



SIN TARJETA, NO HAY DERECHO

Impacto en derechos humanos de la
reforma sanitaria en Castilla-La Mancha
y en la Comunitat Valenciana

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Publicación a cargo de:
© Amnistía Internacional España

C/ Fernando VI, 8 – 1º izda
28004 Madrid
Tel.: 902 119 133
Fax: 91 319 53 34
www.es.amnesty.org

Fecha de publicación: 16 de abril de 2015

Fotografía de portada y contraportada: Inmigrantes sostienen pancartas contra la reforma sanitaria del Gobierno que ha hecho que cientos de miles de personas se hayan visto excluidas de la atención sanitaria gratuita en España. © AP Photo/Andres Kudacki
Resto de fotografías: © Amnistía Internacional

© Reservados todos los derechos. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

Este informe puede descargarse en: www.es.amnesty.org

Amnistía Internacional es un movimiento global de más de siete millones de personas que trabajan por un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo Gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. LA REFORMA SANITARIA VULNERA EL DERECHO A LA SALUD	6
3. IMPACTO EN DERECHOS HUMANOS DE LA REFORMA SANITARIA EN CASTILLA-LA MANCHA	12
4. IMPACTO EN DERECHOS HUMANOS DE LA REFORMA SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA	18
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	25

1. INTRODUCCIÓN

El derecho humano a la salud está siendo vulnerado en España. Desde el 1 de septiembre de 2012, cientos de miles de personas se han visto excluidas de la atención sanitaria gratuita en España. Ese día entró en vigor un Real Decreto-ley (RDL),¹ que puso fin a la universalidad del derecho a la salud, y que exige a las personas inmigrantes en situación irregular, salvo algunas excepciones, pagar para recibir asistencia sanitaria, incluida la primaria.

Desde entonces, Amnistía Internacional y otras organizaciones y movimientos sociales han denunciado que el RDL vulnera el derecho a la salud de muchas mujeres y hombres migrantes que viven en España.

En concreto, en el informe [“El laberinto de la exclusión sanitaria”](#) (julio de 2013), Amnistía Internacional analizó el impacto del RDL en el acceso y disfrute del derecho a la salud de las personas en las Islas Baleares, y denunció el carácter discriminatorio y regresivo de la reforma sanitaria. Asimismo, en dicho informe se denuncia una serie de irregularidades administrativas (como emisión de compromisos de pagos para personas atendidas en urgencias, incumpliendo inclusive el mismo RDL) que dejaba sin asistencia sanitaria todavía a más inmigrantes. Además, la organización expresó su preocupación por el posible efecto disuasorio que estas prácticas podían tener en personas migrantes en situación irregular, al hacerlas desistir de acudir a los hospitales o centros de salud.

A pesar de que a la organización le consta que el número de irregularidades denunciadas ha disminuido en Baleares, Amnistía Internacional sigue preocupada por la aplicación del RDL, que puede seguir teniendo un impacto negativo sobre el derecho a la salud de las personas migrantes.

Lamentablemente, estas preocupaciones no se quedan en números o estadísticas, sino que están afectando a personas, y de manera especial a las mujeres. Partiendo de cinco historias ilustrativas de un problema más extendido, este documento pone de manifiesto la exclusión sanitaria provocada por la reforma sanitaria de 2012 en dos de las comunidades autónomas donde la organización ha encontrado graves motivos de preocupación: Castilla-La Mancha y la Comunitat Valenciana.

Como se explicará más adelante, Amnistía Internacional considera que la reforma sanitaria es contraria a estándares internacionales de derechos humanos que España está obligada a cumplir. Así lo han constatado también numerosos mecanismos de protección de derechos humanos de Naciones Unidas y del Consejo de Europa que han instado al Gobierno español a reformar el RDL y a garantizar la universalidad de la atención sanitaria. Hasta la fecha, el Gobierno ha hecho caso omiso a estas recomendaciones, amparándose en el argumento de la situación económica del país y en la necesidad de adoptar medidas que pongan fin al fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria.

Al cierre de este informe, el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en declaraciones a medios de comunicación, ha anunciado que las personas migrantes en situación irregular volverán a tener acceso a la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y que esta medida será concretada en el marco del Consejo Interterritorial del SNS.

Amnistía Internacional, a la espera de que el Gobierno aporte mayor precisión sobre el anuncio y las medidas en las que se concretará, considera que es un paso en la dirección correcta. Sin embargo, la organización

¹ 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”.

considera esencial que el Gobierno adopte medidas legislativas, en concreto, la reforma del RDL, que proteja el acceso a la atención primaria como un derecho. La organización ha reiterado en diversas ocasiones que la atención primaria es fundamental para la detección de mujeres víctimas de violencia de género, la identificación de posibles víctimas de trata o la prevención de enfermedades que pueden poner en grave riesgo la salud.

Asimismo, y en el contexto de este anuncio, la organización desea recordar las recomendaciones realizadas a España por numerosos mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que han pedido al Gobierno que restablezca la universalidad del derecho a la salud.

Amnistía Internacional espera que las preocupaciones contenidas en este informe sean tenidas en cuenta por las autoridades a la hora de definir las nuevas medidas que tendrán un impacto en el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular.

Por último, la organización reconoce el papel que desempeña gran parte del sector médico sanitario y de las organizaciones y movimientos sociales que han acompañado a las personas que han quedado fuera de la atención sanitaria gratuita para que sigan teniendo acceso al disfrute del derecho a la salud.

NOTA SOBRE LA METODOLOGÍA

Para la redacción de este informe, Amnistía Internacional mantuvo encuentros con Médicos del Mundo en Toledo y en Valencia, con personal sanitario de varios centros de salud y hospitales en la provincia de Toledo, con una organización de inmigrantes ubicada en Toledo, personal técnico para conocer los programas informáticos utilizados en el sistema público de salud de Castilla-La Mancha (Sescam), trabajadoras sociales en la provincia de Toledo, Jo Sí Sanitat Universal València, Valencia Acoge, y la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Amnistía Internacional también visitó un hospital de Toledo y un centro de salud de Valencia. En ambos casos se entrevistó con personal sanitario y administrativo y usuarios, y fue informada sobre el procedimiento administrativo e informático que se aplica cuando acude una persona sin tarjeta sanitaria a urgencias o a la atención primaria.

Previamente, Amnistía Internacional se había dirigido en diversas ocasiones a las autoridades de Castilla-La Mancha y, en marzo de 2013, mantuvo una reunión con el director general de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

En la Comunitat Valenciana, Amnistía Internacional ha trasladado sus preocupaciones a las autoridades acerca de la reforma sanitaria.

2. LA REFORMA SANITARIA VULNERA EL DERECHO A LA SALUD

Amnistía Internacional considera que la reforma sanitaria de 2012 es discriminatoria y regresiva, y vulnera los estándares internacionales de derechos humanos de obligado cumplimiento para España.

EL DERECHO A LA SALUD HUMANA

Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Así lo proclaman el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por España en 1977. El derecho a la salud está también reconocido en otros tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, o la Carta Social Europea de 1961, todos ellos ratificados por España.

Los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el igual acceso de todas las personas a los servicios de salud paliativos, preventivos y curativos, incluidas las personas migrantes en situación administrativa irregular. El derecho internacional exige que los Estados se abstengan de imponer prácticas discriminatorias en relación con el derecho a la salud.² La atención sanitaria es un medio imprescindible para preservar la dignidad humana, y toda legislación o práctica que deniegue el derecho a la asistencia médica en el territorio de un Estado Parte a nacionales extranjeros, incluso cuando se encuentren allí de forma ilegal, es contraria al derecho internacional de los derechos humanos.³

Forma parte del contenido esencial del derecho a la salud que los establecimientos, bienes y servicios de salud han de estar al alcance de todas las personas, sin discriminación y sin que recaigan gastos o cargas desproporcionadas sobre las personas o los colectivos más vulnerables.⁴

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover mejor la salud de la mujer y del hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.⁵

LA REFORMA SANITARIA DE 2012: EL REAL DECRETO-LEY 16/2012

El RDL introdujo cambios importantes en el Sistema Nacional de Salud. El RDL crea las condiciones de “asegurado” y “beneficiario”, de las que excluye a las personas migrantes en situación administrativa irregular,

² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (Comité DESC), Observación General nº 14: El derecho a la salud, párrafo 34.

³ Comité Europeo de Derechos Sociales, Caso nº 14/2013, FIDH c. Francia, Decisión sobre el fondo, de 8 de septiembre de 2004, párrafos 31-32.

⁴ Comité DESC, Observación General nº 14, párrafo 12.

⁵ Comité DESC, Observación General nº 14, párrafo 20.

salvo en tres supuestos: 1) situaciones de urgencia hasta el alta médica; 2) embarazo, parto y postparto; y 3) atención sanitaria a menores de edad.

Posteriormente, y después de una gran oposición mostrada por diferentes sectores, incluido el médico sanitario, el Gobierno adoptó el Real Decreto 1192/2012 de 3 agosto, que extiende la protección a personas solicitantes de protección internacional (asilo) y a víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.

Para todos los demás supuestos, la norma prevé la creación de “convenios especiales” que pueden ser desarrollados por las comunidades autónomas, y cuya suscripción y pago de la cuota establecida permite beneficiarse a los asegurados y beneficiarios de la atención sanitaria en el servicio público de salud en igualdad de condiciones, con la excepción de los medicamentos, que no están cubiertos por el convenio especial.

El Real Decreto 576/2013 de 26 de julio establece, como requisitos para suscribir los convenios, el acreditar la residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial, estar empadronado en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial, y no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que, en dicha materia, hayan sido suscritos por España con otros países. En este último caso, la posibilidad de que las personas deban viajar al país de origen para obtener el certificado de exportación de la asistencia sanitaria puede constituir en sí mismo un obstáculo al acceso a la salud, como se observa en el caso de Ismael y Rosa, incluido en el apartado referido a Castilla-La Mancha.

La cuota mínima mensual para la suscripción de los convenios especiales es de 60 euros para las personas menores de 65 años y de 157 euros para los mayores de esa edad.⁶ Estas cantidades pueden constituir una barrera económica en el acceso a la salud para muchas personas.

Según fuentes oficiales, la reforma de 2012 dejó sin tarjeta sanitaria a 748.835 personas, aunque el Gobierno ha proporcionado datos contradictorios a este respecto.⁷ El Gobierno central ha reconocido en sede parlamentaria que tan sólo 730 personas se han acogido al convenio especial.⁸

EL CARÁCTER REGRESIVO Y DISCRIMINATORIO DE LA REFORMA

Amnistía Internacional considera que el Gobierno central y las comunidades autónomas que aplican el RDL están adoptando medidas regresivas y discriminatorias contrarias al derecho internacional de derechos humanos.

Es regresiva porque el RDL supone un retroceso en la universalidad del acceso al derecho a la salud, que antes de la reforma estaba reconocida en la ley.⁹ Además, el Gobierno debió realizar y publicar una evaluación de impacto antes de introducir la reforma, con el fin de prever los efectos directos e indirectos sobre el derecho a la salud, especialmente sobre las personas y colectivos más vulnerables. Tras la implantación del RDL, ni el Gobierno ni el resto de poderes públicos han realizado evaluaciones de impacto desagregadas que permitan conocer el impacto

⁶ Las condiciones generales de los convenios especiales aparecen en el Real Decreto 576/2013, de 26 de junio. El contenido y procedimiento aparece en la Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio (BOE nº 190), y el modelo de suscripción se regula por la Resolución de 30 de septiembre de 2014 del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE nº 243).

⁷ Respuesta parlamentaria al diputado Jon Iñárritu 184/029780, BOCG, Congreso de los Diputados Núm. D-387 de 14 de enero de 2014, p. 445. En el Programa Nacional de Reformas del Reino de España (abril de 2013), el Gobierno había cifrado la cantidad en 873.000 personas.

⁸ Respuesta parlamentaria al diputado Guillem García Gasulla, 184/066989, BOCG. Congreso de los Diputados Núm. D-646 de 14 de abril de 2015, p. 397.

⁹ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

real de la reforma en el derecho a la salud de las mujeres y hombres migrantes que se han visto excluidos. El Gobierno central no ha demostrado que haya utilizado el máximo de recursos disponibles antes de adoptar esta reforma. El propio Tribunal Constitucional ha subrayado en dos oportunidades que el eventual ahorro económico motivado por el RDL no ha sido concretado por el Gobierno español.¹⁰

La reforma sanitaria es contraria a los estándares internacionales de derechos humanos porque impide a las personas migrantes en situación irregular acceder a la atención primaria gratuita, que forma parte del contenido mínimo y esencial del derecho a la salud.¹¹ La atención primaria, además, es fundamental para la detección de la violencia de género, así como una vía de identificación de víctimas de trata.

Es discriminatoria porque afecta desproporcionadamente a las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular. El RDL no respeta la necesaria proporcionalidad de las medidas regresivas. El hecho de aplicar tarifas significativamente más altas para la asistencia sanitaria según la condición administrativa constituye una discriminación prohibida por los estándares internacionales de derechos humanos.

CASO OMISO A LOS ÓRGANOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS: LA PERSISTENTE NEGATIVA A MODIFICAR EL RDL

Desde la aprobación del RDL, diversos mecanismos internacionales de derechos humanos han mostrado su preocupación por la reforma sanitaria y el impacto sobre las personas migrantes.¹² El Gobierno, sin embargo, ha dado la espalda a las recomendaciones de Naciones Unidas y del Consejo de Europa.

¹⁰ A través de los Autos 239/2012, de 12 de diciembre, y 114/2014, de 8 de abril, el Tribunal Constitucional levantó la suspensión de las normativas vasca y navarra, respectivamente, que habían sido recurridas por el Gobierno central.

¹¹ Comité DESC, Observación General nº 14, párrafo 43.

¹² Comité DESC, Relator Especial sobre Formas Contemporáneas de Racismo, Relator Especial sobre Derecho a la Salud, Relator Especial sobre Derechos de Personas Migrantes, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, Relatora Especial sobre Extrema Pobreza, Relatora Especial sobre Trata de Personas, en especial, Mujeres y Niñas, Experto Independiente sobre Efectos de la Deuda Externa y otras Obligaciones Financieras sobre los Derechos Humanos, Grupo de Trabajo sobre la Discriminación Contra las Mujeres en la Ley y en la Práctica, Comité de Derechos Sociales del Consejo de Europa, y Examen Periódico Universal.

PREOCUPACIÓN ENTRE LOS MECANISMOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

“El Comité recomienda al Estado parte asegurar que (...) las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal”.

Comité DESC, Observaciones Finales sobre España, mayo de 2012, párrafo 19 (E/C.12/ESP/CO/5).

“La legislación adoptada, como parte de las medidas de austeridad económica, para restringir el acceso a la asistencia sanitaria, es también una novedad lamentable. (...) El Relator Especial lamenta profundamente las reformas introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012”.

Relator Especial de la ONU sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia. Informe de la visita a España, junio de 2013, párrafos 37 y 72 (A/HRC/23/56/Add.2).

“Al Comisario le preocupa que, a pesar de que los niños inmigrantes sigan beneficiándose de una atención sanitaria gratuita, las ONG hayan señalado casos en los que a niños migrantes cuyos padres están indocumentados se les deniega en reiteradas ocasiones el acceso a una tarjeta sanitaria o la atención sanitaria”.

Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa. Informe de la visita a España, octubre de 2013, párrafo 21 (CommDH(2013)18).

Si se mantiene el Real Decreto-ley 16/2012 en vigor, el Estado no podrá *“mostrar en el próximo ciclo que la situación es conforme con la Carta [Social Europea]”.*

Comité Europeo de Derechos Sociales, Conclusiones sobre España, enero de 2014, p. 14.

“España tiene obligaciones positivas en materia de acceso a la atención sanitaria, incluidas obligaciones para con los migrantes, independientemente de su situación jurídica. (...) El Gobierno argumenta que el Real Decreto 16/2012 no es discriminatorio porque trata la legalidad de residencia en el país y no el origen nacional. Este argumento refleja una percepción errónea del principio de no discriminación”.

Relatora Especial de la ONU sobre Extrema Pobreza y Derechos Humanos, nota de prensa de 29 de abril de 2014.

“Los migrantes en situación irregular ya no están cubiertos por el sistema de salud universal, con ciertas excepciones. Se nos ha señalado que esto tiene un impacto desigual sobre las mujeres migrantes, ya que aquellas que no pueden costearse el seguro se verán privadas de la atención en los servicios médicos que son un medio valioso para la detección de la violencia de género”.

Grupo de Trabajo de la ONU sobre Discriminación Contra las Mujeres en la Ley y en la Práctica. Declaración tras la visita a España, 19 de diciembre de 2014.

En el Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre España, de enero de 2015, nueve Estados recomendaron a España garantizar el derecho al más alto nivel de protección de la salud a la luz del derecho internacional de los derechos humanos sin discriminación. El Gobierno español ha anunciado que no acepta estas recomendaciones.¹³

¹³ Argelia, Brasil, India, Macedonia, Moldavia, Nicaragua, Noruega, Tailandia y Uruguay. (Doc. ONU: A/HRC/WG.6/21/L.5, 23 de enero de 2015).

Desde la aprobación del RDL se han presentado al menos cuatro iniciativas legislativas en el Congreso de los Diputados para restablecer y/o garantizar la universalidad del derecho a la salud. Todas ellas han sido rechazadas por el grupo mayoritario en el Congreso.¹⁴ A pesar de las críticas y recomendaciones de mecanismos internacionales de protección de derechos humanos, de las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo y de la oposición de parte de la sociedad civil y del sector sanitario,¹⁵ por el momento el Gobierno central se ha negado a garantizar el derecho humano a la salud, poniendo con ello fin a la exclusión generada por la reforma sanitaria. Únicamente ha anunciado que las personas podrán acceder a la atención primaria, pero sin mayor concreción.

Asimismo, el Gobierno intentó limitar la implementación de normativa que garantizaba la universalidad del derecho a la salud adoptada por el País Vasco y Navarra a través de sendos recursos de inconstitucionalidad que fueron planteados con posterioridad a haber recibido ya recomendaciones internacionales de reforma del RDL.

Por último, Amnistía Internacional desea destacar que, desde la adopción del RDL, el Gobierno no ha dado respuesta a las reiteradas peticiones de reunión solicitadas por la organización para debatir los impactos en derechos humanos de la reforma sanitaria.

LA DISTINTA RESPUESTA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La Constitución Española proclama el derecho a la salud en el artículo 43 y configura la sanidad como una materia sobre la que las comunidades autónomas pueden desarrollar sus competencias, y así se recoge en los distintos estatutos de autonomía.

Las comunidades autónomas han respondido de distinta forma a la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012. Algunas han desarrollado sus propios programas o sistemas para ampliar la cobertura contemplada por el RDL (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Catalunya, Extremadura, Galicia o Comunitat Valenciana), aunque en algunas, como la Comunitat Valenciana, estos programas cubren a un número limitado de personas, como se mostrará en este documento.

En otros casos, han elaborado su propia normativa (País Vasco y Navarra), y algunas comunidades han interpuesto recursos ante el Tribunal Constitucional contra el Real Decreto-ley (Andalucía, Asturias, Catalunya, Canarias, País Vasco y Parlamento de Navarra).¹⁶

Finalmente, otras comunidades autónomas han decidido aplicar el RDL, regulando en algunos casos su aplicación mediante instrucciones o circulares administrativas (es el caso de Madrid, Islas Baleares y Castilla-La Mancha).

¹⁴ BOCG nº 79-1, de 29 de junio de 2012; 85-1, de 20 de julio de 2012; 170-1, de 21 de febrero de 2014; y 214-1, 13 de febrero de 2015.

¹⁵ Entre otras referencias, Defensor del Pueblo, *Informe Anual 2014-2015*, pp. 297-301; Defensor del Pueblo y Defensorías autonómicas, *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y garantías de los pacientes*, 2015, pp. 44-49.

¹⁶ Amnistía Internacional (julio de 2013), *El laberinto de la exclusión sanitaria*, pp. 17-18. Médicos del Mundo (abril de 2014), *Dos años de reforma sanitaria: Más vidas humanas en riesgo*. Además, en diciembre de 2013, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó proporcionar asistencia sanitaria en casos de enfermedades infecciosas “que supongan un riesgo para la salud pública en base a la probabilidad de que se produzca un evento que pueda afectar adversamente a la salud de la población”, sin atender a la situación administrativa de las personas enfermas. Es decir, en estos casos la asistencia sanitaria pasa de ser un derecho humano a ser un mero instrumento para evitar el contagio de enfermedades.

Amnistía Internacional ha tenido conocimiento de alegaciones de irregularidades en la aplicación del RDL, que se han producido en la mayoría de las comunidades autónomas en menor o mayor medida, tales como el cobro de servicios de urgencias o la denegación de acceso a la atención sanitaria de personas que están cubiertas por el RDL. Estos incumplimientos de la normativa encuentran su origen en la falta de información adecuada y del caso administrativo, que persisten tres años después de la entrada en vigor de la reforma sanitaria. Asimismo, en algunas comunidades autónomas que han mostrado su rechazo al RDL, se han establecido criterios para acceder a la atención sanitaria, tales como el empadronamiento previo, que va desde los tres meses en el caso de Cataluña hasta un año exigido por el País Vasco o Canarias, o la escasa capacidad económica de las personas, que aún adoptados en el marco de programas o legislaciones que intentan minimizar los efectos del RDL, pueden constituir barreras en el acceso al derecho a la salud.

Esta aplicación dispar provoca soluciones dispares. Amnistía Internacional recuerda que la obligación de no vulnerar el derecho a la salud compete a todas las autoridades del Estado y España no puede escudarse en sus disposiciones u organización territorial para incumplir con las obligaciones adquiridas como Estado con el respeto de los derechos humanos.

3. IMPACTO EN DERECHOS HUMANOS DE LA REFORMA SANITARIA EN CASTILLA-LA MANCHA

“Antes el médico nos atendía sin problemas. Pero un día se jubiló y llegó uno nuevo que ya no quiere atenderme”.

Rahma, mujer inmigrante marroquí en situación irregular.

“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”, José Ignacio Echániz, consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Junta de Castilla-La Mancha.¹⁷

Castilla-La Mancha sigue una política de aplicación rigurosa del RDL, sin desarrollar ningún tipo de programa para extender la atención sanitaria más allá de lo previsto por el RDL. Los centros de salud y hospitales de la comunidad autónoma no siguen un procedimiento único a la hora de atender a personas migrantes en situación irregular, lo cual puede tener un efecto negativo en su disfrute del derecho a la salud. Algunos centros sanitarios han seguido prestando asistencia sanitaria en atención primaria, mientras que otros derivan a urgencias hospitalarias.

Amnistía Internacional ha podido identificar diversas preocupaciones sobre el derecho a la salud en Castilla-La Mancha que se analizan a continuación.

EXCLUSIÓN SANITARIA: LA APLICACIÓN DEL RDL

Se desconoce el número de tarjetas sanitarias que se han retirado en Castilla-La Mancha, así como el número de personas migrantes que han dejado de recibir atención sanitaria.

A diferencia de otras comunidades autónomas, Castilla-La Mancha no ha desarrollado ningún tipo de programa para extender la atención sanitaria más allá de lo previsto por el RDL, ni siquiera para personas con bajos recursos.¹⁸ Tampoco hay programas específicos para enfermedades infecto-contagiosas.

¹⁷ El Mundo (24 de abril de 2012): <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/04/24/espana/1335255485.html>

¹⁸ El Gobierno destacó que todas las personas sin recursos y sin cobertura sanitaria son atendidas cuando lo precisen por las Comunidades Autónomas. Carta de respuesta del Gobierno, de 24 de enero de 2014, a una carta de alegación firmada por cinco mecanismos de protección de derechos humanos de Naciones Unidas en la que mostraban su preocupación por el RDL 16/2012. Disponible en: https://spdb.ohchr.org/hrdb/25th/Spain_24.01.14_%284.2013%29.pdf

Por ejemplo, el RDL garantiza la asistencia sanitaria en urgencias hasta el alta médica, independientemente de la condición administrativa. Sin embargo, según pudo saber Amnistía Internacional, en Castilla-La Mancha las personas migrantes excluidas por el RDL no pueden solicitar una cita para hacer seguimiento de la patología identificada en urgencias o en atención primaria, lo que impide la debida continuidad asistencial en la atención sanitaria, y puede poner en riesgo el derecho a la salud de las personas. En la práctica, la atención finaliza con el alta de urgencias, que no tiene por qué coincidir con el momento de resolución del problema que dio lugar a la urgencia en primer lugar. Esto constituye, en la práctica, otra forma de exclusión sanitaria. Esta falta de continuidad asistencial y las posibles consecuencias en el estado de salud de las personas han sido objeto de preocupación por parte de la Defensora del Pueblo.¹⁹

Amnistía Internacional ha documentado casos como los de Ismael, Rosa y Aïcha, que se verán más adelante, que ilustran claramente cómo la aplicación del RDL expone a personas migrantes en situación irregular a no recibir asistencia sanitaria gratuita, poniendo en riesgo su salud.

CAOS ADMINISTRATIVO E INCUMPLIMIENTO DEL RDL

Los centros de salud y hospitales de Castilla-La Mancha no siguen un procedimiento único a la hora de atender a personas migrantes en situación irregular. En numerosas ocasiones, esto genera un caos administrativo y provoca situaciones de incumplimiento del RDL, pudiendo tener un efecto negativo adicional en su disfrute del derecho a la salud.

Algunos centros sanitarios han seguido prestando asistencia sanitaria en atención primaria, mientras que otros derivan ese tipo de casos a las urgencias hospitalarias. Aunque la atención de urgencias debería estar garantizada en todos los casos (según el RDL), algunos hospitales han enviado facturas o avisos de su envío próximo a personas migrantes que han sido atendidas en urgencias. Aunque no parece ser una práctica sistemática, la emisión de este tipo de facturas vulnera claramente el RDL y las obligaciones de España en materia del derecho a la salud, que exigen que se garantice la asistencia sanitaria en situaciones de urgencias en todos los casos y a todas las personas con independencia de su situación administrativa. Amnistía Internacional también ha podido constatar que, en ocasiones, se han emitido cartas de compromiso de pago en el mismo momento de la atención de urgencia. La emisión de esos compromisos de pago y facturas constituyen un claro incumplimiento del RDL, convirtiéndose en barreras adicionales al acceso a la asistencia sanitaria.

Según la información recibida por Amnistía Internacional, cuando organizaciones como Médicos del Mundo han presentado quejas ante los hospitales por la emisión de estas facturas, las sucesivas cartas de pago han dejado de llegar. En palabras de una trabajadora social de un centro de salud: *“Tienen que ir con gente de Médicos del Mundo para tener éxito. Si van solas, no hay nada que hacer. Fue ir con la mediadora intercultural de Médicos, y no hizo falta ni hablar”*.

Amnistía Internacional considera que la emisión de estas facturas y compromisos de pago debe cesar inmediatamente y recuerda a las autoridades sanitarias que el cumplimiento de la legislación y el respeto a los derechos humanos no puede depender de la presencia o no de organizaciones de la sociedad civil.

¹⁹ Defensor del Pueblo, Informe anual 2014-2015, pp. 297-301

FALTA DE INFORMACIÓN

La falta de información en relación a la normativa a aplicar y los derechos que las personas ostentan, afecta tanto al personal sanitario como a las personas migrantes. A pesar de la existencia de instrucciones internas, personal sanitario y trabajadores sociales señalaron a Amnistía Internacional que la información les llega más a través de las organizaciones sociales que del propio servicio de salud de Castilla-La Mancha.

Por otro lado, las personas migrantes carecen de información. Según los testimonios recogidos por Amnistía Internacional, el llamado “convenio especial” es algo de lo que algunas personas han oído hablar pero nadie sabe exactamente en qué consiste. La organización no conoció a nadie que se hubiera acogido o conociera a alguien que se hubiera acogido al convenio especial previsto por el RDL.

La organización recuerda que las autoridades están obligadas a garantizar el derecho a la información adecuada para toda la población, incluidas las personas migrantes en situación irregular.²⁰

EFFECTO DISUASORIO

A pesar de la falta de información, muchas personas migrantes han visto o han oído hablar de las facturas y de los compromisos de pago. En ocasiones, esto ocurre en la misma recepción del centro sanitario o del hospital, lo cual acrecienta el temor a acudir a los mismos.

Amnistía Internacional ha recogido diversos testimonios que dan cuenta de cómo la resistencia o el temor de las personas migrantes a acudir a un centro sanitario está condicionado por la buena o mala experiencia con el médico o el personal de administración en el centro de salud. Una de las personas entrevistadas por Amnistía Internacional describió su caso: *“Antes el médico nos atendía sin problemas. Pero un día se jubiló y llegó uno nuevo que ya no quiere atenderme”*.

El potencial efecto disuasorio de las prácticas de facturación y compromisos de pago o de atención, dependiendo del personal médico o de administración, preocupa a Amnistía Internacional, al igual que el alcance e impacto de estas prácticas en el número de personas que acuden al médico. Las autoridades de Castilla-La Mancha, como parte de su obligación de evaluar el impacto de la reforma, deberían evaluar también si ha habido variaciones en la frecuencia de consultas a los centros sanitarios y hospitales, y analizar desde una perspectiva de género, el potencial impacto diferenciado que la reforma sanitaria pueda tener en las mujeres.

El personal médico sanitario en ocasiones también pueden enfrentarse a consecuencias negativas, incluyendo eventuales sanciones por asistir a personas excluidas de la atención sanitaria. Amnistía Internacional pudo leer la carta remitida por la Gerencia de Atención Primaria a un facultativo advirtiéndole de las sanciones en las que podría incurrir en el caso de que proporcionara atención sanitaria a personas migrantes más allá de lo previsto en el RDL. Amnistía Internacional considera que los profesionales del sector sanitario que siguen proporcionando atención a personas migrantes, independientemente de su condición administrativa, son defensores del derecho humano a la salud y no deberían sufrir represalias por ello.

²⁰“El acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (Comité DESC, Observación General nº 14, 2000, párrafo 11).

A pesar de este tipo de avisos, muchos sanitarios no están dispuestos a aplicar una normativa que consideran discriminatoria y contraria al juramento hipocrático. Su actitud evita afortunadamente que el problema se agudice aún más, aunque algunos lamentan que *“así parece que es menos grave de lo que es”*.

La realidad es que estas preocupaciones presentes en Castilla-La Mancha afectan a muchísimas personas migrantes de distinta manera. Las historias que se relatan a continuación dan testimonio de las distintas dimensiones que plantea la exclusión sanitaria, desde la ausencia de un diagnóstico claro, a situaciones con una clara afectación a la salud.

La honda preocupación que suscita puede entenderse mejor a través de las voces y las historias de personas concretas.

ISMAEL CANCINO Y ROSA AZÓCAR

“Con la burocracia han estado jugando con la vida de mis padres”, Patricio, hijo de Ismael y Rosa.



Ismael tiene 82 años y Rosa, 83. Tienen nacionalidad chilena y viven con su hijo Patricio en Palomeque, a medio camino entre Toledo y Madrid, desde 2003.

Patricio está desempleado desde 2012 y no cobra ningún tipo de subsidio. Sus padres tampoco tienen ingresos.

Patricio llegó a España en 2001 y tiene permiso de residencia permanente. Ismael también tiene permiso de residencia permanente y, en el momento de redactar este documento, Rosa todavía no. Las autoridades sanitarias de Castilla-La Mancha les quitaron las tarjetas

sanitarias porque Ismael y Rosa no tienen el certificado de exportación de la asistencia sanitaria de Chile.²¹

“En el Consulado nos dijeron que tendríamos que viajar a Chile para reclamarlo. Y no podemos”. Y en España no les daban ninguna solución. Al no haber presentado este certificado, en aplicación del Real Decreto-ley 16/2012, Ismael y Rosa se han visto excluidos de la atención sanitaria. En opinión de Patricio: “con la burocracia han estado jugando con la vida de mis padres”.

Informes médicos señalan que Ismael tiene artrosis generalizada, migrañas, síndrome depresivo, hipertensión arterial y una enfermedad vascular, posiblemente relacionada con el ictus que tuvo en 2010. Rosa, por su parte, tiene hipertensión arterial, alzhéimer, enfermedad de Parkinson, artrosis y diabetes, que le genera infecciones urinarias y problemas de funcionamiento de los riñones.

²¹ España y Chile tienen suscrito un tratado internacional que permite exportar la asistencia sanitaria para nacionales de un país residentes en el. Disposición Adicional Segunda 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.

Hasta 2012 Ismael y Rosa tenían tarjeta sanitaria, pero con la entrada en vigor del RDL les dijeron en el centro sanitario que ya no podían atenderles más. Según indicaron a Amnistía Internacional, el médico les señaló que, a partir de ese día, cuando se sintieran mal tendrían que ir a urgencias al hospital de Toledo que está a 40 kilómetros de distancia.

Así lo han estado haciendo los últimos dos años hasta marzo de 2015. Cuando lo necesitaban, Patricio llevaba y traía a sus padres en coche al Hospital Virgen de la Salud de Toledo. No tenían derecho a consulta con un geriatra o con cualquier otro especialista. El 23 de septiembre de 2014 ambos fueron atendidos en urgencias, donde les recomendaron seguimiento por especialistas. Así dejaron constancia los médicos en el informe, pero la cita no tuvo lugar.

Gracias a la ayuda de organizaciones sociales, Rosa e Ismael han podido afrontar el gasto de las medicinas que necesitan para sus distintas dolencias.

Tres días después, el 26 de septiembre, Rosa se rompió la cadera. Por mayor cercanía, fue intervenida en el Hospital Universitario de Getafe (Madrid) el 1 de octubre. Estuvo ingresada y tuvo una consulta de seguimiento en Getafe el 23 de octubre. El informe médico dice que la atención es “facturable”. Desde entonces y hasta hoy, no ha tenido más consultas de traumatología, ya que el sistema de salud interpreta que el alta médica es lo mismo que el alta de urgencias, a pesar de que el problema de salud requiere un seguimiento posterior. En consecuencia, aunque Rosa debía contar con seguimiento médico para su recuperación, no lo tuvo. Según opinión médica, la falta de seguimiento clínico adecuado puede provocar complicaciones que podrían detectarse en las revisiones protocolizadas por los traumatólogos que, aunque poco frecuentes, pueden ser graves para su salud, como infecciones, trombosis venosa, lesiones de nervios en la intervención, etc.

Por la falta de tarjeta sanitaria, las autoridades no le han proporcionado a Rosa los medios materiales para facilitar su movilidad. La Cruz Roja le ha prestado una silla de ruedas durante seis meses. Además, Rosa perdió la dentadura en el hospital. *“No podemos permitirnos este gasto en estos momentos”* (alrededor de 1.160 €, según el seguro del hospital). Desde entonces y hasta hoy, Rosa vive sin dentadura.

Puesto que Patricio está desempleado y ni él ni sus padres tienen ingresos, ya no pueden pagar el alquiler y temen la carta de desahucio. Patricio: *“No sé adónde iremos si perdemos la casa. Siento el dolor de la impotencia de no poder dar a mis padres el trato que merecen”*.

La falta de medios económicos (que no les permite viajar a Chile para realizar el trámite) ha excluido a Rosa y a Ismael de la asistencia sanitaria y de la posibilidad de suscribir un convenio especial y visitar médicos especialistas. Rosa e Ismael sólo pueden ir a urgencias de un hospital que se encuentra muy lejos de su casa, lo cual eleva nuevamente la preocupación sobre la accesibilidad física de las personas migrantes excluidas por el RDL a los servicios de salud situados en zonas rurales.

A mediados de marzo de 2015, Ismael y Rosa fueron informados de que, tras la intervención de la Defensoría del Pueblo, el Instituto Nacional de Seguridad Social había *“advertido el error”* y les iba a devolver la tarjeta sanitaria, Ismael como asegurado y Rosa como beneficiaria. Sin embargo, Ismael y Rosa se han visto excluidos del acceso a la asistencia sanitaria durante más de dos años, situación en la que se encuentran todavía miles de personas en España.

AÏCHA

“A veces una enfermera que conoce a la familia nos hace el favor y le mira la tensión. También le puede hacer una analítica del dedo para medir el azúcar. Pero en el centro de salud no podemos hacerlo. Me han dicho que si vamos a urgencias en Toledo nos van a cobrar”. Mustafá, hijo de Aïcha.

Aïcha tiene 57 años, es de Marruecos y vive con su hijo Mustafá, su nuera y su nieta en Alameda de la Sagra, a 35 kilómetros al noreste de la ciudad de Toledo. Aïcha llegó en junio de 2010 y al principio estuvo viviendo en Cuenca con su hija. Tiene otra hija viviendo en Guadalajara. Aïcha está en situación administrativa irregular, es viuda y no le queda familia en Marruecos. Mustafá y su familia sí tienen permiso de residencia.

Una de sus hijas iba a intentar conseguirle la residencia por arraigo porque su situación económica era razonablemente buena. Sin embargo, pronto quedó en paro. Los tres hijos de Aïcha perdieron sus respectivos trabajos entre 2010 y 2013, lo que dificultó enormemente que Aïcha pudiera regularizar su situación por arraigo o reagrupación.

Mustafá está desempleado y cobra un subsidio de 426 euros, con el que vive toda la familia y la propia Aïcha. Las hijas de Aïcha también contribuyen económicamente con lo que pueden.

En 2010, ya en España, los médicos le diagnosticaron a Aïcha una diabetes. Durante dos años, Aïcha tuvo los chequeos médicos periódicos precisos en su centro de salud para hacer seguimiento de la enfermedad, pero en noviembre de 2012, con la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, la tarjeta sanitaria caducó. En el centro de salud le dijeron que no podía renovarla.

Desde entonces, Aïcha ha mantenido el mismo tratamiento a base de pastillas, que paga ella misma. Y, **desde hace más de dos años no ha podido tener acceso a ninguna consulta médica de seguimiento** de los factores de riesgo, como el colesterol o la tensión, ya que el Real Decreto-ley 16/2012 le niega el derecho a la atención primaria.

“Me han dicho que si vamos a urgencias en Toledo nos van a cobrar. En estos dos años cuando mi madre se ha sentido mal hemos ido a una farmacia a comprar calmantes”, nos contó Mustafá.

“A veces una enfermera que conoce a la familia nos hace el favor y le mira la tensión. También le puede hacer una analítica del dedo para medir el azúcar. Pero en el centro de salud no podemos hacerlo”, añadió.

El riesgo médico es evidente en el caso de Aïcha, como se desprende de distintos médicos consultados por Amnistía Internacional, y por la guía de actuación en atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria que puntualiza que la diabetes *“es una enfermedad crónica con una elevada morbilidad que requiere un seguimiento por parte de los profesionales sanitarios con objetivos de control estrictos y en ocasiones coordinación entre los distintos servicios asistenciales del sistema sanitario”*.

“No hemos oído hablar del convenio especial [para personas inmigrantes en situación administrativa irregular]”, aseguran Aïcha y Mustafá, a pesar de que su situación económica les dificultaría mucho poder pagarlo.

Aïcha además no habla castellano, lo que entorpece su autonomía personal. El caso de Aïcha demuestra lamentablemente cómo la reforma sanitaria de 2012 le impide recibir el seguimiento necesario de la diabetes, lo que pone en riesgo su salud y constituye una vulneración de este derecho humano y de los estándares internacionales que España está obligada a cumplir.

4. IMPACTO EN DERECHOS HUMANOS DE LA REFORMA SANITARIA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

“¿Por qué no llaman a las decenas de miles de personas a las que quitaron la tarjeta sanitaria para comprobar si cumplen con los requisitos del Programa Valenciano de Protección de la Salud?”

Amparo Picazo, Médicos del Mundo

La Comunitat Valenciana ha puesto en marcha un programa para la atención sanitaria de personas sin recursos al que se podrían acoger una parte de las personas migrantes que viven en esa comunidad y han sido excluidas del acceso al sistema sanitario por el RDL. A pesar de ello, y de que no existen cifras oficiales de cuántas tarjetas sanitarias se han retirado desde la entrada en vigor del RDL, Amnistía Internacional ha podido observar cómo muchas personas migrantes se ven excluidas de la atención sanitaria debido al escaso alcance de dicho programa, que no ha logrado paliar las consecuencias de la aplicación del RDL, y también por algunas prácticas con las que se estaría incumpliendo el propio RDL. Al igual que en Castilla-La Mancha (y anteriormente en las Islas Baleares), Amnistía Internacional ha constatado en la Comunitat Valenciana que la falta de asistencia sanitaria se da no sólo como consecuencia de la aplicación del RDL, sino que también personas que deberían estar protegidas por dicha normativa, sufren la **exclusión sanitaria** en su piel.

El Observatorio del Derecho a la Salud en la Comunitat Valenciana, Odusalud, partiendo de datos provenientes de centros de salud, principalmente, ha documentado 560 casos en los que la persona migrante que ha acudido a ellos para recibir atención sanitaria no ha llegado a ser atendida directamente por el personal sanitario.²²

Las múltiples preocupaciones de la organización se detallan a continuación.

EL PROGRAMA VALENCIANO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD: OBSTÁCULOS A LOS SERVICIOS DE SALUD POR REQUISITOS DE EMPADRONAMIENTO

Como complemento a la reforma sanitaria, diez meses después de la entrada en vigor del RDL, en julio de 2013, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana puso en marcha el Programa Valenciano de

²² Odusalud (noviembre de 2014): Informe nº 9, p. 7.

Protección de la Salud (PVPS), que incluye atención sanitaria dentro de la cartera común de servicios, así como cobertura farmacológica. Entre los requisitos principales para poder acceder, se encuentran el contar con al menos un año de empadronamiento y tener unos ingresos inferiores a 1,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM). Es decir, el PVPS no supone ningún cambio para las personas migrantes que han sido excluidas por el RDL y lleven menos de un año de empadronamiento o tengan unos ingresos superiores a los 800 euros.

En agosto de 2014, la Conselleria anunció que, hasta ese momento, 3.491 personas se habían acogido al PVPS.²³ Actualmente hay más de 160.000 personas de origen extranjero no comunitario empadronadas en la Comunitat Valenciana en situación administrativa irregular.²⁴ Al no haber datos de cuántas personas cumplen con los requisitos del PVPS, Amnistía Internacional mantiene la preocupación de que muchos hombres y mujeres migrantes han podido quedar excluidas de asistencia sanitaria tras el RDL y a pesar del PVPS.

Además, para Amnistía Internacional es motivo de especial preocupación que el empadronamiento sea una condición previa para el acceso a la asistencia sanitaria. Como se manifiesta en el caso de Alicia, el empadronamiento no debería, de ninguna manera, constituir un obstáculo a la capacidad de acceso a los servicios de salud, especialmente en los casos regulados por el RDL (en casos de urgencia, mujeres embarazadas, personas menores de edad, víctimas de trata y personas necesitadas de protección internacional) o en el acceso a la atención primaria (garantizada por la legislación internacional de derechos humanos).

Además, las 74 organizaciones que hasta el momento forman parte del Observatorio Odusalud han denunciado la falta de campañas de difusión del PVPS. Es significativo que la nueva Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana no haga mención alguna a dicho programa. La falta de campañas públicas de difusión hace que no todos los centros proporcionen información sobre el PVPS.

LOS COMPROMISOS DE PAGO SE EMITEN DE MANERA AUTOMÁTICA, AÚN EN CASOS DE “URGENCIA”

La emisión de **compromisos de pago** es una práctica extendida en la Comunitat Valenciana. Amnistía Internacional pudo confirmar que el sistema informático imprime automáticamente este tipo de cartas cuando una persona acude a atención primaria o a urgencias sin la debida tarjeta sanitaria. Es decir, el sistema emite compromisos de pago incluso en urgencias, donde la asistencia sanitaria supuestamente estaría garantizada por el Real Decreto-ley 16/2012. Además, Amnistía Internacional ha conocido varios casos en los que la visita al servicio de salud fue acompañada de la recepción posterior de **factura**. A la organización le consta que algunas facturas ya fueron abonadas.²⁵

²³ Europa Press (23 de agosto de 2014): “Casi 3.500 personas se adhieren al Programa Valenciano de Protección de la Salud en un año” (<http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-casi-3500-personas-adhieren-programa-valenciano-proteccion-salud-ano-20140823143203.html>)

²⁴ Datos del Instituto Valenciano de Estadística de 2014 (<http://www.ive.es/>): 793.630 personas extranjeras, de las que 393.163 proceden de países de la Unión Europea. De las restantes, unas 236.000 estarían en situación administrativa regular, según las estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

²⁵ El Observatorio del Derecho a la Salud de la Comunitat Valenciana (Odusalud) ha elaborado unas rutas de orientación jurídica para ayudar a dar respuesta en el caso de denegación de asistencia o emisión de compromiso de pago en urgencias o atención primaria: <http://odusalud.blogspot.com/p/rutas-juridicas.html>

La emisión automática de compromisos de pago es una muestra manifiesta del incumplimiento del RDL en la Comunitat Valenciana, con la consiguiente mayor exclusión sanitaria que ello conlleva. Amnistía Internacional muestra su especial preocupación al respecto. Diversos casos documentados por la organización (como se verá más abajo) muestran el impacto negativo que pueden acarrear las irregularidades administrativas.

FALTA DE INFORMACIÓN

Al igual que en Castilla-La Mancha, Amnistía Internacional no fue capaz de conocer el caso de ninguna persona que se hubiera acogido al **convenio especial** en la Comunitat Valenciana. Es más, el personal administrativo con el que se reunió la organización no parecía conocer su existencia, a pesar de estar regulado a nivel autonómico por el Decreto 190/2013, de 20 de diciembre.

EFFECTO DISUASORIO

Amnistía Internacional escuchó directamente de personas migrantes, de personal médico y de organizaciones sociales que, debido a la emisión de compromisos de pago y de facturas, muchas personas migrantes optan por no acudir a los centros médicos y recurren a la automedicación.

La organización insiste en que es preciso realizar evaluaciones de impacto que permitan conocer cómo afecta la reforma sanitaria a los grupos más vulnerables, incluyendo datos que permitan examinar la posible variación en la frecuencia de consultas a los centros médicos. En concreto, es necesaria una evaluación de género para determinar el impacto de la reforma sanitaria sobre el derecho a la salud de las mujeres.

El caso de Mila, a continuación, es un buen ejemplo del posible efecto disuasorio de los compromisos de pago y de las facturas.

La mejor manera de comprender lo que supone la exclusión sanitaria generada por el Real Decreto-ley 16/2012 en Valencia es escuchar a las personas que ven su derecho a la salud vulnerado. Aquí tres testimonios:

MILA VILLALOBOS



“Llegó a preguntarme [en urgencias durante el embarazo]: ¿No entiendes que tú no existes en España?”, Mila.

La historia de Mila es un ejemplo desgarrador de hasta dónde pueden llegar las consecuencias de la reforma sanitaria y las irregularidades administrativas. Mila tiene 37 años. Se mudó a Alicante desde Venezuela en el año 2006. Su marido Andrés ya estaba en España, donde trabajaba en la construcción y tenía permiso de residencia permanente. Sin embargo, debido a algunos problemas en su centro de trabajo, Andrés no pudo reagrupar a Mila.

Actualmente Mila y Andrés están desempleados. En ocasiones, Andrés hace algún trabajo de manera informal.

Mila llegó como turista, pero pronto se puso a trabajar. En 2010 consiguió un contrato como niñera, pero dejó de trabajar cuando se quedó embarazada de su hija en 2011. Renovar el permiso de residencia se hacía así “misión imposible”. No obstante, como esto sucedió antes de la reforma sanitaria, Mila seguía teniendo su tarjeta sanitaria, por lo que no notó la diferencia en su cuidado médico.

La situación cambió a partir de 2013, cuando fue al centro de salud y le dijeron que ya no podría ser atendida por su lumbalgia y que su tarjeta sanitaria no servía, aunque le mencionaron el convenio especial. *“Me dijeron que ya no tenía derecho y que podría firmar una especie de seguro para que me siguieran atendiendo, pero no me dijeron cómo hacerlo. Desde entonces, he tratado mi dolor de espalda con ibuprofeno”.*

Lo más grave sucedió en verano de 2014. El año anterior, Mila y Andrés se habían mudado con su niña a Ondara, al norte de la provincia de Alicante. El 9 de julio, Mila tuvo un sangrado. Estaban buscando su segundo hijo y Mila tenía la sospecha de que podía estar embarazada. En 2009 había tenido un embarazo ectópico,²⁶ por lo que estaba particularmente preocupada de que le estuviera sucediendo lo mismo. Mila fue sola a urgencias del Hospital de Denia y asegura que allí le advirtieron de que tendría que pagar 180 euros por la atención sanitaria, a pesar de que el Real Decreto-ley 16/2012 claramente mantiene la asistencia durante el embarazo, parto y postparto, así como en urgencias. *“Me mostraron un documento que decía que me comprometía a pagar, y no quise firmarlo sin conocer la opinión de mi marido, que era el único que en ese momento trabajaba. Me marché a casa”.*

Al llegar a casa trató de guardar reposo. Una amiga médico le hizo una prueba y le confirmó que estaba embarazada. *“Yo trataba de descansar, pero cuanto más lo pensaba, más me preocupaba”.*

Poco a poco fue sintiéndose mejor, pero el 13 de julio volvió a sangrar, por lo que fue nuevamente a urgencias. Era domingo y Andrés fue con ella *“dispuestos a firmar lo que hubiera que firmar”.* Mila le pidió que le sacara una foto cuando firmara el documento, pero por temor a lo que pudiera suceder, Andrés decidió no sacar la foto.

Según relata Mila, el médico de urgencias se mostró sorprendido por la información que había recibido. En su informe confirmó la gestación inicial, señaló el riesgo de aborto y apuntó la necesidad de descartar un embarazo ectópico. Citó a Mila para una consulta externa el 16 de julio.

Mila asegura que en la víspera recibió una llamada de alguien que parecía conocer los detalles de lo sucedido. Siempre según su testimonio, la persona al otro lado del teléfono le advirtió de que si acudía de nuevo al hospital tendría que pagar no sólo el coste de esa visita sino también el de urgencias. *“Llegó a preguntarme: ¿No entiendes que tú no existes en España?”.* Mila se sintió forzada a cancelar la cita que había concertado para el día siguiente. En un comunicado, el hospital dijo no saber nada de esta supuesta llamada y aseguró desconocer por qué Mila no acudió a la cita.

“No sé qué me preocupaba más, si el hecho de que nadie me fuera a atender cuando podía ser ectópico o que si el embarazo iba adelante no me iban a atender”.

Y así continuó su laberinto de acceso a la asistencia sanitaria, tratando de descubrir si le quedaba algún derecho. Primero fue al Instituto Nacional de Seguridad Social. De ahí fue al ambulatorio, donde la derivaron a la trabajadora social del Ayuntamiento. Le dijeron que como era periodo de vacaciones tendría que ir a hablar con la trabajadora social del hospital. De ahí, al ambulatorio de Pego. A veces iba sola, a veces iba

²⁶ Complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado se desarrolla fuera del útero, habitualmente en la trompa o incluso en el ovario.

acompañada de miembros de Jo Sí Sanitat Universal València, y todo esto sucedía mientras Mila seguía sin saber en qué situación estaba su embarazo.

Finalmente, consiguió una cita en el Hospital de Denia el 28 de julio. El mismo médico que la había atendido quince días antes le dio la noticia: había tenido un aborto.

“Estuve dos semanas deprimida sin hablar con nadie. Después decidí denunciarlo en los medios de comunicación. Yo sólo pienso en una mujer árabe o de donde sea que no hable español y que le pase lo mismo que a mí. Si no habla bien el español, se muere”.

Desde el pasado mes de noviembre y, tras dos meses de papeleo, Mila tiene una tarjeta sanitaria del PVPS, del que le informó la trabajadora social en julio.

Tal como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “*los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información*”²⁷ forman parte del contenido básico del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Mila ha visto su salud sexual y reproductiva seriamente agravada por la reforma sanitaria. A pesar de que el RDL supuestamente mantiene el derecho a la asistencia sanitaria para las mujeres embarazadas, el caso de Mila ilustra tristemente bien los graves efectos que el incumplimiento de RDL puede tener en el derecho a la salud de las personas migrantes.

AASMA

“Una médico me recomendó ir al hospital un día que ella iba a estar de guardia [para atenderme]”, Aasma.

Aasma es una mujer de 42 años. En junio de 2010 viajó desde Marruecos a Valencia, pasando por Barcelona. Trabaja cuidando a personas mayores. Nunca ha tenido permiso de residencia, pero al principio con el empadronamiento y el pasaporte le dieron la tarjeta sanitaria en el centro de salud.

La situación cambió a principios de 2013, después de la entrada en vigor del RDL, cuando le dijeron que ya no iban a poder atenderla. *“Entonces supe que sólo podría ir a la farmacia”.* Aasma no recuerda que le mencionaran nada sobre el convenio especial previsto en el RDL. Al principio no fue un gran problema porque ella se sentía generalmente bien. Sin embargo, en junio de 2014 tuvo que ir a urgencias del hospital. Aasma se sentía mal del estómago y había perdido peso. Una amiga le recomendó un producto que le hizo sentir aún peor. Por la noche fue al Hospital Arnau de Vilanova en Valencia.

A pesar de que el mismo Real Decreto-ley 16/2012 garantiza la asistencia sanitaria en urgencias, allí le hicieron firmar un compromiso de pago, y más tarde le llegaría una factura.

Aasma le ha contado a Amnistía Internacional que tiene vómitos regularmente desde entonces y dolor abdominal. El 17 de noviembre de 2014 fue a urgencias del Hospital de Manises. Allí también tuvo que

²⁷ Comité DESC, Observación General nº 14, párrafo 14.

firmar un compromiso de pago, a pesar de lo que dice el RDL. El informe médico de urgencias dice que necesitaba seguimiento a través de un especialista, pero Aasma no tiene tarjeta, por lo que no tiene derecho.

Aasma presentó una queja y recurrió el pago de la atención con la ayuda de Valencia Acoge, y el 26 de diciembre le confirmaron que no le llegaría factura alguna.

La carta del hospital dice que desde facturación *“le piden disculpas, ya que han dado la orden para que a partir de ahora no salga parte de privado. Lamentamos su percepción de una asistencia inconveniente y entendemos su contrariedad por las molestias”*.

Sin embargo, el 16 de diciembre fue a urgencias del Hospital Clínico Universitario y una semana después recibió una carta más reclamándole el pago por la atención recibida.

Miembros de Jo Sí Sanitat Universal València la han acompañado tanto al Hospital de Manises como al Clínico Universitario, donde también hay médicos dispuestos a ayudarla. *“Una médico me recomendó ir al hospital un día que ella iba a estar de guardia. Me avisó que fuera en ayunas para poder hacerme pruebas, y así lo hice”*. En esta ocasión no le facturaron, pero no podrán hacerle seguimiento en consulta porque la reforma sanitaria no lo permite.

La incertidumbre es la protagonista en el caso de Aasma. Tras consultar el caso con personal médico, Amnistía Internacional ha podido saber que los síntomas de Aasma pueden aparecer de manera aislada sin tener patología de base grave, pero pueden ser también los primeros síntomas de problemas serios como tumores digestivos en los que la demora diagnóstica empeoraría el pronóstico de la enfermedad. El no disponer de posibilidad de exploraciones complementarias en los pacientes sin tarjeta sanitaria hace imposible confirmar con seguridad un diagnóstico en este tipo de pacientes.

La vulnerabilidad de Aasma queda acentuada por trabajar en el sector de la dependencia, representativa de una economía informal, donde habitualmente trabajan más mujeres que hombres. A pesar de las visitas a urgencias en los últimos meses y de los correspondientes compromisos de pago, Aasma sigue sintiéndose mal, vomitando frecuentemente. No ha conseguido un diagnóstico hasta el momento. Las visitas a urgencias no le han servido para ello. Aasma necesita acudir a la consulta de un especialista, pero la reforma sanitaria la dejó sin tarjeta sanitaria, por lo que, por el momento, sigue sufriendo las consecuencias de la exclusión sanitaria.

ALICIA PIZZATI



“Un día el doctor me auscultó cuando llevé al señor mayor que cuido a una consulta, pero me dijo que me tenía que ver un especialista, y ahí quedó todo”.

El caso de Alicia ilustra las potenciales consecuencias que puede conllevar la falta de diagnóstico médico, como consecuencia de la aplicación del RDL.

Alicia es hondureña y tiene 48 años. Llegó a España en noviembre de 2009 con la intención de trabajar y poder enviar dinero a sus tres hijos, que se quedaron en su país. Los mayores, Ossmany y Yadira, pronto iban a comenzar en la universidad, y la pequeña está ahora empezando la escuela.

Alicia nunca ha tenido permiso de residencia. Tras trabajar en tareas de cocina durante seis meses en un pueblo de Extremadura, Alicia llegó a Valencia a mediados de 2010, donde ha vivido y trabajado desde entonces, cuidando de personas mayores. Actualmente vive en casa del señor al que cuida las 24 horas al día, incluyendo los fines de semana. *“Cobro 800 euros, pero cada mes mando unos 600 a mis hijos. Vivo con lo mínimo indispensable”.*

Al principio, Alicia tuvo una tarjeta con la que podía ir al médico cuando lo necesitaba. Sin embargo, a principios de 2013, cuando fue a su centro de salud a pedir una cita con su médico de cabecera, **le dijeron que su tarjeta había caducado.**

Desde entonces Alicia tiene una tos crónica pero no ha visto a un médico de cabecera, puesto que ya no tiene. Alicia le ha contado a Amnistía Internacional que lleva meses automedicándose, pero todavía no ha conseguido un diagnóstico claro de su enfermedad.

“Un día el doctor me auscultó cuando llevé al señor mayor que cuido a una consulta, pero me dijo que me tenía que ver un especialista, y ahí quedó todo”.

Para descartar que fuera tuberculosis, desde Médicos del Mundo la derivaron al CAST (Centro Municipal de Atención a los Sin Techo), donde le hicieron unas pruebas que dieron negativo. *“Por lo menos sé lo que no es, aunque me sentí muy mal porque sólo me atendieron allá”.*

Personal médico consultado por Amnistía Internacional señala que la tos de Alicia podría no ser grave, pero teniendo en cuenta la duración de la misma, también podría ser síntoma de algo más serio, incluyendo un tumor pulmonar. El retraso en el diagnóstico no haría sino empeorar el pronóstico. Al no disponer de tarjeta sanitaria, resulta imposible realizarle las exploraciones que podrían ayudar a precisar un diagnóstico.

Cuando en 2013 Alicia intentó solicitar la tarjeta del PVPS, le dijeron que había sido dada de baja del padrón por no haberlo renovado cuando le correspondía. Dado que el PVPS requiere un año de empadronamiento para poder solicitarlo, se empadronó de nuevo y, según cuenta a Amnistía Internacional, cuando volvió en noviembre de 2014, la trabajadora social del centro de salud le dijo que no podría solicitarlo porque cobraba más de 1,5 veces el IPREM, es decir, 800 euros. *“Si me hicieran contrato, con lo que me quedaría de sueldo, podría tener papeles y así me darían la tarjeta, pero no podría mandar dinero a mis hijos”.*

Alicia señala que, teniendo en cuenta el dinero que mensualmente envía a Honduras, le resulta imposible hacer frente al coste del convenio especial previsto en el RDL para personas en situación administrativa irregular.

Ossmany y Yadira ya han terminado la carrera. Ahora Alicia sólo piensa en volver y reunirse con su familia, pero no puede ocultar su dolor y su tristeza. *“Es duro estar tan lejos de los tuyos. He tenido la suerte de encontrarme con gente buena aquí... pero en mi país todos pueden ir al médico. Aquí no”.*

Alicia a día de hoy sigue sin saber qué causa la tos crónica con la que vive desde hace meses. Por lo tanto, tampoco sabe cómo ponerle remedio o siquiera aliviar sus síntomas.

El caso de Alicia muestra el potencial riesgo que conlleva carecer de un diagnóstico certero como consecuencia de la aplicación del RDL. También señala cómo, ante la exclusión sanitaria, resulta complicado cumplir con la propia obligación impuesta por el Gobierno central de tratar a las personas que pudieran tener una enfermedad infecto-contagiosa. El acompañamiento de organizaciones sociales o la derivación de éstas para la realización de pruebas, aunque puede ayudar a identificar este tipo de enfermedades, no puede remediar los efectos del RDL ni debería suplir la obligación del Estado de garantizar a todas las personas el disfrute al derecho a la salud.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Real Decreto-ley 16/2012 supone una violación de los derechos humanos de las personas migrantes en situación irregular por constituir una medida regresiva y discriminatoria, prohibida por el derecho internacional.

La reforma sanitaria pone en riesgo el derecho a la salud de miles de personas que, como ilustran las historias narradas, no están recibiendo el seguimiento necesario de sus enfermedades crónicas o tienen dolencias y síntomas que no puedan ser diagnosticados debidamente.

Además, aún en los casos donde el RDL contempla la asistencia sanitaria (como, por ejemplo, casos de urgencias, menores o mujeres embarazadas) estas disposiciones se incumplen con frecuencia. Dicho de otra manera, la emisión de compromisos de pago y facturas en urgencias y la falta de información dirigida tanto al personal sanitario y administrativo como a las personas que acuden a un centro médico se traducen en denegación de cobertura incluso a personas que deberían ser atendidas a la luz del RDL, lo cual refleja un caos administrativo que puede provocar un efecto disuasorio en las personas a la hora de acudir a un centro de salud.

Tres años después de la adopción de la reforma sanitaria, las autoridades no han adoptado medidas eficaces para informar debidamente sobre el RDL. En concreto, hay una gran desinformación sobre los llamados convenios especiales que debido a su precio pueden constituir una auténtica barrera económica para el acceso al derecho a la salud.

La reforma sanitaria ha recibido críticas de órganos internacionales de derechos humanos y ha sido respondida con notables movilizaciones de la sociedad civil y con la desobediencia de muchas personas en el sector sanitario, lo cual ha contribuido a mitigar, en alguna medida, los efectos de dicha reforma. El Gobierno se ha negado a cumplir con las recomendaciones de Naciones Unidas, del Consejo de Europa y de la Defensoría del Pueblo.

Los problemas identificados en este informe van más allá de la casuística y ponen de manifiesto de qué manera la reforma sanitaria constituye una vulneración del derecho humano al más alto nivel posible de salud, reconocido en varios tratados internacionales.

Las historias que se han contado en este documento también demuestran que, bien por falta de autonomía personal, por cuestiones de salud sexual y reproductiva, o por estar a cargo de tareas de cuidado familiar o de trabajo en el sector de la dependencia, las mujeres migrantes se ven particularmente afectadas por las restricciones en el acceso a la salud provocadas por la reforma sanitaria.

Los Gobiernos de las comunidades autónomas, sobre los que también recae la obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud, deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la protección de la salud en todo el territorio y para todas las personas.

Castilla-La Mancha no ha adoptado ningún programa autonómico para dar respuesta a la exclusión sanitaria generada por la reforma sanitaria ni tan siquiera para personas con bajos recursos económicos. Asimismo, la falta de información y la interpretación desigual del RDL en distintos centros sanitarios provocan caos administrativo en el servicio público de salud.

Por su parte, en la Comunitat Valenciana, los compromisos de pago emitidos sistemáticamente y las facturas tras la atención de urgencias constituyen un incumplimiento del propio RDL. Las barreras establecidas para

su acceso evidencian que el PVPS no está sirviendo para dar respuesta a la mayor parte de las personas migrantes que se vieron afectadas por la reforma sanitaria. También ejemplifica que es difícil que los programas paralelos puedan ser una solución estructural a los problemas de exclusión, que únicamente pueden resolverse con el restablecimiento de la universalidad del derecho a la salud. Muy al contrario, los incumplimientos del RDL, el caos, la falta de información y las barreras de acceso pueden generar un potencial efecto disuasorio en personas migrantes residentes en ambas comunidades autónomas que temen acudir a los centros de salud y a los hospitales cuando lo necesitan.

A pesar de todos los problemas detectados y de las denuncias de las organizaciones y del sector médico, las autoridades de ambas comunidades autónomas no han llevado a cabo evaluaciones del impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria.

Amnistía Internacional insta a los poderes públicos del Estado y de las comunidades autónomas a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia del derecho a la salud. En concreto, la organización recomienda:

Al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- Restablecer la universalidad del derecho a la salud, adoptando todas las medidas necesarias, incluyendo la modificación del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, a fin de garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas que residen en España, con independencia de su situación administrativa. Como medida inmediata, concretar el anuncio relativo al acceso a la atención primaria en una reforma legislativa del Real Decreto-ley 16/2012 que lo proteja como un derecho.
- Adoptar medidas inmediatas para aplicar plenamente las recomendaciones de los organismos internacionales de derechos humanos en relación con la asistencia sanitaria de personas migrantes en situación irregular.
- Elaborar y publicar una evaluación del impacto que el Real Decreto-ley 16/2012 tiene sobre el derecho al más alto nivel de salud, y las consecuencias diferenciadas que podrían producirse sobre mujeres y niñas, teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de la situación socio-laboral de las mujeres migrantes y prestando especial atención al impacto que está teniendo sobre la salud sexual y reproductiva.

Al Gobierno de Castilla-La Mancha:

- Adoptar medidas inmediatas para garantizar el acceso y disfrute del derecho a la salud de todas las personas que residan en su territorio, con independencia de su situación administrativa, hasta que se adopten medidas legislativas necesarias para garantizar la no-discriminación en el acceso a la salud.
- Realizar evaluaciones de impacto de la reforma con enfoque de género y adoptar medidas inmediatas para mitigar al máximo el posible efecto disuasorio del Real Decreto-ley 16/2012 en el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.
- Asegurar que el personal sanitario no es sancionado por garantizar el acceso a asistencia sanitaria de inmigrantes en situación irregular.

- Informar debidamente al personal sanitario y atajar los incumplimientos del RDL que se puedan dar, así como eliminar las irregularidades administrativas que podrían acarrear una mayor exclusión de la asistencia sanitaria.
- Garantizar que Aïcha, Ismael Cancino y Rosa Azócar reciben la debida asistencia sanitaria.

Al Gobierno de la Comunitat Valenciana:

- Adoptar medidas inmediatas para garantizar el acceso y disfrute del derecho a la salud de todas las personas que residan en su territorio, con independencia de su situación administrativa, y adoptar medidas legislativas necesarias para garantizar la no-discriminación en el acceso a la salud. De manera inmediata y hasta que estas medidas se adopten, ampliar y dar a conocer el Programa Valenciano de Protección de la Salud.
- Garantizar que los requisitos de empadronamiento no crean un obstáculo al acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de asistencia primaria.
- Realizar evaluaciones de impacto de la reforma con enfoque de género y adoptar medidas inmediatas para mitigar al máximo el posible efecto disuasorio del Real Decreto-ley 16/2012 en el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.
- Informar debidamente al personal sanitario, atajar los incumplimientos del RDL detectados y eliminar las irregularidades administrativas que podrían acarrear una mayor exclusión de la asistencia sanitaria.
- Garantizar que Aasma, Mila Villalobos y Alicia Pizzati reciben la debida asistencia sanitaria.

Al Gobierno de las comunidades autónomas:

- Adoptar, si no lo han hecho ya, medidas legislativas necesarias para garantizar la no-discriminación en el acceso a la salud, independientemente de la situación administrativa.
- Garantizar que los requisitos de empadronamiento no crean un obstáculo al acceso a los servicios de salud, incluidos los servicios de asistencia primaria.
- Realizar evaluaciones de impacto de la reforma y adoptar medidas inmediatas para mitigar al máximo el posible efecto disuasorio del RDL en el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria.
- Informar debidamente al personal sanitario y eliminar las irregularidades administrativas que podrían acarrear una mayor exclusión de la asistencia sanitaria.
- Instar al Gobierno central a reformar el Real Decreto-ley 16/2012 y a restablecer la universalidad del derecho a la salud..

A los partidos políticos:

- Incluir compromisos en sus programas electorales para garantizar la sanidad universal sin discriminación.
- Comprometerse a modificar el RDL 16/2012 para adaptar la legislación interna a los compromisos internacionales de derechos humanos de obligado cumplimiento para los poderes públicos.

NO



AMNISTÍA
INTERNACIONAL

