

**REDER**

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012



VERDADERO  FALSO

# Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitaria



**Cinco años.** Ese es el tiempo transcurrido desde que el 20 de abril de 2012 el Gobierno aprobara el Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL), una medida altamente polémica que imponía una profunda modificación del Sistema Nacional de Salud (SNS), excluyendo del mismo a cientos de miles de personas y reduciendo la cartera básica de servicios para el conjunto de la población.

**Cinco mitos.** El clamor de organismos internacionales y europeos de derechos humanos, de organizaciones sociales y de profesionales del sector sanitario denunciando la grave vulneración de derechos derivada de esta medida ha sido una constante durante este largo lustro. A pesar de ello, el Ejecutivo lejos de rectificar ha buscado ocultar los efectos reales de esta reforma tras una serie de mensajes falaces que vamos a desmontar a continuación.

MITO Nº 1  VERDADERO  FALSO

## “Una reforma inevitable para salvar la sanidad”

El SNS español siempre había despertado profunda admiración en el ámbito internacional por cuanto otorgaba una cobertura muy amplia con un gasto relativamente contenido respecto a otros países de nuestro entorno<sup>1</sup>. Se trataba de un sistema construido de forma consensuada durante más de dos décadas, contando con una alta valoración por parte de la ciudadanía como uno de los pilares básicos de nuestro Estado Social.

No obstante, en 2012 el Gobierno alegó que el sistema se encontraba al borde del colapso como consecuencia de una deuda acumulada de 16.000 millones de euros. Con este único argumento, y sin presentar ninguna memoria económica que clarificara el origen de dicha deuda ni argumentara de forma razonada la necesidad de las medidas concretas que fueron adoptadas, el Ejecutivo impuso una reforma radical del SNS. Esta falta de justificación constituye en sí misma una vulneración de las obligaciones internacionales de España, pues la normativa de derechos humanos únicamente permite recortar derechos, de forma muy excepcional, cuando se demuestre no haber tenido otra alternativa posible.

Más aún, cinco años después el Gobierno no ha hecho ningún análisis de impacto con el fin de valorar el efecto que el RDL ha tenido sobre la salud individual y colectiva de las personas que viven en España. Por el contrario, son varios los informes de organizaciones sociales y profesionales que señalan que nuestro SNS es hoy en día más injusto, insolidario e ineficaz.

MITO Nº 2  VERDADERO  FALSO

## “En España nadie se queda sin asistencia sanitaria”

“Los inmigrantes ilegales no tienen derecho pero se les atiende”, así definió la situación la actual Ministra de Sanidad Dolors Montserrat durante su comparecencia en Comisión en el Congreso el pasado 20 de diciembre. Estas declaraciones, además de desafortunadas –convenría recordar a la Sra. Ministra que ninguna persona es ilegal– difieren bastante con la realidad



© JAVIER TENIENTE

diaria de miles de personas. **Desde enero de 2014 hasta marzo de 2017, las organizaciones integrantes de REDER han tenido constancia de 3340 casos de personas que se han visto excluidas del SNS** (de las cuales 1840 eran personas en situación administrativa irregular). Puesto que nuestras organizaciones no tienen capacidad para conocer todos los casos de exclusión que se han producido en estos años, esta cifra sirve únicamente para constatar la existencia de una grave situación cuya dimensión real intuimos mucho mayor.

Las personas excluidas pueden recibir asistencia únicamente en una serie de situaciones excepcionales – mujeres embarazadas, menores de edad, situaciones de urgencia, víctimas de trata en periodo de reflexión y personas solicitantes de asilo. No obstante, de nuevo los hechos señalan que estas obligaciones se han vulnerado sistemáticamente. Así lo demuestran los **146 casos de mujeres embarazadas, 243 casos de menores de edad, 26 casos de personas solicitantes de asilo o 341 casos de denegación o facturación indebida de la atención en urgencias** documentados por REDER.

Por tanto, no sólo no es cierto que en España nadie se queda sin asistencia sanitaria sino que son muchas las personas que se ven privadas de cuidados esenciales, incluyendo enfermedades tan graves como **51 casos de cáncer, 74 casos de enfermedades cardiovasculares, 107 de diabetes, 87 de hipertensión, 53 casos de salud mental grave o 26 casos de VIH** entre otros que tenemos documentados.



MITO Nº 3  VERDADERO  FALSO

## “La sanidad es hoy más universal que nunca”

No hay argumento más repetido por Gobierno y dirigentes del Partido Popular. Según su versión, el RDL 16/2012 otorgó el acceso al SNS a las personas paradas de larga duración que habían agotado su prestación de desempleo, y en consecuencia advierten que una eventual derogación de esta norma conllevará la exclusión de estas personas. Un simple análisis de los hechos evidencia la manipulación de la realidad y el lenguaje que lleva implícita esta aseveración.

En primer lugar, las personas paradas a las que hacen referencia estos argumentos ya habían sido incluidas en el SNS por la Ley General de Salud Pública de 2011 en su Disposición adicional sexta. Por el contrario el RDL dejó fuera del sistema a cientos de miles de personas – como el propio Gobierno certificó refiriéndose a las 873.000 tarjetas sanitarias retiradas a partir de la entrada en vigor de la normativa. La exclusión no sólo se limitó a personas en situación irregular. El RDL también restringió de forma considerable el derecho a recibir asistencia de las ciudadanas y los ciudadanos de la Unión Europea que viven en España y que no cotizan a la Seguridad Social. Esta medida ha afectado notablemente a personas de bajos recursos. REDER ha recogido **619 casos exclusión de personas de nacionalidad UE**. Otro caso especialmente preocupante es el de los padres, madres, abuelos y abuelas que llegan a España fruto de un proceso de reagrupación familiar. Estas personas son por lo general de avanzada edad y débil estado de salud, y su residencia en nuestro país ha sido autorizada por Extranjería. No obstante, el RDL 16/2012 y el RD 1192/2012 que lo desarrolla les impide ser consideradas beneficiarias de sus hijas e hijos, negándoles la asistencia sanitaria que para muchas es vital. Todo ello a pesar de que son ya varias las sentencias judiciales que les reconocen este derecho. **REDER ha documentado 66 casos de este tipo.**

Ante estas evidencias, seguir manteniendo que el sistema sanitario español es a día de hoy universal suponer vaciar este concepto de todo contenido.

<sup>1</sup>9,4% del PIB en 2011 frente a Países Bajos (11,8%), Francia (11,6%), Alemania (11,3%) o Austria (11,1%)

MITO Nº 4  VERDADERO  FALSO

## “Dar tarjeta sanitaria a las personas en situación irregular fomenta el turismo sanitario”

De todos los argumentos esgrimidos, la confusión entre dos fenómenos tan radicalmente opuestos como son la inmigración irregular y el turismo sanitario es uno de los más sangrantes por cuanto contribuye a crear una falsa imagen de la persona migrante como alguien que abusa y sobrecarga el sistema sanitario, fomentando con ello la proliferación de actitudes xenófobas.

El perfil de la persona que realiza turismo sanitario es el de alguien con recursos y ciudadanía europea que viene a España con el fin exclusivo de recibir tratamiento médico especializado. Las directivas y reglamentos comunitarios en vigor ya contemplaban antes del RDL los mecanismos necesarios para facturar dicha atención sin que ello supusiera una carga para el Estado, y la Directiva Europea 2011/24<sup>2</sup> sobre derechos de los pacientes en relación a la asistencia sanitaria transfronteriza, que entró en vigor en octubre de 2013, refuerza esta normativa, cuya aplicación práctica está bien documentada por la propia UE<sup>3</sup>. Por el contrario, las personas migrantes en situación irregular son por lo general jóvenes y con buen estado de salud que vienen a España a vivir y trabajar. En consecuencia, tal y como demuestran diversos estudios, el uso que estas personas realizan del sistema sanitario es sensiblemente inferior al de una persona nacional (entre un 69% y un 77% del gasto medio). Es más, según demuestran diversos informes, sólo el 3% de las personas que migran a Europa lo hacen por razones de salud<sup>4</sup>.

Conviene además recordar que nuestro sistema sanitario no se financia a través de las cotizaciones en la Seguridad Social sino por medio de impuestos, tanto directos (como el IRPF) como indirectos (como el IVA, el impuesto sobre el tabaco, etc.). Por tanto, cualquier persona en situación irregular que vive en España está contribuyendo, a través del consumo, al sostenimiento del sistema sanitario del cual se la excluye. Es más, son varios los estudios que demuestran que la población inmigrante aporta más a las arcas del Estado, a través de las diversas contribuciones, de lo que recibe a cambio en prestaciones sociales.

MITO Nº 5  VERDADERO  FALSO

## “Con las nuevas normativas autonómicas ya no hay exclusión sanitaria”

Desde el mismo momento de la aprobación del RDL, y sobre todo tras las elecciones autonómicas de mayo de 2015, fueron varios los gobiernos y parlamentos autonómicos que reaccionaron contra la reforma sanitaria aprobando medidas que la atenuaban, buscando dar cobertura a los colectivos excluidos. A día de hoy, todas las comunidades autónomas, a excepción de Castilla y León y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuentan con alguna medida de este tipo.

Si bien estas disposiciones han tenido sin duda un impacto positivo a la hora de mitigar los graves efectos del RDL, el problema dista aún mucho de estar resuelto. Desde la aprobación de dichas medidas, REDER ha documentado **687 casos de personas excluidas a pesar de todo**.

Por un lado, las propias normativas contienen barreras administrativas de difícil cumplimiento para muchas personas. Es el caso de requisitos como el empadronamiento o la obligación de presentar el certificado de no exportación del derecho (exigido a nacionales de países UE así como de países con los que España tiene firmado un convenio bilateral, y que para muchas personas resulta muy difícil y costoso de tramitar). Por otro lado, en la mayor parte de los casos, estas medidas no han venido acompañadas de campañas de información adecuadas dirigidas tanto al personal de los centros sanitarios como a las propias personas afectadas. En consecuencia, son muchas las potenciales beneficiarias de las nuevas normativas que aún desconocen los derechos que las asisten, e incluso cuando acuden a los centros se siguen encontrando con personal que les deniega la asistencia por falta de conocimiento de la nueva regulación. Por último, el alcance de estas normativas está limitado por las propias competencias de las comunidades autónomas que las incapacitan para revertir el cambio de modelo que supuso la reforma sanitaria de 2012 y devolver a las personas excluidas el derecho humano que les fue arrebatado.



No hay que olvidar, además, que la mayoría de estas medidas han sido recurridas por el Gobierno ante el Tribunal Constitucional y están pendientes de resolución. Tras la sentencia de este Tribunal de Julio de 2016, no conviene ser demasiado optimistas respecto al resultado de estos recursos.

La situación por tanto no está ni mucho menos resuelta: las disposiciones autonómicas no han podido revertir plenamente la exclusión y los avances que han conseguido corren el riesgo de ser anulados.



**M. L.** es una mujer boliviana víctima de trata con fines de explotación sexual. A pesar de que esta situación había sido acreditada por la subdelegación del Gobierno en Lugo, cuando M. acude a urgencias como consecuencia de las lesiones provocadas por una agresión machista, la atención le es facturada. Por si no fuera suficiente, M., que está embarazada, acude nuevamente al hospital para dar a luz y esta atención vuelve a ser objeto de factura.

Como consecuencia de esta situación M. acumula una deuda de más de 30.000 euros con la Agencia Tributaria que le impide acceder a ayudas de tipo económico durante los tres años que tarda en resolverse su reclamación.

Por desgracia, la historia de M. no es una situación aislada, pues nuestras organizaciones tienen constancia de casos similares en el mismo hospital.

**F. V.** es una mujer africana de 33 años que reside en Aragón con su pareja española y está en proceso de regularizar su situación administrativa. Un día, F. empieza a sentirse mal con vómitos y dolor de cabeza y acude a urgencias donde le diagnostican una grave enfermedad contagiosa que obliga a su ingreso.

Su pareja acude a una de las organizaciones de REDER porque no deja de recibir avisos de facturación y nadie en el hospital ni en el centro de salud le explica cómo F. puede acceder al SNS, a pesar de que Aragón cuenta desde 2015 con una normativa propia de la que F. podría beneficiarse.

**J. G.** es venezolana y tiene 56 años. En 2014 llegó a Canarias fruto de un proceso de reagrupación familiar. J. es enferma de diabetes y requiere insulina. Sin embargo, y a pesar de encontrarse en España en situación regular, el INSS le niega la tarjeta sanitaria. Como consecuencia de esta denegación, J. no sólo no puede obtener el seguimiento médico necesario para su enfermedad, sino que tampoco puede obtener la insulina que le es imprescindible ya que esta requiere receta médica.

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

<sup>3</sup> [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_operation_report_dir201124eu_en.pdf)  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_msdata\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf)

<sup>4</sup> [https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016\\_en-mdm-international.pdf](https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf)



# REDER reclama el respeto efectivo del derecho humano a la salud a través de un sistema sanitario público y universal

A la vista de la situación de grave vulneración del derecho a la salud descrita en éste y anteriores informes, REDER considera que **el cambio legislativo es imprescindible y no puede posponerse más**. Por tanto, y teniendo en cuenta que actualmente la mayoría parlamentaria está integrada por partidos políticos que han manifestado de forma reiterada su compromiso con un sistema sanitario público y universal, exigimos **a los distintos grupos parlamentarios la adopción de medidas legislativas que aseguren:**

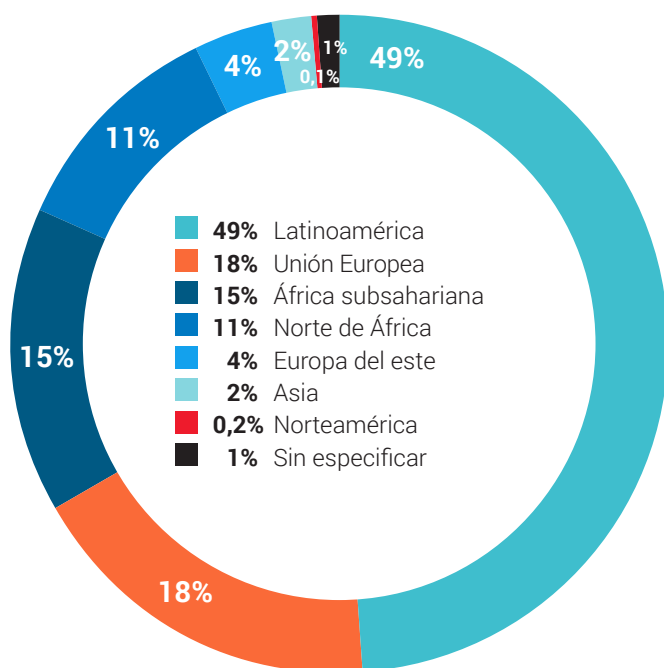
- ▶ **La eliminación de las figuras de asegurado/a y beneficiario/a y que reconozcan el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a todas las personas que se encuentren en el territorio español, independientemente de su situación administrativa.**
- ▶ **La incorporación de cláusulas de flexibilidad que garanticen la atención en todo momento, evitando que la falta de prueba de un requisito (ej.**

empadronamiento, certificado de no exportación del derecho, etc.)  **pueda acabar siendo una barrera insalvable.**

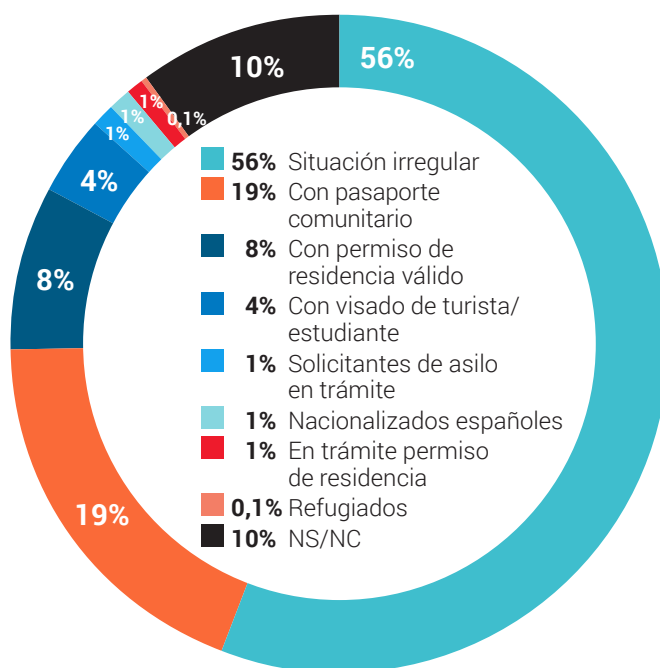
- ▶ **La inclusión de mecanismos de evaluación y seguimiento** que permitan garantizar la efectividad de la norma.

**A los gobiernos autonómicos**, REDER les pide que lleguen al límite de sus competencias para garantizar que todas las personas que viven en su territorio puedan acceder a la asistencia sanitaria sin discriminación alguna. En este sentido, REDER les solicita la adopción de medidas que subsanen las actuales deficiencias de sus regulaciones y la colaboración con las organizaciones sociales que luchan contra la exclusión sanitaria. Muy particularmente **exigimos la puesta en marcha de campañas informativas integrales dirigidas tanto al personal sanitario como a las personas titulares de derechos**. A pesar de la preocupación que nos genera la reciente sentencia del Tribunal

DISTRIBUCIÓN POR **PROCEDENCIA**



DISTRIBUCIÓN POR **SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**

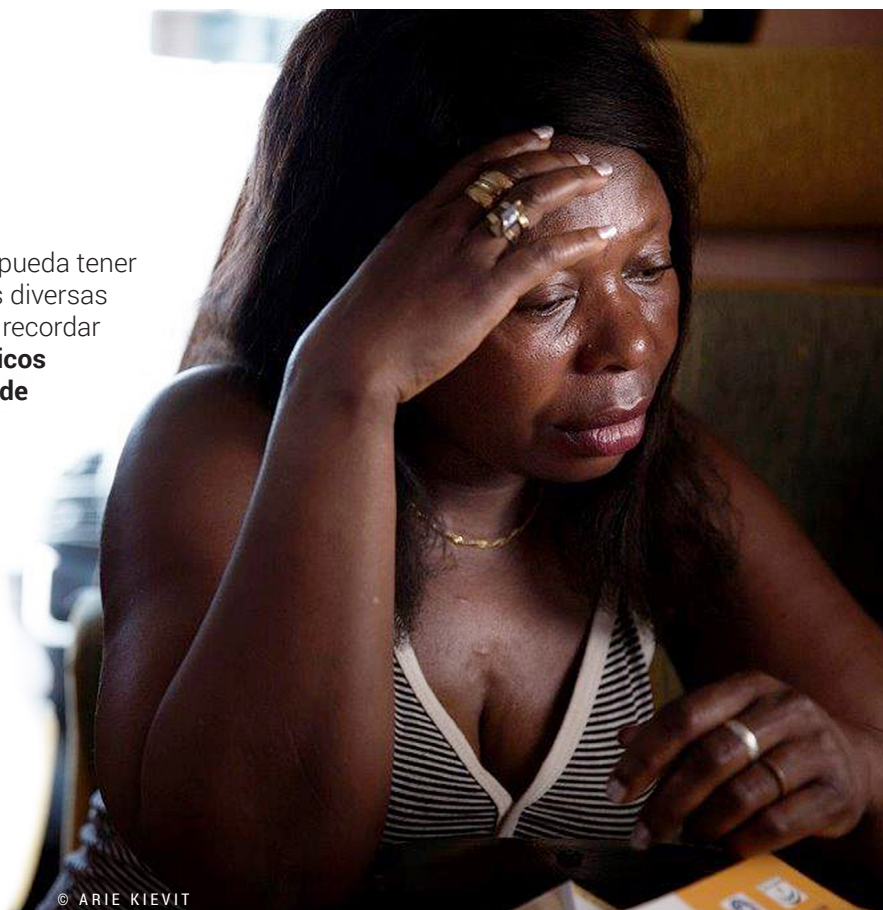




Constitucional y las consecuencias que pueda tener sobre los recursos pendientes contra las diversas normativas autonómicas, REDER quiere recordar la **obligación de todos los poderes públicos de respetar la legislación internacional de derechos humanos.**

**A las y los profesionales sanitarios, de administración y gestión del Sistema Nacional de Salud,** REDER les invita a sumarse al movimiento de objeción de conciencia con respecto a la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, recordando que **existe el derecho y el deber de no colaborar con violaciones de derechos humanos.**

Al conjunto de la **sociedad civil,** la animamos a apoyar las movilizaciones y acciones de rebeldía frente al Real Decreto-Ley.



© ARIE KIEVIT


INCIDENCIAS POR FALTA DE INFORMACIÓN	CASOS
No han tramitado la tarjeta sanitaria por falta de información (no saben que tienen derecho o no saben cómo hacerlo)	681
Falta total de información sobre cuál es su derecho a recibir asistencia sanitaria	628
Negativa a la expedición de tarjeta sanitaria (o documento análogo) por información errónea del personal administrativo	325
Prácticas disuasorias en el centro sanitario	45
INCIDENCIAS POR BARRERAS ADMINISTRATIVAS	CASOS
Negativa a la expedición de tarjeta sanitaria por no reunir los requisitos administrativos	766
Negativa a la atención en consulta especializada por no contar con tarjeta sanitaria	117
Negativa a la solicitud de consulta en atención primaria por no contar con tarjeta sanitaria	182
FACTURACIÓN O FIRMA DE COMPROMISO DE PAGO POR LA PRESTACIÓN MÉDICA REALIZADA	CASOS
Total	357
En urgencias	243
OTROS	CASOS
Negativa a la atención en urgencias	71
Imposibilidad de acceder a medicamentos	168

LUGAR DONDE SE PRODUCE LA INCIDENCIA	CASOS
INSS o administración autonómica encargada de expedir la tarjeta sanitaria	249
Centro de especialidades	37
Centro de Salud – Administración	930
Centro de Salud – Medicina General	309
Centro de Salud – Otros	31
Hospital – Admisión	108
Hospital – Urgencias	342
Hospital – Otros	74
Otros	1.260
TOTAL	3.340



# 3.340 PERSONAS EXCLUIDAS DEL SISTEMA NACIONAL SALUD

 **146** MUJERES EMBARAZADAS

 **243** MENORES DE EDAD

 DENEGADA LA TARJETA SANITARIA A  **66** PERSONAS DE AVANZADA EDAD Y EN SITUACIÓN REGULAR

**26** PERSONAS SOLICITANTES DE ASILO 

**341** CASOS DE DENEGACIÓN DE ATENCIÓN O FACTURACIÓN INDEBIDA EN URGENCIAS 

 **51** CASOS DE CÁNCER

 **87** CASOS DE HIPERTENSIÓN

 **26** CASOS DE VIH

 **74** CASOS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

 **107** CASOS DE DIABETES

 **53** CASOS DE SALUD MENTAL GRAVE

## REDER Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012

REDER es una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su cumplimiento. Actualmente forman parte de REDER más de 300 organizaciones sociales y profesionales como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Médicos del Mundo, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, la Plataforma Salud Universal Aragón; la Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT); la Rede Galega en Defensa do Dereito á Saúde; la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia; la Plataforma "Ciudadanía contra la exclusión sanitaria"; la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Federación de Asociaciones por la Sanidad Pública (FDASP), la Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ) o la Red Transnacional de Mujeres (NetworkWoman). Para más información: [www.reder162012.org](http://www.reder162012.org)