yoSí sanidad universal

INFORME

Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia

Campaña de desobediencia al Real Decreto-Ley 16/2012

Teléfono: 695 893 414 • Email: yosi.sanidaduniversal@gmail.com • www.yosisanidaduniversal.net

yo Sí sanidad universal

Índice

1. Introducción

1.1 Real Decreto Ley, el cambio del modelo sanitario 01

1.2 Yo Sí Sanidad Universal, la desobediencia como camino 02

2. Un año de aplicación del Real Decreto Ley 16/2012

2.1 Incumplimiento de lo dispuesto en el RDL 16/2012 03

2.1.1 Los mismos carteles, el efecto contrario 04

2.1.2 Informar o disuadir: Notas informativas y compromisos de pago 05

2.1.3 La ilegalidad del cobro en los servicios de urgencias 08

2.1.4 La denegación de atención sanitaria 11

2.1.5 La atención a menores 12

2.1.6 La atención a embarazadas 14

2.1.7 De la Salud Pública al aseguramiento individual: la atención a Enfermedades de Declaración Obligatoria 15

2.1.8 La atención a enfermedades diagnosticadas antes del 31 de agosto: la incertidumbre sobre el futuro de sus derechos 19

2.2 La verdadera exclusión sanitaria: más allá de las personas sin papeles 21

2.3 Otros efectos perniciosos de los RDL: la atención sin tratamiento farmacológico 25

2.4 Los convenios especiales, privatizar diciendo que es público 26

2.5 Aplicación dispar del RDL 16/2012 en las distintas Comunidades Autónomas 29

3. Un año de Yo Sí Sanidad Universal

3.1 Acompañamientos 30

3.1.1 Red de Grupos 30

3.1.2 Extensión a otras CCAA 30

3.1.3 Las redes desobedientes como camino de reivindicación de los derechos 31

3.2 Talleres, charlas y reuniones 32

3.3 Difusión entre la población excluida y no excluida 32

3.4 Otras acciones 33

Anexo. Aplicación del RDL 16/2012 en las diferentes Comunidad Autónomas

A.1 Catalunya 34

A.2 Comunidad Valenciana 36

A.3 Ceuta y Melilla 38

A.4 Extremadura 39

A.5 País Vasco 40

A.6 Andalucía 41

Teléfono: 695 893 414 • Email: yosi.sanidaduniversal@gmail.com • www.yosisanidaduniversal.net

1. Introducción

1.1. Real Decreto Ley, el cambio del modelo sanitario

El 1 de Septiembre se cumple el primer aniversario de la implementación 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".

El nuevo modelo ha significado el abandono de la universalidad que caracterizaba a nuestro sistema público de salud en favor de un modelo de aseguramientos, un paso cualitativo de enorme gravedad, ya que representa un claro retroceso en términos de protección de la salud para cualquier persona que viva en el Estado español.

No obstante, el avance sobre el sistema sanitario público no se ha limitado a aquel primer Real Decreto Ley, sino que se han sucedido otros que han ido acentuando la exclusión. Así, el RDL 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", vino a aclarar algunos puntos polémicos que habían aparecido en su antecesor, especialmente aquel que dejaba a las personas mayores de 26 años que nunca hubieran cotizado a la Seguridad Social –con independencia de su nacionalidad- sin cobertura sanitaria alguna, un extremo que el gobierno se vio forzado a modificar.

Recientemente, se ha promulgado 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 modifican, precisamente, algunos artículos del que le precedía. Un año más tarde se pone precio a unos convenios que no hacen más que acentuar la exclusión.

La sucesión de estos RD, sumada al sinnúmero de instrucciones bajo las que cada comunidad autónoma va implementando los cambios, dan cuenta del nivel de improvisación que ha seguido el Ministerio de Sanidad. La imposición de un mensaje falaz respecto a quienes aportan al sistema sanitario (en realidad esa aportación la hacen todas las personas que transitan por territorio español, a través de impuestos indirectos como el IVA), la falta de coordinación entre los diferentes estamentos que se encargan de la gestión administrativa, el incumplimiento de las de por sí excluyentes leyes e instrucciones, la creación de tres carteras sanitarias aún sin definir con claridad, la fragmentación de la información y la casi inexistente capacitación del personal para afrontar todos los cambios implementados son otras características de una gestión irresponsable, improvisada y desordenada de la cartera que preside Ana Mato.

La propia Constitución española en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, pero las muertes de Alpha Pam o Soledad Torrico son dos casos que dejan al descubierto el desastre. En términos estrictamente sanitarios, la "prevención" y la "continuidad asistencial" son dos claves para mantener una protección cierta de la salud poblacional, y el RDL 16/2012 y los que le sucedieron instan a un camino en sentido radicalmente inverso al que recomiendan esos postulados.

1.2. Yo Sí Sanidad Universal, la desobediencia como camino

Yo Sí Sanidad Universal es una plataforma de desobediencia civil que nace como respuesta a la publicación y posterior implementación del Real Decreto Ley 16/2012 que impone un modelo de asistencia sanitaria de aseguramientos en detrimento de la universalidad que le caracterizaba hasta ese momento.

Esta iniciativa vecinal surge de un grupo de personas usuarias y trabajadoras del Sistema Nacional de Salud (SNS), que unieron sus fuerzas con el objetivo de lograr, a través de acciones desobedientes y denuncias públicas, la inmediata derogación de la nueva legislación y el restablecimiento del derecho fundamental y universal de protección de la salud, con independencia del lugar de origen o situación administrativa de quien requiera la atención.

Con la convicción de que se está vulnerando un derecho que atañe a toda la ciudadanía, "Yo Sí" se ha constituido en una respuesta ciudadana que busca extenderse por todo el Estado español a través de acciones desobedientes descentralizadas tendientes a que nadie, a que ninguna persona, sea privada de su legítimo y constitucional derecho a recibir asistencia sanitaria pública sin discriminación alguna.

Entre otras estrategias, hemos implementado la de los denominados "grupos de acompañamiento", una labor de desobediencia activa que comenzamos en septiembre de 2012 de forma experimental y que las propias vecinas y vecinos de Madrid y diferentes ciudades han ido replicando, cada uno con su propia idiosincrasia, y adaptando sus métodos de funcionamiento y actuación a los niveles de exclusión impuestos en las respectivas comunidades autónomas.

La presencia de grupos de acompañamiento en Valencia, Barcelona, Canarias, Zaragoza, Santander, Murcia, Las Rozas, Alcobendas, son algunos ejemplos de que el camino desobediente no solo es posible, sino necesario.

Así, no sólo estamos logrando que centenas o miles de personas a quienes se les denegaba el derecho a una asistencia sanitaria la puedan recibir, sino que seguimos tejiendo una red desobediente entre pacientes y personal sanitario, acercándonos, reconstruyendo ese vínculo fundamental entre ambas partes que la inmoralidad de un RDL inhumano y excluyente se empeña en cortar.

Un año de construcción colectiva no es fácil y sin embargo nos empuja el sentir de que es posible, de que allí donde hace un año encontrábamos un "no" como respuesta, hoy hay personas que hacen lo imposible para que nadie se quede del otro lado de la puerta de la exclusión sanitaria impulsada desde el Ministerio que encabeza Ana Mato.

Porque si la sanidad es un derecho, desobedecer es un deber… Desde Yo Sí Sanidad Universal seguimos luchando por la atención de todas las personas y la derogación del RDL 16/2012.

2. Un año de aplicación del Real Decreto Ley

2.1. Incumplimiento de lo dispuesto en el RDL

La promulgación y posterior implementación del Real Decreto Ley 16/2012 y subsiguientes ha estado marcada por una estrategia discursiva tendiente a ocultar sus verdaderos alcances, centrando siempre el debate en un terreno de discusiones fragmentadas, inconexas, como si cada uno de ellos no tuviera que ver con la característica fundamental que tiene el nuevo modelo sanitario: la exclusión.

En ese marco, y según los testimonios recogidos por Yo Sí entre las personas que forman parte del colectivo y trabajan en el sistema sanitario público, y otras entrevistas realizadas con profesionales de la salud, es notorio el éxito que ha tenido un mensaje de "miedo" que ha llevado a una incuantificable cantidad de usuarias y usuarios a desistir de la idea de solicitar atención médica. Incluso para muchas personas que tienen derecho a la asistencia, la idea de que "si no trabajo no tengo derecho" se ha instalado con una contundencia implacable.

No es de extrañar el éxito de la campaña disuasoria si se atiende a la gravedad de los discursos oficiales acusatorios tras el anuncio de las nuevas medidas. Frases como las vertidas por la ministra de Salud, Ana Mato diciendo "la tarjeta sanitaria es para los españoles" o del consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, José Ignacio Echániz "no hay que olvidar que la sanidad gratuita ha sido fundamental para fomentar el efecto llamada. **Mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada**", o el propio portavoz de los populares en el Congreso, Alfonso Alonso con su "el sistema sanitario no puede ser un coladero de inmigrantes", pusieron el foco sobre este sector de la sociedad ya estigmatizado y criminalizado, logrando así un doble efecto: el desinterés –y en algunos casos apoyo- de gran parte de la sociedad española, y el "miedo" a una persecución –o cuanto menos a una nueva instancia de discriminación- que se instaló en los propios sectores migrantes.

Esta invisibilidad a la que se ha sometido en un principio y de forma prioritaria a quienes están en situación irregular, aunque luego ha resultado ser extensible a quienes tienen otra condición administrativa, es el gran problema detectado por las trabajadoras y trabajadores del sistema de salud, y también por los sectores de la sociedad civil que luchan contra el RDL y sus consecuencias. ¿Cómo llegar a ellas?, ¿Cómo romper ese miedo cuando el potencial impago de una facturación puede significar no poder regularizarse en un futuro o, en su defecto, no poder renovar un permisos de residencia?, éste es uno de los grandes desafíos pendientes de resolver.

No obstante no son pocas las personas que aunque señaladas y estigmatizadas deciden pelear por su derecho. Y es en ese momento cuando empiezan a encontrarse con barreras impensadas: el incumplimiento de las líneas más básicas de los ya de por sí excluyentes reales decretos, por ejemplo en la atención de urgencias.

yoSí sanidad universal

2.1.1. Los mismos carteles, el efecto contrario

En el "Servicio de Admisión a Urgencias" del Hospital Ramón y Cajal, puede leerse un cartel que dice: "Los usuarios del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid deberán mostrar su tarjeta sanitaria individual para acceder a cada una de las prestaciones y servicios sanitarios, debiendo presentarse acompañando a la misma el documento identificativo de la personalidad de su titular, cuando así sea requerido". *(ver documento 1)*

Estos recordatorios son una práctica usual que viene de años atrás en los distintos centros de salud y hospitales. Las gerencias han ido poniéndolos para que las personas demandantes de atención supieran que a efectos de estar identificadas se les pediría la tarjeta sanitaria y, en ocasiones, su DNI, tarjeta de residencia, certificado de inscripción comunitaria o, en su defecto, el pasaporte.

Hasta el 31 de agosto de 2012, toda persona que estuviera empadronada en cualquiera de nuestras ciudades podía acceder a esa tarjeta y por ende, tenía derecho a ser atendida. Así, primaba la universalidad y el hecho de la identificación no tenía mayor implicación que la actuación médica quedara registrada.

El cambio de normativa ha convertido estos carteles en auténticas herramientas de disuasión para quienes no poseen una tarjeta sanitaria en vigor y, por tanto, han quedado fuera del sistema. Recordatorios, por consiguiente, que han dejado de ser inocuos para significarse como mensajes determinantes cuando una persona a quien han sustraído sus derechos, o cree que se los han negado, debe pedir asistencia médica.

El no poseer la tarjeta sanitaria, ese requisito que las gerencias se empeñan en exigir como indispensable para acceder "a cada una de las prestaciones y servicios sanitarios" es, entonces, una de las primeras barreras discriminatorias. También ocurre en el Hospital de La Princesa de Madrid, o en Barcelona, tal como lo demuestra esta foto del Hospital Clínic de aquella ciudad, con un cartel que advierte que "para beneficiarse de las prestaciones asistenciales de Urgencias sin la cobertura sanitaria del PAMEM o del SCS (tarjeta sanitaria), se reclamará el pago de la visita". *(ver documento 2)*

En el Hospital de Segovia, por ejemplo, el mensaje era claro: "Les recordamos que es necesaria la presentación de la tarjeta sanitaria y el DNI". *(ver documento 3)*. En febrero de este año, desde Yo Sí iniciamos una campaña *online* exigiendo que el mismo fuera retirado, y la respuesta de la gerencia fue que era un cartel con cierta antigüedad con el que nunca hubo problemas.

Esta explicación acotada y carente de razonamiento conciliador alguno, viene a corroborar que se ha ignorado la nueva situación de muchas personas, y prima el criterio economicista impulsado desde el gobierno central sobre el derecho de las personas.

Situación que resulta más gravosa si se tiene en consideración que según el Artículo tercero del RDL 16/2012 las personas "no registradas ni autorizadas como residentes en España" recibirán asistencia sanitaria "de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que

sea su causa, hasta la situación de alta médica…", un extremo que se contradice con las exigencias de una documentación que muchas vecinas y vecinos no poseen.

Otra vez el miedo juega un papel determinante, y se agudiza en el caso de quienes pertenecen a sectores de mayor exclusión social y estigmatización, en tanto suelen eludir cualquier situación conflictiva que consideran les puede exponer en demasía.

No puede ignorarse, entonces, que este problema nace de la negativa por parte de las autoridades aseguradoras y sanitarias nacionales, y de diversas autonomías, a expedir a las personas migrantes en situación administrativa irregular la tarjeta sanitaria individual (TSI) ordinaria, o documento similar que acredite su explícito derecho a recibir esa asistencia que el RDL 16/2012 en su artículo 3º prevé para menores de 18 años, en el embarazo, parto y posparto y en general para las urgencias.

De no existir esa intencionalidad discriminatoria, no hay razón para que no se cuelguen carteles con mensajes "en positivo" en el sentido de que todas y todos tenemos derecho a la atención de urgencias, o en su defecto, la trascripción literal del artículo que así lo legisla.

2.1.2. Informar o disuadir: Notas informativas y compromisos de pago

Pese al fuerte efecto disuasorio de los mensajes mediáticos y los carteles que hospitales y centros de salud muestran en sus ventanillas de acceso a las urgencias, aún hay muchas personas que se niegan a renunciar a su derecho a ser atendidas e insisten reiterada y dignamente en que se les reconozca.

Es allí donde este sistema excluyente aplica su segunda medida disuasoria: las denominadas ***hojas informativas*** mediante las cuales se "informa" a las personas que no poseen los documentos acreditativos que esa asistencia va a ser cobrada.

Tal es el caso del Hospital Infanta Leonor de Madrid, donde la misma es entregada antes de brindar cualquier asistencia y explica:

"Le informamos que dispone usted de un plazo de 48 horas para facilitarnos la información que le solicitamos para así poder tramitar la factura o la entidad que le asegura. Pasado este plazo procederemos a emitir la factura a su nombre y deberá usted tramitar el reembolso con su aseguradora" (ver documento 4).

Este documento se refiere con claridad a la emisión de una factura por atención de urgencias, es decir vulnerando el único resquicio por donde las personas excluidas han encontrado una –de por sí muy limitada- respuesta a su necesidad de recibir atención sanitaria. La hoja actúa así como efecto disuasorio en consonancia y complementariedad con los carteles discriminadores colocados en las zonas de urgencias, y contrariamente nada informa sobre el derecho a recibir asistencia sanitaria que prevé el antes mencionado artículo 3 del RDL.

En la casuística recogida en nuestro trabajo no son pocas las personas que nos consta que ante esta hoja informativa y la posibilidad de asumir una deuda, han optado por retirarse del centro asistencial.

*"Chica brasileña en torno a 40 años con papeles. Se había quedado en paro, había agotado la prestación y en otoño se quedó sin cobertura sanitaria. Consultó en urgencias por una infección de orina leve. Me enseñó el papel informativo que le dieron en admisión (*al que nos hemos referido antes*). Pidió información acerca de si en algún momento se le podría facturar la asistencia en urgencias y al no poder asegurar nada al respecto, quiso irse sin ser vista…"* relató a Yo Sí una médica desobediente que tuvo que persuadir a esta usuaria para que consintiera en ser atendida y buscar una solución alternativa para cumplir con su deber profesional y asegurar que la paciente seguiría el tratamiento y que no sería facturada con posterioridad.

Otra vez el temor juega un papel determinante y para entenderlo, en los casos de las personas migrantes, es necesario recordar que la Ley de Extranjería 4/2000 prevé como causa de denegación de la renovación de los permisos de residencia el tener deudas con hacienda o la seguridad social. Por tanto, una sola facturación impagada que puede significar, en consecuencia, el no renovar esos permisos o, si no se tienen, quizá nunca poder obtenerlos.

Esta situación de miedo y discriminación se ve potenciada con los "***compromisos de pago***" que en la casi totalidad de casos se obliga a firmar a las personas que van a urgencias como condición previa para ser atendidas. O se comprometen a pagar o su derecho a la asistencia puede ser denegado, casos del día a día donde la implementación subjetiva y arbitraria de quienes deben aplicarla deja al descubierto la ignominia que representa el RDL 16/2012 y sus predecesores. *(ver documento 5)*

"Invitación" ésta que encierra un elemento coercitivo inherente por un lado al miedo a no recibir atención cuando la apreciación subjetiva de la persona usuaria es que necesita de ella, y por el otro, a asumir una deuda impagable que pueda significar empeorar su situación administrativa o peor aún, cerrarse las puertas a una posible resolución de esta, la regularización.

Este recurso a la improvisación con la sola idea de excluir y persuadir a quienes se empeñan porfiadamente en hacer valer sus derechos alcanza niveles aún mayores en el caso del Hospital Gregorio Marañón, donde las hojas informativas que se dan en distintos idiomas son anteriores a esta serie de reales decretos *(ver documento 6)*. Otra vez a nadie parece interesarle el cambio de legislación y las consecuencias desalentadoras que estas informaciones sesgadas y arbitrarias pueden tener sobre la población.

Según hemos podido comprobar a través de los grupos de acompañamiento de Yo Sí, la emisión de estos compromisos de pago se da en Madrid, al menos en los hospitales Gregorio Marañón, Clínico Universitario San Carlos, 12 de Octubre, Infanta Sofía, Fundación Hospital de Alcorcón y la Fundación Jiménez Díaz, y en los centros de atención primaria de San Cristóbal, Agustín Lara, Segovia y Tetuán. Aunque también en distintas comunidades autónomas, como es el caso de Baleares.

La percepción, sin embargo, es que resulta una práctica habitual en la mayoría de los centros y clínicas, aunque en unos cuantos casos nos consta que muchas personas de la administración se rebelan ante lo que consideran una inmoralidad: el excluir a personas que necesitan de atención sanitaria. *"Lo único que yo no hago que me han mandado, es el compromiso de pago porque es una tontería",* nos ha comentado una administrativa desobediente.

"La instrucción de las auxiliares es dar los compromisos y no os preocupéis que luego ya se encargará el departamento de admisión de ver a quién se le cobra y a quién no, pero el compromiso de pago hay que entregarlo. De todas maneras es un caos, lo entregan según quien esté en administración de las urgencias, nadie tiene claro quién debe pagar y quién no, al fin y al cabo depende de la arbitrariedad de quien atienda", coinciden en su apreciación algunas de las fuentes consultadas.

Subyace en esta medida la irresponsabilidad de dejar en manos de un "departamento de admisión", es decir en manos de personal administrativo, la evaluación de las urgencias y su clasificación en si son facturables o no. Incluso desde Yo Sí hemos comprobado que en alguna ocasión aislada se ha querido cobrar un importe de 43€ para recibir la atención urgente requerida en un centro de atención primaria.

Es necesario recordar en todo caso, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la urgencia "*es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema 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*".

Resulta paradójico, en consecuencia, que un hecho subjetivo y plenamente personal, como esa "conciencia" de necesitar esa atención prevista por la propia legislación, se vea desalentada, denegada, coaccionada y/o facturada por decisión de la apreciación de terceras personas que ni siquiera han tomado contacto con la usuaria o usuario en cuestión y si lo han hecho ha sido careciendo de cualquier conocimiento sobre medicina.

No obstante, en el trabajo de los grupos de acompañamiento de Yo Sí Sanidad Universal hemos podido constatar que en algunos pocos centros de atención primaria, si bien es el personal de administración quien emite un compromiso de pago previo a la atención, será la médica o médico la que decida si debe firmarse o no. Un extremo que aunque adquiera visos de mayor racionalidad no deja de ser una palmaria vulneración de aquella apreciación subjetiva a la que hace referencia la OMS y también de lo establecido por el RDL.

El efecto disuasorio de los compromisos de pago queda plasmado con rotundidad en este relato que nos brinda uno de los médicos desobedientes de Yo Sí echando luz sobre la brutalidad que estas prácticas representan:

"Pareja (marido y mujer) de indigentes, rumanos, viviendo en la calle desde hace un mes. Traídos por servicios de emergencias (SAMUR) por pedir estos su asistencia en la calle, donde se encontraban tosiendo y con aspecto enfermo. Ambos reciben 'compromiso de pago' en la puerta por lo que se niegan a entrar. Con ayuda de intérpretes se les convence, pero solo la mujer, que se siente más enferma, acepta ser valorada (radiografías, análisis) mientras el marido no acepta, por no poder cumplir el compromiso de pago. La mujer es ingresada

y trasladada a otro centro con el diagnóstico de Tuberculosis. Al marido se le explica que la enfermedad es altamente contagiosa y grave, pero, con el papel de compromiso de pago en la mano, rechaza atención", relata este compañero que a diario tiene que inventar nuevas estrategias para cumplir con su deber profesional y humano de atender a todas las personas.

El caso más emblemático de lo que este sistema de coerciones y miedo puede ocasionar es el lamentable fallecimiento del senegalés de 28 años, Alpha Pam, ocurrido el 21 de abril de 2013 debido a una tuberculosis y tras haber pasado por urgencias.

El escándalo que significó esta muerte que claramente podría haberse evitado, derivó en el camino más fácil: el cese del gerente del hospital de Inca a donde el joven había pedido asistencia en urgencias y en donde se le había hecho firmar un compromiso de pago, y la apertura de 3 expedientes administrativos a quienes habían tomado contacto con él. Ante una Ley injusta y a la luz de sus consecuencias, también criminales, la culpa recae sobre quienes no se animaron a desobedecer y siguiendo lo que leyes e instrucciones dictan procedieron al acto administrativo de disuasión y coerción sobre estas personas. *(ver documento 7 y documento 8)*

Días después del deceso de Pam, la Consejería de Salud Balear retiró los formularios de cobro, vetó la práctica y anunció que retornaría el dinero percibido a quienes se había venido cobrando por atención de urgencias *(ver documento 9)*. Sus argumentos fueron que se trató de "un error de interpretación de las decisiones del Ministerio de Sanidad". Errores que cuestan vidas, prácticas que se siguen llevando a cabo en casi todo el Estado español. ¿Cuántas nuevas muertes habrá que esperar para que realmente empiece a preocuparles la salud de cada persona?

Así, partiendo de esta incoherencia administrativa, es el mismo departamento de gestión quien luego se encargará de "recordar" a la persona que ha firmado el compromiso, que si no presentan la documentación requerida en aquellos carteles que vieron a la entrada de su hospital y que se les explicó mediante hoja informativa, Sanidad se verá obligada a facturarle por la atención recibida. *(ver documento 10)*

Efectivamente, el sistema sanitario público de salud se está convirtiendo en un agente recaudador que parece incluir entre sus estrategias dinámicas de coerción más propias de las entidades bancarias que la humanidad y sensibilidad social que se podría esperar de lo que es la prestación de un servicio que debe dar respuesta a un derecho elemental como es el de la salud.

2.1.3. La ilegalidad del cobro en los servicios de urgencias

La emisión y el envío de las facturas viene a cerrar este círculo vicioso de improvisación, falta de conocimiento de lo que la propia legislación establece, y vulneración del derecho a la asistencia sanitaria.

Siguiendo unas prácticas bastante utilizadas en el sector privado de servicios, a la luz de nuestra experiencia parece haberse impuesto la técnica de "primero facturamos, luego reclame". No se explica sino que sean tantas las facturaciones que finalmente son quitadas por

demostrarse indebidas. Otra vez queda al descubierto que las intenciones mercantilizadoras y recaudatorias priman sobre los derechos de la personas e incluso sobre la de por sí discriminatoria Ley.

De acuerdo a los casos que hemos podido seguir a través de nuestros grupos de acompañamientos, en la Comunidad de Madrid la atención en urgencias (solo por la consulta, sin incluir pruebas complementarias) tiene un coste de facturación aproximado de 120€ en hospitales públicos como el 12 de Octubre, Gregorio Marañón o el Hospital de Getafe, por ejemplo, y de unos 200€ en centros de gestión privada, como la Fundación Jiménez Díaz.

En este punto es sumamente interesante ver cómo la Comunidad de Madrid, contraviniendo todas las disposiciones legales hasta ahora conocidas, se ha servido del marco legal establecido por el ya citado art. 3 del RDL 16/2012 para crear unas instrucciones que abren las puertas a asegurarse una mayor arbitrariedad en las posibilidades de cobro y, por ende, potenciar su afán recaudatorio.

Así, mientras el RDL –recordemos- establece que las personas "no registradas ni autorizadas como residentes en España" recibirán asistencia sanitaria "de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica…", la Instrucción de fecha 27 de agosto de 2012 emitida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid reduce ese derecho a garantizar la asistencia "con independencia del tratamiento administrativo posterior".

Y en esas posibilidades de tratamiento administrativo detalla que "*si la persona atendida de urgencia precisase seguimiento de su proceso, desde los servicios hospitalarios o desde el centro de atención primaria se le facilitará la cita o derivación que corresponda y se le indicará que, para ser atendido, puede suscribir un Convenio Especial para dar cobertura a dicha asistencia o, en caso contrario, ésta le será facturada… la prestación farmacéutica a través de receta médica oficial no estará incluida…*" *(ver documento 11)*

La sola trascripción de ambos supuestos: la Ley, de máximo rango legal, y la Instrucción, que jamás podría ir más allá de lo que marca aquella legislación a la que se adscribe si se respeta el principio de jerarquía jurídica inherente al Estado de Derecho, revela la contradicción, incongruencia e inconstitucionalidad de lo ordenado y ejecutado desde la Comunidad de Madrid.

Pero más allá de lo estrictamente legal, que es fundamental para analizar la arbitrariedad e incompetencia con que se está llevando a cabo la destrucción del sistema público de salud, es interesante también todo lo que representa a efectos de la salud de las personas.

Existe un criterio fundamental en la práctica médica que es el de la "continuidad asistencial", el cual implica que hasta la determinación del alta médica se debe hacer un seguimiento de la enfermedad y cura de la persona que ha requerido la atención. Un diagnóstico inicial, las pruebas necesarias, un segundo diagnóstico de mayor precisión, un tratamiento y seguimiento del mismo hasta llegar a la curación y la consecuente alta médica.

El hecho de que la atención se limite a las urgencias rompe con toda esa secuencia que cualquier profesional de la medicina destacará como la opción más adecuada de cara a lograr una sociedad sana (siempre acompañada de la imprescindible prevención, también abandonada por el nuevo modelo sanitario). ***No puede hacerse un seguimiento e incluso muchas de las veces ni siquiera un diagnóstico preciso si el derecho se ve limitado solo a una revisión tan elemental como la visita en urgencias.***

Suelen escudarse desde el Ministerio de Sanidad que encabeza Ana Mato en que si es necesario esas pruebas se hacen, pero es en este punto donde todas las instancias coercitivas y de miedo a una facturación tienen un efecto rotundamente negativo y, a veces, pese a la gravedad del estado de salud, pueden hacer desistir a una persona de recibir esas prestaciones. Y en todo caso, cuando desde el Ministerio se dice que si es necesario se hace no se refieren a que en esos casos el/la paciente vaya a estar exento de cobro.

A Alpha Pam, por ejemplo, tras atendérsele en urgencias se le había recomendado una "valoración evolutiva en el médico de cabecera", tal como demuestra el documento difundido oportunamente por eldiario.es *(ver documento 12)*. Pero esa atención, como hemos visto, tiene sus puertas cerradas a quienes no puedan acceder a pagar por ella. Salud para quienes tienen medios económicos. Enfermedad o muerte, para quienes no los tienen.

Recientemente desde nuestra plataforma denunciamos el caso de José (nombre ficticio a petición del paciente) que padece un cáncer del que es tratado desde 2007 con metástasis a partir de 2011. Una cardiopatía grave, necrosis severa en la cabeza de ambas caderas y hepatitis crónica completan su cuadro médico. Pese a la gravedad, en el último año solo ha recibido atención de urgencias en una media docena de oportunidades, e incluso en su expediente médico puede leerse que, en el alta con fecha de abril de 2013, la persona que le atendió explicaba que ***"no puede realizar seguimiento actual, por carecer de tarjeta sanitaria"***

"Lleva un año obligado a recurrir a urgencias cada vez que el dolor supera su umbral de tolerancia y el caso reviste una especial gravedad no sólo porque se le está sometiendo a un sufrimiento inútil al denegársele un derecho reconocido por la Ley, sino que la falta de seguimiento asistencial genera un ineludible deterioro y agravamiento de las afecciones que padece y el consecuente dolor", aseguraron profesionales de Yo Sí que consultaron su expediente.

Desde el trabajo de nuestros propios grupos de acompañamiento y denuncias públicas realizadas por otras organizaciones es relevante saber que esta práctica ilegal de cobro se produce no solo en Madrid, sino también en otras comunidades autónomas como Baleares, Canarias, Navarra, Valencia o Castilla la Mancha, por ejemplo.

El efecto negativo de este cúmulo de prácticas seguramente pueda entenderse analizando el caso de Soledad Torrico, la joven boliviana fallecida en febrero de este año en Valencia, quien según denunció su familia padeció un periplo de seis días por varios centros de atención primaria y hospitales donde se le iban dando diagnósticos "leves", pero sin posibilidades a un seguimiento que, tal vez, hubiera evitado su muerte.

Un caso menos grave, pero que demuestra con igual contundencia las descabelladas situaciones a las que el RDL y las instrucciones del SERMAS están llevando, es el que sufrió

un joven marroquí, quien fue atendido de urgencias en el Hospital Gregorio Marañón por la fractura de ambos tobillos al caer de una escalera. Hubo que ingresarle y operarle dos veces y se fue escayolado a casa. Se le dijo que acudiera a urgencias tanto para retirar la escayola, primero, como para revisar la situación en que habían quedado los tobillos tras el tratamiento, después. ***Se le emitieron facturas*** como si retirar aquella y comprobar la curación no fueran parte del proceso hasta el alta médica.

Lo concreto es que la facturación es usual incumpliendo incluso lo que prevé la legislación vigente, y en un marco de caos administrativo en donde todo queda reducido a la arbitrariedad y buena o mala predisposición del personal. Este, en muchos casos, carece de herramientas formativas para desarrollarla y, lo que es peor, quizá no sea consciente de que cada "no" que da, cada facturación que emite, significa mucho más que un mero cobro. Significa la desprotección total de una persona cuya vida puede estar pendiendo de que se le reconozca su derecho a la asistencia sanitaria.

"El caos burocrático y la confusión que reina en torno a esta cuestión en los propios servicios de facturación es intolerable por sus graves consecuencias. En el de La Princesa el otro día la mujer que me atendió por teléfono, después de preguntarme a qué me refería "con eso de las instrucciones del SERMAS", me dijo que para retirar la factura le bastaba cualquier papel que acreditara que la persona en cuestión no tiene permiso de residencia... aunque no sabía qué tipo de papel puede ser ése y confundía todo el rato "sin papeles" con "sin recursos", explica María, una de las compañeras desobedientes que participa de los grupos de acompañamiento.

2.1.4. La denegación de atención sanitaria

En el camino de la vulneración de derechos que implica el RDL, nada se equipara a la denegación lisa y llana de la asistencia sanitaria con que algunas veces se encuentran las personas en situación irregular. Pese a la negación que las autoridades hacen de estos extremos, el trabajo de los grupos de acompañamiento de Yo Sí Sanidad Universal han permitido encontrar casos en donde queda reflejada la arbitrariedad que implica el poder de un "no" en manos del personal administrativo.

La denegación de atención en urgencias es el ataque más importante que puede padecer una persona y su efecto no solo recae sobre esa usuaria o usuario que deberá volverse a casa, sino sobre un entorno social que, estando en la misma situación de exclusión, creerá que efectivamente no tiene siquiera derecho a recibir atención en urgencias. Es bastante usual, además, que en un núcleo familiar la situación administrativa de quienes lo forman sea la misma.

"Varón senegalés llegado a España con posterioridad al RDL, de unos 30-35 años. Fue visto en urgencias por fiebre alta y muy mal estado general. Se le diagnosticó Malaria. La intención inicial fue ingresarlo en el propio hospital, pero, por la gravedad, el paciente necesitaba un fármaco anti-malaria intravenoso que no hay en el Hospital Infanta Leonor, por lo que se gestiona el traslado al Instituto Carlos III, donde no se acepta el traslado por carecer de tarjeta

sanitaria. Finalmente es internado en el Hospital 12 de Octubre", nos relata una sanitaria del Hospital Infanta Leonor.

En un sistema de aseguramientos lo que prima es la relación de costes y beneficios, y ni siquiera parece importar un caso de malaria, enfermedad que, según la OMS, se llevó la vida de 660.000 personas y afectó a 219 millones en el mundo en 2010 para "pasear" a un enfermo durante varias horas hasta que un Hospital acepte su internación. Sanidad y negocio nunca han resultado ser buenas compañeras.

Como muestra de estas arbitrariedades, una integrante de Yo Sí que esperaba su turno en el hospital relata que:

"Estaba haciendo un acompañamiento en el (Gregorio) Marañón, iba acompañando a una chica y había otra persona que al decir que no tenía tarjeta la administrativa le dijo "no puedes entrar" y desde mi misma silla la miré y le dije "sí que puede entrar y lo sabes", y entonces sin mediar más palabra le dijo, venga vale, sí, vale, y le gestionó el ingreso".

Desconocimiento de la legislación, arbitrariedad, miedo también a desobedecer un RDL que nadie ha explicado con claridad (las medidas negativas para la población siempre se ocultan) y una persona que será víctima de la angustia que supone una denegación de atención y el consecuente riesgo para la salud. Estampas del día a día.

2.1.5. La atención a menores

Es indignante comprobar cómo la aplicación del RDL encierra tanta perversidad como para crear un sesgo discriminador con las personas menores de edad, para cuya atención sus madres y padres suelen ser víctimas de la burocratización de un trámite que en ningún caso debería resultar complejo.

Según el RDL en su art. 3 "los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles" *(ver documento 13)*. Sin embargo a diferencia de las niñas y niños de origen español, no se ha contemplado la entrega de una tarjeta sanitaria física, y ni siquiera se han dado instrucciones claras en los centros de atención primaria y hospitales para que sepan cómo proceder en estos casos. Así, son innumerables las experiencias de familias a quienes al llegar al centro de salud se les ha denegado la atención de la menor o el menor por no poseer la tarjeta sanitaria, remitiéndoles a alguna oficina del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), desde donde nuevamente se les envía al centro porque es allí donde deben garantizar este derecho.

La negación del documento físico reviste una especial violencia simbólica porque somete a esas niñas y niños a agravios comparativos importantes en el día a día. Por ejemplo, en sus centros de estudio, ya que ante actividades específicas como un viaje o campamento solicitan que vayan con la correspondiente tarjeta sanitaria, lo que obliga a esas madres y padres a tener que solicitar un certificado o credencial que acredite esa situación diferencial, discriminatoria y, sobre todo, estigmatizadora.

Incluso la carencia de ese documento físico ha provocado que en muchos centros se derivara a los menores a una revisión por urgencias, negándosele la cita con profesionales de atención primaria o especialistas de pediatría. Ante una situación así el grupo de acompañamiento en Leganés, por ejemplo, se ha visto obligado a compartir nuestros manuales de análisis con el personal administrativo del ambulatorio Marie Curie del Barrio de la Fortuna de esa vecina ciudad, en tanto se encontraron con una constante negación a dar citas para pediatría a las hijas e hijos de personas migrantes, con independencia de la situación administrativa que éstas tuvieran.

En una reunión que un grupo de asesoramiento de nuestra plataforma mantuvo el 15 de marzo de este año con un grupo de trabajadoras sociales del barrio de Tetuán, se nos trasladó una inquietud similar:

"Hemos acudido en decenas de ocasiones a los centros de salud de la zona con chavales menores con los que tenemos contacto en los dispositivo sociales con los que trabajamos, y la tónica general es mandarles "a hacerse la tarjeta al INSS", pero allí nos dicen que a los menores sin permiso de residencia no se les reconoce el derecho ni como asegurados ni como beneficiarios y, por lo tanto, no se les da ninguna solicitud con la cual acudir al centro de salud a pedir una tarjeta sanitaria", explicaron.

Este despropósito constatado en diversos centros demuestra que no se trata de casos aislados, sino de una constante que tiene que ver con el nivel de improvisación de quienes deben asegurar este derecho, en tanto no han recibido la información necesaria para dar un cumplimiento acorde a la Ley o, en el rol asignado de tener la "última palabra" han hecho de la arbitrariedad una escandalosa forma de denegar derechos legalmente asignados.

Tal es así que desde hace los primeros meses de este año, en algunas oficinas del INSS se han visto a entregar un documento explicativo sobre la "distribución de competencias entre INSS/ISM y los centros de salud" *(ver documento 14).* No obstante es preocupante que en documentos oficiales como el mencionado, las autoridades sanitarias denominen a estas niñas y niños como "menores ilegales", contraviniendo todas las disposiciones y recomendaciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que llama a los Estados del mundo a dejar de utilizar la denominación "ilegal" para referirse a las personas migrantes.

No obstante estos documentos, desde Yo Sí Sanidad Universal, a través de nuestro equipo jurídico, hemos dejado constancia mediante queja electrónica de la violencia y discriminación que implica negar la tarjeta sanitaria física a menores de edad:

"En las oficinas del INSS hay carteles informativos que indican que los menores extranjeros en situación irregular no tienen derecho a la tarjeta sanitaria. Estos carteles son claramente contrarios a lo dispuesto en el art. 3 ter RDL 16/2012, que dispone que "En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles". No cabe una interpretación de esta norma como la que se efectúa en los referidos carteles, según la cual ese derecho lo es "igual que los españoles que no tienen derecho", puesto que esta lectura vacía de contenido el precepto citado y constituye una clara vulneración de la normativa internacional y estatal de protección del menor.

Los carteles deben ser retirados, y en su lugar deben darse instrucciones a los funcionarios encargados del reconocimiento del derecho a la tarjeta sanitaria, para que, en cumplimiento del RDL, expidan a favor de cualquier menor extranjero, se encuentre o no en situación irregular, el documento correspondiente, por supuesto, reconociendo al menor el derecho a la tarjeta sanitaria", expresamos conscientes que el caos administrativo generado –además- se potencia en las familias que más precariedad sufren, ya que incluso muchas veces desisten de su idea de volver a solicitar la asistencia para sus hijas e hijos.

2.1.6. La atención a embarazadas

Otro caso lamentable de incumplimiento de las ya destacadas limitaciones que marca el RDL 16/2012 es la negación de brindar una asistencia a embarazadas, cuando el mismo art.3 permite la "Asistencia al embarazo, parto y post parto" *(ver documento 13)*. En este primer año hemos constatado que a muchas mujeres embarazadas por no tener su tarjeta sanitaria, se les atiende únicamente por urgencias.

Tal fue el caso de una joven española. Al concurrir a su centro de salud le indicaron que hasta que no tuviera su tarjeta solo podrían atenderle de urgencias:

"La chica tenía unos 30años, en paro de larga duración con acceso a algunos trabajos temporales, sin cotización, como fotógrafa "freelance", sin cobertura sanitaria, aunque con posibilidad de atención sanitaria por ser beneficiaria de su marido, quien también lleva un año parado y sin prestación por desempleo. Sobreviven en economía sumergida y no van al médico habitualmente a nada.

Descubre que está sin cobertura al quedarse embarazada e intentar una primera cita con ginecólogo en su Centro de Salud, donde le indicaron que debía que tramitar la tarjeta como beneficiaria para poder ser atendida. La atendí en urgencias por un problema menor y le expliqué que por estar embarazada tiene garantizada la asistencia, por cuanto la animé a volver a su centro de salud a reclamar", comenta una sanitaria del Hospital Infanta Leonor.

Similar situación vivió el grupo de acompañamiento del barrio de Austrias, que hace un mes debió empeñarse en el acompañamiento a una joven rumana embarazada de cinco meses quien al sentir dolores en la zona abdominal decidió asistir a su centro de atención primaria, donde se le denegó la atención remitiéndola a "conseguir su tarjeta y volver". Luego de dos acompañamientos al INSS y verificar la documentación que poseía, constatamos que tenía un certificado de inscripción comunitaria que le autoriza a residir pero no a trabajar, lo que le permite acceder a la tarjeta sanitaria como persona "sin recursos".

Pero tal vez lo más preocupante es lo que nos cuentan matronas consultadas respecto a la cantidad de mujeres migrantes que, víctimas del discurso excluyente del miedo, deciden llevar su embarazo sin hacer un seguimiento sanitario del mismo. *"Hemos constatado que muchas mujeres llegan a los centros de salud con embarazos muy avanzados y, en consecuencia, hay determinadas pruebas que no se les puede hacer"*, nos dicen, y destacan que *"cuando vienen es ya porque se sienten mal o tienen algún problema, pero no están teniendo un seguimiento adecuado del embarazo".*

Como consecuencia de ello, hay cribados en prenatales que no se están haciendo porque a partir de los seis meses ya no se pueden realizar. Tampoco análisis y pruebas de imagen (ecografías para ver malformaciones), pruebas de azúcar, serología (VIH, hepatitis, toxoplasma), son otras pruebas que quedan sin realizarse.

"Incluso desde las guardias de hospital se están pidiendo muchas pruebas de VIH urgente, que antes era excepcional, y esto es porque las embarazadas era casi imposible que pasaran el embarazo entero casi sin controles. Han notado un aumento significativo de partos de embarazos no controlados", relata un médico del Hospital Gregorio Marañón.

Así, distintas fuentes consultadas nos han podido confirmar que esta circunstancia lleva a embarazos de alto riesgo para la madre, tal como ha sucedido, por ejemplo en el Hospital de Segovia:

"Llegó una joven mujer marroquí, con un desgarro en el periné por lo que sufrió daños en el esfínter anal que se habían producido por un parto doméstico. El niño estaba bien y ella fue llevada a urgencias a la desesperada por su esposo cuando vieron que no paraba de sangrar. El caso es que el marido contó que no podía pagar el precio de un parto con la implantación de la nueva ley si no eras español, y por eso decidió parir en casa", contó una médica desobediente sobre esta experiencia ocurrida en los mismos días en que la Consejería de Sanidad de otra Comunidad, Castilla la Mancha, ponía precio a estas atenciones.

La coincidencia temporal no es un hecho menor, si se tiene en cuenta que vulnerando lo establecido por el RDL y pasando por encima de los derechos de las mujeres embarazadas, esa Comunidad Autónoma fijó en 2.511,65€ la atención en un parto vaginal sin complicaciones, tarifa que puede llegar a 6.640,36€ en caso de ser un parto con cesárea con alto riesgo de complicaciones. En el Boletín del Estado del pasado 29 de Julio se han fijado precios similares para las actuaciones médicas que se lleven a cabo en los centros sanitarios de Ceuta y Melilla *(ver documento 15)*.

Publicaciones que pese a vulnerar la legalidad vigente, se llevan a la práctica obligando a muchas mujeres embarazadas a sobrellevar sus embarazos alejados de los cuidados médicos que por ley les corresponden *(ver documento 16)*.

2.1.7. De la Salud Pública al aseguramiento individual: La atención a Enfermedades de Declaración Obligatoria

Como una muestra del paradigma neoliberal que rige las políticas sanitarias que se están llevando a cabo, la atención y seguimiento de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) centran su efectividad en una responsabilidad individual que va en detrimento de la salud pública.

Quizá sea en este punto donde todo el aparato coercitivo de miedo y exclusión cobre mayor sentido, en tanto resulta incomprensible que el Estado espere de las personas excluidas una voluntad de acercamiento para declarar una enfermedad que incluso desconozca. Mucho menos esta persona afectada puede saber que una instrucción no abierta al público, sino dirigida al personal sanitario, le asiste unos derechos que la legislación se empeña en quitarle.

Es importante destacar la relevancia del listado de EDO, a las que se suman los Trastornos Mentales Graves, en tanto incluye siempre las enfermedades graves transmisibles de vigilancia internacional establecidas por la OMS, es decir, aquellas que pueden ocasionar un grave riesgo para la salud pública por su enorme facilidad de transmisión.

Es precisamente ese riesgo potencial que su desatención puede provocar, que hace inexplicable el alcance de un RDL que no ha contemplado estas problemáticas, y de unas instrucciones como las dictadas hace un año, en donde se establece que: *"la asistencia sanitaria de estos supuestos, salvo que se haya suscrito un Convenio Especial o cuando se estime que el proceso evolutivo de la patología vaya a ser inferior a un año, conllevará facturación al usuario y, en su caso, la factura será remitida a través del órgano competente de la Administración General del Estado, a su país de origen, en virtud de los convenios".*

Es decir que en casos de infectados de VIH, patología que se extiende más allá del año, si bien se da cobertura en cuanto a retrovirales y demás medicamentos, no así a una atención periódica que es facturable y que evidentemente mercantiliza el derecho de atención y por ende imposibilita o al menos dificulta una continuidad asistencial eficaz de las personas que puedan ser portadoras del virus.

A mediados de Julio de 2013, es decir un año después de comenzarse a implementar estas políticas, la Comunidad de Madrid ha comunicado al personal sanitario unas instrucciones específicas sobre el "Procedimiento de actuación para la dispensación de la medicación a personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria en los supuestos de salud pública" *(ver documento 14)*. Extraña forma de interpretar el resguardo de nuestra salud cuando se tarda tanto tiempo en sacar unas instrucciones específicas que pueden evitar contagios y situaciones de alto riesgo sanitario para el común de la sociedad.

Además, las nuevas instrucciones adolecen otra vez de asegurar con claridad la continuidad asistencial de estos casos, ya que escuetamente refiere que *"en caso de necesidad de tratamiento crónico se entregará información detallada de cuando debe recoger la próxima medicación y en qué centro sanitario"*, pero nada advierte sobre asegurar la no facturación de controles periódicos que permitan un seguimiento del desarrollo de estas enfermedades.

El caso del joven con Malaria relatado en este informe, o el fallecimiento del Alpha Pam por tuberculosis, ambas enfermedades de declaración obligatoria, muestran que el camino elegido por el Ministerio de Sanidad llevará inexorablemente a un crecimiento exponencial en el aumento de casos con este tipo de enfermedades.

Dentro de la casuística recogida por "Yo Sí" hemos acompañado dos casos de personas con infección VIH que han tenido reiterados inconvenientes para poder obtener su medicación, porque aunque tenían derecho a ello, ya no estaban sus nombres inscriptos en el sistema y el personal administrativo desconocía cómo proceder para garantizarles ese derecho. Hasta que han salido las nuevas instrucciones, 10 meses después de la implementación del RDL, ante la duda muchas veces han encontrado un "no" como respuesta a sus reclamaciones pese a la gravedad de la enfermedad.

Tal vez, para comprender la gravedad de la que hablamos, sea necesario mirar lo que está pasando en países vecinos que han implementado políticas sanitarias del mismo rango. En el caso emblemático de Grecia, no solo asusta le cantidad de personas (griegas de origen y migrantes) que han quedado fuera del sistema sanitario público de salud, estimada ya en más de un millón, sino fundamentalmente el comprobar que enfermedades como la infección por VIH se han disparado en apenas unos años.

Así, según datos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Grecia (KEELPNO) el número de nuevos infectados por el VIH registrados en 2012 doblaba ya los contabilizados al comienzo de la crisis. Si en 2009 se registraron 426 nuevos casos, la cifra se amplió a 526 en 2010, 809 en 2011 y entre enero y octubre de 2012 a 1049 personas. Esto, sin contabilizar a esas cientos de miles de personas excluidas del sistema y, por ende, invisibilizadas a efectos también, de protección de la salud pública.

Increíblemente la respuesta gubernamental a este crecimiento exponencial ha sido la criminalización de esos sectores condenados por el propio Estado. Así, en Mayo de 2013 se ha aprobado una ley que autoriza a la detención de personas dedicadas a la prostitución y de drogodependientes, asignándoles una culpabilidad que, a todas luces, solo cabe a las autoridades políticas que implementan estos sistemas de salud excluyentes. Una estrategia acusatoria y criminalizadora que en su trasfondo ideológico poco se diferencia de la estrategia de la consejería de Ana Mato cuando con recurrencia acusa a la población migrante de abusar de los servicios públicos de salud.

El contexto social del Estado español, con 5 millones de personas en paro, familias que se ven obligadas a vivir en condiciones de habitabilidad que rozan el hacinamiento, deficiencias alimentarias severas, altos porcentaje de personas viviendo en riesgo de pobreza o pobreza extrema, no parecen ser datos alentadores teniendo en cuenta que la trasmisión de muchas de las enfermedades de declaración obligatoria se potencia en ámbitos de extrema precariedad.

Precisamente, un grupo de científicas y científicos del *London School og Hygiene & Tropical Medicine* de Reino Unido, en un estudio publicado en junio de 2013 en la revista especializada "*British Medical Journal*", han advertido de un posible repunte de casos de VIH y tuberculosis en España.

"Nuestro análisis es el primero en examinar el impacto global de las medidas de austeridad en España en el sistema sanitario, y los resultados son de una gran preocupación", reconoció a los medios de comunicación una de las autoras del estudio, Helena Legido-Quigley, que junto al resto de especialistas criticó que muchas de las medidas adoptadas para ahorrar dinero "no tienen una fuerte base de evidencia". "Si no se corrigen, la situación podría empeorar con el riesgo de que aumenten los casos de VIH y tuberculosis como se ha visto en Grecia", destaca la comunidad científica.

Como era de esperar, desde el Ministerio de Sanidad español, han restado importancia a estos estudios argumentando que se garantiza la atención a todas las personas (extremo que en nuestra casuística hemos podido determinar es falso) y brindando unas estadísticas que, al igual de lo que sucede en Grecia, obvia la cantidad de personas excluidas del sistema.

Es importante, en todo caso y trascendiendo a una estadística muchas veces sesgada, centrarnos en las dificultades para el control epidemiológico de estas enfermedades por culpa de las propias restricciones del RDL y la aplicación de estas políticas de exclusión sanitaria.

"Las enfermedades de declaración obligatoria son infecciosas y transmisibles. Su detección requiere pensar en ellas y hacer unas pruebas. Por ejemplo en el caso de la tuberculosis de transmisión aérea, el diagnóstico de enfermedad activa a veces necesita un alto grado de sospecha sobre todo si la persona está inmunodeprimida, o es una niña o niño pequeño y además estudiar la cadena de transmisión.

Nosotras participamos en un estudio multicéntrico para el manejo de los contactos de pacientes que han podido transmitir la tuberculosis. Entre ellos además puede estar el caso "índice", o sea el que pudo transmitir la enfermedad al paciente. Las personas más expuestas son quienes conviven, o compañeras y compañeros de clase o trabajo, si están en lugares cerrados.

En nuestra búsqueda de contactos, encontramos cada vez un número más alto de convivientes de todas las edades y nacionalidades, que pueden estar en distinta situación frente al RDL.

Cuando se trata de alguien en situación irregular, pero con número de historia en el hospital, hasta ahora hemos podido hacer las pruebas sin problemas, pero cuando no tenían tarjeta les hemos mandado a admisión donde personal administrativo, donde a pesar de llevar una nota exponiendo el caso les han dicho que necesitan primero arreglar su tarjeta sanitaria y les han hablado de pago. Esto nos ha ocurrido en varias ocasiones y lo hemos solventado mandado a la urgencia con un informe de sospecha caso índice y les han dado número.

Pero esta cadena no tengo dudas que puede fallar en otros centros y el resultado, como ha quedado demostrado, puede ser el de Alpha Pam", comenta una especialista de Madrid consultada sobre las consecuencias que está teniendo la nueva política sanitaria Estatal y de la comunidad.

El abandono de políticas de prevención es otro factor preocupante que puede acarrear consecuencias graves de Salud Pública a mediano plazo. Por ejemplo el cobro de vacunas "opcionales" como la de la meningitis, imprescindible para la prevención de casos de otra de las enfermedades de declaración obligatoria como lo es la enfermedad meningocócica.

"Me han dicho que hay dos vacunas opcionales para pinchar a los dos meses de vida, entre ellas la de la meningitis, o sea casi nada" relató molesta Laura, Joven madre española. *"No están subvencionadas y cuestan 145 euros. Y esta es sólo la primera toma (que en total son 3 ó 4). ¡145 euros! Así que dentro de unos años posiblemente veamos a niñas y niños con meningitis porque sus madres y padres no pudieron pagarles las vacunas opcionales". "Qué vergüenza"* exclamó a la salida de su centro de salud.

Ya a comienzo de los años '80, cuando las políticas que hoy se implementan en el Estado español destruían el estado de bienestar en Gran Bretaña, líderes políticas como Margaret Thatcher decían que las soluciones debían pasar por lo individual. "Están situando el proble-

ma en la sociedad. Y la sociedad no existe. Hay hombre y mujeres individuales, y también hay familias", su paradigma era que ningún gobierno puede hacer nada excepto a través de cada persona, y las personas necesitan mirar por sí mismas en primer lugar.

La misma responsabilidad individual que exigen las enfermedades de declaración obligatoria que, como se está viendo en otros países, puede llevarnos a graves problemas colectivos en tanto poner en juego nuestra salud pública. No puede cargarse la responsabilidad sobre las mismas personas a las que se les dice reiteradamente que no tienen derechos y, por ende, están excluidas del sistema sanitario de salud.

2.1.8. La atención a enfermedades diagnosticadas antes del 31 de agosto: La incertidumbre sobre el futuro de sus derechos

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) mediante la instrucción ya referida de 27 de agosto de 2012, pareció garantizar la atención "de todos los procesos cuyo tratamiento se haya iniciado antes del 31 de agosto de 2012… sin que generen ningún tipo de facturación de su importe al usuario".

Sin embargo, también en este caso los grupos de acompañamiento y trabajo de "Yo Sí" han podido detectar una innumerable cantidad de situaciones donde esta atención se ha visto denegada porque las personas que demandaban el cumplimiento de sus derechos no poseían tarjeta sanitaria en vigor. Otra vez la arbitrariedad, y en muchos casos el desconocimiento de los alcances de esta instrucción, se venían plasmados en un "no" que significaba un mensaje desalentador para la usuaria o usuario enfermo y su entorno familiar y social.

Al ya citado caso de José, a quien con graves afecciones se le denegó la atención continuada por su médico de referencia durante casi todo el año (a partir del trabajo de uno de los grupos se ha logrado normalizar su situación) se suman muchos casos más con patologías diagnosticadas con anterioridad del RDL 16/2012, tales como diabetes, hipertensión, pruebas especializadas, o incluso operaciones cuyas fecha fueron anuladas, en un incumplimiento flagrante de la legalidad vigente.

"Un chico bengalí con diabetes diagnosticada antes del 31 de agosto llegó a 'Yo Sí' a través de unos compatriotas suyos. Primero lo acompañamos al Centro de Salud Martín de Vargas, que era el que supuestamente le correspondía, y allí les dijeron que sin tarjeta no podían atenderle y punto. Volvimos un par de días después con las instrucciones del SERMAS en la mano y claramente el auxiliar era la primera vez que las veía. Tras leérselas, nos envió al INSS, pero le dije que no, que debían darle de alta como TIR. Llamó a otra auxiliar, que me pareció que era la superior, y esta dijo que sí, que conocía las instrucciones, que esa misma mañana le habían llegado y se las había remitido al equipo. Nos pidió el padrón para darle de alta como TIR: pero como el chico se había cambiado de casa, la mujer comprobó que ahora le tocaba el Centro de Salud de Alameda, así que nos fuimos y allí ya no hubo ningún problema, conocían la instrucción y le dieron de alta y le dieron cita con el médico de cabecera para el día siguiente", relata Marta, una de las acompañantes que advirtió oportunamente del desconocimiento que en muchos centros tenían de la existencia de esta instrucción.

Es nítida la contraposición de dos posturas ante una misma Ley, que muestra lo perversa que puede ser –y de hecho lo es- una comunicación intencionadamente opaca y confusa que se hace desde las autoridades sanitarias sobre los derechos que asisten a las personas. No obstante, es necesario destacar ante esta contradicción en el actuar de personal administrativo, que pese a las múltiples irregularidades detectadas también es una satisfacción en el trabajo del día a día comprobar que un importante sector ve con preocupación los cambios normativos, se rebela y desobedece a la injusticia que esconde la legislación impuesta.

"Acompañamos a una mujer joven de origen dominicano, madre de un bebé de pocos meses, con un proceso de tiroides diagnosticado antes del 31 de agosto. Tenía una cita en el Centro de Especialidades de Pontones, pero al tener su tarjeta antigua, en admisión le dijeron que ya no tenía derecho, por cuanto al leer nuestros pasquines se dirigió a nosotras. Fuimos a su centro de salud y ahí ya fue todo muy fácil, porque las administrativas conocían en profundidad las Instrucciones, así que le dieron el alta como Transeúnte sin Permiso de Residencia (TIR) y de ahí volvimos a Pontones y le dieron las citas sin problemas. Le conté todo y le dejé copia de las instrucciones del SERMAS para que pudiera defenderse y le dije que si tenía problemas, que me llamara", cuenta otra de nuestras acompañantes, quien recuerda que aquella mujer había sentido el rechazo como un acto racista.

Otra vez la violencia simbólica que oculta cada denegación y que hace mella en cuerpos castigados por la exclusión. Pero que en esta oportunidad nos permite profundizar en un tema fundamental: **¿qué pasará con el derecho de estas personas a partir del 1 de septiembre de 2013?**

Como bien establece el relato la forma práctica de asegurar este derecho hasta el momento ha sido dar de alta a estas personas en el sistema SIP-CIBELES "mediante el establecimiento de un tipo específico –*Transeúnte Sin Permiso Residencia-"*, el mismo procedimiento utilizado para los ingresos por urgencias, aunque aclara que tendrá una ***"vigencia inicial de 1 año".***

¿Esto significa que a partir del 1 de septiembre próximo esa alta ya no tendría validez? ¿Ampliará la posibilidad de acceso a ese derecho la Comunidad de Madrid? ¿Decidirá subir las ya amplias cotas de exclusión sanitaria a la que se está sometiendo a la población desde la implementación del RDL?

A menos de una semana del vencimiento de estas altas provisorias, y la entrada en vigor del reciente RD 576/2013 sobre convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de asegurada ni de beneficiarias, hace temer a diferentes fuentes consultadas que se elimine la posibilidad de dar de alta como "Transeúnte sin Permiso de Residencia", y se obligue a firmar esos acuerdos.

De darse este nuevo paso en la mercantilización de la salud pública, una gran cantidad de personas que hasta ahora –aunque con serias limitaciones y trabas burocráticas- estaban pudiendo hacer valer su derecho, no podrán pagar los nuevos convenios y pasarán a formar parte de los colectivos excluidos. Nuestra sociedad, entonces, estará un poco más enferma.

2.2. La verdadera exclusión sanitaria: más allá de las personas sin papeles

Paralelamente a la sanción del RDL 16/2012 los discursos oficiales tendieron a desviar la mirada de la sociedad hacia las personas migrantes en situación irregular, señalándolas como las culpables de la necesidad del cambio y las únicas que quedarían excluidas del nuevo modelo sanitario.

Desde "Yo Sí" denunciamos ya en aquel momento que este cambio suponía la exclusión de cientos de miles de personas del derecho a recibir atención sanitaria y el repago de medicamentos y de ciertas prestaciones sanitarias, con independencia de la situación administrativa de las usuarias y usuarios. El nuevo modelo de aseguramiento, sosteníamos, iba en detrimento de la universalidad y nos condenaba a vivir en una sociedad más enferma, con mayor exclusión y desigualdad.

En solo un año la cantidad de sectores que padecen esta exclusión es mucho mayor que aquel inicialmente apuntado por las autoridades políticas y, lo que es peor, todas las medidas que progresivamente se van implementado, más las consecuencias de modelos similares implementados en otros países, nos hacen temer que esa exclusión vaya en progresivo aumento.

La primera señal de las verdaderas intenciones del Gobierno español fue el mismo RDL 16/2012 que establecía dejar fuera de la condición de personas aseguradas o beneficiarias a toda aquella mayor de 26 años que no hubiera cotizado nunca. Con la nueva legislación existía la posibilidad, entonces, de que muchas personas mayores de 26 años quedaran excluidas según los requisitos del RD1088/1989 aún en vigor, que establecía que todas aquellas **que conviviesen con sus padres** (y no estuviera casas o en pareja) y cuyas rentas familiares superasen el IPREM (una variable que se calcula en función del salario mínimo interprofesional y el número de miembros de la familia) quedaban excluidas. El IPREM 2013 para una familia de 4 miembros es 14.377,79 €. Esto significa que un hijo mayor de 26 años que vivía con sus padres y las rentas familiares eran superiores a 14.377,79 € quedaría sin atención sanitaria.

Además quedaban excluidas aquellas personas mayores de 26 años que no habían cobrado prestación de desempleo y no podían acreditar no tener recursos económicos suficientes, las mayores de esa edad que dejaran el trabajo voluntariamente y percibieran un salario superior al mínimo interprofesional (si carecían de cónyuge o éste no estaba asegurada/o) y quienes tuvieran también más de 26 años y becas cuyo importe superara el salario mínimo interprofesional.

En un contexto de desocupación alarmante, superior al 50 por ciento en los sectores jóvenes del país, rápidamente la ministra Ana Mato debió retroceder en sus intenciones y con el RDL 1192/2012, de 3 de agosto, reguló las condiciones para estar en el grupo de personas aseguradas, beneficiaras de aquellas, o asimiladas, además de derogar el de 1989. Así, ambos RD entraron en vigor a la vez, el 1 de septiembre de 2012, por cuanto no dio tiempo a que la exclusión de los grupos señalados, se implementara.

No obstante el cambio de modelo quedó instalado, desvinculándose el derecho a la asistencia sanitaria del simple hecho de vivir en el Estado español, y sometiéndolo a unas condiciones de aseguramiento que hay que cumplir. Ese cambio, disimulado tras fuertes campañas mediáticas, ha permitido ocultar los niveles de la exclusión que el nuevo modelo genera y que aquí detallamos:

a) ***Sin vinculación a la Seguridad Social con rentas superiores a los cien mil euros.*** Si bien es cierto que la variable económica fijada es alta, resulta preocupante que el derecho a la atención se haya reducido a una condición económica sin ninguna disposición legal que asegure que ese límite de ingresos exigible no sufrirá variables en un futuro. La sola posibilidad de que eso suceda –tal como ya ha ocurrido en Grecia o Portugal, por ejemplo- es potencialmente un grave peligro de nuevas y más amplias exclusiones sociales, tal vez hasta alcanzar aquella pretensión inicial de dejar fuera del sistema de atención a todas las personas mayores de 26 años que nunca hayan cotizado.

b) ***Personas de origen comunitario y sus familiares.*** Los RDL 16/2012 y 1192/2012 han servido como trasposición de la Directiva 2004/38 de la Unión Europea, por cuanto en virtud del nuevo modelo sanitario se modifica el RD 240/2007 sobre *entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el acuerdo sobre Espacio Económico Europeo.*

Este cambio implica que toda aquella persona de origen comunitario o su familia que desee residir por más de 3 meses en el Estado español deberá acreditar ingresos económicos para vivir y un seguro médico contratado. Debe contar "***con un seguro de enfermedad que cubre todos los riesgos en España*** *y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia* ***para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia***", expresa la nueva legislación.

En la práctica esto significa que cualquier persona comunitaria o familiar de ella para residir legalmente en territorio español deberá demostrar esos requisitos, es decir que su derecho se ha mercantilizado. Y esto, que mediáticamente se ha informado como un punto que afecta solo a inmigrantes, en realidad implica que familiares directos de españolas y españoles –de origen o que hayan obtenido la nacionalidad por cualquiera de las opciones posibles- de no poder pagar el seguro privado o uno de los convenios que entrarán en vigor el 1 de septiembre de 2013, ya no sólo no tendrán derecho a la sanidad, sino ni siquiera a vivir en el Estado español.

¿Pero qué ocurre si, una vez obtenido el permiso de residencia comunitaria, estas personas quieren dar de baja su seguro privado para pasar a formar parte del Sistema Nacional de Salud? Según el RD 1192/2012 de 3 de agosto, a priori perderían su condición de aseguradas y podrían pasar a estar como beneficiarias de la tarjeta sanitaria de su familiar asegurado, si es ese el caso. ***Pero no todas.*** El artículo 3 de este RD excluye de esa posibilidad a las personas ascendientes (madres y padres) y a las hijas e hijos mayores de 26 años que no tengan una discapacidad igual o superior al 65 por ciento y no están cotizando a la seguridad social.

Una alternativa sería que obtuvieran su condición de personas aseguradas por tener ingresos inferiores a los cien mil euros, pero este es un extremo que suele negarse dado que una Instrucción interna del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ha establecido que *"a partir del 24 de abril de 2012,* ***nacionales de un país distinto de España no tienen derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud por este tipo de aseguramiento (no superar el límite de ingresos)*** *por cuanto que la concesión de la residencia en España por más de tres meses sin actividad requiere, entre otras condiciones, que el extranjero disponga para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su periodo de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España."*

Es decir, en las instrucciones del INSS van más allá del propio RDL y marcan una fecha de corte al derecho de estas personas: todas las que solicitaron la residencia después del 24 de abril de 2012, y que no pueden ser aseguradas por cotizar ni como beneficiarias, quedarán excluidas. Es lo que le ocurre a quienes son ***ascendientes: no pueden ser beneficiarias y tampoco aseguradas por límite de ingresos porque obtuvieron su permiso de residencia después del 24 de abril de 2012. Son personas excluidas con permiso de residencia en vigor. Y tienen casi imposible poder conseguir un seguro en la sanidad privada, porque no ve rentable a estas personas y se niega a brincarles cobertura.***

Desde los grupos de acompañamiento de "Yo Sí" hemos constatado esta exclusión en al menos 3 casos, dos de ellos en la comunidad de Madrid y otro en Valencia, pero potencialmente hay más personas padeciendo esta situación, pese a que el Gobierno se ha empeñado en negar que suceda.

"Un joven bengalí con nacionalidad española ha traído a su madre de 65 años a residir a Madrid tras el fallecimiento de su esposo. La señora tiene problemas de corazón y diabetes (toma insulina) y necesita ser operada de un ojo. En el Centro de Salud le han dicho que debe contratar un seguro privado, pero en todas las aseguradoras consultadas se han negado a darle esa cobertura, ***su madre no es rentable tampoco en los privados.***

"Yo pensaba que al traerla iba a estar mejor y ahora no la cuidan en ningún lado, la dejan morir. Hemos venido a vivir una buena vida, no para estar así sin médico y morir así. Dicen que sólo les pasa a la gente sin papeles, pero no es verdad", expresaba resignado el joven al llegar a contar su caso a Yo Sí.

El grupo de acompañamiento de Lavapiés acudió al Centro de Salud de Agustín Lara con este joven y su madre, y pese a mostrar que su permiso de residencia está aprobado y otorgado el número de NIE, continúa la negativa de atención porque ni siquiera pueden darle de alta como Transeunte sin permiso de Residencia (TIR) porque en este caso sí lo tiene y hacerlo sería un acto de desobediencia contra la Ley que, en este caso, no están dispuestas a hacer. Y explican que tendrá que ir al médico de urgencias "cuando esté grave", aunque indican que en el INSS les han comentado que si puede haber una solución.

Una vez visitadas dos oficina del INSS niegan que la madre pueda ser asegurada por límite de ingresos porque ha obtenido el permiso de residencia después del 24 de abril de 2012. Tampoco puede ser beneficiaria ni asegurada cotizante".

De este relato subyace que personas como la mujer citada, **tampoco tienen cobertura de urgencias con cargo a fondos públicos**. Según el artículo 3ter del RDL 16/2012, de las personas no aseguradas ni beneficiarias sólo ***los extranjeros no registrados*** tendrán derecho a la atención de urgencias con cargo a fondos públicos. Los padres y madres reagrupados que obtuvieron su residencia después del 24 de abril se han tenido que registrar en las Oficinas de Extranjeros como paso previo para obtener su permiso de residencia. Al hacerlo, quedaron fuera de la ínfima cobertura que ofrece el gobierno al dejar abiertas las puertas de las urgencias a la personas migrantes en situación irregular.

c) ***Quienes tienen permiso de residencia no laboral obtenido después de 24 de abril de 2012.*** En algunos casos, por ejemplo de ascendientes que han llegado por reagrupación familiar, quedan exceptuadas de cualquier posibilidad de atención por el sistema público de salud y, posiblemente, las aseguradoras privadas se nieguen a hacerles seguros que no les resulten rentables.

d) **Cotizantes en el régimen especial de trabajo doméstico.** Las trabajadoras y trabajadores del servicio doméstico se rigen por un Régimen laboral especial que no reconoce su derecho a cobrar el paro. Por ende, cuando estas personas dejan de cotizar, si son migrantes y han obtenido sus permisos con posterioridad al 24 de abril de 2012, no tienen derecho a seguir aseguradas dado que el mismo está limitado a quienes al no estar trabajando, cobran una prestación de la Seguridad Social, o han agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y están dadas de alta en búsqueda de empleo. En todo caso, estas personas y quienes sean beneficiarias a su cargo, conservarán el derecho de prestación sanitaria durante un período de 90 días naturales.

e) ***Quienes no han cotizado lo suficiente para acceder a cobrar prestación por desempleo.*** Si han obtenido su permiso de residencia o residencia y trabajo luego del 24 de abril de 2012, su derecho a la atención sanitaria una vez terminada la relación laboral si no han cotizado lo suficiente para acceder a la prestación o el subsidio por desempleo, se extenderá únicamente por 3 meses ya que no puede ser considerada asegurada por no estar cobrando prestación o haberla cobrado ya y estar de alta en el paro, y además no puede contemplarse dentro de los aseguramientos “por límite de ingresos”.

A estos grupos deberían sumarse además otras exclusiones de rango más concreto pero no menos importante al tratarse también de una claro retroceso en los derechos sociales, como la negación a mujeres solas o lesbianas a acceder a tratamientos de reproducción asistida a través del sistema público de salud, une extremo interpretable que desde hace años se viene aplicando en diferentes comunidades autónomas, caso Madrid, pero que ahora adquirirá rango de Ley.

La reducción de esa prestación a parejas formadas por una mujer menor de 40 años y un hombre de menos de 55, sin ningún hijo común previo y que cuenten con un diagnóstico de esterilidad tras haber realizado el correspondiente estudio y que no hayan recurrido ninguno de los dos a una esterilización voluntaria, es otro violento acto de discriminación y pérdida de derechos en favor de una interpretación ideológica del concepto familia.

f) ***Quienes han perdido su permiso de residencia y trabajo, pese a haber cotizado e incluso cobrado la prestación:*** aunque el discurso oficial centra el nuevo modelo de aseguramiento defendiendo la necesidad de vincular los aportes a la seguridad social con el acceso a la atención sanitaria, este supuesto de exclusión demuestra que ni siquiera esa relación se está respetando, ya que no son pocas las personas que han pasado años aportando a la seguridad social y, sin embargo, al no poder renovar su documentación se quedan fuera del sistema.

2.3. Otros efectos perniciosos de los RDL: la atención sin tratamiento farmacológico

Atendiendo a la entramado de reales decretos e instrucciones, desde Yo Sí Sanidad Universal somos conscientes que dadas las muchas limitaciones y exclusiones establecidas, aún consiguiendo la atención de todas las personas se estaría lejos de asegurar una situación de salud pública, especialmente por la cantidad de personas a quienes no corresponde una cobertura farmacéutica de sus tratamiento y, por ende, se ven imposibilitadas de continuar los tratamientos asignados por profesionales de la salud.

Al ya conocido modelo de "repago" por el cual se han aumentado las cuantías a pagar por los medicamentos, se suman medidas de concreto afán recaudatorio, como han sido a lo largo de este año casos como el del "euro por receta" que se estableció en la Comunidad de Madrid con la arbitrariedad de asegurar que si la Justicia le daba la razón ante las demandas interpuestas reclamaría a todas las personas desobedientes los importes adeudados pero, en caso contrario, no devolvería lo ilegítimamente recaudado.

A lo largo de este informe han quedado plasmadas las diferentes situaciones de exclusión a las que son sometidas diferentes personas y colectivos sociales. La exclusión sanitaria en este marco es un hecho que cobra enorme relevancia en un contexto social de precariedad generalizada y empobrecimiento de la población.

No es difícil encontrarse con profesionales de la sanidad que relatan cómo, especialmente personas adultas con alta medicalización, que hasta antes de estos RD tenían asegurada una cobertura íntegra, llegan a sus consultas reclamando se le quite alguno de los fármacos recetados por imposibilidad de pago.

Esta situación es muchísimo más gravosa en los casos de las personas que son atendidas por urgencias. Como hemos visto, a la arbitrariedad de la permanente intención de cobrar por estas prestaciones que deberían ser gratuitas, se suma que no dan cobertura farmacéutica, por cuanto la prescripción se realiza en una receta no financiada por el Sistema Nacional de Salud (la conocida como receta blanca). Es decir que estas usuarios y usuarios deberán pagar el 100 por ciento del coste de sus medicinas.

El extremo más delicado de esta realidad es el de las personas que padecen las denominadas enfermedades crónicas, por cuanto deben hacer un uso continuado de la medicación durante toda su vida.

Existen para estos casos numerosos medicamentos que en la esquina superior izquierda de su cupón precinto presentan un punto negro denominado "**císero**", lo que significa que dicho medicamento tendrá una **aportación reducida, es decir que sólo pagará un 10% del valor del medicamento,** siempre y cuando la cantidad a abonar no sea superior a 2,64 euros. Si fuese superior, tan solo se pagaría ese límite de 2,64.

Es evidente entonces, que en el contexto de exclusión actual potencialmente son muchas las personas que padeciendo enfermedades crónica tienen que hacer frente a una medicación altamente costosa e imposible de pagar.

"Un joven bengalí que es diabético, tras sufrir un infarto le han puesto un sten en el Hospital 12 de Octubre. Al salir del hospital, en el alta de urgencias le piden cita preferente para revisión con el cardiólogo y le dan las recetas de toda la medicación que tiene que tomar. Son recetas normales de hospital, blancas y verdes, con código de aportación, (no recetas blancas). En la farmacia, como Karim no tiene tarjeta y se la piden, le cobran la totalidad de los medicamentos diciéndole que cuando tenga la tarjeta que vuelva que le devuelven el dinero. Son 120 euros. Y eso cada mes. Es medicación que no puede dejar de tomar, no se lo puede permitir. Le han hecho una intervención que es de riesgo y es cara, pero no puede seguir un tratamiento que es indispensable para que no tenga problemas graves de salud.

Personas de Yo Sí Sanidad Universal (facultativo y acompañantes) vamos con el chico y un amigo suyo al Hospital para pedir la cita con el cardiólogo. En admisión primero nos dicen que no es posible, luego que si dan la cita habrá que facturar y nos derivan al centro de salud para ver si le pueden dar de alta. Finalmente tras muchas gestiones que para una persona que desconoce estas alternativas serían imposibles de conocer y realizar, se encuentra una solución. Hasta allí ni siquiera consultas en redes de beneficencia podían asumir tan alto coste de los medicamentos.

Esta situación que por el empeño de los grupos de acompañamiento encontró resolución es un extremo casi imposible para el común de las personas, el "no" como respuesta, la imposibilidad manifiesta expresada por quienes atienden es un muro imposible de franquear y la única esperanza es dar con algunas de las muchas personas desobedientes que entienden de la injusticia de la nueva legislación. De lo contrario se estará condenando a muchas personas a llevar su enfermedad sin posibilidades de suministro de la medicación adecuada.

2.4. Los convenios especiales, privatizar diciendo que es público

Cuando desde la sociedad civil comenzamos a denunciar la exclusión sanitaria que escondía el RDL 16/2012 y los que le siguieron, desde el Ministerio de Sanidad lo desmintieron argumentando que para aquellas personas que no tuvieran la condición de aseguradas o beneficiarias de aquellas, se podría suscribir un **convenio especial,** accediendo a la asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de dicho convenio especial.

Tal es así que esa opción que ya aparecía en el primero de los reales decretos, también aparecía reflejada en las primeras instrucciones que la Comunidad de Madrid emitió, el 27 de agosto de 2012. Esa posibilidad, que se instaló como una verdad absoluta terminó por con-

vencer incluso a las propias personas que trabajaban en la sanidad o en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), donde no pocas veces se le informaba a la gente excluida que podía adherir a esos convenios.

"La trabajadora que nos atiende en el INSS nos dice, en tono jocoso, que la solución es que se case. Luego, más seria, insiste en que los convenios especiales que anunció el gobierno para las personas no aseguradas están en vigor, que no estamos bien informados y que vayamos a la oficina de la Seguridad Social de la calle Cruz para suscribirlo. Cuando llegamos allí nos desmienten que existan los convenios: "no los han hecho y parece que no lo van a hacer", nos dicen. Se sorprenden por la situación de desatención en la que se encuentra esta madre de ¿pero no puede ser beneficiara tuya? ¿Y tampoco puede tener la tarjeta de límite de recursos?, nos preguntan. No conocen la instrucción del INSS. Se la enseñamos. Hacen fotocopias", relata un integrante del grupo de acompañamiento de Tetuán, sobre unos hechos sucedidos en julio de 2012. El desconocimiento empezaba a notarse y la improvisación a ser una práctica habitual.

Incluso la "Instrucción Técnica de actuaciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Hospital Universitario Fundación Alcorcón a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria", de fecha 5 de septiembre de 2012, recomendaba que *"en todos los casos, sea facturable o no la asistencia al paciente, a aquellos que no dispongan de cobertura,* ***debe invitárseles siempre a que formalicen el convenio especial de aseguramiento"*** *(ver documento 17).*

Sin embargo, el tantas veces anunciado convenio recién tomó forma en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, es decir hace escaso un mes, y será de aplicación posiblemente a partir del 1 de septiembre próximo. El Art 8 establece que este convenio servirá para acceder a la "cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud", que comprende *"todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública".*

Esto demuestra que es un convenio incompleto, restrictivo y sesgado, que promueve la inequidad y exclusión desde el momento que deja fuera la prestación farmacéutica que sí poseen las personas aseguradas y sus beneficiarias, y no se implementa en condiciones de igualdad como pregonan las autoridades sanitarias, aunque deja abierta la posibilidad de que sea cada Comunidad Autónoma quien decida sumar más servicios a esa cartera básica. Además, la firma del mismo **no dará lugar a la expedición de la tarjeta sanitaria.**

Algunas características de los nuevos convenios con:

Requisitos para subscribirlo: acreditar la residencia al menos un año anterior a la suscripción de este seguro, empadronamiento en la comunidad autónoma en la que se solicita, y no tener suscrito ningún otro seguro.

Aún por saberse que entiende el Ministerio de Sanidad por "residencia" (tengamos en cuenta que en extranjería se habla de residencia en aquellos casos en que alguien tiene permiso

para residir y de estancia continuada para aquellos que viven en condición irregular), lo concreto es que quedan excluidas las personas de reciente llegada al Estado español.

Solicitud de suscripción: deberá hacerse a través de los diferentes registros públicos y la administración contará con 30 días para responder, caso contrario la solicitud deberá darse como estimada por silencio administrativo positivo. Una vez aprobado el convenio, la persona interesada contará con un tiempo de 3 meses para formalizarlo.

Precio del convenio: si quien lo suscribe tiene menor de 65 años deberá abonar 60€ por mes, si es mayor la cuota mensual asciende a 156€.

Este importe puede ser revisado en función de la evolución del coste de las prestaciones de la cartera común básica, es decir, puede aumentar progresivamente. Además las comunidades autónomas que sumen prestaciones podrán también hacer subir ese coste, aunque si la persona contratante requiere una atención fuera de esa comunidad sólo tendrá cobertura de la cartera común básica y no por todo lo que está abonando. En síntesis, se implementa un modelo diferenciador entre unas comunidades y otras.

Es evidente que la idea de "dar plena virtualidad al principio de aseguramiento universal" a través de estos seguros, queda descartada desde el momento que la posibilidad de garantizar un derecho queda sometida a la mercantilización del mismo. Y en el contexto de desocupación y precariedad imperante, no resulta extraño pensar que no serán pocas las personas que no puedan acceder a estos.

Impagos: en caso de que una persona no pueda hacer frente a dos mensualidades seguidas, no paga la primera de las mensualidades o al tercer impago sin continuidad, se perderá el derecho a usar el seguro y no podrá volver a solicitarse hasta un año más tarde. No contempla el RD ninguna medida alternativa de solución que no sea la violenta e inmediata pérdida del derecho, es decir, actúa la administración como cualquier agencia aseguradora de carácter privado.

En síntesis el nuevo sistema de convenio especial, no es más que una propuesta privada más que entra a competir en un mercado donde las aseguradoras ya vienen desde hace un año procurando aprovecharse de la exclusión propiciada desde el Estado español.

Incluso, hay planes privados que en algunos casos resultan más accesibles desde el punto de vista económico, lo que permite sospechar que este profundo cambio de modelo busca en realidad, la privatización del sistema sanitario público y que esa enorme masa de personas excluidas encuentren en el sector privado una respuesta más económica que la que el propio Estado les brinda.

No puede soslayarse que, en muchos casos, la necesidad de contar con un seguro ni siquiera es por enfermedad, sino para obtener el permiso de residencia, por cuanto prima en esos casos la visión enteramente economicista a la hora de encontrar una respuesta.

2.5. Aplicación dispar del RDL 16/2012 en las distintas Comunidades Autónomas

El Real Decreto ley 16/2012 fija las directivas marco respecto a la implementación del nuevo modelo sanitario; y las Comunidades Autónomas, a su vez, han podido trasladar el modelo adecuándolo a su funcionamiento.

En la práctica, este hecho ha supuesto una aplicación muy diferente del RDL 16/2012 en cada Comunidad Autónoma, ahondando la brecha de desigualdad que éste ha generado. Instrucciones y normativas propias de los Servicios Sanitarios de cada Comunidad, que regulan el derecho a la asistencia y las condiciones para recibirla, provocan que la misma persona tenga derechos o no en función de su lugar de residencia.

La complejidad de los decretos aprobados por el gobierno central aumenta exponencialmente al analizar las instrucciones autonómicas; instrucciones que en muchos casos no han llegado a los profesionales que deben aplicarlas y que desconocen cómo actuar en un entramado burocrático difícil de resolver para una persona que precise asistencia y quiera defender su derecho a la misma.

Dentro de esta dispar aplicación, se pueden observar algunas coincidencias entre Comunidades, como por ejemplo la facturación en urgencias, los problemas en la atención de personas sin tarjeta (embarazadas y menores de edad) y la exclusión de personas en situación irregular.

Estos hechos nos permiten asegurar que el cambio de modelo se está aplicando con contundencia en todo el Estado español.

Las particularidades de las instrucciones de cada Comunidad, un breve análisis de las mismas y un resumen ejemplificado de la situación actual se pueden encontrar en el Anexo “Aplicación del RDL 16/2012 en las diferentes Comunidad Autónomas”.

3. Un año de Yo Sí Sanidad Universal

3.1. Acompañamientos

3.1.1. Red de Grupos de Acompañamiento

Tras la creación del colectivo como respuesta a la aprobación del ya citado RDL, se estableció como objetivo prioritario la extensión de la desobediencia entre sanitarios y usuarias, para lo cual era imprescindible tejer una red lo más amplia posible. A partir de la formación del primer grupo de acompañamiento, en el barrio madrileño de Lavapiés, los y las integrantes de Yo Sí se han dedicado a la realización de talleres por los distintos barrios y localidades de Madrid, así como de otras regiones, que han dado lugar a la formación de un total de 41 grupos repartidos por todo el Estado.

De ese total, 19 están asentados en la Comunidad de Madrid, 16 de ellos dentro de la capital. En cuanto a la actividad que realizan estos grupos, destaca la realización de acompañamientos, los cuales, basándose en los manuales que se han diseñado y que están disponibles en www.yosisanidaduniversal.net, están dirigidos a dar apoyo a las personas excluidas en la reclamación de los derechos que como seres humanos les corresponden. Como media, se puede afirmar que los grupos más activos en Madrid vienen realizando unos cinco acompañamientos a la semana.

Además de esta labor, los y las integrantes de los grupos se dedican a difundir el mensaje de Yo Sí entre las y los sanitarios, con el fin de hacerles ver que la desobediencia a este RDL es, de momento, la única vía para poder garantizar la salud y también la dignidad de muchas personas que residen en nuestro país. También es importante la actividad de los grupos en la visibilización de los casos de exclusión a través de la prensa, así como en lo que tiene que ver con la interposición de reclamaciones en casos de denegación y/o facturación de la atención sanitaria.

3.1.2. Extensión a otras CCAA

La labor de formación emprendida por los y las integrantes de Yo Sí también ha dado sus frutos fuera de la Comunidad de Madrid. Así, se puede hablar de la existencia de grupos de acompañamiento en Santander, Fuerteventura, Murcia, Sevilla, Toledo, Zaragoza, Barcelona (9) y Valencia (7). Como puede observarse, son estas dos últimas las ciudades que concentran una mayor actividad.

Concretamente, en Barcelona, gracias a la organización de las y los usuarios se ha conseguido:

-Rectificación de una circular interna del ICS en el que se difundía que embarazadas y menores eran casos facturables. “El texto de rectificación sigue siendo algo ambiguo y se ha solicitado una nueva modificación”, dicen los compañeros de Barcelona.

-Control y penalización a los centros sanitarios que tengan carteles o algún otro tipo de difusión en la que se advierta que sin tarjeta sanitaria ni DNI o NIE no se atiende a los pacientes.

-Compromiso de los responsables de difundir entre todos los trabajadores sanitarios e insistir en la prioridad de atención al paciente antes que el cobro o la facturación: primero se atiende, después se factura.

-Instauración de la declaración jurada como vía para alegar la falta de recursos económicos y no realizar el pago de la atención sanitaria, en los casos en los que se tuviera que facturar.

-Compromiso de revisar los plazos del proceso de empadronamiento (requisito impuesto para obtener la atención con cargo a fondos públicos), especialmente en aquellos casos en los que exista una necesidad de atención médica.

-Aceleración de procesos, rectificaciones de protocolos, certificaciones de derecho a atención especializada (ya que tiene que ser solicitada desde Atención Primaria).

3.1.3. Las redes desobedientes como camino de reivindicación de los derechos

El pasado mes de mayo se puso en contacto con Yo Sí una trabajadora social de un centro de salud de Madrid para informar de que un ciudadano cubano con permiso de residencia en España por reagrupación desde febrero comenzó a presentar al mes siguiente algunos síntomas como debilidad y edemas en piernas. Su hija, que es médica, comenzó a tratarle hasta que los problemas empezaron a agravarse.

Su hija había pedido la asignación de un médico de cabecera pero en el centro la derivaron al INSS para tramitar la tarjeta sanitaria. Paralelamente, había recurrido a la sanidad privada para hacerle algunas pruebas diagnósticas (análisis y TC-Scanner de tórax abdomen), en las que se descubrió que tiene varias metástasis, probablemente de un cáncer de colon que le fue intervenido y tratado con quimioterapia en Cuba hace años.

En dos ocasiones contactó con el INSS, donde primero dijeron que no sabían qué hacer con casos como este, para después negarle el derecho a ningún tipo de asistencia en el sistema público. Palabras textuales del funcionario del INSS: “que lo lleven a la privada”. El padre acumulaba un mes y medio desde el diagnóstico sin conseguir cuidados paliativos.

En ese momento, la hija del afectado recurrió a un abogado y a la trabajadora social del centro, que contactó con Yo Sí Sanidad Universal. Gracias al acompañamiento y a la complicidad de una administrativa desobediente se consigue darle de alta en el sistema informático y se le asigna un médico de cabecera, que tramita la atención paliativa a domicilio (ESAD).

La trabajadora social también recurrió a Médicos del Mundo, que acude con la familiar del afectado al INSS dónde nuevamente les deniegan el reconocimiento del derecho a asistencia sanitaria, en virtud de las modificaciones introducidas por los RD 16/2012 y RD119/2012, según las cuales los ascendientes reagrupados no tienen reconocido el derecho a asistencia sanitaria como beneficiarios.

El 14 de Junio se hace denuncia pública a través de dos medios de comunicación (eldiario.es y El Mundo). Otros medios (SER y la Sexta) contactaron con el Ministerio, donde niegan que se esté denegando atención sanitaria. Los documentos internos del INSS dicen lo contrario.

Un mes más tarde, el afectado fallecía en su casa sin que se le hubiera reconocido el derecho a asistencia sanitaria por parte del Gobierno español y siendo atendido por médicos desobedientes al RDL.

3.2. Talleres, charlas y reuniones

Con el propósito de difundir el mensaje de Yo Sí y de extender la desobediencia entre sanitarias y usuarios, los y las integrantes de la plataforma se han mostrado muy activos durante todo este año en la realización de talleres y charlas, así como en la organización de reuniones con colectivos que podrían contribuir a poner fin a la exclusión y, por qué no, a la consecución de nuestro fin último, que no es otro que la derogación del RDL.

En total, se han ofrecido 72 charlas informativas, incluyendo participaciones en jornadas, encuentros y asambleas organizadas por distintos tipos de agrupaciones. Asimismo, se han realizado 26 talleres para la formación de grupos de acompañamiento.

Unido a esto, y dado que el colectivo sanitario es nuestro principal aliado de cara a dejar sin efecto la exclusión impuesta por el Gobierno, hemos tenido 26 charlas-reuniones en centros de salud, 17 con trabajadores y trabajadoras del ámbito de los servicios sociales y se han realizado 8 talleres en hospitales. Asimismo, estamos preparando una campaña de difusión hacia el colectivo sanitario para el último tramo del año, en la que haremos un nuevo llamamiento a la desobediencia, dado que entendemos que a medida que va pasando el tiempo va cobrando más importancia la implicación de estos profesionales en la lucha contra la exclusión.

Antes de eso, y a modo de balance, se puede concluir que Yo Sí ha conseguido llegar a 163 espacios en los que sus integrantes han podido aprender y compartir nuevas ideas y experiencias, así como extender la propia campaña.

3.3. Difusión entre la población excluida y no excluida

Tan importante como la formación y la concienciación del personal sanitario con respecto a la exclusión y la necesidad de desobedecer el RDL ha sido y es la labor de difusión de la campaña entre la población afectada y no afectada, ya que la improvisación y la ambigüedad que ha seguido a la implantación de la nueva normativa ha generado cierta sensación de temor y desprotección entre las y los excluidos y también en algunos no excluidos que creen serlo.

Por este motivo, se lanzó a finales del año pasado una campaña informativa por distintos centros de la Comunidad de Madrid vinculados a los colectivos más afectados, que se consumó con el reparto de unas 28.000 octavillas con un impacto estimado en 82.000 personas. El propósito de esta acción fue el de informar de la existencia de Yo Sí, así como de los grupos de acompañamiento, para que las personas que han sido excluidas o creen haberlo sido puedan solicitar de nuestro apoyo en la reclamación de sus derechos.

Unido a esto, y con la intención de trascender la frontera de la población afectada, estamos trabajando en una acción de visibilización de la campaña que consiga trasladar nuestro mensaje al resto de la sociedad, ya que entendemos que todos y todas deberíamos implicarnos en la lucha contra esta medida inmoral e inhumana, que hoy afecta a miles de personas, pero mañana puede perjudicar a muchas más, ya que lo que se ha introducido es un cambio profundo en el modelo de prestación sanitaria. Un modelo que ha dejado de ser solidario para convertirse en excluyente.

3.4. Otras acciones

Otra de las experiencias de éxito que hemos tenido en Yo Sí es la que tuvo lugar en el Hospital de Segovia hace unos meses. La gerencia del Servicio de Salud de Castilla y León y los responsables de este centro habían colocado una nota informativa en la oficina de admisión de urgencias en la que se indicaba la obligatoriedad de acudir a este servicio con la tarjeta sanitaria, pese a que el RDL garantiza la atención de urgencias a todas las personas que residen en el Estado español.

Desde Yo Sí entendimos que el cartel podía disuadir a las personas afectadas de acudir a dicho servicio en caso de no disponer de tarjeta, y solicitamos al Sacyl la retirada del mismo, con la consiguiente respuesta negativa.

Eso dio lugar a la puesta en marcha de una respuesta coordinada consistente en el lanzamiento de una campaña de recogida de firmas a través de la plataforma Avaaz, que se saldó con unas 2.000 muestras de repulsa en 2 días, así como el envío masivo de reclamaciones al portal del Sacyl, para hacer ver a los responsables del mismo que estábamos dispuestos a llegar hasta el final con este asunto.

De esta forma se consiguió la retirada del cartel, aunque se volvió a colocar posteriormente. La bravuconería de la gerencia del Sacyl se disipó cuando los medios de comunicación hicieron público el caso, contribuyendo así a la retirada definitiva de la nota del Sacyl.

En un año de aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 han sido muchas nuestras experiencias. Pero ver el trabajo realizado nos obliga a seguir avanzando, con el ideal de que la universalidad de la Sanidad sea una bandera abrazada por todas las personas, con la convicción de sentir que cada día somos más, con la esperanza de que es posible obligarles a derogar el RDL… Con la fuerza que da la razón de defender nuestros derechos contra sus negocios.

La ministra Ana Mato y su séquito de asesores han necesitado poco tiempo para desmembrar nuestro sistema público de salud, pero ni estamos dormidas ni estamos quietas, somos personas tejiendo redes con la suficiente fortaleza como para mantener en alto nuestra reivindicación.

Porque esta Ley es injusta seguiremos desobedeciéndola, porque sus consecuencias son potencialmente mortales seguiremos reclamando su derogación, porque nos priva de nuestros derechos seguiremos exigiendo justicia.

Anexo:
Aplicación del RDL en las diferentes Comunidad Autónomas

A.1. Catalunya

En Catalunya la "Instrucció 10/2012" del CatSalut amplía la cobertura del RDL 16/2012, el Departament de Salut da cobertura sanitaria a **personas sin autorización de residencia** y sin recursos económicos suficientes, estableciendo para ello un requisito mínimo de 3 meses de empadronamiento continuado en algún municipio de esta comunidad autónoma.

Se establecen dos modelos de acceso diferenciados:

1. *Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) Nivel 1.-* Personas empadronadas entre 3 meses y 1 año con ingresos inferiores a la renta mínima de inserción (RMI): tienen derecho a atención Primaria, cobertura farmacéutica de un 40% y atención urgente. En el caso de precisar atención Especializada, la debe solicitar el médico de cabecera. Se incluye, en este Nivel 1, la atención especializada de los centros de atención primaria (RAE) y consultas externas de los hospitales.

En el caso de precisar atención hospitalaria programada (intervenciones quirúrgicas y tratamientos largos) deberá contar con la autorización del CatSalut. El trámite lo realiza el hospital que está atendiendo al paciente.

2. *TSI Nivel 2.-* Personas empadronadas hace mas de 1 año con ingresos inferiores a la RMI: tienen derecho a atención Primaria, cobertura farmacéutica de un 40%, atención urgente y atención Especializada. La tarjeta emitida tiene validez sólo por un año y a cada caducidad deberá gestionarse nuevamente el trámite de solicitud.

También la Instrucción refuerza la garantía otorgada por el RDL sobre atención de urgencias, a embarazadas (durante embarazo, parto y puerperio) y a menores de 18 años en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles.

Y el Parlamento de Catalunya aprobó una moción según la cual se asegura que las personas inmigrantes con enfermedades incluidas en **programas de interés sanitario** puedan tener acceso a la atención urgente, primaria o especializada en función del caso, y al tratamiento de su enfermedad. Estos programas en esta comunidad autónoma son:

- Atención a drogodependencias.

- Prevención y atención al sida/infección por VIH

- Prevención y control de infecciones de transmisión sexual

- Vacunaciones

- Prevención y control de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, la hepatitis, la meningitis

No obstante, hasta la fecha no se han concretado las vías administrativas para asegurar el acceso a estos programas de interés sanitario, aunque sí existen circuitos a través de los servicios especializados (dentro del mismo sistema público de salud) y algunas ONG que facilitan la Tarjeta en estos casos, como por ejemplo para personas portadoras del VIH.

Sin embargo, las instrucciones dadas por el Insituto Catalá de la Salut (I.C.S.) son de **facturar a embarazadas y menores de edad no empadronadas en Catalunya** o que lleven menos de tres meses empadronados. En el resto de centro sanitarios, los centros concertados no gestionados por el ICS, también se está negando la atención a embarazadas y menores, o procediendo a su facturación y cobro.

Desde el CatSalut también se ha dado la directriz de **facturar todas las visitas urgentes** a las personas sin tarjeta sanitaria. Algunos centros sanitarios como el Hospital Clínic de Barcelona tienen carteles en el servicio de admisión de urgencias avisando que se reclamará el pago de la atención urgente en caso de no disponer de Tarjeta Sanitaria. (Documento 2)

En caso de no disponer de recursos económicos la instrucción es no facturar estas visitas, pero no está establecida la manera de acreditar la falta de recursos o si habrá un formulario para “declaración de de falta de recursos”, ni existe un límite económico estipulado a partir del cual esté indicado facturar.

Estas instrucciones van **en contra de lo establecido por el RDL estatal.** También va en contra de la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor.

Como agravante a estas instrucciones se están produciendo muchas otras irregularidades en la atención a las personas sin tarjeta sanitaria como:

Se **niega la atención urgente.** En ocasiones porque el personal administrativo tiene órdenes de la dirección del centro, Y otras veces se esgrime el argumento de que “esto no es una urgencia”.

Se intenta dar una factura y **cobrar antes de realizar la atención sanitaria urgente.**

Se exige la **firma de un compromiso de pago** previo a la visita médica urgente.

En consecuencia, los colectivos excluidos son:

1 - **Personas sin documento acreditativo** de su identidad: pasaporte, NIE, DNI...

2 - Personas **sin permiso de residencia** que **no estén empadronadas** o que tengan **menos de 3 meses de padrón.**

3 - Personas sin permiso de residencia, empadronadas en Catalunya, que tengan unos **ingresos mensuales superiores a la Renta de Inserción Mínima.**

4 - Ciudadanos/as de países de la **Unión Europea** no registradas como residentes en España. También las registradas con la condición de no tener cobertura por el INSS

5 - Las personas con **visado de estudiante** no tienen derecho a la atención sanitaria pública, tampoco en caso de embarazo. A los hijos/as de estas personas, pese a ser menores de edad, también se les está negando la atención sanitaria normalizada.

Hay varias iniciativas que están luchando con éxito contra esta exclusión sanitaria. Tal es el caso de la Plataforma per una Atenció Sanitaria Universal a Catalunya, PASU_Cat, (sanitatxtothom.blogspot.com) tiene varias líneas de acción: recoge denuncias por irregularidades en la atención sanitaria, difunde la situación de exclusión en los medios de comunicación y las redes sociales y se reúne periódicamente con el departament de salut para exigir soluciones a los problemas que sufren las personas sin tarjeta sanitaria para obtener atención.

También las personas que trabajan en varios centros de Atención Primaria han lanzado una campaña de Desobediencia Civil, mediante la cual ya se está visitando con normalidad a las personas que quedan excluidas por la instrucción catalana. http://desobeeix.wordpress.com/

Recientemente se empezado a organizar grupos de información y acompañamiento en 8 barrios de Barcelona: http://sanitatxtothom.blogspot.com.es/p/blog-page_8.html

Aunque llevan pocos meses de camino, su labor de información en los barrios ha hecho que muchas personas consigan salvar los obstáculos burocráticos para tramitar su tarjeta sanitaria. Gracias al acompañamiento, se ha conseguido la atención a menores de edad y embarazadas en algunos centros que la estaban denegando. También se han cancelado facturas por atención urgente o por atención a menores de edad.

A.2. Comunidad Valenciana

Desde que se aprobó el RDL el conseller de sanitat expresó que en esta Comunidad se garantizaría la asistencia sanitaria a toda la población. Pero en la práctica se ha comprobado que esto no ha sido así y la desinformación entre las personas usuarias y la parte trabajadora del sistema de salud, la arbitrariedad en la atención y los casos de exclusión se han ido dando desde el primer día.

Las instrucciones de la Conselleria de Sanitat establecen una modalidad de tarjeta para personas sin recursos (NA sin recursos CV) que teóricamente servirían para garantizar la atención a los inmigrantes irregulares. Textualmente dicen que esta tarjeta "*no reconoce derecho a cobertura sanitaria pública gratuita. No obstante, dadas las especiales condiciones sociales y económicas de este colectivo se establecerán de forma específica las condiciones de facturación o gratuidad de las asistencias de carácter urgente"* y agregan que *"en la Comunidad Valenciana se garantizará la asistencia sanitaria en cualquier caso, independientemente de la situación de aseguramiento y de las condiciones de facturación debiendo atenderse a todo el mundo".*

Esta ambigüedad es la que provoca que cada cual las interprete a su manera. Desde quien considera que se deben cumplir con los criterios de universalidad y atender a todas las per-

sonas, hasta quienes interpretan que se deben facturar. Al final, la normativa deja a voluntad del personal administrativo y sanitario decidir a quién se atiende y a quién no, con la responsabilidad y los riesgos que ello conlleva. Esto propicia que los prejuicios que pueda tener una persona con este poder decisor sobre el colectivo migrante determinen en muchos casos que alguien pueda recibir atención.

"En una misma cola de un centro de salud, dependiendo de la persona con la que te encuentres, será más fácil conseguir que te atiendan o casi imposible. Además, en cada departamento o en cada centro de salud hay unas normas diferentes. La arbitrariedad es total y esto hace que cada acompañamiento sea un mundo. Nunca sabes con que te vas a encontrar. Con los que hemos tenido más problemas son con los administrativos, ya que son ellos los que hacen de filtro en el sistema sanitario", relatan sobre sus experiencias integrantes de los grupos de acompañamiento en aquella Comunidad Autónoma.

En tal sentido nos cuentan varios casos:

"Señor de Mauritania de 38 años en situación regular en protección internacional, se acerca al grupo de acompañamiento porque había acudido al centro de salud por una gastroenteritis y se le negó la asistencia porque según la administrativa no tenía derecho.

Mujer de Nigeria sin permiso de residencia y con hijo español. Va al ambulatorio con su antigua tarjeta sanitaria y le dice la administrativa que ya no tiene derecho a la asistencia sanitaria, y nada más. No le informa de que existe una tarjeta para personas sin recursos, ni que tiene derecho a la atención urgente, ni la derivan a la trabajadora social. Este es el caso más común que encontramos. Las personas que van solas al centro de salud suelen salir de allí sin ser atendidas y creyendo que ya no tienen derecho a la sanidad, ni siquiera a las urgencias. Los acompañamientos para estos casos, para la primera visita al ambulatorio después de la entrada en vigor del RD, han sido determinantes.

En Gandía, el servicio de urgencias se negó a atender a una mujer rumana que carecía de recursos si no firmaba previamente un compromiso de pago de 132 euros. La mujer sufría fuertes dolores y le diagnosticaron diabetes. Después de ser atendida la remitieron al centro de atención primaria, sin tener en cuenta que, al carecer de tarjeta sanitaria, no puede ser atendida por un médico de cabecera ni puede acceder un tratamiento ni a un seguimiento de su enfermedad.

El caso más grave encontrado en Valencia es el de Soledad Torrico, que acudió a un Centro de Salud con un cuadro de tos y no la atendieron porque dijeron que su tarjeta no era válida, cosa que no era verdad, tan sólo estaba deteriorada y no se pararon en comprobarlo. A partir de aquí comenzó un periplo por las urgencias de varios hospitales y centros de salud. Una semana después murió en el rellano de su casa esperando a los servicios de urgencias, al que hacía dos horas que había llamado. Soledad sí tenía permiso de residencia.

También relatan un caso de una persona con permiso de residencia pero que carece de derecho porque no está cotizando:

Este es el caso de una mujer argentina que vino hace poco a Valencia mediante un reagrupamiento familiar. En ningún caso su hija fue informada de que no iba a tener derecho a la sanidad pública gratuita. Fue al intentar solicitar la tarjeta para su madre en el centro de salud cuando pusieron trabas y la derivaron al INSS. Allí le informaron de que las personas regularizadas con posterioridad al RD que no están cotizando no tienen derecho a la asistencia gratuita. Esta mujer tiene 71 años y ha sufrido un cáncer del que está recuperada. Pero su hija teme que pueda volver a enfermar en cualquier momento y no sabe cómo podrá hacer frente a los posibles tratamientos.

Según cuentan acompañantes de "Yo Sí" de la Comunidad Valenciana, la mayoría de los profesionales sanitarios han colaborado en la atención sanitaria a inmigrantes dentro de sus posibilidades, y se han conseguido cosas con los acompañamientos. Pero el inconveniente principal se encuentra con el tratamiento farmacológico. "*Hay veces que cuesta acceder a la asistencia y una vez lo consigues se diagnostica pero el paciente no puede acceder al tratamiento, así que no puede dar solución a su problema de salud",* explican.

En cuanto a los pacientes crónicos –continúan- existe un elevado porcentaje de personas que se encuentran sin poder tomar sus tratamientos, y esto está produciendo que se agudicen los problemas de estas personas enfermas. *"Hay gente desesperada buscando tratamientos y hemos recibido muchas llamadas pidiéndonos medicación. Algo que nos resulta difícil de solucionar",* destacan ilustrando la dureza que implica este nuevo modelo de exclusión sanitaria.

Por otra parte remarcan la incoherencia que existe entre el discurso de "ahorro sanitario" que se emite y las actitudes que se tienen respecto a ciertas enfermedades. Tal es el caso de personas con insuficiencia renal crónica, que si bien tienen derecho a diálisis muchas veces no pueden acceder al tratamiento farmacológico, y el no poder tomar esa medicación vital deriva en que tengan que recurrir asiduamente a urgencias o precisar más sesiones de diálisis, con el coste que ello conlleva.

Por otra parte, en lo que parece ser una constante en todo el Estado español, enfatizan que se ha incrementado el miedo entre inmigrantes, lo que repercute en que personas que están enfermas eviten acercarse al centro de salud y cuando por fin se deciden a ir al médico el problema es más grave. "*Incluso hemos llegado a tener algún caso en el que tenía miedo de ir a una consulta privada",* destacan y lamentan que han observado gran diferencia en la atención sanitaria a una persona migrante cuando han ido sola a pedir atención a cuando ha concurrido junto a gente de un grupo de acompañamiento. "*Cuando han ido acompañados no se les ha negado la asistencia en ningún caso, sin embargo, solos sí*", sentencian.

A.3. Ceuta y Melilla

A punto de cumplirse el primer año del cambio de modelo, el pasado 29 de julio se publicó en el Boletín Oficial del Estado la resolución de 19 de julio sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios en Ceuta y Melilla.

Pocos documentos como éste pueden demostrar la contundencia con que el modelo golpeará en la salud pública de las personas residentes en esa región, teniendo en cuenta que empieza

fijando los costes de la atención por urgencias, un extremo que al igual que lo que analizamos en el cuerpo central de este informe, va más allá del propio RDL, que asegura una asistencia de urgencias hasta el alta hospitalaria.

En este caso por ejemplo fija que en caso de urgencia hospitalaria "cuando se ocupe una cama de la sala de observación de urgencias, el precio que se aplicará será el de este concepto."

Además, fija precios a las actuaciones en un parto, un extremo expresamente prohibido por el RDL. Así para un parto vaginal de alto riesgo con esterilización y/o D+L se estipula pagar 3542,78€, y por una césarea de alto riesgo entre 4.700 y 5.560€. También fija precio a tratamientos como el de VIH, que oscilan entre 2.800 y 75mil euros.

A.4. Extremadura

También en Extremadura la instrucción llega casi un año después de la implementación del RDL, el 15 de Julio de 2013. Sin embargo es interesante ver en su parte dispositiva la valoración que se hace de los problemas que para la salud pública puede tener la exclusión de sectores como las personas en condición irregular.

"La situación de los extranjeros irregulares puede acarrear problemas de salud pública, ya constatados con respecto a los extranjeros no empadronados al amparo de la legislación precedente. Hay que tener en cuenta que la no cobertura en atención primaria a las personas en situación administrativa irregular, obligará, en muchos casos, a que estas personas esperen hasta que consideren que su situación es lo bastante grave para justificar su presencia en los servicios de urgencias"

Y agrega:

"Esta situación podría provocar efectos secundarios en la población residente ya que pueden contraer enfermedades y propagarlas, dado que son muchas las personas extranjeras en situación regular que conviven a diario con extranjeros en situación irregular, tanto en las viviendas, como en otros ámbitos, algo que se podría evitar facilitando la prevención y dando continuidad a la asistencia de los procesos.

En esta línea, el Pleno de la Asamblea de Extremadura, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2012, aprueba la Resolución 124/VIII en la que, insta al Gobierno de Extremadura, a facilitar algún tipo de tarjeta provisional u otro documento identificativo, temporal y renovable que garantice la cobertura sanitaria a la población migrante de Extremadura.

Por todo lo expuesto, es necesario hacer efectivo un programa social de Salud Pública denominado, PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA DE SEGUIMIENTO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA – PASCAEX".

En consecuencia, se ha establecido un programa de Atención Sanitaria de Seguimiento de la Comunidad Autónoma de Extremadura, por el cual dicen "garantizar" la asistencia sanitaria de "las personas que no tienen acceso por las vías establecidas en el RDL 16/2012".

Este programa establece que la persona para acceder a él no debe haber firmado un convenio especial, no estar reconocida como asegurada ni beneficiaria, no tender derecho a la exportabilidad del derecho desde el país de origen, un empadronamiento seguido o discontinuo de al menos seis meses en la Comunidad, ser mayor de edad y no disponer de ingresos superiores en cómputo anual al IPREM.

Cumplimentados estos requisitos, de aprobarse la solicitud se entregará un documento que acredita el derecho a la asistencia sanitaria con validez de un año prorrogable. En caso de no poder demostrar la totalidad de los requisitos, una "comisión técnica" entrará a valorar circunstancias económicas y de residencia y el "arraigo social", un concepto este último vinculado a ámbitos de los procedimientos administrativos de extranjería que suelen dejar amplio margen de arbitrariedad decisoria en poder de los órganos instructores.

En todo caso, desde Yo Sí Sanidad Universal nos reafirmamos en la necesidad de garantizar el derecho universal a la asistencia sanitaria, sin distinciones en aseguramientos ni burocratización alguna según la situación administrativa o socio laboral de las personas, con la misma tarjeta física para todas y sin exigencias de una residencia previa por pocos que sean los meses que se solicitan.

A.5. País Vasco

También con casi un año de retraso respecto a la sanción del RDL, el gobierno vasco ha emitido el pasado 22 de Julio de 2013 unas instrucciones tendientes a "regular" a atención de las personas no aseguradas ni beneficiarias.

Esta instrucción establece que las personas solicitantes deben aportar documentación que identifique fehacientemente su identidad, declaración de sus ingresos (inferires a la Renta Básica de Euskadi), y certificado de empadronamiento en cualquier municipio de la Comunidad por un periodo continuado de al menos un año antes de la presentación de la solicitud.

Quienes obtengan "el reconocimiento" –establece- la persona recibirá un título identificativo (**la Tarjeta Individual Sanitaria o TIS)**, **personal e intransferible**, "que le proporcionará una asistencia sanitaria en iguales condiciones de calidad y con la misma extensión que la reconocida a las personas aseguradas o beneficiarias", y también será expedido "a quienes, en el momento de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, ya disponían de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) de la CAE y que, en la actualidad, carecen de la condición de persona asegurada o beneficiada".

Otra vez desde Yo Sí Sanidad Universal debemos remarcar la necesidad de que no se cree este carácter diferenciador, que la Sanidad no puede tratarse de un "reconocimiento" por cumplir meras formalidad administrativas como un empadronamiento de un año de antigüedad, sino ser un derecho de todas las personas.

A.6. Andalucía

Según informaciones recabadas a partir del contacto con diferentes organizaciones sociales andaluzas, si bien la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta Andalucía aseguró públicamente, una de ellas en una reunión con entidades sociales celebrada el 10 de septiembre de 2012, que se había informado a todos los centros de salud sobre la continuidad - sin ningún tipo de cambio - en el procedimiento para dar de alta en el sistema sanitario andaluz a personas inmigrantes en situación irregular. Este procedimiento supone, a grandes rasgos, que estas personas podrían acceder a la atención sanitaria en Andalucía a través de la obtención, en los centros de salud y sin la necesidad de aportar más información que un documento identificativo, del "documento de autorización temporal de asistencia sanitaria" que tendría una vigencia de un año de duración.

Sin embargo, en un documento oportunamente hecho público por Andalucía Acoge y Málaga Acoge, se denunció que entre el 1 de septiembre y el 15 de octubre, es decir en apenas un mes y medio, se constataron 14 incidencias, 13 de ellas de carácter individual y una de carácter colectivo, por cuanto la cantidad de afectados fue de 46 personas.

"Las incidencias se han localizado ***en 20 centros de salud de cinco provincias andaluzas*** *y, fundamentalmente, en ellas han intervenido* ***"Personal administrativo/ Atención al público"*** *de estos centros. Las incidencias más frecuentes han sido la "****Facturación de la prestación medica realizada", la "Negativa a la solicitud de consulta médica (atención primaria)" y la "Negativa a la expedición de nueva tarjeta sanitaria (o documento análogo)"****.*

Llama la atención dos casos que han afectado a menores de edad en situación administrativa irregular y uno a una mujer embarazada en situación regular. También destaca el hecho de que ***varios centros de salud, de distintos municipios, expidan las tarjetas sanitarias sin seguir los criterios comunes*** *emanados de la Consejería de Salud y Bienestar Social.*

Hay que señalar que una buena parte de las incidencias se han solucionado después de la intervención de las entidades sociales, sin embargo tanto la tipología de las incidencias como la extensión de los centros de salud en los que suceden ***hacen necesaria un mayor esfuerzo de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social en hacer llegar sus instrucciones a todos los centros de salud andaluces****.",* recoge aquel informe.

Las fuentes consultadas sí han destacado sobre las instrucciones emitidas por la Comunidad de Andalucía, que no establecen ningún plazo de empadronamiento previo para reconocer el derecho de las personas migrantes irregulares, un requisito que muchas veces resulta insalvable para éstas.

yoSí sanidad universal

Documento 1

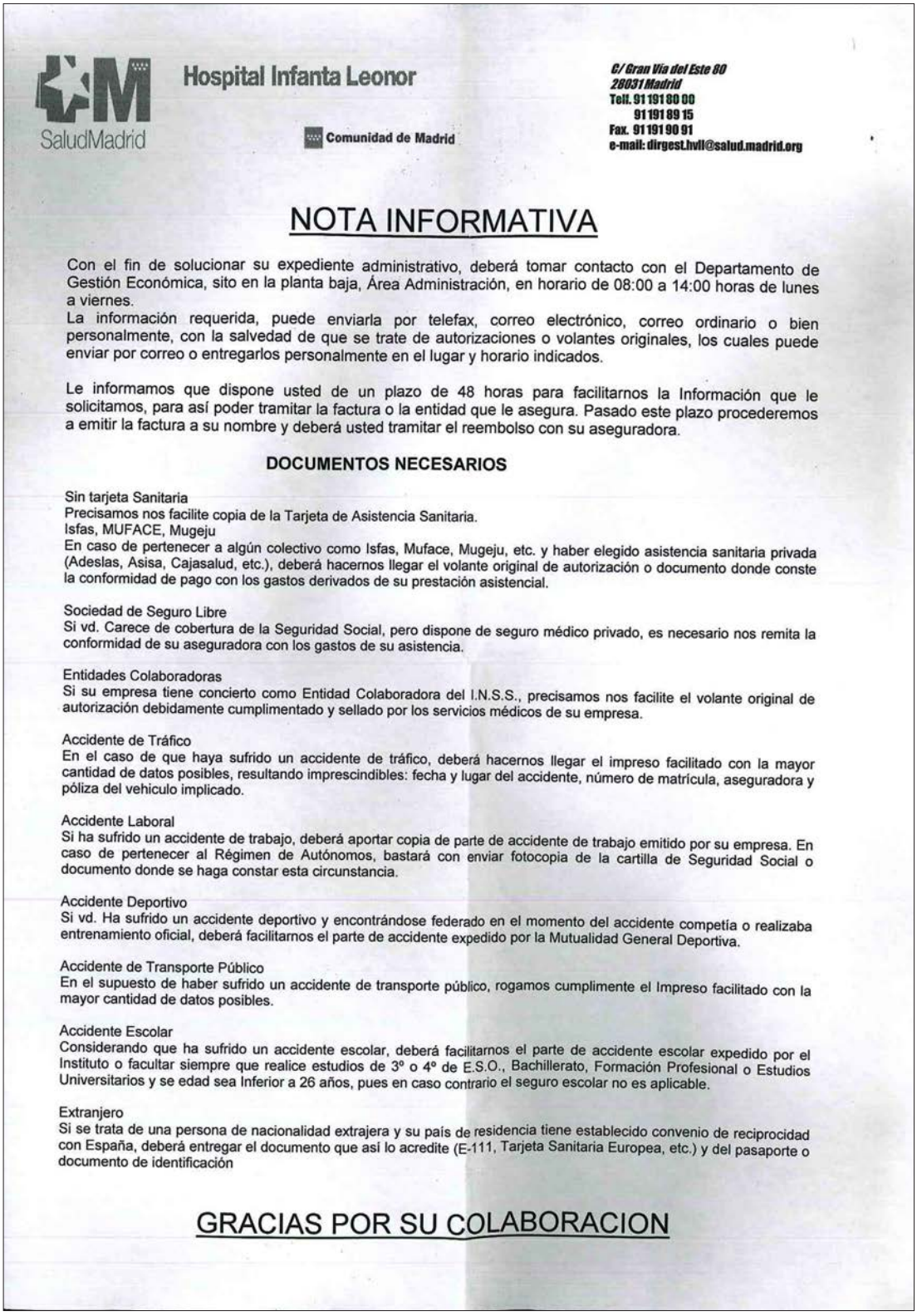
yoSí sanidad universal

Documento 2

Documento 3

LE RECORDAMOS QUE
ES NECESARIA LA
PRESENTACIÓN DE LA
TARJETA SANITARIA Y
EL D. N. I.

Documento 4



Hospital Infanta Leonor

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

C/ Gran Vía del Este 80
28031 Madrid
Telf. 91 191 80 00
91 191 89 15
Fax. 91 191 90 91
e-mail: dirgest.hvll@salud.madrid.org

NOTA INFORMATIVA

Con el fin de solucionar su expediente administrativo, deberá tomar contacto con el Departamento de Gestión Económica, sito en la planta baja, Área Administración, en horario de 08:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.
La información requerida, puede enviarla por telefax, correo electrónico, correo ordinario o bien personalmente, con la salvedad de que se trate de autorizaciones o volantes originales, los cuales puede enviar por correo o entregarlos personalmente en el lugar y horario indicados.

Le informamos que dispone usted de un plazo de 48 horas para facilitarnos la Información que le solicitamos, para así poder tramitar la factura o la entidad que le asegura. Pasado este plazo procederemos a emitir la factura a su nombre y deberá usted tramitar el reembolso con su aseguradora.

DOCUMENTOS NECESARIOS

Sin tarjeta Sanitaria
Precisamos nos facilite copia de la Tarjeta de Asistencia Sanitaria.
Isfas, MUFACE, Mugeju
En caso de pertenecer a algún colectivo como Isfas, Muface, Mugeju, etc. y haber elegido asistencia sanitaria privada (Adeslas, Asisa, Cajasalud, etc.), deberá hacernos llegar el volante original de autorización o documento donde conste la conformidad de pago con los gastos derivados de su prestación asistencial.

Sociedad de Seguro Libre
Si vd. Carece de cobertura de la Seguridad Social, pero dispone de seguro médico privado, es necesario nos remita la conformidad de su aseguradora con los gastos de su asistencia.

Entidades Colaboradoras
Si su empresa tiene concierto como Entidad Colaboradora del I.N.S.S., precisamos nos facilite el volante original de autorización debidamente cumplimentado y sellado por los servicios médicos de su empresa.

Accidente de Tráfico
En el caso de que haya sufrido un accidente de tráfico, deberá hacernos llegar el impreso facilitado con la mayor cantidad de datos posibles, resultando imprescindibles: fecha y lugar del accidente, número de matrícula, aseguradora y póliza del vehiculo implicado.

Accidente Laboral
Si ha sufrido un accidente de trabajo, deberá aportar copia de parte de accidente de trabajo emitido por su empresa. En caso de pertenecer al Régimen de Autónomos, bastará con enviar fotocopia de la cartilla de Seguridad Social o documento donde se haga constar esta circunstancia.

Accidente Deportivo
Si vd. Ha sufrido un accidente deportivo y encontrándose federado en el momento del accidente competía o realizaba entrenamiento oficial, deberá facilitarnos el parte de accidente expedido por la Mutualidad General Deportiva.

Accidente de Transporte Público
En el supuesto de haber sufrido un accidente de transporte público, rogamos cumplimente el Impreso facilitado con la mayor cantidad de datos posibles.

Accidente Escolar
Considerando que ha sufrido un accidente escolar, deberá facilitarnos el parte de accidente escolar expedido por el Instituto o facultar siempre que realice estudios de 3º o 4º de E.S.O., Bachillerato, Formación Profesional o Estudios Universitarios y se edad sea Inferior a 26 años, pues en caso contrario el seguro escolar no es aplicable.

Extranjero
Si se trata de una persona de nacionalidad extrajera y su país de residencia tiene establecido convenio de reciprocidad con España, deberá entregar el documento que así lo acredite (E-111, Tarjeta Sanitaria Europea, etc.) y del pasaporte o documento de identificación

GRACIAS POR SU COLABORACION

Documento 5

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

FACTURACIÓN ASISTENCIA SANITARIA URGENTE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO

Centro:
U Funcional:

Fecha de la asistencia:

Profesional encargado de la asistencia (si el profesional es un suplente, poner también el nombre del titular)

Dr/a:
Enfemera/o:

Fisioterapeuta:

Parte iniciado en UNAD SI ☐ NO ☐
Inicia el parte
(Nombre del Administrativo o Celador)

Envío al Departamento de Gestión Económica
Fecha

DATOS DEL PACIENTE

D.N.I :
Edad Domicilio: , ,
Localidad:
Código Postal: Provincia:
Teléfono:
Si el paciente es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor:
Si el paciente es menor de edad, nombre del padre, madre o tutor:

ASISTENCIA PRESTADA – DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:

Nº DE COLEGIADO:

FECHA PRESTACIÓN ASISTENCIA:
22/05/2012
FIRMA

NOMBRE FACULTATIVO

NOMBRE ENFERMERA/DUE

El solicitante, se compromete a pagar la factura, si no presenta el documento justificativo de su derecho

COMPROMISO DE PAGO
Fecha y firma

Fecha 22/05/2012

IMPORTE	

ASISTENCIA SANITARIA URGENTE

Documento 6

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

D/D ª _____, major of age, with Passport _____ in his(her,your) own(proper) name, for the assistance given in the Service of inscription / history _____.

IT(HE,SHE) DEMONSTRATES

FIRST General of Health Has been informed about the rights to the sanitary presentations gathered in the Royal(Real) Decree 63/1995 about January 20 of Arrangement(Ordination) of sanitary presentations of the National System of Health, about development of the Law 14/1986, about April 25.

SECOND That has not the documentation foreseen by the procedure of access to this Center in conformity with the in force agreements in the area of the National System of Health, which lacks sanitary coverage for the assistance given in this Hospital, or in his(her,your) case, not to be inside the suppositions of the Art. 12 of the Law 4/2000, of January 11, on Laws and Freedoms of the Foreigners

THIRD That it(he,she) requests is given him(her), sanitary assistance on condition of private, similar patient is gathered in the Art. 16 of the Law 14/1986, of April 25, General of Health.

QUARTER(ROOM) That by virtue of the previous thing assumes the liquidation of public prices that will be presented by this Sanitary Center in conformity with the LEGISLATIVE DECREE 1/2002, of October 24, by which there are approved the Remolten Text of the Law of Rates and Public Prices of the Community of Madrid, in order to, in his(her,your) case, to request the refund of the liquidated amount.

FIFTH been Credit informed about an understandable way of the rights that are recognized by the regulation of application, as well as the conformity with the availability of the services of the Hospital to extending the information that on this question has been provided to me.

Madrid (Spain),

Fdo.: D/Dª

Dr.Esquerdo, 46
28007 MADRID

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

D/D ª _____, principal d'âge, avec Passeport _____ dans son (elle, votre) nom (approprié) propre, pour l'aide donnée dans le Service d'inscription / histoire _____.

IL (IL, ELLE) MANIFESTE

Le PREMIER Général de Santé A été informé des droits aux présentations sanitaires cueillies dans le Décret 1030/2006 (Réel) Royal environ le 15 septembre d'Entente (l'Ordination) des présentations sanitaires du Système national de Santé, du développement de la Loi 14/1986, environ le 25 avril.

La SECONDE qui n'a pas la documentation prévue selon la procédure d'accès à ce Centre conformément au dans des accords de force dans le secteur du Système national de Santé, qui manque de l'envergure sanitaire pour l'aide donnée à cet Hôpital, ou à son (elle, votre) le cas, ne pas être à l'intérieur des suppositions de l'Art. 12 de la Loi 4/2000, du 11 janvier, sur Lois et les Libertés des Étrangers.

Le TIERS(TROISIÈME) ce qui on donne des demandes lui (elle), l'aide sanitaire sur la condition de patient privé, semblable est cueillie dans l'Art. 16 de la Loi 14/1986, du 25 avril, Général de Santé.

QUART (DE LA PIÈCE)(CHAMBRE)) qui en vertu de la chose précédente assume la liquidation des prix publics qui seront présentés par ce Centre Sanitaire conformément au **DÉCRET 1/2002 LÉGISLATIF, du 24 octobre, par lequel est là approuvé le Texte Refondu de la Loi de Taux et les Prix Publics de la Communauté de Madrid,**

Le CINQUIÈME Crédit été informé d'une voie compréhensible des droits qui sont reconnus selon le règlement de demande(d'application), aussi bien que la conformité avec la disponibilité des services de l'Hôpital à l'extension de l'information que sur cette question on m'a fournie.

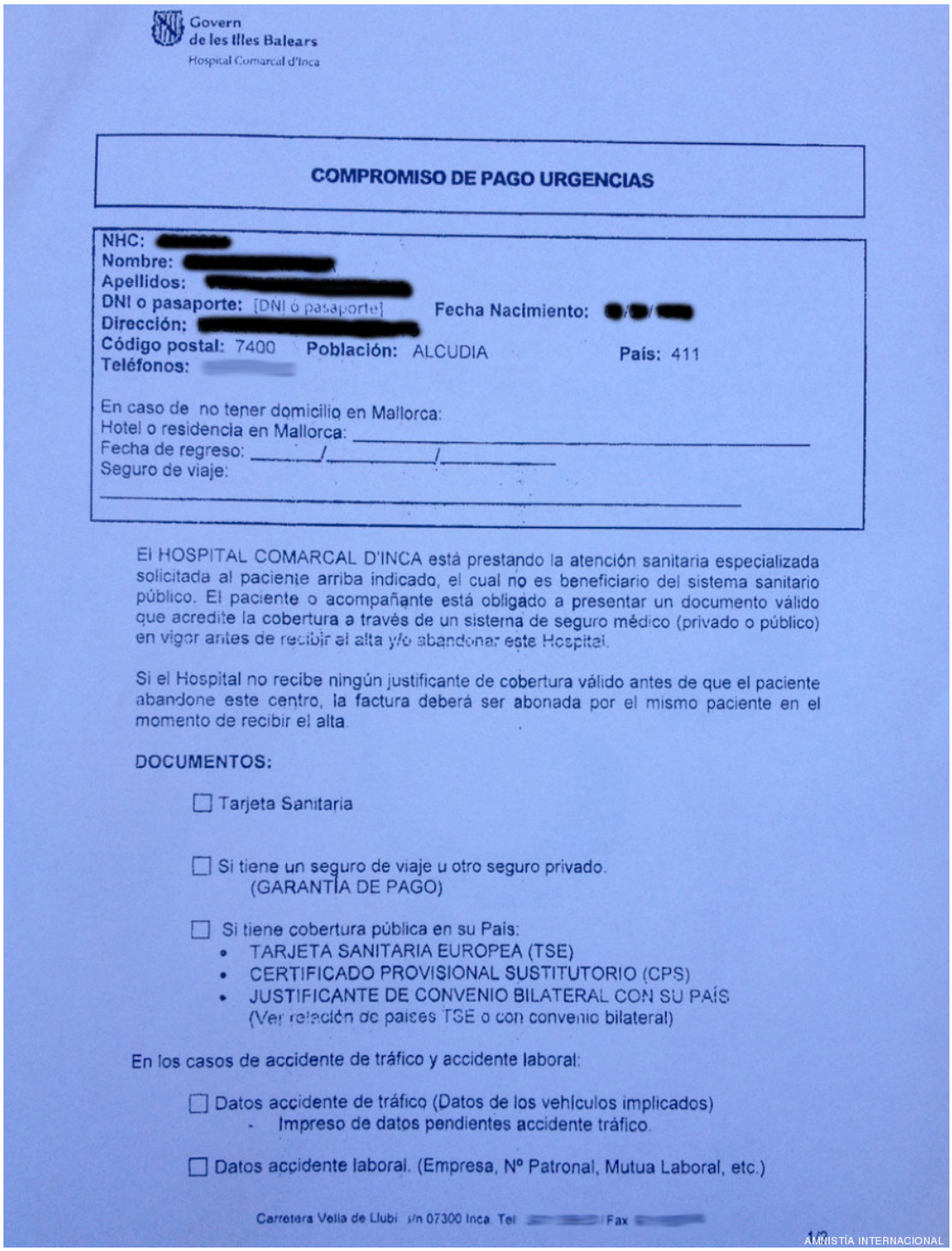
Madrid (Spagne),

Fdo.: D/Dª

Dr.Esquerdo, 46
28007 MADRID

yoSí sanidad universal

Documento 7



Govern de les Illes Balears
Hospital Comarcal d'Inca

COMPROMISO DE PAGO URGENCIAS

NHC: [redacted]
Nombre: [redacted]
Apellidos: [redacted]
DNI o pasaporte: [DNI o pasaporte] **Fecha Nacimiento:** [redacted]
Dirección: [redacted]
Código postal: 7400 **Población:** ALCUDIA **País:** 411
Teléfonos: [redacted]

En caso de no tener domicilio en Mallorca:
Hotel o residencia en Mallorca: _____
Fecha de regreso: ____/____/____
Seguro de viaje:
_____

El HOSPITAL COMARCAL D'INCA está prestando la atención sanitaria especializada solicitada al paciente arriba indicado, el cual no es beneficiario del sistema sanitario público. El paciente o acompañante está obligado a presentar un documento válido que acredite la cobertura a través de un sistema de seguro médico (privado o público) en vigor antes de recibir el alta y/o abandonar este Hospital.

Si el Hospital no recibe ningún justificante de cobertura válido antes de que el paciente abandone este centro, la factura deberá ser abonada por el mismo paciente en el momento de recibir el alta.

DOCUMENTOS:

☐ Tarjeta Sanitaria

☐ Si tiene un seguro de viaje u otro seguro privado.
(GARANTÍA DE PAGO)

☐ Si tiene cobertura pública en su País:
- TARJETA SANITARIA EUROPEA (TSE)
- CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO (CPS)
- JUSTIFICANTE DE CONVENIO BILATERAL CON SU PAÍS
(Ver relación de países TSE o con convenio bilateral)

En los casos de accidente de tráfico y accidente laboral:

☐ Datos accidente de tráfico (Datos de los vehículos implicados)
- Impreso de datos pendientes accidente tráfico.

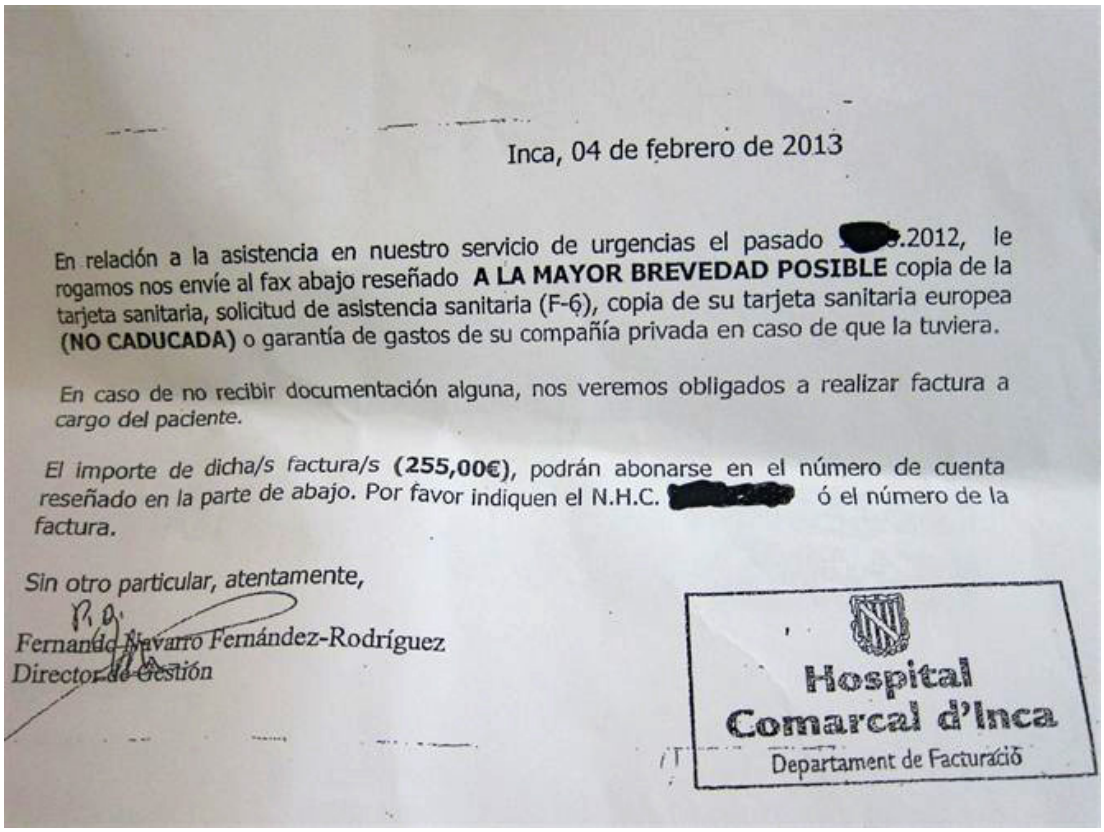
☐ Datos accidente laboral. (Empresa, Nº Patronal, Mutua Laboral, etc.)

Carretera Vella de Llubí s/n 07300 Inca. Tel [redacted] Fax [redacted]

1/2

AMNISTÍA INTERNACIONAL

Documento 8



Inca, 04 de febrero de 2013

En relación a la asistencia en nuestro servicio de urgencias el pasado [redacted].2012, le rogamos nos envíe al fax abajo reseñado **A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE** copia de la tarjeta sanitaria, solicitud de asistencia sanitaria (F-6), copia de su tarjeta sanitaria europea **(NO CADUCADA)** o garantía de gastos de su compañía privada en caso de que la tuviera.

En caso de no recibir documentación alguna, nos veremos obligados a realizar factura a cargo del paciente.

El importe de dicha/s factura/s **(255,00€)**, podrán abonarse en el número de cuenta reseñado en la parte de abajo. Por favor indiquen el N.H.C. [redacted] ó el número de la factura.

Sin otro particular, atentamente,

P.D.
Fernando Navarro Fernández-Rodríguez
Director de Gestión

Hospital Comarcal d'Inca
Departament de Facturació

Documento 9

Govern de les Illes Balears
Atenció Primària de Mallorca

IB-SALUT
ATENCIO PRIMARIA MALLORCA
Sortida: 2422
Data: 10/05/2013

NOTA INTERNA

Asunto: Instrucciones sobre asistencia sanitaria a personas que no pueden acreditar condición de asegurado

De: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

A: Coordinadores, Responsables de Enfermería y Responsables de Admisión de los EAP

De acuerdo con la Instrucción recibida por el Director General del Ib-Salut sobre la asistencia sanitaria a personas que no pueden acreditar la condición de asegurado y que es de obligado cumplimiento, que adjuntamos en el presente mail, se ha decidio la inmediata retirada del documento **"Compromiso de pago"** hasta nuevas instrucciones.

Asimismo, le solicitamos que remita por vía de urgencia todos los documentos de **"Compromiso de pago"** que en estos momentos obren en las unidades de Admisión.

Palma, 10 de mayo de 2013

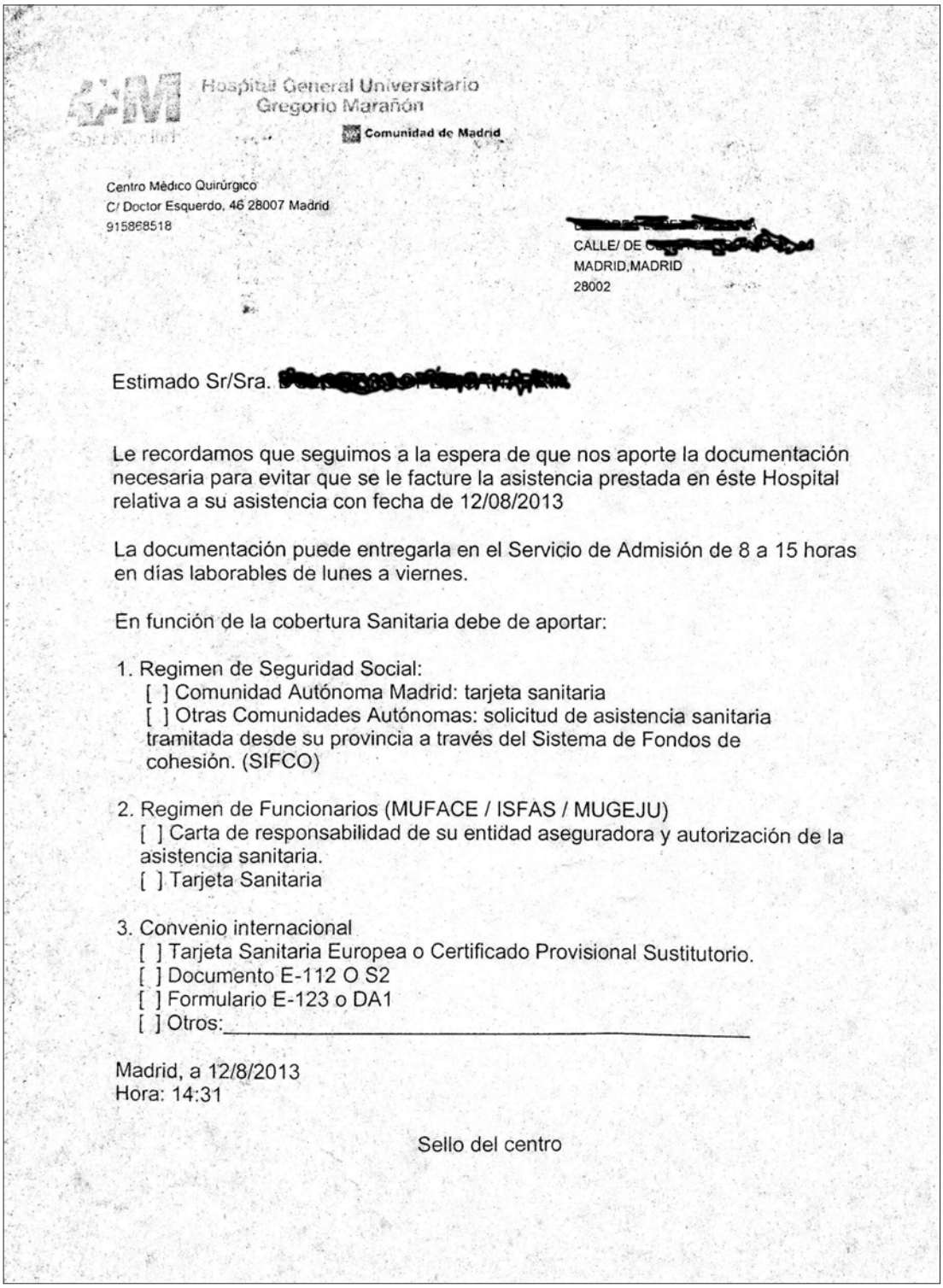
El Director Gerente

Federico [illegible]

GOVERN DE LES ILLES BALEARS IB SALUT ATENCIÓ PRIMÀRIA MALLORCA

Atenció Primària de Mallorca
C/ Escola Graduada, 3. 07002 Palma
Tel. 971 17 58 90

Documento 10



Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Comunidad de Madrid

Centro Médico Quirúrgico
C/ Doctor Esquerdo, 46 28007 Madrid
915868518

[redacted]
CALLE/ DE [redacted]
MADRID,MADRID
28002

Estimado Sr/Sra. [redacted]

Le recordamos que seguimos a la espera de que nos aporte la documentación necesaria para evitar que se le facture la asistencia prestada en éste Hospital relativa a su asistencia con fecha de 12/08/2013

La documentación puede entregarla en el Servicio de Admisión de 8 a 15 horas en días laborables de lunes a viernes.

En función de la cobertura Sanitaria debe de aportar:

1. Regimen de Seguridad Social:
   [ ] Comunidad Autónoma Madrid: tarjeta sanitaria
   [ ] Otras Comunidades Autónomas: solicitud de asistencia sanitaria tramitada desde su provincia a través del Sistema de Fondos de cohesión. (SIFCO)

2. Regimen de Funcionarios (MUFACE / ISFAS / MUGEJU)
   [ ] Carta de responsabilidad de su entidad aseguradora y autorización de la asistencia sanitaria.
   [ ] Tarjeta Sanitaria

3. Convenio internacional
   [ ] Tarjeta Sanitaria Europea o Certificado Provisional Sustitutorio.
   [ ] Documento E-112 O S2
   [ ] Formulario E-123 o DA1
   [ ] Otros:_____

Madrid, a 12/8/2013
Hora: 14:31

Sello del centro

Documento 11

SaludMadrid

2. La atención de estos supuestos no conlleva facturación alguna al usuario.

3. Si la persona atendida de urgencia precisase seguimiento de su proceso, desde los servicios de admisión del centro hospitalario o desde el centro de atención primaria se le facilitará la cita o derivación que corresponda y se le indicará que, para ser atendido, puede suscribir un Convenio Especial para dar cobertura a dicha asistencia o, en caso contrario, ésta le será facturada y, en su caso, la factura será remitida, a través del órgano competente de la Administración General del Estado, a su país de origen, en virtud de los convenios bilaterales de Seguridad Social suscritos por España con otros países[4].

4. La prestación farmacéutica a través de receta médica oficial no estará incluida, realizándose, por tanto, la prescripción en receta no financiada por el Sistema Nacional de Salud (la conocida como *receta blanca*).

5. Registro en *SIP-CIBELES*:

   - Estos usuarios serán registrados en *SIP-CIBELES* mediante el establecimiento de un tipo específico - *Transeúnte Sin Permiso Residencia* -, cuya vigencia inicial será de 1 año

   - Este registro se realizará, tanto en Atención Primaria, como en Atención Especializada, no asignando a estas personas *CIP-SNS*, pero sí *CIPA*

   - El registro que se realice contendrá los campos mínimos actualmente incluidos para el tipo *Transeúnte* y el ciudadano deberá aportar el número de Pasaporte – si tiene *DNI* o *NIE* no entraría por esta vía y debería regularizar su situación de derecho a la asistencia sanitaria en la unidad administrativa del centro de atención primaria - y el empadronamiento

   - Este registro deberá ser, posteriormente, y en su caso, actualizado con respecto al proceso y derivación que corresponda a través de *HIS* y *AP-Madrid*

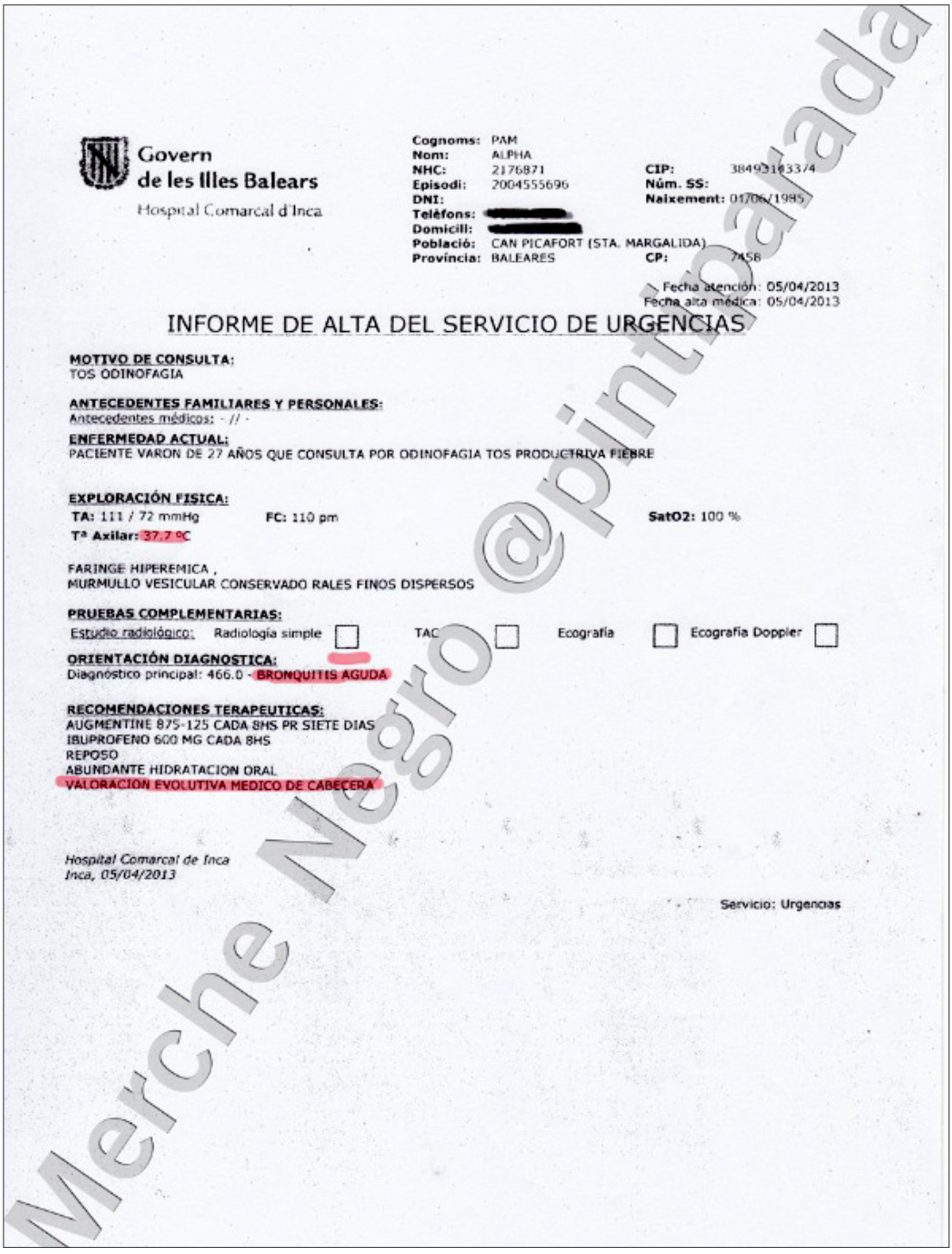
b) De asistencia al embarazo, parto y post-parto:

1. Estas usuarias serán registradas en *SIP-CIBELES* mediante el establecimiento de un tipo específico - *Embarazada Sin Permiso Residencia* –

[4] Los países que actualmente tienen suscrito un convenio bilateral de Seguridad Social vigente con España que incluye la asistencia sanitaria son: Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez. No obstante, y con carácter anual, este listado debe ser objeto de revisión, ya que podría sufrir variaciones con respecto a la situación de 2012.

Página 3 de 9

Documento 12



Govern de les Illes Balears
Hospital Comarcal d'Inca

Cognoms: PAM
Nom: ALPHA
NHC: 2176871 **CIP:** 3849318337/4
Episodi: 2004555696 **Núm. SS:**
DNI: **Naixement:** 01/06/1985
Telèfons: [redacted]
Domicili: [redacted]
Població: CAN PICAFORT (STA. MARGALIDA)
Província: BALEARES **CP:** 7458

Fecha atención: 05/04/2013
Fecha alta médica: 05/04/2013

INFORME DE ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA:
TOS ODINOFAGIA

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:
Antecedentes médicos: - // -

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE VARON DE 27 AÑOS QUE CONSULTA POR ODINOFAGIA TOS PRODUCTIVA FIEBRE

EXPLORACIÓN FISICA:
TA: 111 / 72 mmHg **FC:** 110 pm **SatO2:** 100 %
Tª Axilar: 37.7 ºC

FARINGE HIPEREMICA ,
MURMULLO VESICULAR CONSERVADO RALES FINOS DISPERSOS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Estudio radiológico: Radiología simple ☐ TAC ☐ Ecografía ☐ Ecografía Doppler ☐

ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA:
Diagnóstico principal: 466.0 - BRONQUITIS AGUDA

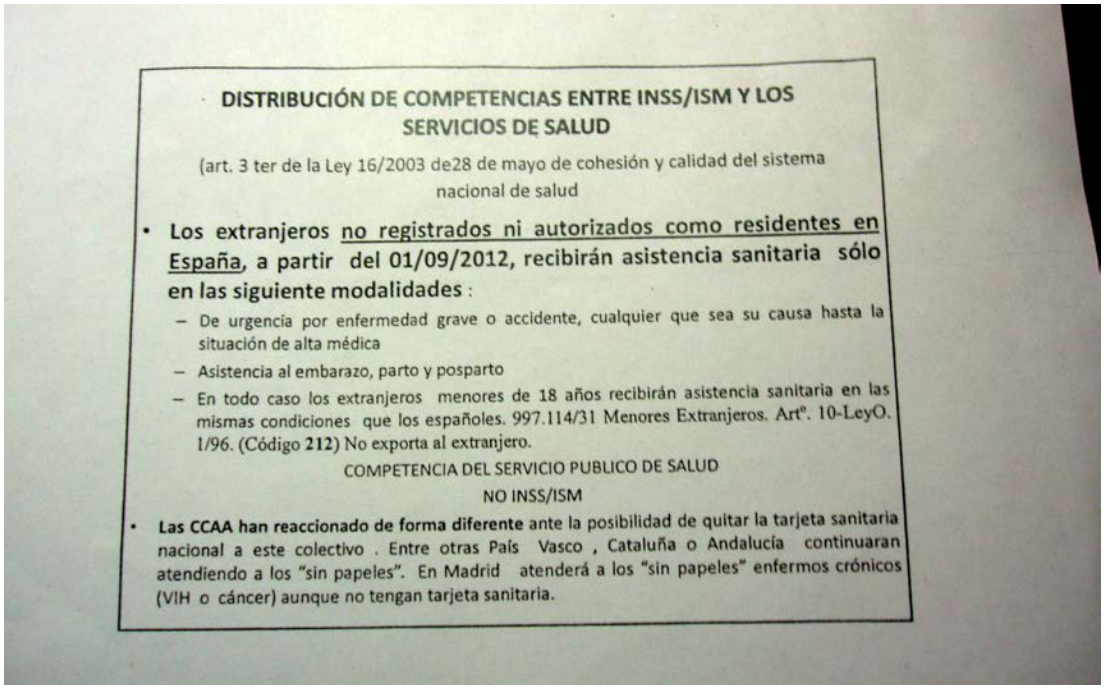
RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS:
AUGMENTINE 875-125 CADA 8HS PR SIETE DIAS
IBUPROFENO 600 MG CADA 8HS
REPOSO
ABUNDANTE HIDRATACION ORAL
VALORACION EVOLUTIVA MEDICO DE CABECERA

Hospital Comarcal de Inca
Inca, 05/04/2013

Servicio: Urgencias

Merche Negro @pintoparada

Documento 13



DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE INSS/ISM Y LOS SERVICIOS DE SALUD

(art. 3 ter de la Ley 16/2003 de28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud

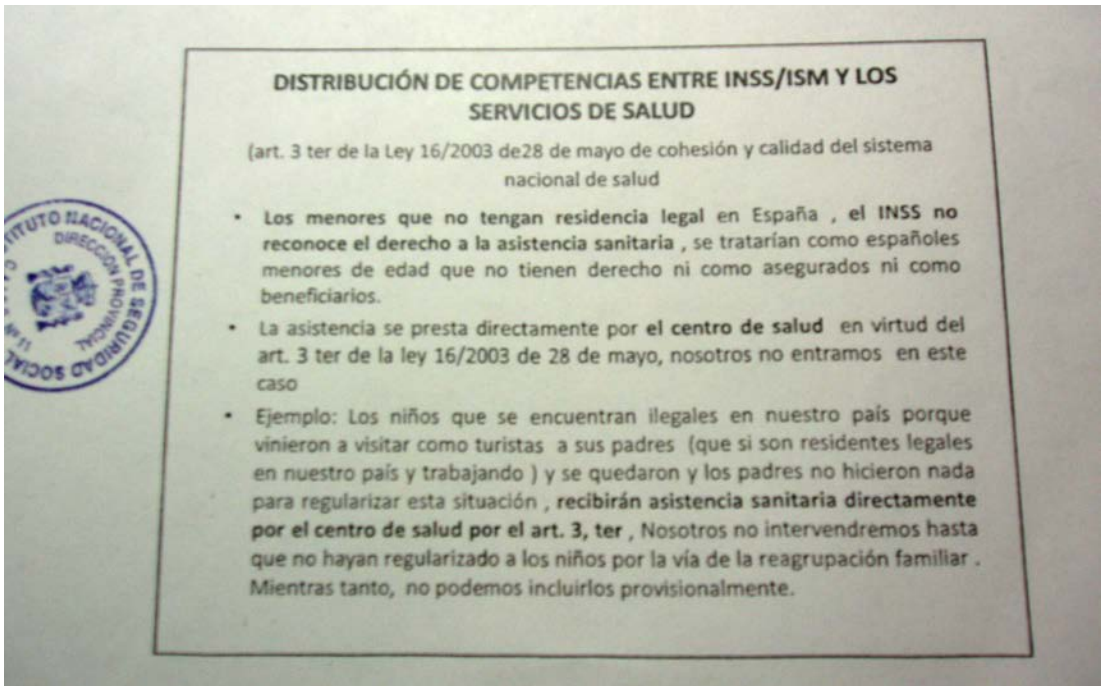
- **Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, a partir del 01/09/2012, recibirán asistencia sanitaria sólo en las siguiente modalidades** :
  - De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquier que sea su causa hasta la situación de alta médica
  - Asistencia al embarazo, parto y posparto
  - En todo caso los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 997.114/31 Menores Extranjeros. Artº. 10-LeyO. 1/96. (Código **212**) No exporta al extranjero.

COMPETENCIA DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD

NO INSS/ISM

- **Las CCAA han reaccionado de forma diferente** ante la posibilidad de quitar la tarjeta sanitaria nacional a este colectivo . Entre otras País Vasco , Cataluña o Andalucía continuaran atendiendo a los "sin papeles". En Madrid atenderá a los "sin papeles" enfermos crónicos (VIH o cáncer) aunque no tengan tarjeta sanitaria.

Documento 14



DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE INSS/ISM Y LOS SERVICIOS DE SALUD

(art. 3 ter de la Ley 16/2003 de28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud

- **Los menores que no tengan residencia legal** en España , **el INSS no reconoce el derecho a la asistencia sanitaria** , se tratarían como españoles menores de edad que no tienen derecho ni como asegurados ni como beneficiarios.
- La asistencia se presta directamente por **el centro de salud** en virtud del art. 3 ter de la ley 16/2003 de 28 de mayo, nosotros no entramos en este caso
- Ejemplo: Los niños que se encuentran ilegales en nuestro país porque vinieron a visitar como turistas a sus padres (que si son residentes legales en nuestro país y trabajando) y se quedaron y los padres no hicieron nada para regularizar esta situación , **recibirán asistencia sanitaria directamente por el centro de salud por el art. 3, ter** , Nosotros no intervendremos hasta que no hayan regularizado a los niños por la vía de la reagrupación familiar . Mientras tanto, no podemos incluirlos provisionalmente.

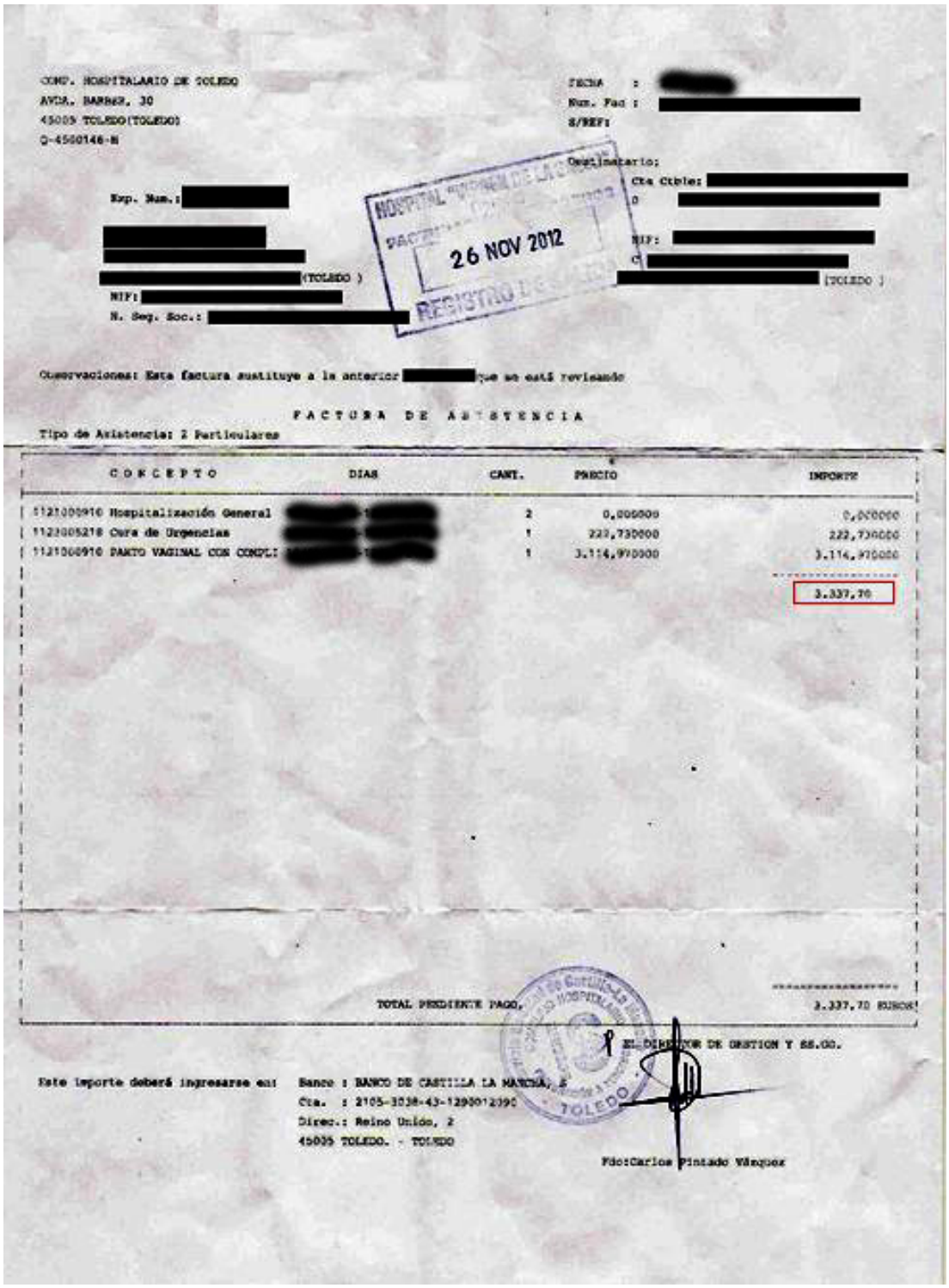
Documento 15

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
Núm. 180 Lunes 29 de julio de 2013 Sec. I. Pág. 55242

Epígrafe	GRD AP v 27	Concepto	Precio (€)
1.1.1.502	618	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin p. quir. signif., con problemas mayores.	6.618,93
1.1.1.503	619	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	4.192,28
1.1.1.504	620	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin p. quir. signif., diag. neonato normal.	2.915,79
1.1.1.505	621	Neonato, peso al nacer 2000-2499 g, sin p. quir. signif., con otros problemas.	4.343,68
1.1.1.506	622	Neonato, peso al nacer >2499 g, con p. quir. signif., con mult. prob. mayores.	47.977,30
1.1.1.507	623	Neonato, peso al nacer >2499 g, con p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	14.097,24
1.1.1.508	624	Neonato, peso al nacer >2499 g, con procedimiento abdominal menor.	3.620,70
1.1.1.509	626	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	7.879,34
1.1.1.510	627	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p. quir. signif., con problemas mayores.	3.769,63
1.1.1.511	628	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	2.995,16
1.1.1.512	629	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p. quir. signif., diag neonato normal.	1.390,62
1.1.1.513	630	Neonato, peso al nacer >2499 g, sin p. quir. signif., con otros problemas.	2.152,54
1.1.1.514	631	Displasia broncopulm. y otras enf. respiratorias cronicas con origen en periodo perinatal.	5.011,10
1.1.1.515	633	Otras anomalias congenitas, multiples y no especificadas, con cc.	12.541,23
1.1.1.516	634	Otras anomalias congenitas, multiples y no especificadas, sin cc.	12.541,23
1.1.1.517	635	Cuidados posteriores neonatales para incremento de peso.	7.166,12
1.1.1.518	636	Cuidados posteriores lactante para incremento de peso, edad>28 dias, <1 año.	10.014,94
1.1.1.519	637	Neonato, exitus dentro del primer dia, nacido en el centro.	2.648,54
1.1.1.520	638	Neonato, exitus dentro del primer dia, no nacido en el centro.	2.060,67
1.1.1.521	639	Neonato, trasladado con <5 dias, nacido en el centro.	4.714,72
1.1.1.522	640	Neonato, trasladado con <5 dias, no nacido en el centro.	1.138,11
1.1.1.523	641	Neonato, peso al nacer >2499 g, con oxigenacion membrana extracorporea.	68.845,03
1.1.1.524	650	Cesarea de alto riesgo con cc.	5.560,82
1.1.1.525	651	Cesarea de alto riesgo sin cc.	4.774,87
1.1.1.526	652	Parto vaginal de alto riesgo con esterilizacion y/o D+L.	3.542,78
1.1.1.527	700	Traqueostomia por infeccion HIV.	71.213,83
1.1.1.528	701	HIV con proced. quirurgico y ventilacion mecanica o soporte alimenticio.	36.056,93
1.1.1.529	702	HIV con proced. quirurgico con infecc. mayores multiples relacionadas.	20.718,11
1.1.1.530	703	HIV con proced. quirurgico con diagnostico relacionado mayor.	13.638,47
1.1.1.531	704	HIV con proced. Quirurgico sin diagnostico relacionado mayor.	9.438,29
1.1.1.532	705	HIV con infecc. mayores multiples relacionadas con tuberculosis.	18.312,34
1.1.1.532	706	HIV con infecc. mayores multiples relacionadas sin tuberculosis.	18.518,02
1.1.1.534	707	HIV con ventilacion mecanica o soporte alimenticio.	21.414,79
1.1.1.535	708	HIV con diagnostico relacionado mayor, alta voluntaria.	5.394,73
1.1.1.536	709	HIV con diag mayores relacionados con diag mayores mult. o signif. con TBC.	10.216,41
1.1.1.537	710	HIV con diag mayores relacionados con diag mayores mult. o signif. sin TBC.	9.019,65
1.1.1.538	711	HIV con diag mayores relacionados sin diag mayores mult. o signif. con TBC.	6.040,25
1.1.1.539	712	HIV con diag mayores relacionados sin diag mayores mult. o signif. sin TBC.	4.904,11
1.1.1.540	713	HIV con diagnostico relacionado significativo, alta voluntaria.	2.825,30
1.1.1.541	714	HIV con diagnostico relacionado significativo.	4.689,23
1.1.1.542	715	HIV con otros diagnosticos relacionados.	3.055,20
1.1.1.543	716	HIV sin otros diagnosticos relacionados.	2.865,45
1.1.1.544	730	Craneotomia para trauma multiple significativo.	27.963,28
1.1.1.545	731	Proc. S. Columna, cadera, femur o miembros por trauma multiple significativo.	23.169,85
1.1.1.546	732	Otros procedimientos quirurgicos para trauma multiple significativo.	20.530,36
1.1.1.547	733	Diagnosticos de trauma multiple significativo cabeza, torax y m.inferior.	9.889,68
1.1.1.548	734	Otros diagnosticos de trauma multiple significativo.	7.965,85
1.1.1.549	737	Revision de derivacion ventricular.	6.344,09
1.1.1.550	738	Craneotomia edad<18 con cc.	22.451,97
1.1.1.551	739	Craneotomia edad<18 sin cc.	12.779,69

cve: BOE-A-2013-8240

Documento 16



CONS. HOSPITALARIO DE TOLEDO
AVDA. BARBER, 30
45005 TOLEDO(TOLEDO)
Q-4560146-H

FECHA : [redacted]
Num. Fac : [redacted]
S/REF: [redacted]

Destinatario:
Cta Cble: [redacted]
D [redacted]
NIF: [redacted]
C [redacted] (TOLEDO)

Exp. Num.: [redacted]

[redacted] (TOLEDO)
NIF: [redacted]
N. Seg. Soc.: [redacted]

HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD
26 NOV 2012
REGISTRO

Observaciones: Esta factura sustituye a la anterior [redacted] que se está revisando

FACTURA DE ASISTENCIA

Tipo de Asistencia: 2 Particulares

CONCEPTO	DIAS	CANT.	PRECIO	IMPORTE
1121000910 Hospitalización General	[redacted]	2	0,000000	0,000000
1123005218 Cura de Urgencias	[redacted]	1	222,730000	222,730000
1121000910 PARTO VAGINAL CON COMPLI	[redacted]	1	3.114,970000	3.114,970000
				3.337,70

TOTAL PENDIENTE PAGO, 3.337,70 EUROS!

EL DIRECTOR DE GESTION Y SS.GG.

Este importe deberá ingresarse en: Banco : BANCO DE CASTILLA LA MANCHA, S
Cta. : 2105-3038-43-1290012390
Direc.: Reino Unido, 2
45005 TOLEDO. - TOLEDO

Fdo:Carlos Pintado Vázquez

- *T.S. de baja por algún problema administrativo:* el paciente debe aclararlo y subsanarlo en su Centro de Atención Primaria.

- *T.S. de baja de forma definitiva:*
  - **La normativa prevé la cobertura para personas con tratamiento instaurado antes del 31 de Agosto de 2012, mujeres embarazadas y menores que, independientemente de su situación** (deben continuar siendo atendidas). Para su filiación, se crea un nuevo tipo de financiador, "SERMAS", con garante "RD 16/2012", debiendo figurar las atenciones como facturables al SERMAS.

  - **Enfermedades de declaración obligatoria y Trastornos mentales graves** que se recogen en el Anexo I deben ser filiadas con cargo a "SERMAS", con garante "RD 16/2012", con la **excepción de pacientes cuyo tratamiento sea inferior a un año, en cuyo caso, se procederá a la facturación al paciente.**

1.4. Atención a personas que acuden a Urgencias y a personas de nacionalidad no española que no dispongan de cobertura alguna y no haya tercero obligado al pago (tráficos, laborales, etc...)

Todas ellas deben filiarse siguiendo las indicaciones de la tabla adjunta en el Anexo II de este documento.

- Personas con tratamientos y atenciones instaurados antes del 1 de Septiembre de 2012
  Citar todas las citas que acarree el proceso. (Continúan en las mismas condiciones, dispongan o no de documentación acreditativa.)

- Personas atendidas en la urgencia, por enfermedad grave o accidente hasta el alta
  - La atención del proceso urgente no se factura.
  - Para su atención continuada, se les facilita la cita, pero se les informa que pueden suscribir un Convenio Especial para dar cobertura a dicha asistencia o se les facturará.

- Mujeres embarazadas y menores sin permiso de residencia
  Deben citarse sin que quepa facturación al asistido.

- Solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo, mientras permanezcan en esa situación
  Deben citarse sin que quepa facturación al asistido.

- Supuestos de Salud Pública (AnexoI)
  Para estas enfermedades y **cuando su proceso se estime en una duración superior a un año, se facturará al paciente, facilitando en cualquier caso las distintas atenciones médicas que puedan precisar**.

En todos los casos, sea facturable o no la asistencia al paciente, a aquellos que no dispongan de cobertura, ***debe invitárseles siempre a que formalicen el convenio especial de aseguramiento***.