

SITUACION ACTUAL DE LA EXCLUSION SANITARIA en la CAM

Introducción: La Salud como Derecho

En primer lugar, hay que tener presente que defendemos una **concepción de la Salud como Derecho**, no la consideración de la Salud como bien de consumo:

- Este derecho está reconocido en el artículo 43 de la Constitución, y vinculado al art. 15 que reconoce el derecho a la vida y a la integridad física y moral.
- Por los convenios y acuerdos internacionales como la Carta Social Europea.
- **La OMS recomienda Sistema Sanitarios basados en la universalidad** (adjunto viñeta de cómic de la OMS sobre el Derecho a la Salud (2012))



Este es el quid de la cuestión: si decimos que la salud es un Derecho pero sólo accede quien pueda pagarla, **¿en qué se diferencia el Derecho a la Salud recogido en la Constitución de la adquisición de un bien de consumo como un coche?** Un Derecho vinculado a la vida adquiere el mismo valor, se pone al mismo nivel que un bien de consumo. Esto necesariamente implica devaluación de la condición humana y del valor de la vida.

Esta concepción de Salud como Derecho fue la que empujó la búsqueda de la universalidad, que quedó recogida en la **Ley general de sanidad en 1986** y en la **Ley de Cohesión y Calidad de 2003**.

El RDL 16/2012 del PP rompió los avances sociales de más de 30 años, pasó a vincular la atención sanitaria a las cotizaciones y **depositó la responsabilidad de los problemas de pagos y cobros del sistema sanitario con otros sistemas europeos en la población migrante**, para justificar su exclusión del Sistema Sanitario. Lo vinculó con el turismo sanitario de modo que apareciese a los ojos de la opinión pública que no se trataba de atender una necesidad sanitaria real, sino situaciones interesadas en las que la persona busca una ventaja económica al desplazarse a otro país, en este caso España, para obtener atención.

Es claro **que nunca se ha tratado de “turistas sanitarios”**: en todos estos años, nunca nos han llegado a Yo Sí demandas de este tipo de personas, sino **de personas que residen en nuestro país**, con o sin permiso de residencia. La célebre imagen del alemán que viene a operarse de la cadera a España porque tiene aquí otra residencia fue utilizada para dejar sin atención sanitaria a personas migrantes cuya realidad se aleja mucho de ese modelo de privilegio. Por otra parte, el Estado posee mecanismos de cobro a través de las vías establecidas en la Unión Europea o de los Convenios Bilaterales, pero las dificultades de conseguir realizar los cargos a los estados miembros (que nada cambió el RDL 12/2012) poco tiene que ver con la situación de las personas migrantes que residen en nuestro país y no tienen cobertura sanitaria por otra vía. Además, los datos avalan que sólo en un 4% la búsqueda de atención para una necesidad de salud está detrás del proceso migratorio (y en todo caso no serían propiamente “turistas sanitarios”).

El problema es que este constructo del RDL 16/2012 parte una concepción de la atención sanitaria como ligada a las cotizaciones a la Seguridad Social, cuando la financiación del sistema sanitario ya no viene de esa hucha desde 1999. Es la concepción del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que niega la tarjeta sanitaria a personas con y sin permiso de residencia. Pero además, en el sistema sanitario madrileño, el despliegue del decreto de exclusión **ha cambiado la mirada de los profesionales de los centros sanitarios sobre la población migrante**, se recela de sus demandas asistenciales, se sospecha de sus papeles, y se utiliza cualquier argumento o recoveco normativo (real o inventado) para denegarles la atención, ignorando sus necesidades de salud por graves que sean.

Esta situación es tan grave en sí misma, que sería suficiente para cuestionar el camino emprendido con el RDL 16/2012, pero es que, además, **la justificación de la exclusión basada en la sostenibilidad no ha sido nunca documentada**, tal como recoge el Tribunal Constitucional en dos de sus autos (239/2012, de 12 de diciembre, y 114/2014, de 8 de abril) o el Informe que elaboró el Gobierno vasco en 2012.

1. El cambio de modelo con el RDL 16/2012

Tras el RDL 16/2012 se excluyeron de la atención sanitaria:

- **Personas sin permiso de residencia.** Con las excepciones de
 - Menores
 - Embarazadas
 - Urgencias (aunque siguieron existiendo facturaciones y firma de compromisos de pago en muchos hospitales)

Sin embargo, muchas CCAA fueron ampliando los supuestos para conseguir atención, en parte por la presión de algunas Sociedades Científicas (la semFYC abrió un registro de objetores), y de organizaciones sociales (como Médicos del Mundo, Amnistía internacional, Yo Si Sanidad Universal, ODUSALUD, PasuCAT...) y de la opinión pública.

Así, en Madrid se ampliaron los supuestos a algunos grupos de población, de los que se había olvidado el RDL 16/2012 (su exclusión chocaba incluso con otras leyes como en el caso de los solicitantes de asilo y víctimas de trata, o atentaba a la razón como en el caso de las enfermedades de salud pública). **Las excepciones que creó el SERMAS fueron:**

- Personas que tenían tratamientos crónicos previos al RDL
- Supuestos de Salud Pública (EDOs y enfermedades de Salud Mental)
- Solicitantes de Asilo y Víctimas de trata.

Hay que señalar que esto se realizó a través de una **instrucción interna sin ninguna información pública y con escasa información a los profesionales**. Pero que sí supuso la elaboración de procedimientos detallados para las Unidades Administrativas.

Más adelante, en 2015 (empujado por normativas más progresivas e inclusivas de otras CCAA), **se puso en marcha el DAR en la CAM**, figura administrativa con la que se pretendía incluir a todas las personas migrantes. Recordemos que comenzó con una escueta circular

Por parte de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia sanitaria se comunica que debe prestarse todo tipo de Asistencia Sanitaria recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud a todas las personas inmigrantes con o sin documentación, en tanto en cuanto no se realicen las instrucciones oportunas y se elabore el documento acreditativo que les dé derecho a la asistencia sanitaria.

Madrid, 21 de agosto de 2015
EL Director General de Coordinación
de la Asistencia Sanitaria,


César Pascual Fernández

Y de nuevo **sin información pública sobre los derechos y los procedimientos**. La CAM se ha gastado más en informar como pedir cita por internet que en informar a las personas de sus derechos. Es un síntoma claro del desprecio y la dejadez con se ha tratado a estas personas por parte de la Consejería.

Además, ha existido **escasa información y formación a las Unidades Administrativas** que en muchas ocasiones consultaban telefónicamente a la Subdirección General de Aseguramiento Público y Prestaciones Sanitarias (en adelante Aseguramiento) sin que existiese un criterio claro de cómo proceder, cuando hacer TIR o DAR o denegar la atención, o cómo solventar las dificultades de acreditación que pudiese sufrir la persona. **Tampoco ha existido un cauce que permitiese a la persona conocer sus derechos, y reclamar**. La falta de normativa pública es un síntoma de discriminación, son personas a las que sus derechos no se les reconocen con la misma seguridad jurídica que al resto.

A pesar de que la circular reza "... a todas las personas migrantes con o sin documentación..." lo cierto es que esto no ha sido nunca así:

- **Se ha limitado el acceso por no poder acreditar un empadronamiento** de más de tres meses, ignorando las dificultades que tienen muchas personas para empadronarse. Llamativo fue el caso de mujeres de un club de prostitución en Alcalá con importantes necesidades de salud, pero a las que no se les atendía porque sus explotadores no querían empadronar en el club.

- **Se ha impedido el acceso al Sistema sanitario por falta de pasaporte** (como en un caso en el CS. de Tres Cantos de una persona que residía en la casa de acogida Abraza África), Es un caso en el que se movieron todos los recursos, se habló con la Trabajadora Social, y se escribió a Jesús Vázquez (responsable en ese momento de Atención Sanitaria en el SERMAS), y no se lograba desbloquear.
- **Se siguieron emitiendo facturas en las urgencias**, sobre todo hospitalarias.
- **Se ha negado la asistencia a las personas con permiso de residencia** por ser familiares de ciudadanos comunitarios (ver más adelante).
- **La figura de la “estancia temporal”**: en los últimos años previos al RDL 7/2018 se empezó a aplicar la figura de la “estancia temporal”, considerando que cualquier persona estaba en esta situación durante sus primeros 3 meses en España. De este modo se comenzó a denegar asistencia (o a facturar) a mujeres embarazadas, menores o urgencias, a pesar de que el RDL 16/2012 no recogía plazo alguno para estas excepciones. Esta figura, recogida en la [LOEX](#) y en [RD 557/2011](#), no tiene sentido aplicarla en casos que no cumplen los requisitos para gozar de una [autorización](#) para estar o residir en territorio español:
 - Personas que entran irregularmente en frontera (nunca tienen unos meses de permiso para su estancia). Es decir, nunca están autorizadas.
 - Personas que entran con un visado y se les caduca (a los tres meses o antes, si el visado tiene fecha de caducidad menor a es periodo)
 - Personas que llevan más de tres meses en territorio Español, independientemente de que logren empadronarse o no.

Sin embargo, en la mayoría de los centros se solicita indiscriminadamente tres meses de padrón, independientemente de la situación concreta de cada persona, cuando lo cierto es que dicha exigencia no está contemplada en ninguna norma publicada.

LA CAM HA DADO LA ESPALDA A LAS PERSONAS EXCLUIDAS:

- Los informes REDES de Yo Si y los que sigue realizando REDER lo atestiguan
- En todo caso son pocos los casos que nos llegan a las organizaciones sociales en relación a todos los casos de exclusión.
- La CAM nunca ha abierto un cauce para solucionar casos de exclusión, para atender situaciones de dificultad de acreditación documental, o para solventar facturas de las urgencias (teóricamente cubiertas por el RDL 16/2012)
- La CAM nunca ha registrado solicitudes aceptadas o rechazadas, nunca ha realizado encuestas a los centros sobre este tema, sobre sus actitudes o sobre su conocimiento de los procedimientos.

Junto con la llegada del DAR, la CAM lanzó la campaña de **“aquí se atiende a todo el mundo”**, llenando de carteles los centros sanitarios. **Una campaña vacía de contenido, y con un teléfono que no era capaz de resolver ninguna situación de exclusión.**

Durante algún tiempo algunos casos se resolvieron tras hacerlos llegar a personas de responsabilidad en la Consejería: eran casos en los que la salud de la persona corría riesgo. Sin embargo, esto ya está siendo tenido en cuenta, y actualmente se ha denegado atención incluso en casos de VIH o de cáncer, a pesar del riesgo que supone para la persona demorar tres meses su tratamiento o de las consecuencias desde el punto de vista de Salud Pública.

2. ¿Cuál es la situación tras el nuevo RDL

En Junio de 2018 el Gobierno del PSOE publicó el [RDL 7/2018](#) que pretendía recuperar la universalidad de la atención sanitaria. Durante el proceso de redacción tuvieron contacto con organizaciones sociales, pero finalmente no recogieron casi ninguna de sus demandas. Tampoco redactaron una ley que se pareciese a la proposición de ley que había presentado en 2016 el propio PSOE con el resto de grupos de la oposición, y que era mucho más inclusiva.

El nuevo RDL supuso algunos avances:

- Se **desvincula el derecho a la atención sanitaria de las cotizaciones sociales** (como había hecho el 16/2012 del PP) y se vincula a la residencia.
- Hace recaer el reconocimiento del derecho en las autoridades sanitarias
 1. *El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles*
 2. *Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, éste se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.*
- Se **reconoce el derecho a la atención sanitaria a las personas sin permiso** de residencia y se les reconoce la prestación farmacéutica (40%)

A pesar de no haber solventado su situación deja una puerta abierta a las personas que están en “**situación de estancia temporal**” (es decir, en los primeros 3 meses) en territorio español:

- Para las personas en “estancia temporal” el RDL contempla **la posibilidad de acceder a la atención con un informe social favorable**, pero la realidad es que ni el Ministerio ni la mayoría de las CCAA han regulado esta vía. De modo que se está denegando atención a embarazadas, menores, o personas con enfermedades e infecciosas o de salud mental hasta que puedan acreditar 3 meses de estancia en España. En la práctica, en la CAM, se exige que tengan un empadronamiento de al menos 3 meses en la localidad.

Por otra parte, aunque vincula el derecho a la asistencia sanitaria a la residencia, **excluye a las personas con permiso de residencia obtenido por ser ascendientes extranjeros de españoles o comunitarios**. Lo hace introduciendo en la norma la coletilla de que el reconocimiento a la asistencia queda condicionado o *no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*. Esta coletilla es la que sigue utilizando el Instituto Nacional de la Seguridad Social para excluir a este grupo de población: el INSS afirma que la normativa exige a estas personas un seguro privado de salud como requisito para obtener su permiso de residencia (independientemente si Delegación de Gobierno exige este seguro o no en la práctica), y considera que esa obligatoriedad les excluye del derecho a la asistencia sanitaria en el Servicio Público de Salud. La obligatoriedad de este seguro ya fue cuestionada por la [Defensoría del Pueblo](#) en 2014 que no era legal y recomendó su eliminación.

Tanto en el acuerdo de gobierno UP-PSOE, como en el discurso de investidura, **el Gobierno adquirió el compromiso de solucionar la situación de este colectivo**, sin que hasta la fecha haya realizado ningún cambio en la ley.

El Ministerio emitió un [Documento de Recomendaciones](#) (no es de obligado cumplimiento aunque se supone que está pactado en el Consejo Interterritorial) para las CCAA, a fin de homogeneizar los procedimientos de **acceso de las personas sin permiso de residencia** y terminar con la enorme variabilidad normativa que se produjo tras el RDL 16/2012. Sin embargo, este documento de recomendaciones es aún más restrictivo que el ambiguo decreto 7/2018, y deja la regulación de la vía social para otro documento (al menos eso dicen), con lo que las personas que no pueden acreditar tres meses de empadronamiento en territorio español quedan al criterio de cada Comunidad. En la Comunidad de Madrid en concreto, las personas sin tarjeta sanitaria están viendo vulnerados sus derechos dado que no se está aplicando la vía de protección recogida en el RDL 7/2018 (la vía del informe social).

3. ¿Qué ha pasado en la CAM desde el nuevo RDL?

- No se han emitido nuevas instrucciones escritas, no se ha publicado normativa, ni se ha informado a la población
- No se aplican las excepciones del RDL 16/2012 (protección de menores, embarazadas, urgencias,...), pero tampoco las figuras de protección del RDL 7/2018. Eligiendo siempre la aplicación más restrictiva (o saltándose la ley), y haciéndolo mediante órdenes verbales.
- **Se está incumpliendo la ley toda vez que:**
 - Para las personas sin permiso de residencia **se siguen haciendo altas “TIR”**, que no tiene el descuento farmacéutico que recoge la ley. Incluso se les ha hecho TIR a personas que antes tenían DAR y a los que se les había dado de baja por supuesta caducidad del DAR.
 - Se hacen borrados sistemáticos de personas sin permiso de residencia tras un año registrados con el DAR, alegando “que ya tenían que haber regularizado su situación”, cosa no recogida en el RDL 7/2018. Se hace sin previo aviso, sin informarles ni darles tiempo para aportar documentación que acredite que su situación no ha cambiado. Cuando van a renovar el DAR se les ponen trabas o se les da información errónea indicando que no pueden renovarlo y que deben suscribir el costoso [Convenio Especial](#) de pago con la Seguridad Social, que además no incluye la medicación.
 - **Se exigen, indiscriminadamente, tres meses de padrón** cuando, como hemos explicado más arriba, esta figura según la ley está restringida a los primeros 90 días de estancia autorizada en territorio español. Por lo tanto, se está aplicando una exigencia que vulnera lo recogido en la ley. Se dan casos en los que teniendo reconocida la asistencia en otra Comunidad Autónoma durante meses, o incluso años, al llegar a la CAM, se le exige tres meses de empadronamiento en la localidad.
 - Para las personas en estancia temporal **la CAM no ha regulado la Vía del Informe Social que recoge el RDL** (que el Ministerio no haya emitido recomendaciones al respecto no exime a la CAM de sus responsabilidades). Algunas Trabajadoras Sociales de los centros sanitarios sí han realizado informes de necesidad, pero nos han llegado

casos de que incluso se ha negado una cita con la Trabajadora Social (“no te podemos citar porque no estás en el sistema” o “la trabajadora social está jubilada”).

- Se excluye a las **personas con permiso de residencia por razones humanitarias**. A estas personas, que no tienen obligatoriedad de suscribir un seguro, se les está negando el derecho a la asistencia vinculado a su permiso. Es una exclusión en la que colaboran tanto el INSS como los centros sanitarios

Se aplica sin excepciones la **exclusión de las personas con permiso de residencia** por ser ascendientes de ciudadanos españoles o comunitarios. Lo cierto es que la mayoría tienen enormes dificultades para pagar un seguro privado por su coste, ya que además deben pagar los medicamentos de forma íntegra. Además, al ser personas de avanzada edad en muchos casos ni siquiera pueden conseguir que les aseguren. Sólo, y tras un año de residencia en España, pueden suscribir el Convenio Especial con la Seguridad Social, que cuesta 157 euros al mes y que no incluye descuento en los medicamentos.

Es cierto que el INSS no les reconoce la atención, pero del mismo modo que la CAM amplió la atención tras el RDL 16/2012 a otros supuestos no recogidos en las excepciones, está en su mano solventar esta injusta exclusión.

Mención especial merecen las personas solicitantes de asilo. Dado que los trámites se alargan durante meses, aunque sean solicitantes de protección internacional, los primeros 3 meses se les considera en “estancia temporal” y no se les da acceso. A los tres meses pueden intentar acceder como personas sin permiso de residencia, y por fin, cuando consiguen registrar la solicitud se les entrega la carta blanca que debería darles acceso a la atención sanitaria.

En su caso, no tiene sentido que se les aplique el criterio de estancia temporal cuando son personas que se empadronan y expresan su voluntad de solicitar asilo, lo que respalda su deseo de residir de forma prolongada en el territorio.

Algunas personas han encontrado trabas o denegaciones para el reconocimiento del derecho con la carta blanca.

Durante la pandemia, las dificultades de acceso y el retraso de los trámites por parte de la administración han impedido la renovación de los documentos (carta blanca o tarjeta roja), con la consiguiente caducidad de los mismos y la pérdida del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

Supuestos de Supuestos de Salud Pública: ¿Por qué la CAM incluyó estos supuestos tras el RDL 16/2012? ¿Por qué no se sigue garantizando su atención tras el RDL 7/2018? ¿Ya no preocupa la salud Pública?

En contra de todos los consensos internacionales que recomiendan tratamiento en la semana siguiente al diagnóstico en enfermedades como la Hepatitis C o el VIH, en la CAM se deniega atención en pacientes hasta que acrediten 3 meses de empadronamiento. Alguno de los casos ha sido denegado a pesar de que su médico lo ha puesto en conocimiento de los responsables de la dirección asistencial y de la consejería

La realidad de los casos que nos llegan es terrible. A título de ejemplo:

- Embarazadas y menores sin atención durante meses
- Imposibilidad de acceder a una IVE en mujeres migrantes, incluso en las que son víctimas de trata
https://www.eldiario.es/desalambre/Denuncian-Defensor-Pueblo-obstaculos-embarazadas_0_887161974.html
- Personas con los dos padres al cargo que llegan a pagar 500 euros al mes entre seguros y medicamentos y que no pueden mantener el gasto.
- Personas con VIH a los que se les deniega la atención durante meses en contra de las recomendaciones internacionales, que indican la necesidad de tratamiento antes de la semana para lograr lo antes posible cargas virales indetectables y prevenir el desarrollo de la enfermedad y nuevos contagios.
- Facturaciones en urgencias (13000 euros por un ictus hemorrágico). ¿Considera la CAM que era un turista sanitario que vino buscando sufrir un ictus para tener atención sanitaria?

4. La exclusión en tiempos de pandemia

Tan pronto se tuvo conocimiento de la crisis sanitaria mundial provocada por el COVID-19, numerosas voces se alzaron para pedir que se facilitase la integración de la población migrante, y que se garantizase su atención sanitaria. **Parecía un imperativo ético afrontar como sociedad esta crisis sin dejar a nadie atrás**, reforzando una mirada comunitaria e inclusiva que beneficia a la salud de todas.

Algunas comunidades autónomas como [Aragón](#) o [Catalunya](#) emitieron normativas que facilitaban el acceso a la atención sanitaria a personas migrantes excluidas del Sistema Sanitario, incluso facilitando los trámites de forma telemática.

En contra de la razón y de las necesidades de cuidado de la población madrileña, la respuesta en la Comunidad de Madrid ha sido, una vez más, restrictiva, insuficiente y opaca. **La Comunidad no ha promulgado ninguna normativa de acceso público**, y se ha limitado a emitir instrucciones internas que en muchos casos han resultado confusas y han favorecido la arbitrariedad. Esta ha sido la cronología:

- A mediados de Marzo el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) comunicó a sus Centros de Salud que las altas de los pacientes excluidos del Sistema Sanitario que se diesen bajo la figura administrativa de **“Transeúnte” no caducarían a las 24 horas (como era habitual)**, sino que se mantendrían activas para poder realizar el seguimiento de dichos pacientes. Este tipo de alta obliga al paciente a pagar el 100% de los medicamentos prescritos. De modo que pacientes tratados por COVID-19 tenían dificultades para acceder a los tratamientos que les prescribían los profesionales sanitarios.
- Tras la finalización del estado de alarma, entre finales de junio y primeros de Julio las altas como “Transeúntes” volvieron a durar 24 horas, y se procedió a **dar de baja, sin previo aviso, a todas las personas que habían sido dadas de alta** bajo dicha figura administrativa.
- A mediados de agosto se creó un nuevo tipo de alta, bajo el **código CVD (Salud Pública)**, restringida a personas consideradas caso sospechoso o contacto estrecho de casos confirmados de COVID-19. Su duración se establece sólo en 21 días. Este tipo de alta no permite la atención por otras patologías y obliga al pago del 100% de los medicamentos.
- **La CAM no se ha preocupado del [acceso a la vacunación de las personas excluidas](#)** del Sistema Público. Ante las demandas de las organizaciones sociales, ha habilitado un procedimiento para que puedan ser vacunadas sin ser dadas de alta en el Sistema. Sin embargo, esas instrucciones se han hecho llegar

como una parte de un correo electrónico que recoge dudas sobre vacunación, sin darle rango de instrucción, de normativa y sin haberlas publicado en ningún medio de acceso ciudadano. De modo que ni la población, ni muchos profesionales de las Unidades Administrativas tienen conocimiento de las mismas, con lo que [siguen denegando la vacunación](#), a pesar de que la persona excluida deba ser vacunada por su pertenencia al grupo de riesgo que se esté vacunando en ese momento.

En definitiva, la CAM, con el silencio cómplice del Gobierno Central:

- Ha tratado a las personas migrantes como de segunda categoría incluso en los momentos en los que amplió los supuestos de atención.
- Ha abandonado sus responsabilidades al no redactar una normativa clara y pública que diese seguridad jurídica y evitase la arbitrariedad.
- Ha permitido la arbitrariedad, no ha creado ningún cauce para investigar lo que sucedía a pesar de las denuncias de las organizaciones sociales.
- Desde el RDL 7/2018 está realizando prácticas claramente ilegales porque recordemos que el RDL está en vigor, pero no se está cumpliendo en todo su desarrollo normativo. Y está incumpliendo los convenios internacionales al permitir que no se atiendan embarazadas, menores, solicitantes de asilo...
- Está siendo negligente al permitir la falta de atención de supuestos de Salud Pública y al ignorar los estudios que documentan un aumento de mortalidad entre la población excluida.
- Está arrojando sobre el personal administrativo responsabilidades de control que han contribuido a que los centros dejen de ser espacios de cuidado.
- Esta denigrando a sus profesionales de Trabajo Social, dado que la ley les adjudica unas competencias que la CAM ha preferido ignorar.

yo **Sí** Sanidad
Universal