

Manual para grupos de acompañamiento

Índice

I. Para qué sirve un grupo de acompañamiento

II. Cómo se monta un grupo de acompañamiento

III. Estrategias para los grupos de cara al acompañamiento de personas sin tarjeta

1. Trabajo exploratorio

1a. Tanteo

1b. Recuento de casos y situaciones detectadas

2. Trabajo en caliente

(cuando una de las personas del grupo necesita atención sanitaria)

- El alta en el sistema
- Medicación
- Facturación
- Estrategias de diálogo, reclamación y presión
- Si estoy embarazada
- Si soy menor de edad
- Si tengo un permiso de residencia especial
- Si tengo permiso por familiar de comunitario
- Si soy comunitario: la exclusión de los rumanos
- Si sufro una enfermedad mental
- Si he emigrado fuera de España – Marea Granate
<http://mareagranate.org/en/author/sanidad/>

IV. Argumentos y legitimidad de la desobediencia

1. Cambio de modelo

2. Desmontando mentiras

3. Legitimidad de la desobediencia

Otros materiales:

Guía rápida para el acompañamiento:

http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/guiarapida_acompaniamiento.pdf

Tabla. La situación que crea el Real Decreto. Los derechos a la atención en función de las diferentes situaciones

http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Tabla_atencionsanitaria_dpR_DL.pdf

Anexo. Listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria

<http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/EDOs.jpg>

I. Para qué sirve un grupo de acompañamiento:

Los grupos de acompañamiento son una de las herramientas que desde YO SÍ Sanidad Universal proponemos para tirar el Real Decreto y construir entre todos una sanidad universal. En términos concretos, sirven para alguna de las siguientes cosas (idealmente, para todas ellas):

- Para acompañar a las personas que el 1 de septiembre de 2012 se quedaron sin tarjeta sanitaria y conseguir que sigan accediendo a la red sanitaria normalizada (ver tabla).
- Para promover la desobediencia al RD y que se atienda a todo el mundo en los centros de salud, ambulatorios y hospitales de su zona, probar diferentes estrategias y descubrir otras nuevas que compartir con los demás.
- Para analizar localmente la situación: es decir, para: conocer cómo está afectando a las personas el Real Decreto en los diferentes barrios, cuál está siendo la reacción del personal sanitario y de los usuarios y las usuarias con y sin tarjeta en los diferentes lugares, cómo se está extendiendo la desobediencia, etc.
- Para ir creando un tejido social ciudadano por la sanidad universal, coordinándose con otros grupos de acompañamiento, creando foros y espacios para compartir experiencias y buscar soluciones.

II. Cómo se monta un grupo de acompañamiento

Lo primero que hace falta es un grupo de gente con tarjeta y sin tarjeta interesada en organizarse junta.

No es necesario que sean muchas personas: cinco personas bien avenidas pueden formar un estupendo grupo de acompañamiento.

- Si conoces ya de manera informal personas sin tarjeta y con tarjeta, júntate con ellas, háblales del decreto de exclusión sanitaria y cómo se está aplicando y cuéntales la campaña de desobediencia y por la universalidad de la sanidad que hay en marcha. Propón crear un grupo de acompañamiento para facilitar que las personas que no tienen tarjeta puedan seguir accediendo a la red de sanidad pública.

- Si no conoces a gente suficiente, otra vía para juntar un grupo o varios grupos coordinados es organizar algún taller en un lugar de encuentro que frecuentes y proponer allí la creación de grupos de acompañamiento entre personas sin tarjeta y personas con tarjeta. Puede ser en la parroquia de tu barrio, en el polideportivo, en un local de ensayo, en centros donde impartan clases de castellano, en un bar muy concurrido... lo importante es que sean sitios donde pasen personas que se puedan haber quedado sin tarjeta sanitaria y otras dispuestas a apoyarlas. Si necesitas ayuda para esto, ponte en contacto con nosotras a través del correo yosi.sanidaduniversal@gmail.com. Como a veces las estrategias de desobediencia y para que se pueda atender a todo el mundo son complejas de explicar, más cuando median fronteras culturales y lingüísticas, recomendamos hacer los talleres lo más dinámicos y pedagógicos posibles, utilizando pizarras, diagramas o técnicas de role play o de teatro-foro, es decir, de teatralización de las diferentes situaciones a las que tendría que enfrentarse un grupo de acompañamiento (cómo abordar a un auxiliar administrativo, a una médica, la sala de espera, etc.).

- No es imprescindible que participe personal sanitario en cada grupo de acompañamiento. Sí intentaremos que cada grupo de acompañamiento tenga a un sanitario de referencia de su área para resolver dudas y discutir estrategias. Cuenta con nosotros para esto. Una vez que os hayáis juntado un grupito, poned en común cuál es la situación sanitaria de los diferentes miembros y poned de acuerdo en cómo vais a funcionar, qué trabajo inicial vais a hacer y cómo vais a actuar cuando una de las personas sin tarjeta del grupo necesite atención sanitaria. Aquí os proponemos algunas estrategias y modos de acción, pero vosotros juntos seguro que podéis imaginar muchas otras.

Utilizadlas y contádnoslas, para que entre todos vayamos enriqueciendo el acervo de prácticas de desobediencia y de construcción de universalidad en el sistema público.

Cada grupo tendrá una autonomía absoluta, pero es interesante que nos mantengamos todos en contacto a través de la red de YO SÍ Sanidad Universal. Visita nuestra página de Facebook <https://www.facebook.com/yosisanidaduniversal> para enterarte de convocatorias de talleres o encuentros y ánimo a proponer talleres, reuniones o jornadas. También tenéis información actualizada en nuestra web, y podéis visitar la pestaña de Grupos <http://yosisanidaduniversal.net/grupos.php> y registrar en REDES <http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net/>, así como formar parte tanto de nuestra lista de correo de grupos de acompañamiento como de la lista de consultas en la que intentamos discutir problemas concretos que surgen en los acompañamientos y darles solución colectivamente.

Insistimos mucho en mantener la comunicación porque esto nos permitirá a todos conocer lo que está sucediendo en cada zona, derivar a personas afectadas a los grupos existentes más cercanos, saber en qué medida se está extendiendo la desobediencia y cómo se está actuando en los diferentes centros de salud, hospitales y ambulatorios, etc., así como conocer qué estrategias de desobediencia están funcionando y cuáles no, cuáles son los principales escollos que nos encontramos, etc.

III. Estrategias para los grupos de cara al acompañamiento de personas sin tarjeta sanitaria

Una parte importante de la labor de los grupos será combinar en cada situación los acompañamientos con las estrategias de reclamación de derechos y las de sensibilización de profesionales hacia las necesidades de las personas excluidas.

Como orientación general, nuestra propuesta es que intentemos utilizar de forma preferente la vía normalizada de acceso a la atención sanitaria, la que emplearía cualquiera que tuviera una tarjeta sanitaria, aunque nos encontremos con puertas cerradas. Es decir, ir al médico que toque, por los cauces normales que se usaban hasta ahora. Ésta es una manera de llevar el problema a la puerta de cada profesional de la salud, contribuyendo a sensibilizarle, animándole a atender a todas las personas que así lo requieran sin hacer distinciones a causa de su situación administrativa, y visibilizando la denegación de un derecho fundamental, el de la atención sanitaria, a un gran número de personas. Si nos encontramos con negativas, existen también otras vías alternativas que aquí os explicamos para acceder al sistema y lograr la atención precisa.

Las estrategias que aquí os planteamos no son más que un punto de partida, pensado desde diferentes personas que conocemos el sistema nacional de salud como sanitarios

y como usuarios y que nos hemos estudiado el Real Decreto y las diferentes instrucciones que se han ido emitiendo. Sin embargo, la mayoría de las veces tocará inventar sobre el terreno, por eso es muy importante que cada grupo de acompañamiento comparta con los demás qué está funcionando y qué no y qué nuevas estrategias ha creado desde la práctica.

Aquí os planteamos dos tipos de trabajo: uno de tipo exploratorio, para conocer la sensibilidad de los diferentes dispositivos sanitarios, intentar llegar a acuerdos con algunos equipos directivos o médicos concretos y saber qué estrategias pueden resultar más eficaces en cada lugar; otro más en caliente, cuando una persona de nuestro grupo precisa acompañamiento y lo más importante es conseguir que sea atendido de la manera más adecuada posible. Estos dos tipos de trabajo se pueden combinar, pero cada grupo de acompañamiento, según su contexto y composición, deberá decidir cuál priorizar.

1. Trabajo exploratorio:

1a. Tanteo.

Justamente para lograr que las personas sin tarjeta no acaben en sistemas paralelos y puedan seguir recibiendo atención sanitaria por la vía normalizada, es muy importante tantear los centros de salud, ambulatorios de especialidades y hospitales que correspondan por zona a cada grupo de acompañamiento.

Para ello, se pueden explorar todas estas vías. Cada grupo debe pensar cuál es más estratégica en función de lo que sepa de la realidad de el o los centros de salud que le corresponden por zona:

- (i) tener conversaciones puerta a puerta con las diferentes médicas y médicos;
- (ii) contactar con la trabajadora social del centro de salud;
- (iii) tener una reunión con la Dirección del centro de salud y los responsables de Admisión o atención al paciente del ambulatorio de la zona;
- (iv) si os véis con fuerza, otra vía interesante es organizar un encuentro abierto en el centro de salud o en otro espacio, al que pueda asistir tanto personal sanitario como usuarios con y sin tarjeta del sistema nacional de salud.

El objetivo de todos estos contactos es transmitirles la campaña de desobediencia y por un sistema universal, saber cómo va a actuar cada uno de ellos, animarles a desobedecer, a no facturar, a buscar todas las vías posibles para seguir garantizando una asistencia sanitaria normalizada a todo el mundo. Se trata de dialogar con calma las diferentes opciones, evitando la confrontación. Tened en cuenta que, para algunos sanitarios, la desobediencia a este Real Decreto puede comportar problemas y riesgos a la hora de mantener su puesto de trabajo (puede que no practiquen desobediencia explícita pero sí quieran atender). Por parte del grupo, es importante visibilizarse para poner rostro al problema: intentad acudir siempre personas con tarjeta y sin tarjeta mezclados; llevad la chapa. Esto puede hacer que más gente se anime a atender de forma normalizada a todo el mundo.

1b. Recuento de casos y situaciones detectadas – Registro en R.E.D.E.S.

Hacer un recuento de dificultades habidas en la atención de las distintas personas en vuestra zona, mapeando los tanto los obstáculos como los recursos y soluciones halladas para resolverlos. Es previsible que nos encontremos diversidad en la atención de unos

centros sanitarios y zonas (aunque las instrucciones sean las mismas). Compartidlas con el resto de grupos de acompañamiento de la zona y de otras zonas de Madrid.

2. Trabajo en caliente (Cuando una de las personas del grupo necesita atención sanitaria):

Cuando una de las personas del grupo que no tenga tarjeta sanitaria necesite asistencia no urgente, lo suyo es que se ponga en contacto con el grupo para que alguna o todas las personas del grupo la acompañen en los diferentes pasos para obtenerla. Ir juntos no sólo es importante porque cuando no nos sentimos bien estamos algo frágiles, sino porque tendremos que afrontar diferentes diálogos y negociaciones y contar con varias cabezas puede ayudar a ser más eficaces, a mantener la calma y a no desanimarnos si nos encontramos con alguna puerta cerrada, además de que puede ayudar a saltar los obstáculos del idioma si la persona sin tarjeta no tiene el castellano como lengua materna.

En el Servicio Madrileño de Salud (y con alguna leve variación también en los servicios de las demás comunidades autónomas) hay varios niveles de atención. Está el centro de salud de Atención Primaria, que es donde se acude habitualmente, se tiene asignado una médica y un enfermero y se consultan los malestares a no ser que se trate de una urgencia, que entonces se acude al hospital. Tu médica de atención primaria es la que conoce tu historial y te puede dar citas con los médicos especialistas, que pueden estar en un centro de especialidades o en el hospital. También te hace recetas. Normalmente, al centro de salud se va con cita (que se puede pedir por teléfono).

Lo que el decreto de exclusión sanitaria hace es romper toda esa conexión entre usuaria, centro de salud y los otros centros sanitarios. Al quitar a las personas la tarjeta sanitaria éstas dejan de tener médica asignada, no se les puede hacer recetas y sólo pueden acudir de urgencias, al centro de salud o al hospital.

En Madrid, al acudir de urgencias es importante cerciorarte de que se te da de alta en el sistema con un TIR (ver abajo), porque así tu médica podrá hacer su trabajo y te podrá dar citas con otros médicos. Es lo que dicen, por otro lado, las normas, en concreto las instrucciones del Sistema Madrileño de Salud (también abajo linkadas).

La primera vez, la forma que nos deja el decreto para entrar a un centro sanitario es por urgencias. Hay que tener en cuenta que la urgencias no las puede determinar la auxiliar administrativa, así que no te pueden negar ver a un médico de urgencias, con el que puedes hablar para contarle tu situación y que te den de alta en el sistema, si no lo ha hecho ya la auxiliar administrativa. Según la Organización Mundial de la Salud, la urgencia es algo que depende de ti, de cómo te sientas: “la aparición fortuita, imprevista o inesperada, en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.

Todo lo que viene a continuación se refiere fundamentalmente a necesidades de atención no urgentes. En caso de que se trate de una urgencia, la persona sin tarjeta sanitaria no tiene más que ir al Hospital o al Centro de Salud que le pille más cercano, puesto que, tras el Real Decreto, la asistencia de urgencias sigue estando garantizada para todo el mundo: es importante saber que las urgencias no se pueden cobrar, que si necesitas medicación cara se pueden conseguir recetas si tu médico se implica contigo en el proceso y que la obligación de un sistema universal es atender a todas las personas por igual.

No obstante, hay un apartado específico sobre facturación (también en urgencias) que es importante leer si vamos a recurrir a ellas, debido a la situación que el Real Decreto ha creado en este servicio.

- El alta en el sistema
- Medicación
- Facturas
- Estrategias de diálogo, reclamación y presión
- Si estoy embarazad
- Si soy menor de edad
- Si tengo un permiso de residencia especial
- Si tengo permiso por familiar de comunitario
- Si soy comunitario: la exclusión de los rumanos
- Si sufro una enfermedad mental

IV. Argumentos y legitimidad de la desobediencia

Es previsible que en las entrevistas que tengáis que hacer y en todo el desarrollo de vuestra labor como grupos de acompañamiento haya que argumentar repetidamente acerca de la necesidad de nuestra acción de desobediencia. Tendremos que conversar y argumentar con médicas, administrativos, enfermeras, otros pacientes...

Os proponemos unas primeras ideas que se pueden utilizar y que vosotras mismas iréis completando y enriqueciendo.

1. Cambio de modelo

La introducción del Real Decreto supone un cambio de modelo de atención a la salud. La sanidad deja de ser universal, lo que tiene implicaciones ético-morales, de derechos de las personas, pero también económicas. Este modelo universal es una conquista histórica, y el RD 16/2012 viene a romperla. Primero excluye a unas y luego seguirá fraccionando. Romper el sistema universal es caer por la pendiente de la inseguridad y de la vulnerabilidad social, mucho más peligrosa que nunca en tiempos de crisis económica.

Ahora podemos pensar que no nos afecta, pero en unos años veremos que hemos perdido un bien irrecuperable. Ahora es el momento de decir NO.

1a. El nuevo modelo deja a mucha gente enfermar.

El modelo universal es una garantía social de un bienestar básico para la vida de la gente. Aunque haya desigualdades sociales, todos tenemos derecho si tenemos una desgracia (enfermedad, paro, accidente) o al envejecer, a no quedar abandonadas a nuestra suerte, por no poder “ganarnos la vida”. Y a recibir una asistencia básica, igual para todas, sea una pensión de jubilación o una atención sanitaria. Luego, pagando, quien más tiene puede complementarla como quiera. Pero ese mínimo que se recibe por igual es un derecho conseguido, y es una garantía de cohesión social. Hasta hoy nadie ha tenido en nuestro país que preocuparse de “como haré para pagar la factura si enfermo”, además de las implicaciones que tiene para la vida el enfermar de algo serio. A partir del 1 septiembre de 2012, no paga más quien más tiene (modelo redistributivo) sino que

paga más quien más enferma está (pero en realidad menos capacidad de pagar tiene): es un modelo que deja a mucha gente enfermar y morir.

1b. El nuevo modelo NO es más eficiente.

El sistema público de salud en España funciona razonablemente bien, con alta satisfacción de las usuarias y unos costes muy inferiores a otros países. Es eficiente: consigue resultados mejores que otros a un coste inferior. Y en parte es mejor precisamente por ser universal, porque se reparten los costes y los ingresos entre todas. Se argumenta que es una reforma para ahorrar, pero con el sistema que tenemos es un ahorro mínimo y a largo plazo el nuevo sistema es más caro: fin de atención de salud preventiva, recurso excesivo a urgencias cuando las enfermedades están más avanzadas, no control de muchas enfermedades, enormes gastos administrativos de gestión (de la valoración de quién tiene y quién no tiene derecho, reclamaciones y discrepancias). Los estudios de economía de la salud y Salud pública demuestran que los modelos no redistributivos hacen más pobres a las sociedades, mientras que los modelos redistributivos generan bienestar y riqueza, ya que soportan colectivamente los costes. Esta posición está avalada también por la Sociedad Española de Economía de la Salud. NO olvidemos que felizmente es más común la salud que la enfermedad. Un sistema universal es más barato y eficiente que un sistema restrictivo. Y mucho más justo.

1c. El derecho a la asistencia ya NO está garantizado para nadie.

De la seguridad social y el sistema de derechos se pasa a un sistema donde la salud no está garantizada sino que es graciable (hay una autoridad administrativa que la otorga, o no). La persona tiene que solicitar el aseguramiento, presentando documentos para justificar su petición y la administración verifica que cumple los requisitos que se exijan y concede el derecho. Es importante darnos cuenta de que, una vez se cambian las condiciones de acceso y ya no es un derecho, excluyendo a unas y asegurando al resto, la Administración tiene abierta la puerta para cambiar estas condiciones de acceso a la asistencia básica en el futuro como le parezca. Empiezan excluyendo a los colectivos que imaginan van a producir menos oposición como las extranjeras (de hecho, han reconsiderado en el último mes la inclusión de colectivos que estaban inicialmente fuera, como los mayores de 26 años sin cotizaciones, os minusválidos de <65%, etc...) pero, una vez instaurado el sistema diferencial, estas condiciones podrán cambiar fácilmente en el futuro: hoy excluyen a las sin papeles, mañana pueden ser otros colectivos, los parados, los que no acepten cualquier oferta de empleo, etc. Hoy me pasa a mí, mañana te puede pasar a tí.

1d. El cambio de modelo supone también un problema para la salud pública

También existen argumentos de salud pública para pedir que no haya colectivos excluidos de la asistencia sanitaria. El conocimiento por el sistema sanitario de quien enferma, su seguimiento, permite el control de las enfermedades en toda la población. Si las personas enferman y no acuden a los servicios asistenciales porque no serán atendidas y tienen miedo de ser rechazadas, el control de las enfermedades es más difícil y pueden dejar de estar controladas enfermedades importantes, y esto afectar a toda la población.

Es importante destacar que las inmigrantes por el hecho de venir de otros países no contagian a los de aquí enfermedades venidas de otros lugares. Son las malas condiciones de vida aquí (vivienda, hacinamiento, desnutrición), y la falta de atención sanitaria y preventiva, los factores que influyen en que sufran enfermedades con riesgo de transmisión. Esto pasa especialmente con las enfermedades infecciosas, piénsese en la importancia de las vacunaciones o el tratamiento precoz de enfermedades graves como la tuberculosis, la sífilis o el VIH. Las extranjeras pueden tenerlas como las españolas y el principal factor de agravación y transmisión es la falta de acceso a

recursos, incluidos los sanitarios, y las condiciones de vida, y no el origen geográfico o cultural.

2. Desmontando algunas mentiras

Se está intentando justificar este cambio de modelo, que afecta a todos y todas, con un discurso pretendidamente racional (el de la eficiencia) pero marcadamente ideológico (se impone un modelo económico concreto, también en la sanidad, como si fuera el único posible). Además, al centrar el discurso en las sin papeles, los poderes públicos intentan, primero, desviar la atención de todo lo anterior y, segundo, justificar prácticas de claro racismo institucional. Por último, se criminaliza la desobediencia civil, como si fuera un fraude, un robo, algo que se hace por propio interés. Los grupos de acompañamiento pueden, en sus acciones, desmontar este discurso con los siguientes argumentos:

2a. La Sanidad no se paga con las cotizaciones a la Seguridad Social, se paga con impuestos, es decir la pagamos todos y todas independientemente de nuestra situación administrativa.

La máxima “cotizar para tener derecho” es una falacia. La sanidad está cubierta desde hace tiempo con impuestos, directos e indirectos, como el IVA. La Ley General de Sanidad de 1986, vigente hoy en día, establece como titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria a todas las ciudadanas españolas y extranjeras que vivan en el territorio nacional.

Esto se decidió así por una razón: el derecho básico a la sanidad se nos reconoce por ser personas, no por ser cotizantes. Y tiene implicaciones económicas concretas: a diferencia de prestaciones económicas de la Seguridad Social como es el seguro de desempleo o las jubilaciones, que se pagan con las cotizaciones cuando uno trabaja, la Sanidad se paga con impuestos, que todas, incluidas las personas que se quedan sin tarjeta sanitaria, y las inmigrantes sin papeles, pagamos.

Si se hace pagar a las personas sin tarjeta sanitaria, por ejemplo el coste total de los medicamentos que puedan precisar, o se les pide que se hagan (ellas) un seguro o convenio, se les hace en realidad repagar, pagar dos veces por lo mismo. Lo cual, dentro de un colectivo como las sin papeles, socialmente con pocas posibilidades económicas, supone empujar a una salud peor, a la mala atención de las enfermedades que se presenten y en algunos casos a la muerte.

2b. En contra de lo que dicen sí que hay alternativas.

El RD forma parte de una ofensiva ideológica privatizadora, cuyas actuaciones vienen de atrás. En su conjunto, constituyen un saqueo de un bien que era común y público, que se ha construido con la solidaridad de las generaciones previas. Constituyen asimismo una enorme oportunidad de hacer negocio entre quienes se están posicionando en el mercado de la salud para ser las adjudicatarias por el gobierno y CCAA de gestionar la asistencia a colectivos, según se vayan excluyendo del derecho a acceder a la sanidad pública. Aunque la sociedad esté peor, ellas harán un gran negocio. La connivencia entre estos poderes y los poderes públicos es enorme. Ex consejeros de sanidad de la comunidad de Madrid, y maridos de ex ministras y responsables del PP son altos cargos de empresas que gestionan hospitales privados que pujan por la atención sanitaria, y se llevan los fondos públicos, que así se comprometen por decenas de años (como ya ha pasado con los nuevos hospitales de Madrid, donde se sigue pagando un elevadísimo canon por 30 años a las constructoras que los edificaron).

2c. La mayoría de personas sin papeles, excluidas de la atención sanitaria, llevan años construyendo riqueza codo con codo con todos nosotros, y contribuyendo así al PIB de este país y a su sanidad.

Desde algunos medios de comunicación y desde las autoridades se fomenta la idea de las personas sin papeles como gente que se beneficia sin poner nada y que vinieron sin pedir permiso. Se trata así de enfrentarnos a las ciudadanas entre nosotras, y calentar un conflicto para que hablemos de esto, desviando la atención de otros problemas de la situación social, como los millones invertidos en el rescate financiero o como el paro, la precariedad y la reducción de derechos en el trabajo. Quieren que identifiquemos “sin papeles” con recién llegadas, ahora que aquí “estamos en crisis” y “no hay para todos”. Todo ello para que la población justifique que se queden desatendidas si enferman, cuando eso es una indignidad habiendo un sistema que puede atenderlas, y cuando echarlas no supone tal ahorro.

El hecho es que muchos de los sin papeles son personas que llevan años cotizando aquí, además de pagar impuestos indirectos y consumir bienes con el fruto de su trabajo. Si se quedan en paro, además de lo que supone para cualquier otra persona, las extranjeras pierden la posibilidad de renovar su permiso de residencia. Esta situación está afectando a personas que llevan años trabajando y con permiso de residencia, pero que lo pierden y, ahora, además de perder los papeles, pierden su derecho a la asistencia sanitaria.

3. Legitimidad de la desobediencia civil.

La desobediencia civil es la respuesta que tiene la ciudadanía y las vecinas para oponerse a una ley que considera injusta, para defender lo justo y ético frente a una legalidad que atenta contra principios básicos. Nosotros proponemos desobedecer el Real Decreto de la Sanidad porque creemos en la justicia social y la eticidad fundamental del modelo redistributivo de la sanidad universal, y creemos que este RD atenta directamente contra él. Proponemos a las usuarias que desobedezcan porque la salud es cosa de todos y todas, y la sanidad universal se construye entre todos y todas. Y a los profesionales sanitarios, además, les pedimos que se amparen en su juramento hipocrático para desobedecer una ley que va contra los principios que lo informan.

Desobedecer el Real Decreto no es un fraude. Las personas sin tarjeta, aunque puedan ir a urgencias, no tienen garantizada la asistencia sanitaria. En urgencias no pueden tener asistencia continuada para dolencias que lo requieran. En urgencias no hay prevención. Las personas sin tarjeta, aunque tengan la opción de suscribir convenios y pagar por la asistencia, no tienen garantizada la asistencia sanitaria. La mayoría de estas personas no tienen los medios económicos para suscribir estos convenios para ellas y para los miembros de su familia, lo que les deja fuera del sistema. Y si lo hicieran, están pagando dos veces por la asistencia sanitaria (a través de los impuestos indirectos y a través de estas cuotas), simplemente por ser de otro país.

En la medida en que el Real Decreto destruye el modelo de sanidad universal que teníamos hasta ahora, y que defendemos, desobedecemos la ley, y lo consideramos justo y necesario.