insolidario e ineficaz.

¹9,4% do PIB en 2011 fronte a Países Baixos (11,8%), Francia (11,6%), Alemaña (11,3%) ou Austria (11,1%)

MITO Nº 2 ☐ VERDADEIRO ☒ FALSO

“En España ninguén queda sen asistencia sanitaria”

«Os inmigrantes ilegais non teñen dereito, pero son atendidos», así definiu a situación a actual ministra de Sanidade, Dolors Montserrat, durante a súa comparecencia na Comisión no Congreso o pasado 20 de decembro. Estas declaracións, ademais de desafortunadas (conviría lembrar á señora ministra que ningunha persoa é ilegal), difiren bastante da realidade diaria de milleiros de persoas. **Dende**



© JAVIER TENIENTE

xaneiro de 2014 ata marzo de 2017, as organizacións integrantes de REDER tiveron constancia de **3 340 casos de persoas ás que excluiron do SNS** (entre elas 1 840 eran persoas en situación administrativa irregular). Posto que as nosas organizacións non teñen capacidade para coñecer todos os casos de exclusión que se produciron nestes anos, esta cifra serve unicamente para constatar a existencia dunha grave situación cuxa dimensión real intuimos moito maior.

As persoas excluídas poden recibir asistencia unicamente nunha serie de situacións excepciónais: mulleres embarazadas, menores de idade, situacións de urxencia, vítimas de trata en período de reflexión e persoas solicitantes de asilo. Con todo, de novo os feitos sinalan que estas obrigas se vulneraron sistematicamente. Así o demostran os **146 casos de mulleres embarazadas, 243 casos de menores de idade, 26 casos de persoas solicitantes de asilo ou 341 casos de denegación ou facturación indebida da atención en urxencias** documentados por REDER.

Polo tanto, no só non é certo que en España ningún queda sen asistencia sanitaria, senón que son moitas as persoas que se ven privadas de coidados esenciais, incluídas enfermidades tan graves como **51 casos de cancro, 74 casos de enfermidades cardiovasculares, 107 casos de diabetes, 87 casos de hipertensión, 53 casos de saúde mental grave ou 26 casos de VIH** entre outros que temos documentados.



MITO Nº 3 ☐ VERDADEIRO ☒ FALSO

“Hoxe a sanidade é máis universal que nunca”

Non hai argumento máis repetido polo Goberno e dirixentes do Partido Popular. Segundo a súa versión, o RDL 16/2012 outorgou acceso ao SNS ás persoas paradas de longa duración que esgotaran a prestación de desemprego e, en consecuencia, advirten que unha eventual derogación desta norma suporía a exclusión destas persoas. Unha simple análise dos feitos evidencia a manipulación da realidade e a linguaxe que leva implícita esta aseveración.

En primeiro lugar, as persoas paradas ás que fan referencia estes argumentos xa foran incluídas no SNS pola Lei Xeral de Saúde Pública de 2011, na súa disposición adicional sexta. Pola contra o RDL deixou fóra do sistema a centos de milleiros de persoas (como o propio Goberno certificou referíndose ás 873 000 tarxetas sanitarias retiradas a partir da entrada en vigor da normativa). A exclusión non só se limitou a persoas en situación irregular. O RDL tamén restrinxiu de forma considerable o dereito a recibir asistencia das cidadás e cidadáns da Unión Europea que viven en España e que non cotizan na Seguridade Social. Esta medida afectou notablemente a persoas de baixos recursos. REDER recolleu **619 casos de exclusión de persoas de nacionalidade UE**.

 **873 000**
TARXETAS SANITARIAS RETIRADAS
TRAS A ENTRADA EN VIGOR DO RDL 16/2012

Outro caso especialmente preocupante é o dos pais, nais, avós e avoas que chegan a España froito dun proceso de reagrupamento familiar. Estas persoas son, polo xeral, de idade avanzada e estado de saúde débil e a súa residencia no noso país foi autorizada por Estranxeiría. Porén, o RDL 16/2012 e o RD 1192/2012 que o desenvolve impídelles ser consideradas beneficiarias das súas fillas e fillos e négalles a asistencia sanitaria que é vital para moitas destas persoas. Todo isto a pesar de que xa son varias as sentenzas xudiciais que lles recoñecen este dereito. **REDER documentou 66 casos deste tipo.**

Ante estas evidencias, continuar mantendo que o sistema sanitario español é a día de hoxe universal supón baleirar este concepto de todo contido.

MITO Nº 4 ☐ VERDADEIRO ☒ FALSO

“Dar tarxeta sanitaria ás persoas en situación irregular fomenta o turismo sanitario”

De todos os argumentos esgrimidos, a confusión entre estes dous fenómenos tan radicalmente opostos como son a inmigración irregular e o turismo sanitario é un dos máis sangrantes por canto contribúe a crear unha falsa imaxe da persoa inmigrante como alguén que abusa e sobrecarga o sistema sanitario, fomentando así a proliferación de actitudes xenófobas.

O perfil da persoa que realiza turismo sanitario é o de alguén con recursos e cidadanía europea que ven a España coa finalidade exclusiva de recibir tratamento médico especializado. As directivas e regulamentos comunitarios en vigor xa contemplaban antes do RDL os mecanismos necesarios para facturar antedita atención sen que supuxera unha carga para o Estado e a Directiva Europea 2011/24² obre dereitos dos pacientes en relación á asistencia sanitaria trasfronteiriza, que entrou en vigor en outubro de 2013, reforza esta normativa, cuxa aplicación práctica está ben documentada pola propia UE³. Pola contra, as persoas inmigrantes en situación irregular son, polo xeral, xoves con bo estado de saúde que veñen a España a vivir e traballar. En consecuencia, tal e como amosan diversos estudos, o uso que estas persoas realizan do sistema sanitario é sensiblemente inferior ao dunha persoa nacional (entre un 69 % e un 77 % do gasto medio). É máis, segundo amosan diversos informes, **só o 3 % das persoas que migran a Europa o fan por razóns de saúde**⁴.

Convén ademais lembrar que o noso sistema sanitario non se financia a través das cotizacións na Seguridade Social, senón por medio de impostos, tanto directos (como o IRPF) como indirectos (como o IVE, o imposto sobre o tabaco, etc.). Polo tanto, calquera persoa en situación irregular que vive en España está contribuíndo, a través do consumo, ao sostemento do sistema sanitario do cal está excluída. É máis, son varios os estudos que demostran que a poboación inmigrante aporta máis ás arcas do Estado, a través das diversas contribucións, do que recibe a cambio en prestacións sociais.

MITO Nº 5 ☐ VERDADEIRO ☒ FALSO

“Coas novas normativas autonómicas xa non hai exclusión sanitaria”

Dende o mesmo momento da aprobación do RDL e, sobre todo, tras as eleccións autonómicas de maio de 2015, foron varios os gobernos e parlamentos autonómicos que reaccionaron contra a reforma sanitaria e aprobaron medidas para atenuala, buscando dar cobertura aos colectivos excluídos. A día de hoxe, todas as comunidades autónomas, a excepción de Castela e León e as cidades autónomas de Ceuta e Melilla, contan con algunha medida deste tipo.

Se ben estas disposicións tiveron sen dúbida un impacto positivo á hora de mitigar os graves efectos do RDL, o problema aínda dista moito de estar resolto. Dende a aprobación de anteditas medidas, REDER documentou **687 casos de persoas excluídas a pesar de todo**.

Por unha banda, as propias normativas conteñen barreiras administrativas de difícil cumprimento para moitas persoas. É o caso de requisitos como o empadramento ou a obriga de presentar o certificado de non exportación do dereito (esixido a nacionais de países UE, así como de países cos que España ten firmado un convenio bilateral e que para moitas persoas resulta moi difícil e custoso de tramitar). Por outra banda, na maior parte dos casos, estas medidas non viñeron acompañadas de campañas de información axeitadas dirixidas tanto ao persoal dos centros sanitarios como ás propias persoas afectadas. En consecuencia, son moitas as potenciais beneficiarias das novas normativas que aínda descoñecen os dereitos que as asisten e, inclusive cando acoden aos centros, seguen atopando persoal que lles denega a asistencia por falta de coñecemento da nova regulación. Por último, o alcance destas normativas está limitado polas propias competencias das comunidades autónomas que as incapacitan para reverter o cambio de modelo que supuxo a reforma sanitaria de 2012 e devolver ás persoas excluídas o dereito humano que lles foi arrebatado.

² <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>

³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf

⁴ https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf

Non hai que esquecer, ademais, que a maioría destas medidas foron recorridas polo Goberno ante o Tribunal Constitucional e están pendentes de resolución. Tras a sentenza deste Tribunal de xullo de 2016, non convén ser demasiado optimistas respecto ao resultado destes recursos.

A situación, polo tanto, non está nin moito menos resolta: as disposicións autonómicas non puideron reverter plenamente a exclusión e os avances que conseguiron corren o risco de ser anulados.



M. L. é unha muller boliviana vítima de trata con fins de explotación sexual.

A pesar de que esta situación fora acreditada pola subdelegación do Goberno en Lugo, cando M. acode a urxencias como consecuencia das lesións provocadas por unha agresión machista, a atención élle facturada. Por se non fora dabondo, M., que está embarazada, acode de novo ao hospital para dar a luz e esta atención volve ser obxecto de factura.

Como consecuencia desta situación, M. acumula unha débeda de máis de 30 000 euros coa Axencia Tributaria que lle impide acceder a axudas de tipo económico durante os tres anos que tarda en resolverse a súa reclamación.

Por desgracia, a historia de M. non é unha situación illada, pois as nosas organizacións teñen constancia de casos similares no mesmo hospital.

F. V. é unha muller africana de 33 anos que reside en Aragón coa súa parella española e está en proceso de regularizar a súa situación administrativa. Un día, F. comeza a atoparse mal con vómitos e dor de cabeza e acode a urxencias, onde lle diagnostican unha grave enfermidade contaxiosa que obriga ao seu ingreso.

A súa parella acude a unha das organizacións de REDER porque non deixa de recibir avisos de facturación e ninguén no hospital nin no centro de saúde lle explica como F. pode acceder ao SNS, a pesar de que Aragón conta dende 2015 cunha normativa propia da que F. podería beneficiarse.

J. G. é venezolana e ten 56 anos. En 2014 chegou a Canarias froito dun proceso de reagrupamento familiar. J. é enferma de diabetes e require insulina. Porén, e a pesar de atoparse en España en situación regular, o INSS négalle a tarxeta sanitaria. Como consecuencia desta negación, J. non só non pode obter o seguimento médico necesario para a súa enfermidade, senón que tampouco pode obter a insulina que lle é imprescindible xa que esta require receita médica.

REDER reclama o respecto efectivo do dereito humano á saúde a través dun sistema sanitario público e universal

Á vista da situación de grave vulneración do dereito á saúde descrita neste e anteriores informes, REDER considera que **o cambio legislativo é imprescindible e non se pode pospor máis**. Polo tanto, e tendo en conta que actualmente a maioría parlamentaria está integrada por partidos políticos que manifestaron de forma reiterada o seu compromiso cun sistema sanitario público e universal, esiximos **aos distintos grupos parlamentarios a adopción de medidas legislativas que garantan:**

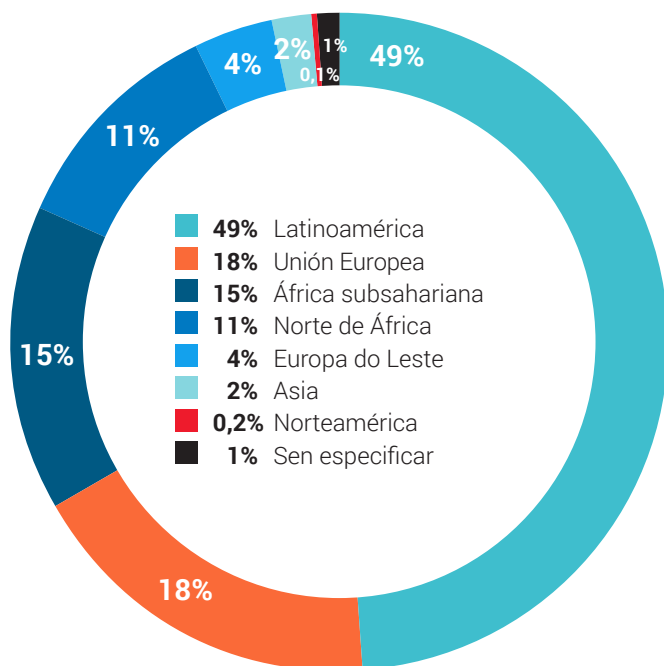
- ▶ **A eliminación das figuras de asegurado/a e beneficiario/a e que recoñezan o dereito á asistencia sanitaria en igualdade de condicións a todas as persoas que se atopen no territorio español, independentemente da súa situación administrativa.**
- ▶ **A incorporación de cláusulas de flexibilidade que garantan a atención en todo momento, evitando que a falta de proba dun requisito (ex. empadramento,**

certificado de non exportación do dereito, etc.) **poida acabar sendo unha barreira insalvável.**

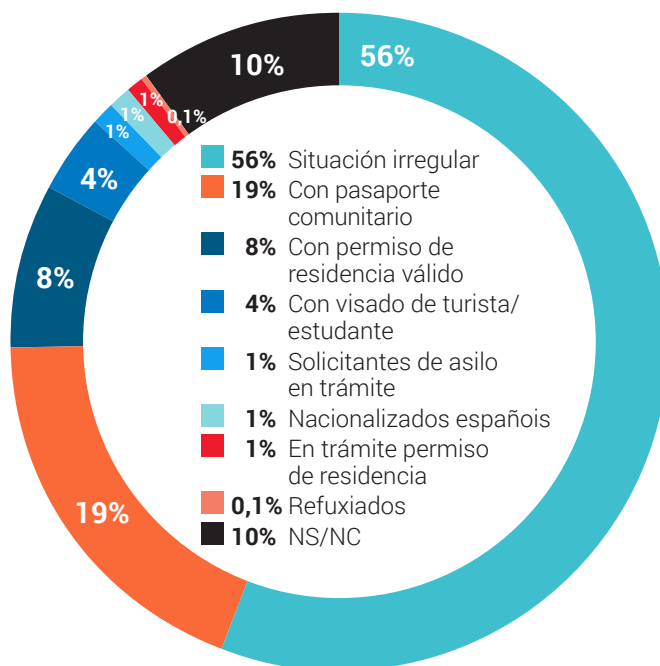
- ▶ **A inclusión de mecanismos de avaliación e seguimento** que permitan garantir a efectividade da norma.

Aos gobernos autonómicos, REDER pídelles que cheguen ao límite das súas competencias para garantir que todas as persoas que viven no seu territorio poidan acceder á asistencia sanitaria sen discriminación algunha. Neste sentido, REDER solicítalles a adopción de medidas que emenden as actuais deficiencias dos seus regulamentos e a colaboración coas organizacións sociais que loitan contra a exclusión sanitaria. Moi particularmente **esiximos a posta en marcha de campañas informativas integrais dirixidas tanto ao persoal sanitario como ás persoas titulares de dereitos**. A pesar da preocupación que nos xera a recente sentenza do Tribunal Constitucional e as consecuencias que poida ter sobre os recursos pendentes contra as diversas normativas autonómicas, REDER quere lembrar a **obriga**

DISTRIBUCIÓN POR **PROCEDENCIA**



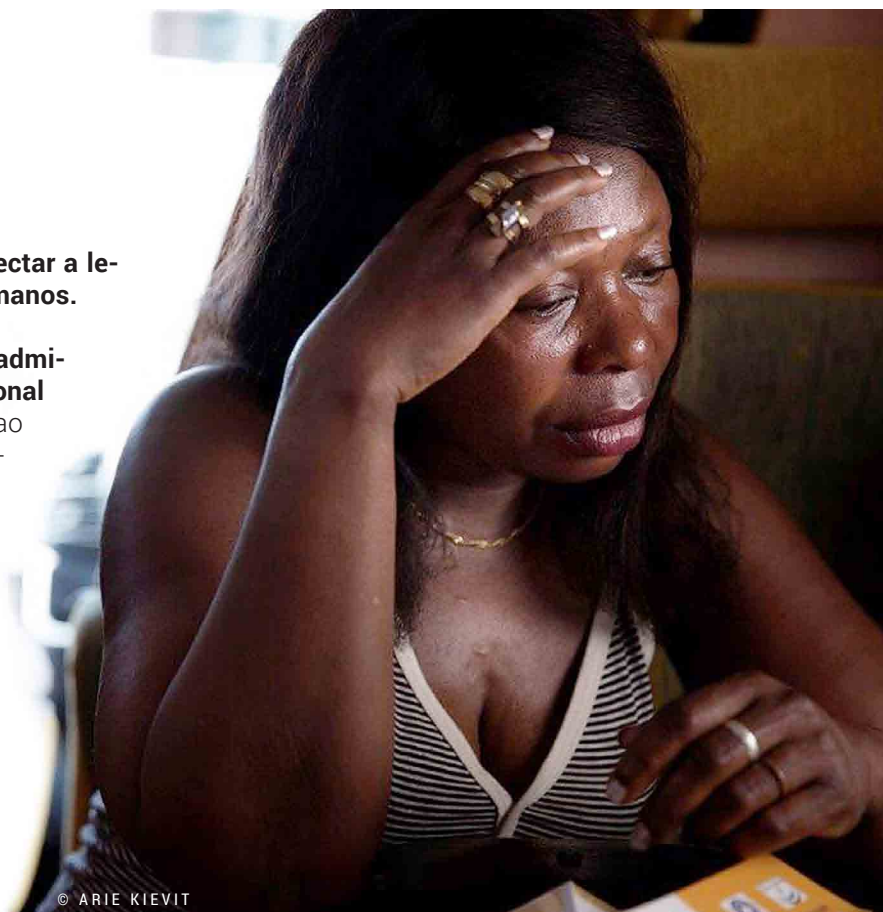
DISTRIBUCIÓN POR **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**



de todos os poderes públicos de respectar a lexislación internacional de dereitos humanos.

Ás e aos profesionais sanitarios, de administración e xestión do Sistema Nacional de Saúde, REDER invítalles a sumarse ao movemento de obxección de conciencia con respecto á aplicación do Real Decreto-Lei 16/2012, recordando que **existe o dereito e o deber de non colaborar con violacións de dereitos humanos.**

Ao conxunto da **sociedade civil**, animámolo a apoiar as mobilizacións e accións de rebeldía fronte ao Real Decreto-Lei.



© ARIE KIEVIT

INCIDENCIAS POR FALTA DE INFORMACIÓN	CASOS
Non se tramitou a tarxeta sanitaria por falta de información (non saben que teñen dereito ou non saben como facelo)	681
Falta total de información sobre cal é o seu dereito a recibir asistencia sanitaria	628
Negativa á expedición da tarxeta sanitaria (ou documento análogo) por información errónea do persoal administrativo	325
Prácticas disuasorias no centro sanitario	45
INCIDENCIAS POR BARREIRAS ADMINISTRATIVAS	CASOS
Negativa á expedición da tarxeta sanitaria por non reunir os requisitos administrativos	766
Negativa á atención en consulta especializada por non contar con tarxeta sanitaria	117
Negativa á solicitude de consulta en atención primaria por non contar con tarxeta sanitaria	182
FACTURACIÓN OU FIRMA DE COMPROMISO DE PAGO POR PRESTACIÓN MÉDICA REALIZADA	CASOS
Total	357
En urxencias	243
OUTROS	CASOS
Negativa á atención en urxencias	71
Imposibilidade de acceder a medicamentos	168

LUGAR ONDE SE PRODUCE A INCIDENCIA	CASOS
INSS ou administración autonómica encargada de expedir a tarxeta sanitaria	249
Centro de especialidades	37
Centro de Saúde – Administración	930
Centro de Saúde – Medicina Xeral	309
Centro de Saúde – Outros	31
Hospital – Admisión	108
Hospital – Urxencias	342
Hospital – Outros	74
Outros	1 260
TOTAL	3 340

3 340 PERSOAS EXCLUIDAS

DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
SÓ D ENDE 2014



 **146**
MULLERES
EMBARAZADAS

 **243**
MENORES
DE IDADE

 DENEGADA A
TARJETA SANITARIA A 
66 PERSOAS DE
IDADE VANZADA
E EN SITUACIÓN REGULAR

26 PERSOAS
SOLICITANTES DE
ASILO 

341 CASOS DE DENEGACIÓN DE ATENCIÓN
OU FACTURACIÓN INDEBIDA EN
URXENCIAS 

 **51** CASOS DE
CANCRO

 **87** CASOS DE
HIPERTENSIÓN

 **26** CASOS DE
VIH

 **74** CASOS DE
ENFERMIDADES
CARDIOVASCULARES

 **107** CASOS DE
DIABETE

 **53** CASOS DE
SAÚDE MENTAL
GRAVE

REDER Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012

REDER é unha rede de colectivos, movementos, organizacións e persoas implicadas na defensa do acceso universal á saúde e a denuncia do seu cumprimento. Actualmente forman parte de REDER máis de 300 organizacións sociais e profesionais como a Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Médicos del Mundo, o Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, a Plataforma Salud Universal Aragón; a Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT); a Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde; a Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia; a Plataforma «Ciudadanía contra la exclusión sanitaria»; a Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), a Federación de Asociaciones por la Sanidad Pública (FDASP), a Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ) ou a Red Transnacional de Mujeres (NetworkWoman). Para máis información: www.reder162012.org