

## Valoraciones de YOSI Sanidad Universal al borrador del gobierno sobre sanidad

**No es una derogación del RD-I 16/2012, o es una derogación a medias.** Al mantener parte de su articulado en asuntos tan importantes como la figura del aseguramiento, la función del INSS en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria o la segregación de los sin papeles dejando además su acceso al sistema en manos de las CCAA, mantiene más el espíritu del decreto de 2012 que de las leyes anteriores. **Nos gustaba, y mucho más, la propuesta de ley del PSOE de 2016.** Y no vemos ninguna de las siete propuestas de Yo Sí Sanidad Universal incluidas en el borrador.

Pensamos que ahora **el PSOE tiene más poder para apuntalar la universalidad del sistema sanitario que cuando estaba en la oposición, que es cuando redactó esa propuesta de ley.** No nos conformamos con aceptar que “gobernar es más difícil y en la oposición se puedan hacer locuras que en el gobierno no”. Todos los momentos de cambio de leyes y de asentamiento de un gobierno cuentan con matemáticas parlamentarias y dimensiones retórico-mediáticas de las que somos conscientes, y que generan tensiones con el deber y el mandato institucional que el gobierno se otorga en cada área. Sin embargo, pensábamos de verdad que en lo que se refiere a la universalidad del SNS, el mandato institucional estaba por encima de los otros dos aspectos. Ahora nos parece justamente lo contrario: **este borrador no blinda la universalidad de acceso y no corresponde con el encuadre expresado de derechos y el deseo de armonización; parece más bien el resultado de las matemáticas parlamentarias, la negociación con CCAA y el balanceo mediático.**

**El Ministerio puede presentar un borrador mucho mejor.** Tiene el poder y los medios para hacerlo, y le pedimos que se responsabilice de ese poder. La experiencia de la Comunitat Valenciana, aunque valiosa, no puede ser el espejo aquí: en aquel momento se buscaban los resquicios para expandir el acceso a un sistema sanitario regional constreñido por una norma nacional y un gobierno estatal beligerante contra ella. Ahora, ese poder de beligerar se tiene desde el Ministerio, **beligerar para construir un marco en el que las CCAA que asuman el mandato de garantizar el acceso puedan hacerlo sin problemas y para que las CCAA que se empeñen en prácticas de exclusión no tengan resquicios para desplegarlas sistemáticamente y tengan que obedecer el mandato de inclusión.** Un marco donde la Comunitat Valenciana, por ejemplo, no necesite sus figuras excepcionales para incluir a personas, porque simplemente se dedique a aplicar la ley nacional sin tener que inventar nada más.

Con respecto a los diferentes niveles institucionales, **el borrador fija una permisividad con las CCAA más excluyentes que contribuirá a perpetuar una situación dispar, si miramos la foto general, y situaciones de exclusión sistemáticas, si ponemos la lente micro.** Si bien una ley como esta no puede abordar las dinámicas profundas de exclusión de poblaciones precarizadas que se dan históricamente en los sistemas sanitarios y que el RD-I 16/2012 sancionó institucionalizando la exclusión por arriba, sí que puede retirar esa sanción claramente. **Dejar barra libre a las CCAA en esto es dejar barra libre a las dinámicas de**

**exclusión y sentar las bases para un sistema segregado que, a la vez, se llama a sí mismo universal tanto desde la bancada del PP como de la del PSOE.**

Esta construcción de la universalidad – anunciar que se vuelve a un sistema universal cuando de facto ni siquiera se vuelve a la situación anterior al RD-I 16/2012 en la que las personas sin papeles tenían tarjeta sanitaria igual que las otras personas – es **reformular la noción de universalidad y darle un contenido falso, porque encierra una segregación patente en su seno**. Esto no es solo importante a nivel discursivo, sino que dificulta el trabajo de inclusión de colectivos, personas y profesionales sanitarios. La apertura a la interpretación genera, como hemos podido ver en estos seis años de trabajo en Madrid, cierres excluyentes.

Porque, ¿cómo le explicamos a Dora que después de la ley de universalidad del PSOE, seguirá sin tener tarjeta sanitaria como su vecina con permiso de residencia, y seguirá yendo a centros de salud donde le piden que demuestre que lleva más de 90 días o que tiene un padrón de más de 90 días?

¿Cómo le explicamos a la administrativa Rome, del centro de salud de Lavapiés, que explicita que las personas sin tarjeta sanitaria no tienen derecho normal a la sanidad, que con la ley del PSOE esto ha cambiado?

¿Y cómo se lo explicamos a Rosa, una médica de ese mismo centro de salud, que tiene que discutir un día sí y otro también con Rome, para que dé de alta a sus pacientes sin papeles para que les pueda tratar?

¿Por qué no hacemos una ley que generalice las buenas prácticas de Rosa, que se lo ponga fácil a Rosa? Que todos sus pacientes puedan tener su tarjeta sanitaria y lleguen al mostrador, pidan su cita y puedan entrar en su consulta, sin tener que llevar papeles para demostrar que son sin papeles y negociar un alta con Rome, que les pregunta si tienen o no visado, cuál es la antigüedad de su padrón, de qué país viene y cómo entraron a España...

¿Por qué no hacemos una ley pensando en que serán los funcionarios públicos los que la aplicarán, y les proporcionamos una interpretación clara y precisa que no permita discrecionalidades y arbitrariedades? ¿Por qué no legislamos pensando en cómo va a afectar esa ley a las personas en situación más precarizada, que son las que verdaderamente luchan cada día una universalidad de acceso que nosotras damos por sentada?

## Observaciones y propuestas al decreto del gobierno

### Real Decreto-Ley sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud

**Artículo 1.** *Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se incluye un artículo 2bis con la siguiente redacción:

“Artículo 2 bis. Del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia legal en el territorio español.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas a las que son de aplicación las normas internacionales suscritas por España que prevén la coordinación de la cobertura sanitaria tendrán acceso a la asistencia sanitaria en el territorio español en los términos y condiciones establecidos en dichas normas.

¿Por qué no volver a la redacción original, que incluye a todas las personas que de facto residen en España? Con la redacción actual, se mantiene la división entre españoles y personas con permiso de residencia y personas sin permiso de residencia que introdujo el RD-I 16/2012. La redacción original a la que nos referimos corresponde al Artículo 3 de la Ley de Cohesión e implica volver a la redacción original del artículo 12 de la LOEX 4/2000 (antes de su modificación por el RD-I 16/2012). Es la redacción que recogía la proposición de Ley 122/000002 del propio PSOE en 2016.

También se puede directamente incluir a las personas sin permiso de residencia en este artículo nuevo 2bis.

La redacción original a la que nos referimos corresponde al artículo 3 Artículo 3. Titulares de los derechos.

*1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:*

*a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.*

*b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.*

*c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.*

*2. Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.*

2. Las Administraciones Públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, de creencias, sociales o de discapacidad, tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Dos. Se modifica el artículo 3 que queda redactado como sigue:

“Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, las personas titulares de los citados derechos deberán ostentar la condición de asegurado o ser beneficiario del mismo.

*Este artículo mantiene la figura del aseguramiento, a diferencia de las leyes anteriores de sanidad y en extraña relación con el RD-I 16/2012. Si bien elimina los requisitos de relación con la Seguridad Social para las personas son nacionalidad española residentes en el territorio español y para las personas con permiso de residencia, los mantiene para todas aquellas personas que no entran en las categorías a) y b). Vemos abajo qué significa.*

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Tener nacionalidad española y residir en el territorio español.
- b) Ser extranjero y residir legalmente en el territorio español.
- c) Las personas no comprendidas en los párrafos a) y b) anteriores que se desplacen o establezcan fuera de España, y se encuentren en alguno de los siguientes supuestos de los regímenes de la Seguridad Social:

1º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado y en situación de alta o asimilada a la de alta.

2º Ostentar la condición de pensionista de dichos regímenes en su modalidad contributiva.

3º Ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de dichos regímenes.

*Deja en la misma situación de exclusión en la que están ahora a las personas españolas que han salido a buscar trabajo fuera. Pero, sobre todo, deja fuera a las que aún no lo han encontrado o pasan temporadas fuera y otras en España (y pagan impuestos aquí también), es decir, a las personas en situación más precaria.*

3. A los efectos de lo establecido en las normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y el artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción

oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%, siempre que cumplan todos los siguientes requisitos:

- a) Residan en España.
- b) No se encuentren en alguno de los siguientes supuestos de los regímenes de la Seguridad Social:

1º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado y en situación de alta o asimilada a la de alta.

2º Ostentar la condición de pensionista de dichos regímenes en su modalidad contributiva.

3º Ser preceptor de cualquier otra prestación periódica de dichos regímenes.

Se mantiene la figura del beneficiario, entendemos que porque el INSS sigue calculando el porcentaje de pago por medicación que deben pagar personas en las situaciones enumeradas. Sin embargo, pensamos que esto, que es un procedimiento administrativo, se asimila en la redacción de la ley a una figura de reconocimiento del derecho. Nos queda la duda de, si cualquier persona española residente o persona con permiso de residencia puede ser asegurada, por qué mantener como figura de reconocimiento de titularidad del derecho a los beneficiarios, haciendo permanecer una división entre tipos de reconocimiento. Por ejemplo, si una persona con padres extranjeros sin papeles nace aquí y es menor de edad, lo que significa que debe tener asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, no puede tener tarjeta sanitaria propia, y tampoco podrá tener tarjeta sanitaria beneficiaria de sus padres porque sus padres, al no tener papeles, no tienen tarjeta sanitaria igual a las demás personas. Esta es una discriminación que, en nuestra experiencia de seis años en Madrid, se traduce en denegaciones de atención a menores en centros sanitarios.

4 Las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

5. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de las entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud, serán adscritas a dichos servicios como asegurados o beneficiarios mutualistas, con derecho a la asistencia en los centros sanitarios del Servicio Nacional de Salud. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA facilitarán a las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios que hubieran sido adscritas a sus correspondientes servicios de salud, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia.

La prestación sanitaria facilitada a los mutualistas citados en el párrafo anterior por los Servicios Públicos de Salud, se ajustará a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios.

Tres. Se modifica el apartado 3 del artículo 3 bis que queda redactado en los siguientes términos:

“3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refieren el apartado 3 del artículo 3 de esta ley.

Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia de la condición de asegurado o beneficiario. La cesión al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina tratará la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que pueda comunicar el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.”

En este punto vemos cómo el borrador de ley mantiene casi en su totalidad la redacción del RD-I 16/2012, continuando con la recentralización del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en el INSS y sancionando su recogida de información de otras administraciones del estado para nutrir la base de datos que se creó tras la aprobación del decreto de exclusión, que se llama BADASS. Aunque sobre el papel mantener esta recentralización puede resultar un instrumento útil para conseguir una armonización del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, nos parece que sobre el terreno es altamente problemático, por varias razones:

- 1) es contra intuitivo con la medida que se consigna más abajo de dejar a las CCAA que escojan la manera de reconocer el derecho a las personas sin papeles (lo que rompe la homogenización que se podría buscar con la recentralización en el INSS para otros supuestos).
- 2) La práctica de estos seis años nos demuestra que el INSS prioriza en sus tareas de reconocimiento del derecho las normas de Seguridad Social y de Extranjería a las normas de Sanidad. Esto quiere decir que, a pesar de que con este borrador se entiende que se ha de dar tarjeta sanitaria a las personas que cuentan con permiso de residencia, el INSS podría continuar en su empeño de denegar las tarjetas a personas con permiso de residencia obtenido después de abril de 2012 (cada vez más persona) y que han sido reagrupadas por sus hijos e hijas. La interpretación de la norma que hace el INSS (trasposición que el RD-I 16/2012 hace de la directiva de extranjería 2004/38/ CE) es aún posible con este borrador, como lo ha sido los últimos cuatro años a pesar de que más de 40 sentencias de juzgados de lo social y tribunales superiores de justicia han impugnado al INSS su práctica. Además, nos consta que el INSS usa una vía abierta de comunicación con Delegación de Gobierno en Madrid por la que el INSS avisa a Delegación cuando una persona denuncia por no tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, y así Delegación amenaza a esa persona con la retirada del permiso de residencia por no contar con seguro privado, supuestamente un requisito que tendría que haber cumplido (pero que no le solicitaron) cuando solicitó la residencia. Estas prácticas de venganza, amenaza, y chantaje por querer exigir un derecho son, para nosotras, abuso de poder y violencia institucional en su expresión más dura y represora.
- 3) Solicitamos pues que, junto con la comunicación de la nueva norma que el Ministerio decida aprobar, se requiera al INSS que ceje en su práctica de exclusión.
- 4) En el plano largo, pensamos que apuntalar la relación entre SNS e INSS impide una realización plena de lo estipulado desde 1986: la creación de un sistema sanitario público y universal en el que el derecho emana de la condición de vecino o vecina, y no de la condición laboral. Pensamos que una buena ley de sanidad da autonomía a las CCAA para reconocer el derecho de todas las personas, y no solamente para “gestionar” la asistencia sanitaria segregada de los sin papeles, que es lo que nos parece hace este borrador, mientras que mantiene la centralización en la SS para otros supuestos. En caso de tener que jugar a este doble juego de centralización y descentralización de competencias, que tiene mucho que ver con la historia del estado de las autonomías y del SNS, proponemos lo contrario a lo consignado: protección fuerte y sin fisuras del derecho a la asistencia sanitaria a las personas en situaciones más precarias desde la ley nacional (tarjeta sanitaria para todas las personas sin papeles desde el INSS, que era la tendencia desde la 4/2000) y autonomía de las CCAA para otros aspectos - ampliaciones de cobertura, etc. Es decir, usar el juego centralización-descentralización para apuntalar la universalidad de acceso, no para controlarla o diluirla en la responsabilidad difusa entre brazos y niveles del Estado.

Cuatro. Se modifica el artículo 3 ter que queda redactado en los siguientes términos:

“Artículo 3 ter. Protección de la salud y asistencia sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia en el territorio español.

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles siempre que cumplan los siguientes requisitos:
  - a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, convenios bilaterales y demás normativa aplicable.
  - b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.
  - c) No exista un tercero obligado al pago.

Todo este articulado nos parece un error. Enumeramos las razones.

1. Mantiene la categoría separada para migrantes sin papeles que creó al RD-I 16/2012. Mantiene pues el espíritu de esta ley mucho más que el que se supone es su inspiración, el de la ley de cohesión (ver redacción artículo 3 de la ley de cohesión).

2. La redacción del título es confusa: “personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia en el territorio español”: ¿se refiere a residencia legal? ¿qué quiere decir encontrándose en España? ¿están de paso? ¿están en situación irregular pero de hecho residen aquí?

3. Los requisitos enumerados en el artículo 1, apartados a), b) y c) están redactados de manera negativa, esto es: no se enumera cómo y quién tiene derecho y cómo se le reconoce, sino que se enumera lo que tiene que probar la persona, en situación precaria, también administrativamente, para poder acceder al sistema. Hay una barrera de la prueba entre la persona y el acceso, y son pruebas que están en buena medida fuera del control de la persona. Por ejemplo, la solicitud de un documento que certifique que la prestación sanitaria que se tiene en el país de origen no es exportable, o que acredite que no se tiene cobertura por otra vía, es una barrera casi infranqueable que hemos conocido en situaciones de exclusión compartidas con personas de Rumanía, de Marruecos, de Brasil, de Argentina, e incluso de Italia. Con estos requisitos se pide a las personas en situación administrativa precarizada, y que se han ido de su país de forma irregular, que consigan unos documentos que nadie sabe si se expiden, cómo y quién lo hace. Que demuestren que no tienen cobertura los más pobres y precarios, en lugar de redactarlo de forma que las personas que tienen cobertura muestren los documentos que lo atestigüen. El articulado parece más redactado para intentar frenar un turismo sanitario que, de existir, es de clase media-alta europea, que en garantizar el acceso de personas pobres sin papeles.

4. En las excepciones, desaparece la atención de urgencias con cargo a fondos públicos, algo que hasta el RD-I 16/2012 garantizada sobre el papel. Si con las urgencias garantizadas escritas en la ley se han sucedido, sistemáticamente, las denegaciones y las facturas en los hospitales, ¿qué puede ocurrir ahora cuando ni siquiera aparecen? Consignar esta excepción no sería necesario si la redacción anterior no fuera tan restrictiva, pero dada la redacción negativa de la primera parte de este artículo, nos parece imprescindible dejar claro que todas las personas sin papeles tienen derecho a la atención de urgencia con cargo a fondos públicos

y que todas las personas, aunque tengan cobertura por otra vía, tienen derecho a esa atención primero, y luego a hacer los trámites con su seguro después (ayer mismo en un centro de salud de uno de nuestros compañeros, se le negó la atención de urgencias a una persona que tenía seguro pero no lo llevaba encima).

Desaparece el requisito del padrón, aunque con la redacción de abajo no queda claro que las CCAA no vayan a exigirlo. Lo que hace el borrador es diluir la responsabilidad por ese requisito (la demostración de la residencia) en las CCAA. Y, sin embargo, se incluyen estos requisitos, en la redacción negativa ya comentada.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los menores españoles. Asimismo, las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el postparto.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables, la asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes fuera de los supuestos reconocidos expresamente por la normativa europea.

Cuando de acuerdo con lo previsto en el párrafo anterior se reconozca el derecho a exportar el derecho de asistencia sanitaria, el mismo no podrá ser ejercido superado el período de noventa días naturales a lo largo de cada año natural. .

3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a los extranjeros para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

Dejar que sean las CCAA las que decidan cómo acreditar el acceso de las personas sin papeles es mantener la situación que existe actualmente, en la que todas las CCAA menos dos ya tienen sus maneras de acreditar este acceso. Para esto, no era necesario hacer una ley de universalidad, pues en la actualidad, más allá de lo que se difunda a nivel retórico-mediático, todas las CCAA tienen sus documentos certificativos para sin papeles (tarjetas, documentos, altas informáticas, como Madrid con el alta DAR). Con esta medida, el borrador diluye la responsabilidad que se atribuye en el título (ley de universalidad) en las CCAA y deja libre al juego político-mediático un mandato y un deber institucional tan importante como es asegurar la universalidad del SNS. Esta ley, con esta redacción y en cuanto a acceso de sin papeles, no tiene uso ni recorrido sobre el terreno: en Madrid, la situación quedará igual, o muy similar, a la actual.

En aquellos casos en que las personas extranjeras no hayan superado el período de estancia temporal al que se refiere la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas.

Aclaración, ¿a qué instituciones se refiere? (TS de centros sanitarios, TS del gobierno regional, TS de ayuntamientos, TS colegiadas?)

De nuevo, como ocurría con el padrón, desaparece el requisito de los 90 días para personas sin papeles, pero no se elimina, sino que se diluye la responsabilidad en las CCAA. En Madrid, la

instrucción del alta DAR, la creada para las personas sin papeles, contiene un párrafo similar a este. Sin embargo, en la práctica, este párrafo se interpreta por fuera de la LOEX 4/2000, y se aplica la situación de estancia a personas que nunca están en situación de estancia según la LOEX 4/2000, como son las personas en situación

Irregular, o se asimila la estancia con contar con un padrón con 90 días de antigüedad. Además, se pone por delante esta disposición de extranjería a las disposiciones sobre salud, aplicándose a excepciones como menores y embarazadas, como ya hemos explicado. Les compartimos dos historias relatadas por una TS que participa en Yo Sí, y que compartiremos en breve con el SERMAS, la mesa del Congreso de los Diputados y la prensa.

#### CLAUDIA

*Se pone en contacto con nosotras la Trabajadora Social del Centro Municipal de Salud de Carabanchel. Están atendiendo a una mujer mayor de edad embarazada que quiere realizar una interrupción de embarazo pero no le dan el código DAR en el Centro de Salud de Guayaba.*

*No ha conseguido coordinar el caso con la Trabajadora Social del Centro de Salud, y nos pone en conocimiento la situación de Claudia.*

*Claudia tiene pasaporte y empadronamiento, pero no de tres meses sino de 2, por lo que se niegan a darle ese documento.*

*Tras coordinar el caso con la Trabajadora Social del Centro de Salud, nos dice que lo único que ha conseguido es que le hagan un código TIR y que cuando Claudia vaya a la cita en la Unidad de Interrupción Voluntaria del Embarazo de la calle Sagasta se lo comunique para activarlo y poder conseguir la autorización para la realización de la interrupción del embarazo.*

*Acude el día que nos dicen en Sagasta, el TIR no está activo. Claudia se vuelve a casa con las manos vacías. Hablo con la trabajadora social para ver qué ha pasado, no ha podido activar el TIR para ese día. Vuelvo a pedirle cita a Claudia en Sagasta, se lo vuelvo a decir a la Trabajadora Social. Claudia acude a Sagasta, no les sirve que el TIR esté activo, vuelve a marcharse sin la autorización. Hablo con Sagasta y me dicen que ya se lo han explicado a Claudia, pero que me lo vuelven a contar a mí: como Claudia no tiene 3 meses de empadronamiento, ya que estos los cumpliría a principios de julio, tiene dos opciones, una hacerlo por privado y la otra esperar a cumplir los 3 meses y aunque ya no esté dentro de las 14 semanas que establece la ley para el aborto libre, se le podría realizar un informe psiquiátrico que justifique su interrupción en la semana 20.*

*Finalmente hablo con la dirección de la Clínica para que pueda hacerlo por privado reduciendo la cuota y repartiéndola en varias veces, ya que el nivel de ansiedad que estaba acumulando Claudia la estaba dejando en una situación de vulnerabilidad e indefensión.*

#### ERIKA

*Erika, mujer embarazada mayor de edad. Tiene pasaporte y empadronamiento. Le corresponde el Centro de Salud El Abajón en las Rozas. Acude el 24 de abril para solicitar atención médica y el documento DAR. La primera vez se lo deniegan, diciéndole que no le corresponde. La*

*atienden de urgencia donde le confirman que está embarazada. Acude por la tarde para intentarlo otra vez y de nuevo se lo deniegan.*

*Tras hablar con la Trabajadora Social del Centro de Salud (que no se encuentra allí ubicada, sino en el CS de Pozuelo), le dice a Erika, que en lugar de solicitar el DAR, solicite el DASSE.*

*Erika vuelve por 3ª vez al centro de salud a solicitar el DASSE y se lo deniegan también. Lo único que consigue es que le den cita para el día 12 de junio, para que la vea la ginecóloga en un hueco de una anulación.*

*Cuando hablo con ella el 11 le indico que cuando hable con la ginecóloga, le exponga su situación y le pida por favor que se comunique con Jesús Vázquez Castro (Gerente Adjunto de Asistencia Sanitaria del SERMAS) mediante un mail, para que pueda resolver el problema del DASSE. La ginecóloga, previo a esto, le hace un reconocimiento, descubriendo que la bolsa gestacional está vacía, y le manda un traslado urgente al Hospital Puerta de Hierro, para que le hagan un legrado de urgencia.*

*La ginecóloga le informa que si no la llega a atender podría haber sufrido una grave infección. Refiriendo ser ella la que ponga la reclamación.*

*Se comunica la evolución de todo el caso a la Trabajadora Social del Centro de Salud.*

4. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.

**Artículo 2.** *Modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.*

Se añade un nuevo párrafo e) al apartado 5 del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, con la siguiente redacción:

“e) Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, aportarán un 40% del PVP.”

**¿Cuál es el criterio para fijarlo en un 40%, cuando las personas sin papeles no pueden trabajar y tienen en su mayoría muy bajos ingresos?**

Disposición adicional única. Asistencia sanitaria para españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente a España y para los familiares de los anteriores que se establezcan con ellos o les acompañen.

En relación con la asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud, para los españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a España, así como para los familiares que les acompañen, seguirá siendo de aplicación lo dispuesto en la disposición adicional primera del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con

cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, y en el artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados.

La exclusión de las personas residentes en el exterior y desplazadas temporalmente a España cuelga de otras leyes que, de no ser modificadas, seguirán teniendo los mismo efectos: la exclusión de personas en trabajos precarios y en situación de desempleo. Ver Ley 22/2013, de 23 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 , Ley 25/2015 de Segunda Oportunidad y “Emigrar Sin Derechos”, de Marea Granate Sanidad: <http://mareagranate.org/2016/12/2016-seguimos-emigrando-sin-derechos-sanitarios/>

Por ejemplo, texto de “Fabricando Estrellas de Colores” (carta al director, El País), de Marián López Fernández Cao, que se podría escribir a día de hoy con el borrador del gobierno.

Madrid 7 MAR 2014 - 00:00 CET

*Mi marido está parado, desde hace dos meses, tras 27 años de trabajo ininterrumpido y cotizado a la Seguridad Social. Mi hijo de nueve años va a hacer un viaje al extranjero con el colegio y, como todos los años, solicitamos vía Internet la tarjeta sanitaria europea. Al dar error, mi marido llama a la Administración y le comunican que, como está parado, no tiene derecho a solicitarla vía electrónica y debe personarse en las oficinas. Allí le comunican que nuestro hijo no tiene derecho a tarjeta, sino a un papel “que vale igual”, pero que difiere en forma y contenido de las tarjetas europeas. Él pregunta si conviene que se ponga una estrella en la solapa de algún color —él y toda la familia— para ser reconocidos desde lejos. Además de la humillación personal que supone no tener derecho a tramitar peticiones por vía electrónica solo por el hecho de estar parado, creo que, como ciudadanos y padres de un menor, se están vulnerando varios derechos fundamentales. Nuestros y de nuestros hijos. Ya no solo porque se nos da un trato desigual, discriminatorio y humillante a los parados solo por el hecho de serlo, sino también porque se produce una vulneración de datos: el colegio de mi hijo no tiene por qué saber nuestro estado laboral, pero ha habido que informar para explicar porqué su tarjeta sanitaria no es como las demás.*

*Espero que nuestro hijo no tenga que necesitar “el papel”. Cuando vuelva, les contaré. Mientras tanto, voy fabricando estrellas en varios colores para ver cuál es la que elige para nosotros este Gobierno responsable de velar por la igualdad, la democracia, el bienestar y la ética política.— Marián López Fernández Cao.*

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan, contradigan o resulten incompatibles con lo dispuesto en este real decreto-ley.

En particular, quedan derogados los artículos 2, 3, 4, 5, 6, 7, y 8 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

¿Por qué se mantiene entonces la redacción del RD-I 16/2012 en su modificación del artículo 3 de la Ley de Cohesión?

Disposición final primera. *Habilitación normativa.*

Se habilita al Gobierno para aprobar las disposiciones necesarias para el desarrollo y aplicación de lo previsto en este real decreto-ley.

Disposición final segunda. Lista de espera de trasplantes.

Mediante Orden de la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social se establecerán los requisitos y período mínimo para que las personas extranjeras a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, puedan acceder a la lista de espera de trasplantes.

De nuevo, como con el padrón y con los 90 días, el requisito de tener que contar con dos años de residencia para entrar en la lista de espera de transplante (que era lo que figuraba en la redacción del primer borrador) se elimina de la redacción por las críticas que despertó en las reuniones. Pero esta eliminación se traduce en indefinición, y no en toma de posición: la decisión se deja para más adelante y se traslada de la ley a una norma menor no especificada.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

Este real decreto-ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.

BORRADOR