

# Los EFECTOS de la EXCLUSIÓN SANITARIA en las PERSONAS INMIGRANTES más VULNERABLES



Esta investigación ha sido posible gracias a la financiación de:



**OPEN SOCIETY**  
FOUNDATIONS

Autoría y edición:

Red Acoge

C/ Cea Bermúdez, 43, 3º B

28003 – Madrid, España

Tel.: + 34 91 563 37 79

Fax: + 34 91 550 31 14

E-mail: [acoge@redacoge.org](mailto:acoge@redacoge.org)

Web: [www.redacoge.org](http://www.redacoge.org)

© Red Acoge

Madrid, julio de 2015

Este material es gratuito y queda prohibida cualquier comercialización del mismo.

Este proyecto ha sido posible gracias a la financiación de:



# Índice

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | INTRODUCCIÓN.....  | 5  |
| 2.     | CONTEXTO Y DESARROLLO NORMATIVO.....   | 8  |
| 2.1.   | La regulación del derecho a la salud.....  | 8  |
| 2.1.1. | Hasta abril de 2012.....   | 8  |
| 2.1.2. | A partir de abril de 2012.....   | 9  |
| 2.2.   | Las competencias de las Comunidades autónomas en materia de salud.....             | 9  |
| 2.3.   | Normativa de desarrollo posterior al Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril.....  | 11 |
| 2.4.   | Motivación para el cambio de legislación.....                                      | 12 |
| 2.5.   | Reacciones de organismos internacionales y nacionales.....                         | 13 |
| 3.     | EL TRABAJO DE CAMPO DE RED ACOGE.<br>IMPACTO DEL RD-L DESDE LA SOCIEDAD CIVIL..... | 15 |
| 3.1.   | Contexto general de recogida de datos.....   | 15 |
| 3.2.   | Los supuestos de exclusión.....  | 18 |
| 3.2.1. | Personas inmigrantes en situación administrativa irregular.....                    | 18 |
| 3.2.2. | Personas residentes excluidas de la asistencia sanitaria.....                      | 19 |
| 3.2.3. | Menores a quienes se les viene denegando el acceso.....                            | 21 |
| 3.2.4. | La facturación en los servicios de urgencias.....                                  | 21 |
| 3.2.5. | El acceso a medicamentos.....  | 22 |
| 4.     | ESPACIOS DE MEJORA Y CONCLUSIONES.....   | 23 |
|        | Anexo I.- Cuestionario.....  | 25 |
|        | Anexo II.- Campaña #YoElijoSerHumano.....  | 27 |



## INTRODUCCIÓN

El presente informe pretende analizar los efectos que ha tenido la puesta en práctica y el desarrollo legislativo del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, (en adelante RD-L) en la población inmigrante o de origen inmigrante, principal afectada por la reforma.

El RD-L marcó un punto de inflexión en la política sanitaria española, acabando con el sistema de acceso universal a la sanidad. El RD-L y las normas que lo han ido desarrollando introducen las figuras de asegurado y beneficiario frente al de pacientes o ciudadanos, y excluye del sistema por primera vez a un grupo de ciudadanos, las personas inmigrantes en situación irregular y ha generado además un problema añadido en un grupo de población que debe estar cubierto en todo caso, como son los residentes legales, y la infancia.

El derecho a la salud aparece recogido en la Constitución Española en el artículo 43<sup>1</sup>, encuadrado dentro de los llamados derechos sociales y económicos y no es, por lo tanto, un derecho fundamental, por lo que su grado de protección por parte de los tribunales españoles es menor ya que el quebrantamiento o desconocimiento del mismo no permite el acceso al Tribunal Constitucional a través del recurso de amparo.

Se protege igualmente con carácter general en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>2</sup>, pacto que ha sido ratificado por España, y en otros tratados interna-

.....

### 1. El Artículo 43 establece:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

### 2. Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
  - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
  - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
  - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

cionales como la Convención de los Derechos del Niño<sup>3</sup> o la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer<sup>4</sup>.

En el momento actual, el Tribunal Constitucional se encuentra pendiente de la resolución de cinco recursos de inconstitucionalidad planteados por otras tantas comunidades autónomas<sup>5</sup>.

3. Artículo 3.3 Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada

4. Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

5. Dichos recursos son:

1. El Pleno del Tribunal Constitucional, por providencia de 16 julio actual, acordó admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad número 4123-2012, promovido por el Parlamento de Navarra, contra el art. 1. Uno y, por conexión, 1. Dos; 2. Dos, Tres y Cinco; 4. Doce, Trece y Catorce y disposición adicional tercera y transitoria primera del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. («BOE» 24 de julio). Recurso de Inconstitucionalidad de la Comunidad Autónoma de Navarra.
2. El Pleno del TC, por providencia de 13 de septiembre de 2012, acordó admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad núm. 4585-2012, contra el artículo 1.uno del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («B.O.E.» 21 septiembre), que modifica la Ley 16/2003. (Recurso de Inconstitucionalidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía)
3. El Pleno del Tribunal Constitucional, por providencia 12 de febrero de 2013, acordó admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad número 433-2013, contra el artículo 1 del RD-L 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modifica el presente artículo («B.O.E.» 22 febrero). Artículo 3 redactado por el número uno del artículo 1 del R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («B.O.E.» 24 abril; corrección de errores «B.O.E.» 15 mayo). Comunidad Autónoma de Canarias
4. El Pleno del Tribunal Constitucional por providencia de 12 de febrero de 2013 acordó admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad número 414-2013 contra el artículo 1 del RD-L 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modifica el presente artículo («B.O.E.» 22 febrero). (Recurso de Inconstitucionalidad de la Comunidad Autónoma de Cataluña)
5. El Pleno del Tribunal Constitucional por providencia de 12 de febrero de 2013 acordó admitir a trámite el recurso de inconstitucionalidad número 419-2013 contra el artículo 1.Dos del RD-L 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modifica el presente artículo («B.O.E.» 22 febrero). (Comunidad Autónoma del País Vasco)

Desde la publicación del RD-L Red Acoge ha realizado un seguimiento del impacto en principal colectivo excluido, así como de aquellas que si bien en principio no estaban excluidas, en la práctica encuentran múltiples dificultades cuando acuden a los servicios sanitarios.

Para ello, tomaremos como punto de partida, los datos obtenidos en 5 organizaciones que forman parte de Red Acoge y que trabajan en el apoyo directo a personas inmigrantes, de origen inmigrante, comunitario y familiares de ciudadanos de la Unión Europea que han visto afectado su derecho a la asistencia sanitaria a raíz de la entrada en vigor del RD-L. Este informe está dirigido a evaluar las consecuencias de la implantación tanto de la normativa nacional como la de los desarrollos autonómicos correspondientes e identificar sus principales problemas y áreas de mejora de cara al futuro.

En primer lugar analizaremos el desarrollo legislativo relacionado, y el cambio respecto a la situación anterior, y expondremos la situación en cinco comunidades autónomas que han aplicado el RD-L de distinta manera. Posteriormente expondremos la visión desde Red Acoge sobre las consecuencias de la aplicación del RD-L agrupando la diferente casuística en torno a cinco supuestos como son las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, personas residentes excluidas, menores a quienes se les viene denegando el acceso, la facturación en urgencias y el acceso a medicamentos.

Finalmente estableceremos una serie de conclusiones y recomendaciones a la luz de los casos analizados.

## CONTEXTO Y DESARROLLO NORMATIVO

### 2.1. LA REGULACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Se pueden distinguir dos momentos en España en cuanto al acceso al sistema público de salud; antes, y después del RD-L:

#### 2.1.1. Hasta abril de 2012

Hasta la entrada en vigor del RD-L, las personas inmigrantes tenían acceso al sistema sanitario público con independencia de cuál fuera su situación administrativa en España. La antigua redacción del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 de derechos y libertades de los extranjeros en España establecía:

Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria.

1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por lo tanto, el único requisito para el acceso era el estar empadronado en el municipio, lo que daba derecho a la atención gratuita en el sistema público de salud, que se documentaba mediante la entrega de una tarjeta física.

Las únicas excepciones venían representadas por aquellas personas que carecían de pasaporte y que en consecuencia, no podían ser empadronadas por lo que el acceso al sistema sanitario quedaba limitado a las urgencias.

A las mujeres en periodo de embarazo, parto y postparto y a los menores se les reconocía la asistencia en todos los casos.

El reconocimiento de acceso pleno tenía su base en un sistema legal que tendía a la universalidad, tanto en la cobertura prestada como en la población a la que se reconocía el derecho, máxime porque desde la Ley General de Sanidad de 1986, el presupuesto dedicado a la sanidad

pública está incluido como una partida más dentro de los presupuestos generales del Estado por lo que como cualquier otro servicio público, se financia con los impuestos, pero no con las cotizaciones sociales, que financian únicamente el sistema de la Seguridad Social. Por otro lado, son las Comunidades Autónomas las que una vez recibida la recaudación estatal, administran el gasto sanitario.

### 2.1.2. A partir de abril de 2012

El sistema da un vuelco tras la publicación del RD-L 16/2012. El principio de universalidad deja de ser aplicable en el acceso al sistema sanitario español y se pasa a un modelo de aseguramiento en virtud del cual, serán aquellas personas que estén cotizando por su trabajo quienes tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria. Junto al asegurado, aparece la figura del beneficiario, que dependiendo de éste tiene también reconocida la asistencia sanitaria.

Quedan excluidas por lo tanto, todas aquellas personas en las que no concurra la condición de asegurados o beneficiarios y en concreto, en el RD-L dicho cambio afecta directamente a la población inmigrante en situación irregular que ya no tendrá acceso en condiciones de igualdad con la población española, tal y como recogía la legislación de extranjería antes de ser modificada mediante el mismo RD-L. A partir del 1 de septiembre de 2012, sólo se reconoce la asistencia sanitaria a población inmigrante en situación irregular en los casos de accidente o enfermedad grave hasta su completo restablecimiento, a los menores de edad en todo caso, y a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.

En marzo de 2015, el Ministro de Sanidad y Asuntos Sociales declaró a la Agencia EFE que el Gobierno estaba reconsiderando permitir el acceso de todas las personas excluidas del sistema sanitario a la atención primaria con el fin de evitar el colapso de las urgencias.

Red Acoge ya tuvo ocasión de manifestarse sobre dicha posibilidad de cambio que consideramos absolutamente insuficiente<sup>6</sup>.

En el momento de cierre del presente informe y tras la celebración de elecciones municipales y autonómicas el día 24 de mayo de 2015, es posible que en los próximos meses se modifique la aplicación del RD-L en algunas de las comunidades autónomas que pasan a estar gobernadas por otros partidos políticos diferentes al Partido Popular.

## 2.2. LAS COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN MATERIA DE SALUD

Atendiendo al sistema de competencias establecido en la Constitución<sup>7</sup>, las CCAA tienen transferidas las competencias en materia sanitaria, salvo en el caso de Ceuta y Melilla, que siguen estando atribuidas al Gobierno central. En virtud de este reparto competencial, el Estado debe dictar la normativa de carácter general pero su desarrollo y aplicación corresponde a las CCAA.

6. <http://www.redacoge.org/news/es/2015/03/31/0001/el-derecho-a-la-atencion-sanitaria-sigue-sin-estar-garantizado-en-espana>

7. Artículo 148.1.21<sup>a</sup>

Esto ha propiciado que en la actualidad tengamos por una parte la normativa estatal que restringe el acceso de las personas migrantes a los supuestos ya enumerados y por otra, legislación dictada por algunas comunidades autónomas que contemplan el acceso al sistema público con más o menos amplitud.

Sin ánimo de ser exhaustivos, sí podemos recoger al menos tres grupos de comunidades en función de si reconocen un mayor o menor acceso a la asistencia sanitaria:

1. En el primer grupo estarían aquellas comunidades que bien permiten el acceso sin ningún requisito o exigen un periodo de tiempo de empadronamiento previo como son las comunidades de Andalucía, País Vasco o Cataluña.
2. El segundo grupo integraría aquellas en las que el acceso no es posible salvo en los tres supuestos previstos en el RD-L como son las comunidades de Castilla la Mancha y Madrid.
3. Un tercer grupo estaría representado por aquellas que han creado un acceso paralelo como son las comunidades de Galicia o Valencia en el que se ha optado por la introducción de una tarjeta sanitaria para personas inmigrantes en situación irregular.

Por lo que podemos establecer ya una serie de consecuencias de la aplicación del RD-L como son:

- La disparidad en cuanto a la aplicación de la normativa
- El quebranto del principio de igualdad en la aplicación de la ley, puesto que finalmente ante supuestos iguales se les aplican soluciones desiguales.

B. es de Guinea Ecuatorial y vive en Madrid. Tuvo residencia en España durante muchos años, pero se vio obligada a volver a su país de origen. Cuando retornó a España, se le detectó una dolencia cardíaca que obligó a realizarle un trasplante de corazón.

Gracias a la solidaridad de una familia, se le pudo realizar dicho trasplante y durante el tiempo transcurrido hasta la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, estuvo sometida a revisiones y tuvo acceso a la medicación necesaria para prevenir el rechazo que puede generar el trasplante.

Después de septiembre de 2012, se quedó sin asistencia sanitaria al no haber podido conservarse su residencia en España por pasar en su país de origen más de un año. La pérdida de la residencia conllevó la pérdida de la tarjeta sanitaria.

Durante un tiempo, su familia hizo frente al pago de la medicación que B. tomaba para prevenir el rechazo del órgano trasplantado, pero seguía sin resolverse el problema de las revisiones médicas.

Desde Red Acoger se emitió una queja a la Defensora del Pueblo por que las normas dictadas por la Comunidad de Madrid tras la entrada en vigor del RD-L establecían que se prestaría asistencia sanitaria a los enfermos crónicos que tuvieran tarjeta sanitaria con anterioridad a la entrada en vigor del RD-L. Todas estas circunstancias concurrían en el caso de B.

Tras las gestiones oportunas, se fijó una cita médica para B. por lo que está siendo tratada con normalidad.

### 2.3. NORMATIVA DE DESARROLLO POSTERIOR AL REAL DECRETO LEY 16/2012 DE 20 DE ABRIL

Con posterioridad al RD-L, se ha dictado el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto que regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria española con cargo a fondos públicos, el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 1192/2012 viene a desarrollar las figuras de asegurado y beneficiario que aparecían recogidas como novedad en el RD-L, hecho que supone vincular el acceso a la sanidad a la situación laboral de las personas que viven en España, a pesar de que el presupuesto de sanidad se cubre con tributos pero no con cotizaciones sociales.

En el mismo se recogía también el acceso limitado que se reconoce a los solicitantes de asilo y a las personas víctimas de trata durante el periodo de reflexión, colectivos que habían sido excluidos del RD-L y que deben tener reconocido el derecho de acceso a tenor de los tratados internacionales ratificados por España como son la Convención de Ginebra<sup>8</sup> en cuanto al refugio y asilo y el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos<sup>9</sup>.

El RD-L también preveía la posibilidad de que aquellas personas que habían sido excluidas de sistema sanitario público pudieran acceder al mismo mediante la suscripción de un convenio entre el Estado o las comunidades autónomas que les permitiera el acceso a la llamada cartera básica de servicios. Este convenio se ha desarrollado con la publicación del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio<sup>10</sup>.

En la actualidad, este convenio puede ser firmado por aquellas personas que se encuentren en España, acreditando estar empadronadas durante al menos un año y tener medios suficientes para hacer frente a las cuantías económicas que exige el mismo, que son 60 euros mensuales si la persona tiene menos de 65 años, y 157 euros mensuales si tiene 65 o más años. Es decir, se estableció un sistema que permite suscribir un convenio con aquellas personas que ingresen más de 100.000 euros anuales a las que el RD-L había excluido, pero que mantiene sin posibilidad de hacerlo a quien por su situación de vulnerabilidad no puede aportar la cantidad mensual exigida, que supera a las que fijan muchos de los seguros privados de salud.

8. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados hecha en Ginebra el 28 de julio de 1951.

9. Varsovia, 16 de mayo de 2005.

10. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-8190](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-8190)

En su informe preceptivo<sup>11</sup>, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes señalaba que tal y como se iba a regular dicho convenio, en la práctica un elevado número de personas quedaría fuera de la asistencia sanitaria, y especialmente, quedarían fuera los grupos más vulnerables como son enfermos crónicos, discapacitados, etc. Igualmente se recoge en el Informe que la asistencia sanitaria prevista para personas solicitantes de protección internacional así como víctimas de trata de seres humanos seguiría siendo insuficiente.

#### 2.4. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO DE LA LEGISLACIÓN

Las razones argüidas por el Gobierno para justificar el cambio en el acceso al sistema sanitario español eran:

##### 1. Insostenibilidad del sistema y ahorro de unos 500 millones de euros.

El RD-L no va acompañado de una memoria económica que permita conocer si esa es la cifra en que se calculó el gasto sanitario de la población en situación irregular o para el cálculo se tuvieron en cuenta otras circunstancias.

A día de hoy sigue sin aclararse el supuesto ahorro por la exclusión del sistema sanitario de las personas en situación irregular. El Tribunal Constitucional en su Auto de 17 de diciembre de 2012 resolviendo un conflicto de competencias entre el estado y la comunidad autónoma a cuenta de la normativa vasca que permite el acceso a los inmigrantes al servicio vasco de salud, establece que “al valorar el interés vinculado al control del déficit público, y analizarlo respecto de los perjuicios económicos que se podrían asociar al levantamiento de la suspensión, es preciso destacar que la Abogacía del Estado no concreta esos perjuicios, seguramente porque ello no sea posible, entre otras razones, al poder darse la eventualidad de que se produzca sencillamente una transferencia de gasto desde la atención primaria a la atención de urgencias”.

Por lo tanto, entendía que en caso de que hubiera un ahorro, ni estaba justificado ni quedaba probado que ese supuesto ahorro no tuviera que destinarse a financiar la mayor carga de los servicios de urgencias.

##### 2. Luchar contra el turismo sanitario.

Igualmente, con la entrada en vigor del RD-L se trató según el Gobierno de poner freno a los abusos que cometían los extranjeros que venían expresamente a España para tener acceso al sistema sanitario de forma gratuita. Con ese fin, se pretendía que el RDL permitiera una adecuada trasposición de la Directiva Europea 2004/38<sup>12</sup> relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión Europea y sus familiares a circular y residir libremente en el territorio de la unión, que es uno de los pilares de la UE.

A este respecto hemos de decir que las personas que se encuentran en situación irregu-

11. [http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Dictamenes/Doc\\_Nx\\_5\\_Informe\\_Foro\\_a\\_OM\\_requisitos\\_basicos\\_convenio\\_asistencia\\_sanitaria.pdf](http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Dictamenes/Doc_Nx_5_Informe_Foro_a_OM_requisitos_basicos_convenio_asistencia_sanitaria.pdf)

12. Directiva 2004/38/CE del Parlamento europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros por la que se modifica el Reglamento 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE

lar no han llegado a nuestro país a recibir tratamiento médico alguno. En general, son personas jóvenes, sanas y con escasos recursos que vienen huyendo de violaciones de derechos humanos o por razones de tipo económico y buscando un futuro mejor del que carecen en su país de origen.

Por otro lado, no podemos olvidar que la situación de residencia legal en España se vincula al mercado de trabajo por lo que la grave crisis que padecemos desde el año 2008 y que se ha dejado notar especialmente en el enorme número de personas que se encuentran en situación de desempleo, ha impactado con mayor rigor en la población inmigrante, más vulnerable a la pérdida de empleo, lo que ha conllevado también que en muchas ocasiones hayan perdido el derecho de residencia al no poder acreditar haber cotizado a la Seguridad Social. Estas personas no han perdido sólo su residencia, han perdido también su acceso a la sanidad pública desde la entrada del RD-L, pero en cualquier caso mientras estuvieron en alta laboral pagaron sus impuestos y cotizaciones, lo que anula el argumento de que vinieron con el único propósito de beneficiarse de una asistencia sanitaria gratuita, argumento en cualquier caso absurdo en relación con el fenómeno de las migraciones y los motivos para migrar.

### 3. El abuso de los ciudadanos comunitarios sobre el sistema español de salud.

Es otro de los falsos argumentos con los que el Gobierno pretendía justificar su reforma. Según esto, las personas con nacionalidad de alguno de los estados miembros de la Unión Europea venían a España por cortos espacios de tiempo y aprovechando la gratuidad del sistema, abusaban de servicios médicos a los que no hubieran tenido derecho en sus países de origen salvo que tuvieran contratado un seguro privado.

A este respecto, debemos decir que según lo contenido en el Informe del Tribunal de Cuentas aprobado en su sesión de 29 de marzo de 2012, el déficit de España en esta materia no era debido a la llegada de estas personas sino a las dificultades y a la inoperancia de la administración para cobrar las facturas a los países de los que estas personas son nacionales conforme a la normativa de la Unión Europea, que permite la coordinación entre sistemas públicos de salud.

En definitiva, las razones argumentadas son de difícil fundamentación económica y sirven sólo para amparar una reforma que suponía y supone un atentado a los principios más básicos de una sociedad democrática como es el acceso a la salud, haciendo recaer en uno de los grupos más vulnerables como son los inmigrantes en situación irregular las consecuencias de la crisis económica y la insostenibilidad del sistema sanitario público.

## 2.5. REACCIÓN DE ORGANISMOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

Durante estos tres años que han transcurrido desde la entrada en vigor del RD-L, han sido varios los informes de organismos internacionales que han llamado la atención a España en cuanto a la regresión de los derechos de las personas inmigrantes en España y un incumplimiento de las obligaciones de nuestro país en materia de Derechos Humanos. Entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

El Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, expresamente menciona esta cuestión en el informe

relativo a su visita a España<sup>13</sup>. En el mismo se menciona que los inmigrantes especialmente los que se encuentran en situación irregular siguen siendo objeto de discriminación en el acceso a los servicios públicos como la salud.

En cuanto al RD-L recoge expresamente que “la legislación aprobada como parte de las medidas de austeridad, que restringe el acceso de los inmigrantes a la asistencia sanitaria, es también un hecho lamentable” y recomienda “que se revisen las reformas sanitarias adoptadas en el marco de la crisis económica actual para garantizar que los inmigrantes tengan acceso a los servicios de atención médica sea cual sea su situación migratoria”.

En el mismo sentido, la Relatora Especial sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos<sup>14</sup> expresó sus preocupaciones en materia de acceso a la salud de las personas migrantes en una carta enviada a las autoridades españolas en noviembre de 2013 (junto con otros expertos en DDHH de Naciones Unidas en la que se advierte que “los cambios adoptados por el Gobierno de España en 2012, que reducen el acceso al sistema de salud pública, no cumplen con las obligaciones de Derechos Humanos del país”. Igualmente recoge que España tiene obligaciones positivas en materia de acceso a la atención sanitaria, incluidas obligaciones para con los migrantes, independientemente de su situación jurídica.

El Comité Europeo de Derechos Sociales concluyó en enero de 2014 que la decisión tomada por España de restringir el acceso a la atención médica gratuita para los inmigrantes indocumentados infringe la legislación europea de derechos humanos. El Comité de Derechos Económicos y Sociales de la ONU formuló recomendaciones parecidas en 2012.

A nivel nacional, la Defensora del Pueblo planteó la siguiente recomendación al Gobierno:

“Que se habilite la adecuada atención de aquellas personas con padecimientos graves. Con esta recomendación se busca evitar la posible responsabilidad de España por el incumplimiento de obligaciones internacionales, entre otras, las derivadas del Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Carta de derechos fundamentales de la DE y otros instrumentos que establecen obligaciones positivas<sup>15</sup>.

En lo que respecta al Comité Europeo de Derechos Sociales, en su examen a España del periodo comprendido entre 2008 y 2011, esto es, antes de ser aprobado el RD-L ya alertaba del deterioro en el sistema de salud y expresamente recoge que la exclusión del sistema sanitario público de las personas en situación irregular en España es contraria al artículo 11 de la Carta Social Europea”.

13. Informe del Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, Mutuma Ruteere. Visita a España 21-28 enero 2013 <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/144/81/PDF/G1314481.pdf?OpenElement>

14. <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14545&LangID=S>

15. [https://www.defensordelpueblo.es/es/Prensa/Institucional/Actividades/contenido\\_1343807186260.html](https://www.defensordelpueblo.es/es/Prensa/Institucional/Actividades/contenido_1343807186260.html)

## TRABAJO DE CAMPO DE RED ACOGE. IMPACTO DEL RD-L DESDE LA VISIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

### 3.1. CONTEXTO GENERAL DE LA RECOGIDA DE DATOS

Red Acoge es una organización no lucrativa, adopta la forma jurídica de federación y agrupa a 18 asociaciones que trabajan por los derechos de las personas inmigrantes y su integración social. Desarrolla diferentes líneas de intervención, desde la acogida a programas de promoción de la diversidad y cohesión social.

La atención en el ámbito sanitario se ha convertido en línea de trabajo principal desde la aprobación del RD-L. Desde el año 2013 Red Acoge viene desarrollando diferentes líneas de acción, intervención y apoyo al colectivo vulnerable. Para ello, se ha diseñado una metodología basada en análisis de legislación y otras fuentes secundarias, junto a una recogida de datos primarios mediante dos cuestionarios y también en la recogida de casos de personas en exclusión o que han sido atendidas en las organizaciones.

Los cuestionarios se han orientado a recoger información clave de dos tipos de informantes, por un lado, información de las propias personas afectadas por la exclusión sanitaria, especialmente sobre su situación concreta de exclusión; y por otro, se recopila la valoración de las organizaciones sociales participantes para mejorar la comprensión de la nueva situación de asistencia sanitaria en España, a través de la identificación de casos de violaciones de derechos auspiciadas por la entrada en vigor del RD-L.

La elección de las organizaciones para la recogida de los datos se hizo teniendo en cuenta cómo se está aplicando la legislación en las distintas comunidades autónomas, desde las que tienen normativa propia que permite el acceso a las personas con el único requisito del empadronamiento (Cataluña), pasando por aquellas que sin establecer normativa están permitiendo el acceso a los servicios de atención primaria (Castilla y León) así como por las Comunidades de Castilla la Mancha y Madrid que es donde más dificultades estamos encontrando para la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes.

Las organizaciones miembros de Red Acoge que han participado son Bayt al-Thaqafa (Barcelona), Guada Acoge (Guadalajara), Karibu, Amigos del pueblo africano (Madrid), Procomar Valladolid Acoge (Valladolid) y Murcia Acoge (Región de Murcia).

El trabajo de campo se ha desarrollado durante los años 2013-2014, obteniendo la participación de 140 personas inmigrantes excluidos de la atención sanitaria a raíz de la aprobación y puesta en marcha del RD-L.

El análisis de la información recabada nos orienta en la evaluación de las consecuencias del RD-L, dando lugar a una clasificación propia en cuatro supuestos de exclusión sanitaria, ejemplo de cuatro situaciones diferentes en las que no se facilita la cobertura sanitaria.

La muestra resultante es de 140 personas, 64% hombres y 36% mujeres, originarios de 41 países diferentes.

TABLA 1. MUESTRA POR NACIONALIDADES

| PAÍSES            | TOTAL | PAÍSES                     | TOTAL      |
|-------------------|-------|----------------------------|------------|
| Angola            | 7     | Liberia                    | 1          |
| Argelia           | 7     | Mali                       | 5          |
| Argentina         | 2     | Marruecos                  | 1          |
| Benín             | 1     | Mauritania                 | 4          |
| Bolivia           | 2     | Nicaragua                  | 1          |
| Brasil            | 6     | Nigeria                    | 20         |
| Bulgaria          | 3     | Paraguay                   | 1          |
| Cabo verde        | 1     | Perú                       | 2          |
| Camerún           | 9     | Portugal                   | 1          |
| Chile             | 1     | Rumania                    | 6          |
| Colombia          | 2     | Sahara Occidental          | 1          |
| Cuba              | 1     | Senegal                    | 4          |
| Ecuador           | 3     | Sierra leona               | 1          |
| Egipto            | 1     | Túnez                      | 1          |
| El salvador       | 1     | Uruguay                    | 2          |
| Gambia            | 1     | Venezuela                  | 2          |
| Ghana             | 4     | Rep. Democrática del Congo | 3          |
| Guinea Bissau     | 5     | Rep. Dominicana            | 4          |
| Guinea Conakri    | 7     | Ucrania                    | 1          |
| Guinea ecuatorial | 9     | Estadounidense             | 1          |
| Honduras          | 5     |                            |            |
|                   |       | <b>TOTAL GENERAL</b>       | <b>140</b> |

Fuente: Elaboración propia.

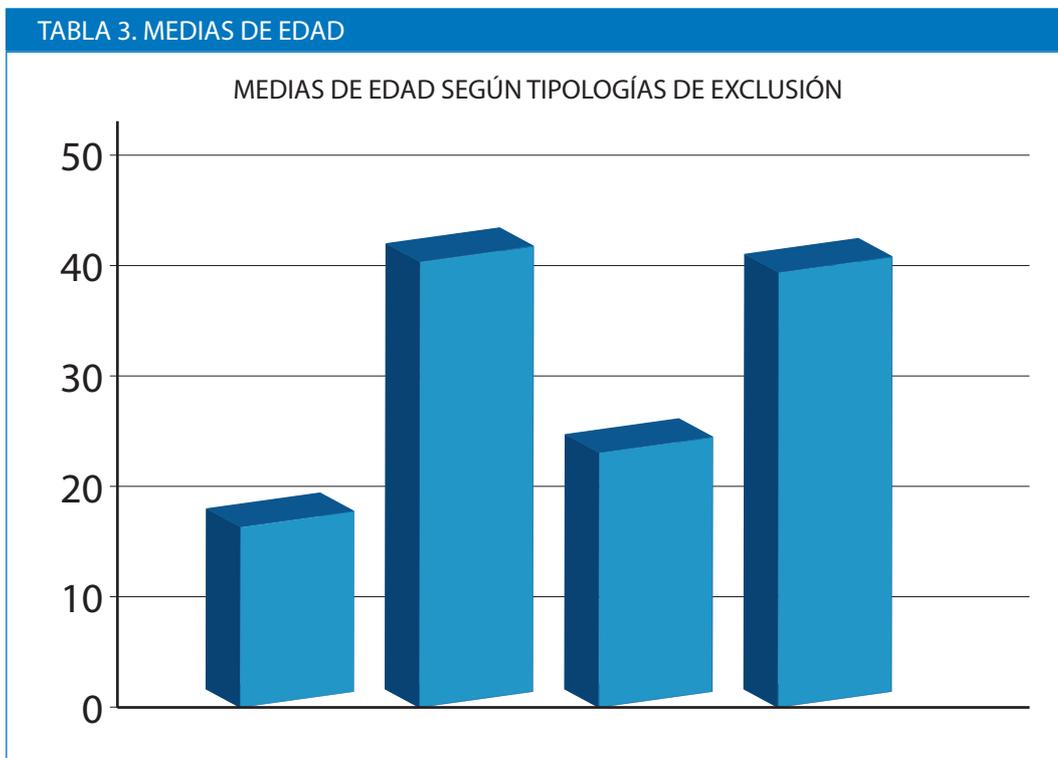
A continuación presentamos las cifras en función de nuestra tipología de situaciones de exclusión.

**TABLA 2. TIPOLOGÍAS DE EXCLUSIÓN**

| TIPOLOGÍAS                      | TOTAL      | %              |
|---------------------------------|------------|----------------|
| Menores no atendidos            | 4          | 2,86%          |
| Inmigrantes situación irregular | 124        | 88,57%         |
| Facturación en urgencias        | 2          | 1,43%          |
| Residentes excluidos            | 10         | 7,14%          |
| <b>Total general</b>            | <b>140</b> | <b>100,00%</b> |

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de encuestas.

La edad media es de 41 años, con medias de edad muy dispares según el supuesto de exclusión.



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de encuestas.

### 3.2. LOS SUPUESTOS DE EXCLUSIÓN

Aun cuando el RD-L apuntaba a que la exclusión del acceso al sistema sanitario afectaría únicamente a las personas inmigrantes en situación irregular, en la práctica hemos encontrado otros supuestos en los que también están siendo excluidos del acceso a pesar de tener residencia legal en España.

En el presente punto analizaremos cuáles son los principales colectivos afectados y cuáles son las prácticas que vulneran el acceso de las personas teniendo o no reconocido el acceso al sistema sanitario.

#### 3.2.1. Personas inmigrantes en situación administrativa irregular

Según lo recogido en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 que ha sido modificada como consecuencia de la promulgación del RD-L, las personas que se encuentren en territorio en situación irregular tan sólo tendrán acceso al sistema sanitario público en los tres supuestos recogidos ya mencionados.

A., de nacionalidad colombiana, padece una enfermedad renal. Cuando llegó a España, tenía una enfermedad controlada pero al poco tiempo de estancia, su enfermedad se agravó por lo que se vio en la necesidad de hacer diálisis tres días por semana.

Durante los primeros meses, el tratamiento lo pagó con el dinero que tenía ahorrado, pero unavez que estese acabó, dejó de acudir a diálisis. Como consecuencia de ello su estado de salud se agravó y tuvo que ser ingresada en el hospital.

Con el informe médico que le facilitó el hospital en el que se le reconocía que padecía una enfermedad crónica inició un camino burocrático a fin de que finalmente pudiera ser reconocida como tal y de esta forma tener acceso a una tarjeta sanitaria expedida por la Comunidad autónoma de Murcia que es el lugar donde reside

Finalmente ha sido reagrupada por su marido, residente legal en España y disfruta de una tarjeta sanitaria que le permite recibir tratamiento médico en cualquier punto de España.

Todas aquellas personas que lleguen a territorio español o que habiendo sido residente legales no hayan podido renovar su documentación o cuya solicitud de asilo haya sido denegada, por poner tan sólo algunos ejemplos, han dejado de tener acceso al sistema sanitario público. No son las únicas personas excluidas pero es obviamente, el colectivo más afectado por la reforma y si bien carecemos de datos, si atendemos a las palabras pronunciadas por el Presidente del Gobierno, Sr. Rajoy, ante el Pleno del Congreso de los Diputados, con motivo del Debate sobre el estado de la nación celebrado los días 20 y 21 de febrero de 2013

“(F)ueron dadas de baja 873.000 tarjetas de extranjeros no residentes que habían accedido a la asistencia sanitaria sin tener derecho a ella de acuerdo a los criterios legales de la Unión Europea. Es decir, no podemos aceptar, porque no tiene lógica, porque no responde al sentido común, porque no lo hace nadie, que cualquier ciudadano del mundo pueda venir aquí a hacer eso que se llama turismo sanitario”<sup>16</sup>

16. [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-91.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-91.PDF)

Por otro lado, en ningún caso se contempla la posibilidad de asistencia para las personas que se encuentren en situación irregular y que tengan enfermedades mentales. Los casos de urgencia están pensados para los casos de enfermedad física pero es difícil que a través de esta vía puedan detectarse y tratarse enfermedades mentales.

En este sentido alertaba la Quinta Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas en abril de 2014, exigiendo muestras a los Gobiernos europeos del "compromiso de asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, como se establece en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Carta Social Europea, y en concreto con la obligación de abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidas migrantes y minorías, a los servicios de salud, destacada en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; reconociendo así la contribución que todas las personas, incluidas migrantes y minorías étnicas, hacen al desarrollo social y económico de Europa"<sup>17</sup>.

Se puede afirmar con carácter general que la reforma ha propiciado una enorme inseguridad jurídica puesto que las personas inmigrantes desconocen a priori si van a recibir asistencia sanitaria más allá de los casos contemplados en la legislación. En muchas ocasiones manifiestan temor a la hora de acudir al sistema público de salud pues ignoran si tienen o no derecho a ello o si se les cobrará posteriormente por el servicio prestado.

Incluso en las comunidades donde sí se les permite el acceso o en aquellas donde aun estando en situación irregular se les expide una tarjeta, esto no crea realmente un derecho a la asistencia sanitaria dado que la legislación estatal lo impide. Por lo tanto, en la práctica carecen de garantías a la hora de recibir atención sanitaria. Por ello, hablamos de sistemas de atención paralelos muy alejados de lo que debería ser un reconocimiento universal a la sanidad de todas las personas que viven en España con independencia de su situación jurídica administrativa o de sus ingresos.

Por otro lado, la previsión de que puedan suscribir un convenio con la administración española que les facilite el acceso a la llamada cartera básica no ha sido en la práctica una vía de solución, ya que la tardanza en dictar la normativa de desarrollo unido el alto precio que prevé el convenio hace inviable que pueda ser suscrito por este colectivo que se caracteriza entre otras cosas por un escaso o nulo poder adquisitivo.

### 3.2.2. Personas residentes excluidas de la asistencia sanitaria

Además de las personas españolas cuyos ingresos son superiores a 100.000 euros anuales y éstos no provienen de su trabajo, hay residentes legales que tampoco tienen reconocida la asistencia sanitaria. Si bien en el primer caso se les permite el acceso a sistemas de salud privados y a la suscripción del convenio con la administración, no ocurre lo mismo con las personas extranjeras que sí son residentes legales.

17. Quinta Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas, Declaración de Granada, 12 de abril de 2014, <http://esticos.elmundo.es/elmundosalud/documentos/2014/09/granada.pdf>

El RD-L traspone en su disposición final quinta una directiva comunitaria que modifica sustancialmente las condiciones en las que las personas de origen comunitario y sus familiares pueden tener acceso al sistema sanitario.

Esto ha propiciado que personas con autorización de residencia y que son comunitarios o familiares de comunitarios hayan quedado excluidas:

En primer lugar, los ascendientes de ciudadanos de la Unión Europea. El supuesto más frecuente es el de progenitores de ciudadanos que han adquirido la nacionalidad española y posteriormente han reagrupado a sus ascendientes. En estos casos, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) viene interpretando que no es posible tener la condición de asegurado ni de beneficiario a la luz de lo establecido en el Real Decreto 240/2007 que dispone que el reagrupante tiene que tener medios económicos para que el reagrupado no se convierta en una carga para el Estado.

Conforme a la legislación de extranjería, a la hora de solicitar la reagrupación de los ascendientes es obligatorio aportar la suscripción de un seguro privado en materia de salud. En la práctica, se están otorgando las residencias sin necesidad de aportar dicho seguro privado por lo que el INSS amparándose en esta exigencia de la legislación de extranjería no está concediendo el derecho de acceso a la atención sanitaria.

Esto está provocando que las personas que se han visto excluidas<sup>18</sup> hayan comenzado a presentar demandas ante el Juzgado de lo Social, que sí está reconociendo que en estos casos las personas residentes tienen derecho a tener tarjeta sanitaria

Esto está ocasionando multitud de problemas en la práctica, puesto que los ascendientes de comunitarios se encuentran en estos momentos sin la posibilidad de tener la condición de asegurado o beneficiario que les permita acceder al sistema sanitario público, pero tampoco pueden suscribir el convenio regulado en el Real Decreto 576/2013 porque son residentes legales (recordemos que el convenio es para personas en situación irregular) y porque dicho Real Decreto exige la permanencia y empadronamiento en territorio nacional durante al menos un año antes de la solicitud. Todo ello se agrava cuando en la práctica y dada su edad, resulta difícil que las compañías de seguros privadas quieran suscribir un seguro de enfermedad con estas personas.

El segundo supuesto es el de los descendientes de ciudadanos españoles nacionalizados y que una vez adquirida la nacionalidad reagrupan a sus descendientes mayores de edad pero menores de 26 años. Al igual que en el supuesto anterior, estos no tienen derecho a asistencia sanitaria salvo en caso de urgencias (o en el caso de las mujeres por embarazo, parto y posparto) e igualmente, tampoco pueden suscribir el convenio con la administración puesto que se encuentran en situación regular en España.

Si bien la administración española es consciente del efecto indeseado que la aplicación del RD-L está produciendo en los familiares de ciudadanos de la Unión Europea que sí tienen reconocida la condición de residente, tres años después de su entrada en vigor sigue sin dar una solución que les permita el acceso a la asistencia sanitaria.

---

18. Así por ejemplo, los Tribunales Superiores de Justicia de Castilla y León y Andalucía, han confirmado sentencias de distintos Juzgados de lo Social (Sentencia 267/2014 y Sentencia 1.419/2015 respectivamente).

A este respecto cabe señalar que la Defensora del Pueblo expresamente solicitó al Ministerio de Empleo y Seguridad Social que “impartieran instrucciones a fin de eliminar los requisitos para la obtención de la tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión”.

Están siendo los tribunales los que han empezado a reconocer que en estos supuestos los familiares residentes sí tienen derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones. Tenemos al menos en este momento dos sentencias firmes dictadas por los Tribunales Superiores de Justicia de Castilla y León y de Cataluña respectivamente. Esto sin embargo, no resuelve el problema porque las sentencias afectan tan sólo a quienes han sido recurrentes en el proceso pero no afectan a todas aquellas personas que se encuentran en igual situación.

### 3.2.3. Menores a quienes se les viene denegando el acceso

Los menores extranjeros tienen acceso al sistema sanitario con independencia de su situación jurídica en España, pero en la práctica, los problemas burocráticos están propiciando que se les deniegue la asistencia sanitaria al no poder expedírseles la tarjeta por carecer de pasaporte. Cuando los progenitores solicitan la tarjeta sanitaria para estos menores, es frecuente que se les exija la presentación de la documentación que acredite la identidad de los menores; esto sólo puede hacerse bien por la presentación de pasaporte o bien por la presentación de otra documentación de sus países que acredite la identidad de los mismos y esto no siempre es posible. Pensemos, por ejemplo, en menores rumanos o búlgaros que han nacido en España, que carecen de nacionalidad española y que en muchas ocasiones sus familias por falta de recursos no han podido tramitar el pasaporte y que no tienen ningún tipo de cédula de identidad. Exigirles la presentación de esta documentación carece de soporte legal. En este supuesto encontramos tanto a niños de origen comunitario (fundamentalmente rumanos y búlgaros) como a menores de terceros países de la Unión Europea. Estos son casos especialmente graves puesto que a pesar de estar previsto en la ley, en la práctica, conseguir que la administración les expida la tarjeta está resultando casi imposible.

### 3.2.4. La facturación en urgencias

Se ha convertido en práctica habitual en algunas comunidades autónomas que cuando las personas inmigrantes en situación irregular acuden a los servicios de urgencia se les obligue a firmar un requerimiento de pago que en algunos casos es enviado posteriormente a sus domicilios requiriéndoles que se abonen los servicios prestados.

Obviamente, esta práctica, que no está contemplada en la legislación, está actuando como un freno para que las personas acudan a los servicios de urgencia. El alto coste de los servicios médicos y el miedo a que esto sea un obstáculo en el futuro para poder regularizar su situación en España está contribuyendo a que no acudan a los servicios de urgencia aun cuando tengan necesidad y derecho a ello.

Se produce además una quiebra del principio de igualdad puesto que al resto de los ciudadanos, españoles o residentes, no se les presenta documento alguno informativo ni se les requiere posteriormente para el pago del servicio médico.

En estas comunidades autónomas se suele aducir (sin ningún tipo de fundamento legal) que si bien el RD-L reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en caso de urgencia, no lo hace con carácter general sino sólo para aquellas personas nacionales de terceros países con los que no hay acuerdo de reciprocidad.

Desde Red Acoge no podemos más que disentir de la interpretación que se hace del precepto legal puesto que en este supuesto recoge expresamente el derecho de acudir a las urgencias en caso de enfermedad grave o accidente y hasta la situación de alta médica sin referencia alguna a cualquier otro requisito.

El Pleno del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes hizo pública una nota con fecha 14 de diciembre de 2014<sup>19</sup> en la que ponía de manifiesto las preocupaciones del mismo por cuatro razones principales como son que estas personas aparecerían como deudores frente a la administración, que el pago en hospitales es indebido, por el carácter disuasorio de la medida y porque todo ello conduciría a que estas personas se vieran privadas del derecho a la salud

Jeanneth Beltran era una joven nicaragüense de 30 años. Vivía en España, en concreto en la ciudad de Toledo.

Jeanneth trabajaba en el servicio doméstico y estaba esperando por fin ser documentada por el procedimiento de arraigo. Llevaba tres años en España y su jefe estaba dispuesto a facilitarle la contratación.

En abril de 2014 comenzó a sentirse mal, pero se resistía a acudir al médico por que temía que en el futuro se le enviara a su domicilio una factura a la que no pudiera hacer frente.

Finalmente, el día 23 de mayo acudió con una amiga al servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Allí permaneció durante largas horas a la espera de ser atendida. Tal era su malestar que la amiga que le acompañaba ante la falta de asistencia intentó marcharse a otro hospital.

Cuando finalmente fue atendida, solo pudieron certificar su muerte.

Días después de su fallecimiento, en el que fue a domicilio de Jeanneth se recibió una carta de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha reclamando el pago por el coste de servicio prestado en las urgencias del Hospital de Toledo.

### 3.2.5. El acceso a medicamentos

Otro de los efectos sobre la población inmigrante en situación irregular es la necesidad de cubrir el cien por cien del coste de los medicamentos.

De los datos recogidos de las organizaciones, vemos que por ejemplo en el caso de karibu se ha aumentado el presupuesto para la atención de estas necesidades dada la situación de extrema vulnerabilidad de estas personas que no cuentan con recursos para hacer frente al pago de los medicamentos.

19. [http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Otrostrabajos/Doc\\_3\\_Declaracxn\\_Factura\\_Sanitaria\\_aprobada\\_en\\_Pleno.pdf](http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Otrostrabajos/Doc_3_Declaracxn_Factura_Sanitaria_aprobada_en_Pleno.pdf)

## ESPACIOS DE MEJORA Y CONCLUSIONES

Además de la información obtenida del análisis de los datos de las personas afectadas, se pasó un cuestionario (anexo I) a las personas técnicas de las organizaciones que han recogido los datos para el presente informe.

Los espacios de mejora que Red Acoge señala son:

- a. Una mayor información sobre el alcance de la reforma por parte del personal sanitario, fundamentalmente, por parte de aquellas que atienden en los mostradores. La confusión causada por el RD-L ha llevado a denegar la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes con independencia de si son o no residentes, y en consecuencia, de si tienen o no acceso al sistema sanitario. Ha sido necesario hacer acompañamiento en muchos casos por parte de las organizaciones sociales para que las personas vieran reconocido su derecho.
- b. Una mayor sensibilización de la población y visibilización de lo que ocurre en la práctica con la población inmigrante. Es frecuente que se les acuse del colapso de los servicios de urgencias. Es más, por parte del titular del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales así se señaló indicando que este colapso hacía necesario que se recuperara la asistencia primaria para las personas que no tienen autorización de residencia. A fecha de cierre del presente informe aún no se han articulado los mecanismos legales necesarios que permitan el acceso de este colectivo a la asistencia primaria.
- c. Debe permitirse el acceso al sistema sanitario de los ascendientes de ciudadanos comunitarios y que son residentes legales, en aquellos casos en los que no se exigió que aportaran tener cubierta esta contingencia con una aseguradora. Debe evitarse que se vulnere el principio de no discriminación en el acceso al sistema sanitario público.
- d. Debe respetarse el acceso de las personas inmigrantes en situación irregular en los tres supuestos que reconoce la ley. Se hace necesario acabar con la práctica administrativa que obliga a las personas inmigrantes a firmar un compromiso de pago cuando acuden a los servicios de urgencia. Esto constituye un obstáculo en el acceso y sobre todo, genera un temor en dicha población.
- e. Igualmente, debe acabarse con la práctica que obliga a los progenitores de menores extranjeros no documentados a acreditar que los mismos cuentan con pasaporte. El reconocimiento del derecho a la asistencia debe impedir que problemas burocráticos se antepongan a la prestación del servicio sanitario.
- f. En el caso de las mujeres embarazadas, debe extenderse la asistencia sanitaria a cualquier dolencia que las mismas sufran durante el embarazo, parto y postparto y no limitarse a aquellas dolencias vinculadas con el embarazo, parto o postparto.
- g. En el caso de los convenios especiales previstos en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación

de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de salud, el precio establecido en los mismos debe acomodarse a la realidad socioeconómica. En el momento actual, las tarifas fijadas por la legislación de desarrollo son incluso más elevadas que las que mantienen las aseguradoras privadas. De la misma forma, el acceso a los servicios que proporciona el Convenio son menores que las que se ofrecen desde el sector privado.

- h. Deberá garantizarse el acceso en todo caso de aquellas personas que son enfermos crónicos o que padecen patologías como VIH.

# anexo I

## CUESTIONARIO QUE SE RELLENÓ POR PARTE DE LAS PERSONAS TÉCNICAS QUE TRABAJAN EN LAS ORGANIZACIONES DONDE TUVO LUGAR LA RECOGIDA DE DATOS.

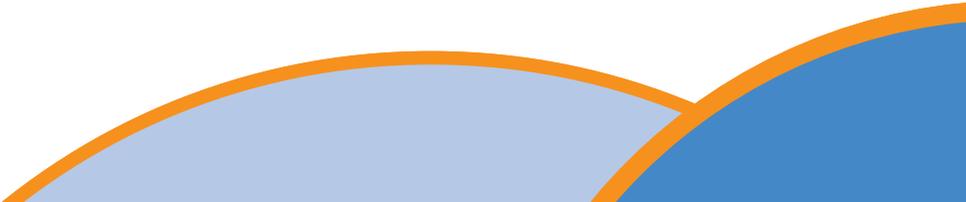
### CUESTIONARIO PARA ONGS QUE ATIENDEN SANITARIAMENTE INMIGRANTES SIN RESIDENCIA EN ESPAÑA

#### Objetivo general del análisis

Comprensión de la nueva situación de asistencia sanitaria en España a través de la identificación de casos de violaciones de derechos auspiciadas por la entrada en vigor del RDL 16/2012, a fin de poder utilizar posteriormente los datos para una correcta construcción de las estrategias de incidencia y de litigio estratégico diseñadas por la RED ACOGE.

#### Cuestionario general

1. En términos generales, ¿cómo considera que ha afectado al trabajo de su organización el RDL 16/2012?
2. ¿Podría hacer una estimación del aumento que ha supuesto el tratamiento sanitario a inmigrantes de su organización desde que entró en vigor el RDL 16/2012?
3. ¿Todos los inmigrantes que atienden residen en España de manera irregular (sin papeles)?
4. ¿Ha identificado algún patrón que, de manera generalizada, aparezca entre los pacientes inmigrantes sin papeles?
  - a. ¿Edad?
  - b. ¿Sexo?
  - c. ¿Nacionalidad?
  - d. ¿Tipo de enfermedad?
  - e. ¿Padres de inmigrantes nacionalizados?
5. ¿Qué porcentaje de pacientes inmigrantes estima que llegaron directamente a su organización sin solicitar atención en la Sanidad Pública?
6. De no ser así, ¿qué porcentaje estima que fue rechazado previamente en un centro público? ¿Ha identificado que los rechazos se produzcan más en unos centros que en otros (hospitales, centros de salud, servicios administrativos, etc)?

7. ¿Ha identificado estrategias de disuasión habituales ante ciudadanos en situación irregular pero que están incluidos dentro de los supuestos excepcionales del RDL (menores de edad, embarazadas, patologías diagnosticadas antes del 31 de agosto)? ¿Es el cobro de una cantidad una de esas estrategias?
  8. Dadas las patologías que presentan cuando acuden a su ONG, ¿considera que se está produciendo un abuso por parte de los inmigrantes en la exigencia a la asistencia sanitaria en su Comunidad Autónoma?
  9. Teniendo en cuenta la legislación existente, ¿identifica espacios de mejora que pudieran ponerse en práctica para el tratamiento de inmigrantes irregulares en su Comunidad Autónoma?
  10. ¿Destacaría alguna buena práctica específica que pudiera asumirse en otras CCAA o en otras organizaciones similares a la suya? ¿Han sufrido obstáculos o errores que considera que podrían salvarse actuando de otra manera bajo el paraguas legal existente?
  11. ¿Destacaría algún caso paradigmático de desatención sanitaria?
- 

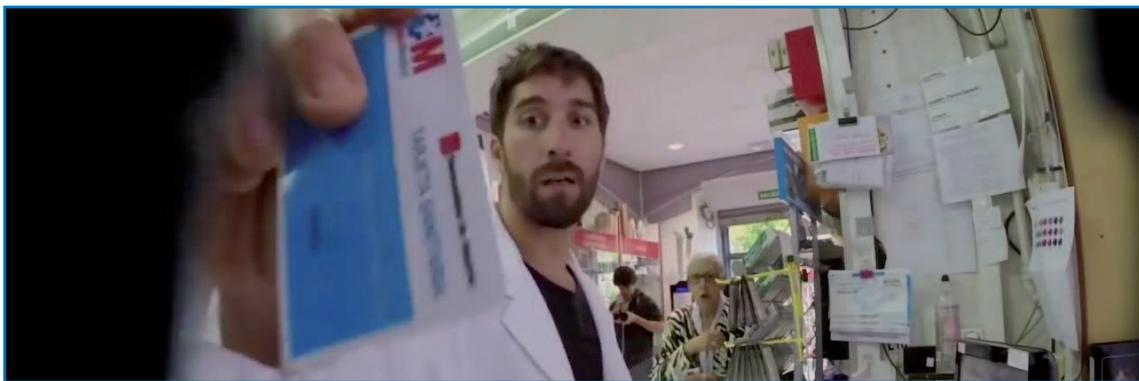
# anexo II

## CAMPAÑA DE RED ACOGE #yoelijoserhumano

Bajo el lema #yoelijoserhumano Red Acoge lanzó una campaña pidiendo al nuevo titular del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, Sr. Alonso que trabajara en pos de la derogación del RD-L en lo relativo a la exclusión sanitaria.

Dicha campaña se instrumentalizó a través de la página web [www.yoelijoserhumano.org](http://www.yoelijoserhumano.org)

La campaña tuvo un gran impacto. Se visualizó el vídeo más de 1 millón de veces y se han recogido casi 5.000 firmas.



RED **acoge**

Esta investigación ha sido posible  
gracias a la financiación de:



**OPEN SOCIETY**  
FOUNDATIONS