

ODUSalud

Observatorio del Derecho Universal
a la Salud de la Comunidad Valenciana

14 Informe_ **Septiembre 2018**
Registro de incidencias 2017
y primer semestre 2018

1. Qué es el Observatorio del Derecho Universal a la Salud	pág. 3
2. Antecedentes	pág. 7
3. Grupo de Seguimiento ODUSALUD	pág. 10
4. Revisión de Casos	pág. 10
4.1. Análisis incidencias	pág. 15
4.2. Exposición de los casos agrupados por problemáticas tipo	pág. 16
5. Propuestas generales y conclusiones	pág. 27

1. QUÉ ES EL OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

El Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana – ODUSALUD- nació en noviembre de 2012 a partir de la preocupación por los efectos que producía en los colectivos más vulnerables de la Comunitat Valenciana la entrada en vigor del RDL 16/2012.

El objetivo del Observatorio es velar por el cumplimiento del Derecho Universal a la protección de la Salud de los ciudadanos y ciudadanas, especialmente en poblaciones que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, personas en situación administrativa irregular, sin recursos económicos o personas vulnerables.

Tres entidades promotoras –Médicos del Mundo Comunitat Valenciana, la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària y Cáritas Diocesana de Valencia– decidieron poner en común los problemas que estaban observando con la población tras el cambio legislativo. Para ello acordaron generar un instrumento de recogida de información y un mecanismo de intervención que les permitiera detectar situaciones concretas de personas que quedaban fuera del sistema sanitario, el efecto inmediato que esto tenía, así como aquellas personas a las que incluso los cambios normativos producidos mantenían el derecho a la asistencia sanitaria y pese a ello veían limitado ese derecho en situaciones concretas. Promovieron asimismo la ampliación de esta alianza entre aquellos colectivos de la sociedad civil valenciana que pudieran suscribir su objetivo.

Tras seis años de la entrada en vigor del RDL 16/2012 la plataforma ODUSALUD está integrada por 87 entidades representativas de una buena parte de la sociedad civil valenciana: organizaciones humanitarias, colegios profesionales, asociaciones de profesionales, científicas o de vecinos, fundaciones y redes o plataformas integradas por asociaciones.

1. [Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària](#)
2. [Médicos del Mundo-Comunidad Valenciana](#)
3. [Cáritas Diocesana Valencia](#)
4. [Asociación Española de Trabajo Social y Salud](#)
5. [Instituto Social del Trabajo](#)
6. [Buscant Alternatives](#)
7. [Sanidad 15M Benetússer](#)
8. [AENPV, Asociación Española de Neuropsiquiaria profesionales de la salud mental País Valenciano](#)
9. [ACDESA, Asociación Ciudadana para la defensa de la Salud en el País Valenciano](#)
10. [Psicólogos Sin Fronteras](#)
11. [CALCSICOVA](#)
12. [Asociación de Enfermería Comunitaria CV](#)
13. [AVUSAN](#)
14. [Vincles Salut](#)
15. [Comissió d'Ajuda al Refugiat-PV \(CEAR PV\)](#)
16. [Medicus Mundi](#)
17. [Mesa d'Entitats de Solidaritat amb els immigrants](#)
18. [Comité Ciudadano Antisida-Comunidad Valenciana](#)
19. [Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valencia](#)
20. [Asociación para la Cooperación Entre Comunidades \(ACOEC\)](#)
21. [Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de Valencia](#)
22. [Fundación José M^a Haro Intra](#)
23. [Plataforma de Voluntariado de la Comunitat Valenciana](#)
24. [Asociación Valenciana de VIH, SIDA y HEPATITIS \(AVACOS-H\)](#)
25. Asociación de Vecinos Barrio del Cristo
26. [Col.legi Oficial de Treball Social de Castelló](#)
27. [Fundación Iniciativa Solidaria Ángel Tomás](#)
28. [Asociación de Vecinos de Benimaclet](#)
29. [Asociación Viktor E. Frankl](#)
30. [Asociación NATANIA-Proyecto REHOBOTH](#)
31. [Asociación SANART](#)
32. [Asamblea 15M Zaidia](#)
33. [Plataforma per la Millora i Defensa de la Sanitat Pública del País Valencia](#)
34. [Cáritas Diocesana Segorbe-Castellón](#)
35. [AMUINCA. Asociación de Mujeres Inmigrantes en Castellón](#)
36. [ASPANION. Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana](#)
37. [IMV. Instituto Médico Valenciano](#)
38. [Coordinadora Valenciana de ONGD](#)
39. [FARMAMUNDI. Farmacéuticos Mundi](#)

14 Informe **Septiembre 2018** REGISTRO DE INCIDENCIAS 2017 Y PRIMER SEMESTRE 2018

40. [Orden Hospitalaria de San Juan de Dios](#)
41. [Acción Social Hijas de la Caridad - Castellón](#)
42. [ONGD Viviendas para los sin techo](#)
43. [Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia](#)
44. [Fundación Secretariado Gitano](#)
45. [SIMAP. Sindicato de Médicos de Asistencia Pública](#)
46. [Assemblea 15M Safor-Valldigna](#)
47. [Xarxa EAPN CV](#)
48. [Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante](#)
49. [ASAPECHAVAE. Asociación de Afectados por la Enfermedad de Chagas, Voluntarios y Amigos](#)
50. [Por Ti Mujer ONGD](#)
51. [Asociación Intercultural Candombe](#)
52. [Fundación Salud y Comunidad](#)
53. [Plataforma de la Inmigración - Valencia](#)
54. [AROVA. Asociația Românilor din Valencia](#)
55. [CODINuCoVa. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad Valenciana](#)
56. [Asociación Valencia Acoge](#)
57. [Associació de Veïns i Veïnes de Natzaret](#)
58. [Asociación Patim](#)
59. [Coopenf. Grupo de Cooperación al Desarrollo del Colegio de Enfermería de Alicante](#)
60. [Institución Villa Teresita](#)
61. [Fundació Lluís Alcanyís Universitat de València de la Comunitat Valenciana](#)
62. [Asociación Teuladí](#)
63. [ASTI-Alicante. Secretariado Diocesano de Migración](#)
64. [Revista Bostezo](#)
65. [Ilustre Colegio de Abogados de Valencia](#)
66. [Asociación Rumiñahui Hispano Ecuatoriana para la colaboración al desarrollo](#)
67. [Jo Sí Sanitat Universal Valencia](#)
68. [Àmbit Associació](#)
69. [Asociación cameruneses en Valencia](#)
70. [Asociación Casa del Valle del Cauca \(Acolvalle ONGD\)](#)
71. [Institut de Drets Humans de la Universitat de València](#)
72. [FEAFES-CV \(Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Comunitat Valenciana\)](#)
73. [Colisea \(Colectivo de iniciativas sociales en acción\)](#)
74. [AESCO-ONG \(Asociación América-España, Solidaridad y Cooperación\)](#)
75. [Fundación Alzheimer Salomé Moliner](#)
76. [ACMAS \(Asociación Casi Médicos en Ayuda Sanitaria\)](#)
77. [Medicumundi Castellón](#)
78. [YMCA Valencia](#)
79. [Voluntarios Enferser](#)

- 80. [AFEM de Torrent](#)
- 81. [Asociación Obra Mercedaria de Valencia \(OMV\)](#)
- 82. [Plataforma Intercultural Valencia](#)
- 83. [Unió Pobles Solidaris](#)
- 84. Plataforma Intercultural España
- 85. Casa Camerún
- 86. [SARIRI, Asociación Intercultural](#)
- 87. [Fundación CEPAIM](#)

2. ANTECEDENTES

En julio de 2015 el Gobierno Valenciano publicó el Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, con el objeto de garantizar el acceso universal a la atención sanitaria en respuesta a lo estipulado por el 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, aprobado el 20 de abril de 2012 y que vinculó el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos, rompiendo con el modelo de Sistema Nacional de Salud existente hasta ese momento y dejando a muchas personas en una situación de exclusión sanitaria.

En noviembre de 2017, se publica el Decreto 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se desarrolla el Decreto ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, con objeto de establecer, en el ámbito del Sistema Valenciano de Salud, los requisitos que garanticen el acceso a las prestaciones sanitarias, en igualdad de condiciones de acceso y calidad que el resto de la población asegurada, a aquellas personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la Comunitat Valenciana, que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

El Decreto Ley 3/2015 y su complementario (169/2017), fueron pioneros en una serie de leyes promulgadas en diversas Comunidades Autónomas con el fin de paliar las nefastas consecuencias de la “reforma sanitaria” que supuso el RD 16/2012 contra la población más vulnerable. Esta ley fue recurrida por el Gobierno Central, quien interpuso un recurso de inconstitucionalidad el Tribunal Constitucional. El recurso fue admitido a trámite y el RD fue cautelarmente suspendido desde octubre de 2016 hasta marzo de 2017. En la resolución, el Tribunal Constitucional consideró, entre otras cuestiones, que ningún beneficio económico eventual (por otra parte nunca probado) debía primar sobre el derecho de las personas a ser atendidas.

A pesar de esta resolución, en diciembre de 2017 el DL se declaró inconstitucional por dicho tribunal, con el argumento, bien distinto esta vez, de la intromisión de las CCAA en competencias que no les correspondían.

Con argumentación parecida el TC ha declarado inconstitucionales todas las normas dirigidas a la mejora de la asistencia sanitaria en aquellos colectivos excluidos por el RD 16/2012 y su complementario, el 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.

Esta situación de incertidumbre legislativa, junto con la arbitrariedad y la falta de aplicación administrativa efectiva del DL 3/2015 en todos los centros sanitarios no ha beneficiado a la hora de implementar una atención sanitaria universal para todas las personas, tal y como hemos indicado en informes anteriores.

En el presente Informe 14^o, se mantiene la tendencia de disminución del registro de vulneraciones ya observada en los informes decimosegundo y decimotercero. Si bien, desde ODUSALUD consideramos que esta tendencia es debida a la implementación de la norma DL 3/2015 que ha concedido aproximadamente unas 20 000 tarjetas sanitarias. Algunos referentes de las entidades revelan que las situaciones de inasistencia se siguen dando en mayor medida de lo que se notifica.

A pesar de esta disminución, continúan registrándose vulneraciones del derecho a la salud que han seguido precisando de la ayuda de diversas entidades para su resolución, por lo que consideramos que actualmente no existe una Asistencia Sanitaria Universal real y efectiva en la Comunitat Valenciana, y, aunque en menor grado, siguen existiendo situaciones de inasistencia sanitaria y de desigualdad.

Desde mayo de 2016, año en que se constituye la Comisión Mixta constituida por altos cargos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, así como, representantes de Amnistía Internacional, Cruz Roja y la propia ODUSALUD, se ha trabajado de forma continuada para velar por la aplicación del DL 3/2015.

Derivado de este trabajo, se han conseguido los siguientes compromisos por parte de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública:

- campaña de difusión de solicitud de asistencia sanitaria;
- formación de personal de admisión;
- otras vías de informar y captar usuarios sin acceso;
- actuaciones para mejorar el acceso en menores de edad y embarazadas (principalmente en población Romani);
- ampliación de plazos de vigencia de documentación y permisos;
- elaboración de un protocolo de actuación para los/as trabajadores/as sociales;
- seguimiento de incidencias e identificación de nichos de desatención.

Además, se contó con la participación de ODUSALUD en la elaboración del Decreto Ley 3/2015 y su complementario (169/2017) y en otras propuestas legislativas; así como a la hora de realizar aportaciones al protocolo de actuación de los/as trabajadores/as sociales.

Durante el proceso de elaboración del siguiente informe se ha producido un cambio de Gobierno estatal que ha generado un cambio legislativo en materia de Sanidad a favor de la Sanidad Universal.

El Gobierno actual ha aprobado, en Consejo de Ministras y Ministros, a fecha 27 de julio ha hecho público el Real Decreto-ley 7/2018, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud; por lo que este informe número 14 pretende finalizar una etapa y dar la necesaria conclusión a lo que ha sido una legislación discriminatoria que ha negado el derecho básico a la asistencia sanitaria, generando un sufrimiento innecesario en una gran cantidad de población.

Las entidades que componemos ODUSALUD tenemos el compromiso de observar y seguir vigilantes del cumplimiento del acceso a la atención sanitaria de todas las personas y trabajar conjuntamente para que estas situaciones de vulneración dejen de producirse, denunciando, en su caso, las que se mantengan.

3. GRUPO DE SEGUIMIENTO

Desde la constitución de ODUSALUD en el año 2012 se han venido realizando informes sobre las vulneraciones del derecho a la asistencia sanitaria en el territorio de la Comunitat Valenciana. Tras la Asamblea de ODUSALUD de octubre de 2015, se constituyó el Grupo de Seguimiento¹ con el objetivo de hacer un recuento estadístico y analizar, también de forma cualitativa, las incidencias notificadas, así como realizar una labor de seguimiento de los casos con las entidades que registraron las incidencias.

Las entidades que configuran este grupo, se turnan en la vigilancia del registro de ODUSALUD y asumen el contacto con la entidad o persona que registra para ampliar la información de la incidencia y su desarrollo.

Fruto de este trabajo presentamos la revisión de los casos registrados a lo largo de todo el año 2017 y primer semestre de 2018.

4. REVISIÓN DE CASOS

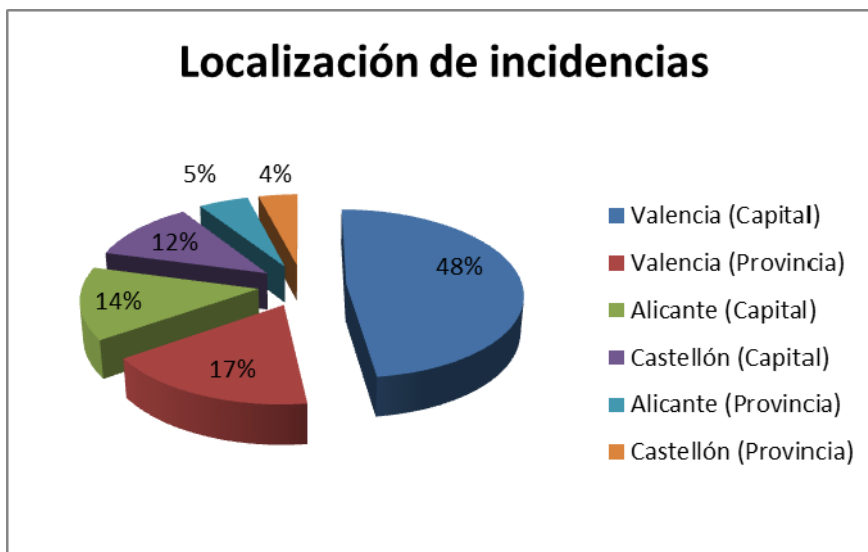
El registro de incidencias sigue siendo el mejor testigo para el seguimiento del DL 3/2015. Por desgracia, la implementación del DL 3/2015 no se ha desplegado completamente y junto con los cambios legislativos ya comentados, durante el año 2017 y el primer semestre de 2018 se han notificado 173 incidencias por parte de 7 entidades integrantes de ODUSALUD.

Consideramos que, a pesar de que probablemente no se han recogido todas las incidencias producidas, estas son demasiadas teniendo en cuenta que, hasta diciembre de 2017 nos encontramos bajo el amparo del Decreto Ley 3/2015.

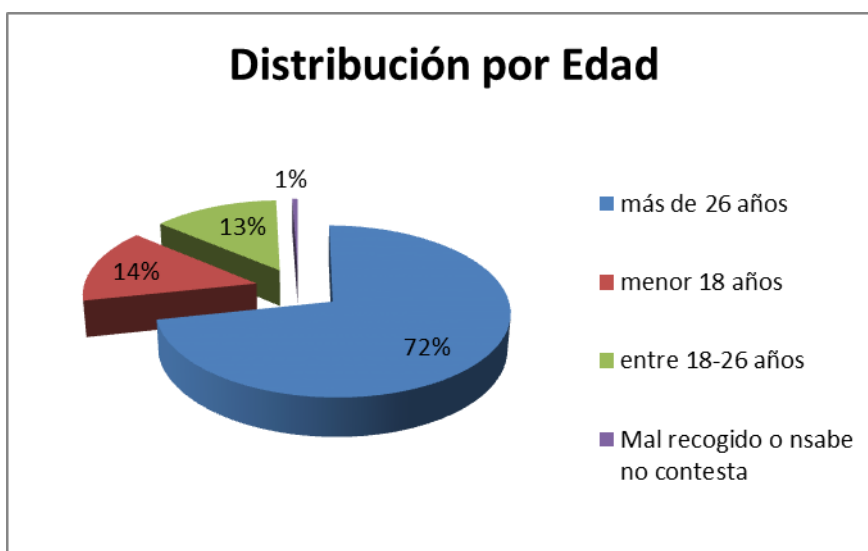
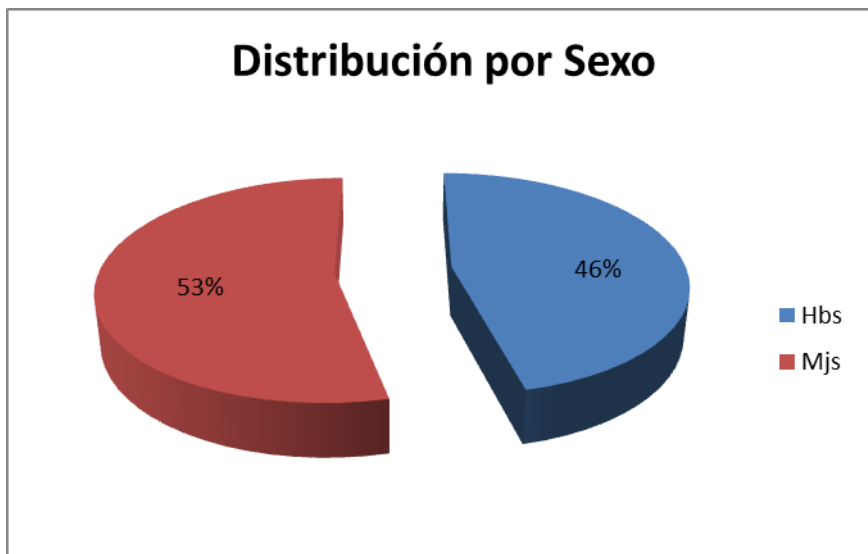
¹ Entidades que forman parte del grupo de seguimiento de incidencias: Asociación Española de Trabajo Social y Salud; Asociación SANART; Cáritas Diocesana Valencia; Institución Villa Teresita; Médicos del Mundo-Comunidad Valenciana; Plataforma de la inmigración; Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària; Asociación de Enfermería Comunitaria; Movimiento contra la Intolerancia y AESCO.

Mientras sigan recogiéndose incidencias, continúa siendo imprescindible, por parte de las entidades, una vigilancia y comunicación de estas; no podemos presuponer una plena inclusión en el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas.

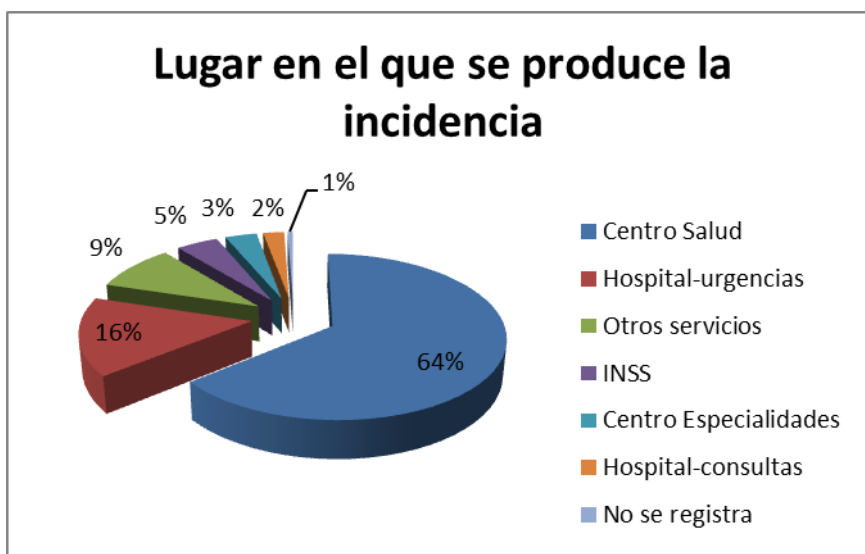
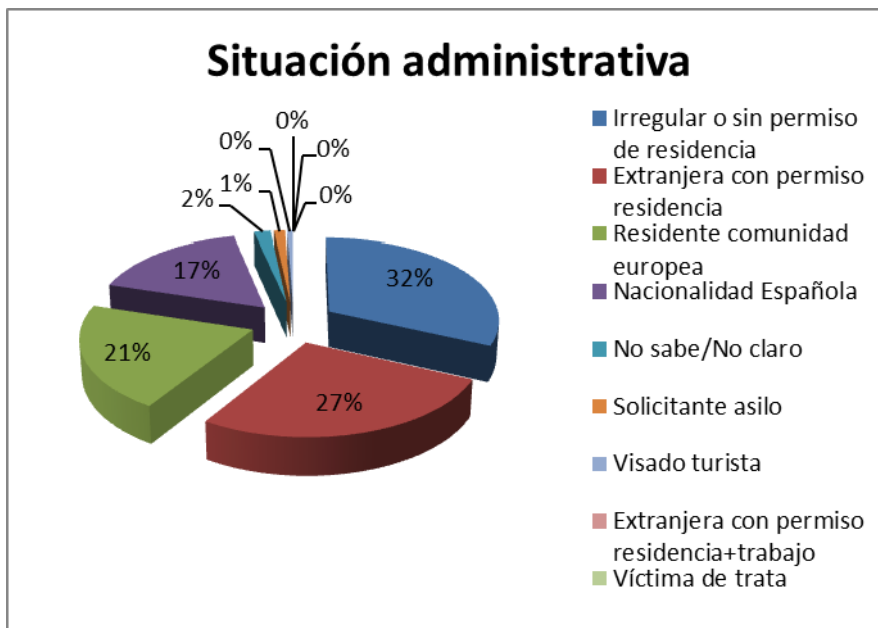
València capital y su provincia son los lugares donde se registran más incidencias, con el 48 % y el 17 % respectivamente.



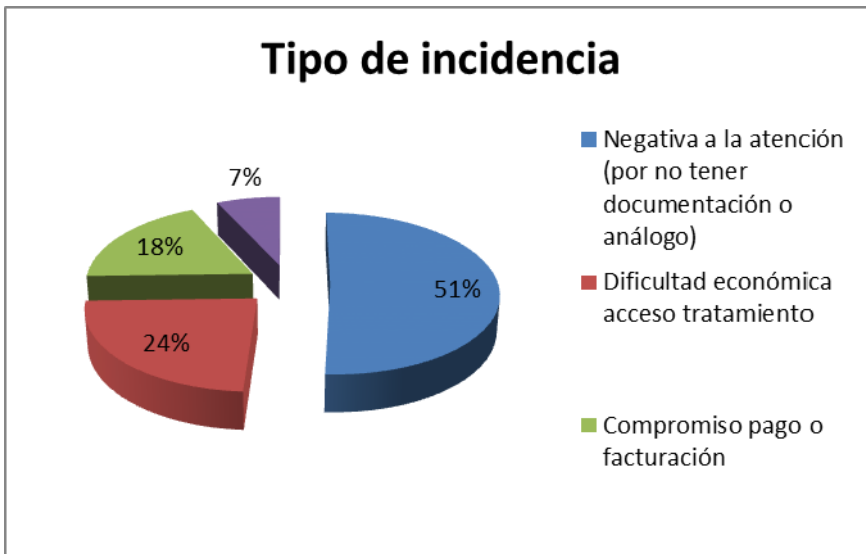
Sobre el perfil sociodemográfico de las personas afectadas por estas incidencias se encuentra que: está prácticamente igualado entre hombres y mujeres (46 y 53 %), pero más desigualado entre los grupos de edad, ya que se concentra mayoritariamente en la franja de edad de mayores de 26 años, aunque el 14 % de las incidencias afectan a menores de 18 años. En cuanto a la procedencia de las personas, las zonas más comunes son Latinoamérica con 31 % y la propia UE con 24 %.



Las situaciones administrativas que se presentan con más frecuencia en las incidencias son: situación administrativa irregular (32 %) y residentes de la UE (21 %).



El tipo de incidencia más frecuente, representando la mitad de los casos, es la negativa a la asistencia sanitaria por parte del personal de Admisión por no tener tarjeta sanitaria o documentación requerida.



En cuanto a situaciones excepcionales, asimismo, también dejó de atenderse a un 8 % de casos de enfermedad transmisible y a un 3 % de enfermedad mental.

Es especialmente relevante que aunque el Real Decreto Ley 16/2012 contempla la atención en igualdad de condiciones a menores de edad y embarazadas, un 13 % de casos menores de edad y un 7 % de casos de mujeres embarazadas no fueron atendidos.



Por otro lado, de los casos en los que se solicitó atención bajo el amparo del DL 3/2015, en un 35 % se manifiesta expresamente que no fueron atendidos.

Finalmente, sobre la valoración del total de casos realizada por el equipo de trabajo mediante el seguimiento de cada incidencia, las situaciones más frecuentes fueron la de “situación de dificultad económica” y “facturaciones indebidas”.

4.1. Análisis de incidencias

En los servicios de admisión de los centros sanitarios se sigue detectando una desinformación importante y falta de criterios claros. Cada profesional, sea administrativo u otro personal de admisión, aplica el suyo y se producen agravios comparativos. Y es en estos servicios donde se debería dar la mejor información posible, pero parecen ser los causantes de la mayor desinformación. SIEMPRE deberían redirigir a las trabajadoras sociales y NUNCA decir a los pacientes que no tienen derecho a la atención sanitaria.

El procedimiento que debe realizar el personal de Admisión de los Centros de Salud es dar cita con el trabajador social acreditando esta situación en su SIP como “Derivado al trabajador social”, lo que da derecho a utilizar el Servicio de Urgencias aunque continúe apareciendo el Compromiso de Pago para firmar, que será anulado una vez realice su solicitud y esta se resuelva favorablemente. Si se resuelve desfavorablemente, se pasará al paciente el cargo por la asistencia prestada.

El procedimiento que debe realizar el personal de Admisión de los Hospitales y Servicios de Urgencias sería acreditar su SIP de manera que, aunque genere Compromiso de Pago no genere factura alguna.

Sigue ocurriendo que los servicios de admisión no dan cita con el/la trabajador/a social a pacientes que no presentan documentación original, o incluso presentándola. Aún más, los/as trabajadores/as sociales tienen criterios dispares para iniciar solicitudes de asistencia sanitaria para personas extranjeras al no haber recibido información sobre diferentes situaciones que se pueden presentar. Para solucionar esta disparidad de criterios trabajadores/as sociales

sanitarios y Aseguramiento de la Conselleria de Sanidad han elaborado un Protocolo de Trabajo Social Sanitario para el desarrollo del Acceso Universal a los Programas de Salud Pública de la C. Valenciana, que ha sido difundido a los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as de nuestra Comunidad, y se ha comenzado a utilizar en junio de 2018.

Se sigue detectando que muchas de las situaciones denunciadas por ODUSALUD se solventan gracias a la intervención de las entidades del Tercer Sector, que cubren un espacio no asegurado ni garantizado por la sanidad pública. Estas disfunciones son valoradas como incidencias, ya que sigue haciendo falta la intervención de una entidad para solucionarlas.

4.2. Exposición de los casos agrupados por problemáticas tipo

Se presenta a continuación la clasificación de los casos en función del tipo de problemática, aunque es importante mencionar que en algunos casos concurren varias de las situaciones descritas por lo que la suma de todos los apartados no coincide con el número total de personas registradas.

a) Personas residentes en la Unión Europea (sobre todo de nacionalidad rumana y/o procedente de países que han realizado Convenio de Colaboración con la Seguridad Social Española, sobre todo nacionalidad marroquí, que presentan dificultades para aportar el Certificado de No exportación de la Asistencia Sanitaria).

Los residentes de nacionalidad rumana y búlgara mayoritariamente continúan con problemas para obtener el Certificado de no exportación. En estos casos es fundamental la mediación de la Fundación Secretariado Gitano o la Asociación Rumana de Valencia para tramitar el certificado provisional sustitutorio de la Tarjeta Sanitaria Europea y para ayudar en la traducción oficial del mismo.

Entre enero de 2017 y junio de 2018 se han registrado 21 casos, de los cuales 4 son menores y 2 mujeres embarazadas. Siguen produciéndose y quedando sin resolver situaciones similares que afectan a otros residentes y que no llegan a conocimiento de estas entidades o no se le deriva al/la trabajador/a social del centro de salud. Un problema adicional es la dificultad para el empadronamiento, especialmente si las personas habitan viviendas precarias como chabolas, asentamientos o casas en derribo.

PROPUESTAS:

1. establecer acuerdos con los organismos competentes de los países implicados (Rumanía, Bulgaria, Marruecos, entre otros) para obtener este certificado de una forma ágil. Siguen siendo las ONG y entidades, sobre todo las que hemos mencionado, quienes median y tramitan la solicitud;
2. anteponer la condición de persona menor de edad o embarazada a cualquier otra consideración de orden administrativo, tal y como el propio RDL 16/2012 establece, y en consecuencia, no supeditar el derecho a la asistencia sanitaria a la presentación de otra documentación.

b) Personas sin documentación identificativa original

Se han registrado 22 casos nuevos relacionados con la caducidad o sustracción o pérdida del pasaporte o la Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE). Se sigue sin atender a la gravedad de su condición médica y social. La primera respuesta ha sido negativa y planteando dificultades para conseguir la atención sanitaria.

Entre los casos registrados se encuentran 2 menores de edad, 1 embarazada, 4 personas con enfermedades crónicas y transmisibles con necesidad de tratamiento y personas sin recursos con dificultades para tramitar pasaporte o acceder al empadronamiento.

Siete de las 22 personas afectadas tenían su permiso de residencia legal y en vigor.

PROPUESTAS:

1. establecer procedimientos claros, simples y efectivos para situaciones en las que no se disponga de documentación original;
2. atender en condiciones idénticas a los titulares del derecho acreditando a la asistencia a cualquier persona menor de 18 años, embarazada o en el postparto, afectada por enfermedad grave o accidente, por enfermedad transmisible o problema de salud mental. Para ello se antepondrá cualquiera de estas situaciones a cualquier otra consideración administrativa;
3. elaboración de un documento identificativo provisional elaborado por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y/o por la d'Igualtat i Polítiques Inclusives que garantice el acceso a la Asistencia Sanitaria.

c) Personas en situación administrativa regular sin asistencia sanitaria por seguridad social.

Otras incidencias detectadas **afectan a 18 personas en situación administrativa regular** por reagrupación familiar o ser familiar de ciudadano de la Unión Europea con residencia en España después la entrada en vigor del RD 16/2012, a quienes al solicitar la asistencia sanitaria a la Seguridad Social, se les deniega, pese a tener regularizada su situación de residencia. Entre estas 18 personas se encuentra un menor de edad, una mujer embarazada y una persona con enfermedad mental.

PROPUESTAS:

1. instar a la a la Conselleria de Sanitat i Salut Pública a crear normativa

interna que garantice la asistencia sanitaria a personas en situación administrativa regular;

2. modificar los criterios de acreditación en SIP para poder acreditar correctamente la asistencia sanitaria de este colectivo.

d) Situaciones de enfermedad grave/crónica/transmisible

Incluimos en este grupo aquellas situaciones en las que la inasistencia médica, la ausencia de tratamiento o la falta de acceso a la medicación pueden tener graves consecuencias sobre la salud de la persona y su entorno más inmediato. La falta de sensibilidad o de adecuación a estas situaciones las empeora, determinando agravamiento de la enfermedad, ingresos por urgencias o incluso la muerte.

Se han registrado 18 casos de los cuales 7 tienen una enfermedad infecciosa y 4 presentan enfermedad mental.

PROPUESTAS:

1. acceso a la valoración previa por un facultativo antes de interrumpir o denegar la tramitación del derecho a la asistencia. En ningún caso se deniegue la asistencia sin la valoración previa de un facultativo;
2. dotar de información e instrucciones homogéneas y claras a los Centros de Salud y al resto de servicios.

e) Situaciones de grave exclusión social

Se refieren a personas con problemáticas sociales graves asociadas que dificultan el acceso al sistema sanitario.

Se registran 7 incidencias que afectan 5 de ellas a hombres y 2 a mujeres. Se trata de personas en situación de sin hogar y otras que, aun teniendo hogar,

tienen graves dificultades económicas y en muchos casos, dificultad de documentación original, ya que la mayoría carecen de empadronamiento o posibilidad del mismo.

La acumulación de problemáticas sanitarias muy graves, económicas, administrativas y de falta de red de apoyo, hacen que estas personas sean especialmente vulnerables. En el seguimiento de estas incidencias, los resultados positivos vienen tras la intervención y mediación de las ONG que acompañan a estas personas y que consiguen que les den medicación, les acrediten, interponen recursos o, incluso, dispensan medicación.

Estas situaciones son especialmente graves y es necesario articular medidas sociosanitarias eficaces con un enfoque multidisciplinar y el trabajo conjunto del sistema sanitario, los Servicios Sociales Municipales y el Tercer Sector.

PROPUESTAS:

1. eliminar el requisito de empadronamiento, entendiendo que en muchas situaciones se convierte en una barrera insalvable para la consecución de la tarjeta sanitaria y sustituirlo por un informe social o cualquier otro documento;
2. activar de manera efectiva medios y procedimientos para la valoración, comunicación y seguimiento de estas situaciones. Aceptación, al menos con carácter provisional, de las valoraciones de las entidades de apoyo a personas en situación de exclusión;
3. articular servicios sociosanitarios que puedan dar respuesta a las recomendaciones dadas por el personal médico en los casos de alta tras una hospitalización.

f) Situaciones de dificultades económicas.

En este apartado se recogen los registros de personas con problemas económicos, que no solo dificultan, sino que impiden el acceso a la documentación o los desplazamientos requeridos a entidades consulares para tramitar la tarjeta sanitaria.

También, en la mayoría de los casos, las dificultades económicas impiden el acceso a la medicación prescrita y se suspenden tratamientos por falta de dinero para pagar las medicinas con todas las consecuencias médicas que conlleva.

Se han registrado 9 casos. En 4 de ellos, las entidades del Tercer Sector han proporcionado ayudas económicas para solucionar estos problemas. En el resto, se sigue a la espera de resolución de ayudas, o se ha perdido el contacto con la persona.

PROPUESTAS:

1. a criterio de los/as trabajadores/as sociales de los centros sanitarios, habilitar ayudas de carácter social y económico sin demorar la gestión con derivaciones a terceros. Disponer partidas económicas para estos usos;
2. incluir entre los criterios de valoración de la Renta Valenciana de Inclusión, a personas con necesidades sanitarias especiales que puedan incidir en que una tramitación tenga un carácter de urgencia. Por ejemplo en enfermedades crónicas graves o con tratamientos;
3. mejorar la coordinación entre los trabajadores sociales de los centros sanitarios y los de servicios sociales municipales;
4. articular servicios sociosanitarios que puedan dar respuesta a las necesidades y recomendaciones determinadas por el personal médico;

5. establecer la gratuidad de medicamentos para los enfermos sin recursos previa valoración técnica.

g) Facturaciones indebidas

A lo largo del período que recoge el informe se han registrado **13 incidencias de este tipo, destacando 8 de ellas en urgencias y 1 se han dado sobre las situaciones consideradas especiales, en este caso un menor de edad.**

Los criterios que se siguen para la facturación siguen siendo dispares y poco claros. Al parecer, los sistemas informáticos expiden por defecto los compromisos de pago y, posteriormente, algunos son tramitados para facturación o no, persistiendo arbitrariedad en la aplicación de la norma. En la mayoría de casos, la interlocución con el departamento de Facturación ha paralizado la misma, pero en otros casos esta paralización es un proceso complicado, ya que en el alzamiento del recurso los plazos burocráticos han vencido y siguen generando la reclamación de dicha facturación, complicando el trámite de reclamación.

PROPUESTA:

1. modificar los sistemas informáticos para eliminar la emisión de los compromisos de pago.

h) Denegación de la atención

Durante el año 2017 y la mitad de 2018 se han seguido produciendo situaciones de negativa de atención en algunos centros de salud por carecer en el momento de SIP o, en algunos casos, porque se ha negado la cita con la trabajadora o el trabajador social para tramitarla. Concretamente, durante este período se han registrado **19 casos, 7 son mujeres embarazadas y 2 de menores de 18 años.** En el momento de realización de este informe 5 de estos casos ya se habían resuelto.

Los motivos por los que se deniega la atención en los casos de las mujeres

embarazadas son, en la mayoría de los casos, por no tener pasaporte, no cumplir con los tres meses de empadronamiento o tener un SIP provisional caducado.

PROPUESTA:

1. anteponer en todos los casos la situación de salud de la persona a su situación administrativa o la disponibilidad de documentos; insistiendo de nuevo en que se debe derivar siempre al/la trabajador/a social y no dejar nunca cerrada la puerta a la atención sanitaria desde los mostradores de admisión de los servicios sanitarios.

i) Personas de nacionalidad española a las que se deniega la atención sanitaria

El RDL 16/2012 y su secuela de errores en la aplicación normativa no sólo limitan el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria de personas extranjeras en diversas situaciones administrativas. También personas de nacionalidad española están gravemente afectadas en el ejercicio de ese derecho. Se han recogido casos representativos, que aun correspondiendo a situaciones diferentes, son expresivos del grave alcance potencial y no discriminado, tanto de las medidas de exclusión sanitaria, como de la aplicación errónea y burocrática de las normativas sobre el ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria.

Se han registrado 4 casos de los cuales 3 se han solucionado en el momento de realizar este informe.

Dos de estas personas eran menores hijos de madre portuguesa con DNI caducado y que no constaban en el INSS como beneficiarios. Ambos fueron atendidos renovando el DNI y acudiendo al INSS.

Otro es una menor procedente de otra comunidad autónoma sin acreditar en el INSS después de empadronarse; así como el de una menor sin TAS que tenía una tarjeta provisional antes en Castilla - La Mancha.

La gravedad de estas situaciones comentadas estriba en que se trataba de

menores cuya atención fue denegada al no constar en el registro de datos del INSS.

PROPUESTAS:

1. buscar los mecanismos para ampliar la cobertura a todas las personas en situación de exclusión sanitaria, con independencia del origen de esta situación;
2. garantizar que, en todos los casos y todos los centros propios o bajo concesión administrativa, todo el personal aplica adecuadamente los procedimientos que garantizan tanto el acceso a la asistencia sanitaria a quienes se desplacen dentro de territorio español, como el ejercicio general y efectivo del derecho a la asistencia sanitaria y la protección de la salud;
3. poner en marcha todos los mecanismos políticos, administrativos, judiciales o de cualquier otro tipo que sean precisos para extender el derecho a la asistencia sanitaria y la protección de la salud a todas las personas que viven en territorio español, a través del Sistema Nacional de Salud que se financia con los impuestos que pagan todas las personas que viven en el territorio español.

j) Personas Solicitantes de Asilo

Finalmente nos gustaría destacar una incidencia global en relación a personas solicitantes de asilo, notificada por CEAR (Comisión Española de Ayuda al Refugiado-PV):

Durante los meses de abril y mayo de 2018, en CEAR PV se han detectado aproximadamente unas 30 personas solicitantes de asilo (personas que tienen la documentación de petición para realizar la entrevista de asilo o personas que ya han realizado la entrevista de asilo y están en plazo de ser admitidas a trámite en el procedimiento), que contactan con esta entidad porque tras acudir a su centro de salud, no les han facilitado el SIP provisional o les han derivado a CEAR.

Se trata de personas solicitantes de asilo que no están en el sistema de acogida de las entidades que la gestionamos, es decir, personas que han solicitado asilo por su cuenta y residen en casas de familiares, amigos o las suyas propias.

El problema para proporcionar la tarjeta provisional reside en que desde hace un tiempo se dejó de expedir un documento, por parte del cuerpo de policía encargada de realizar y expedir las citas de asilo (en las dependencias policiales del Centro de Zapadores, Brigada Policial de Extranjería y Fronteras). En dicho documento se autoriza la cesión de datos de filiación a la Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al paciente de la Generalitat Valenciana, de manera que en las bases de datos de los centros de salud consten como solicitantes de asilo, y por tanto beneficiarios.

Se ha observado que estas personas, pese a acudir a los centros de salud con la documentación como solicitantes de asilo, (documentos de cita para entrevista o documento con la entrevista ya realizada) no reciben el SIP. Para solucionarlo han acudido a CEAR quien realizó gestiones con los centros de salud, no siempre consiguiendo resultados fructíferos.

Se solicitó una reunión con la Conselleria de Sanitat Universal i Salut pública, que tuvo lugar el 23 de mayo para informar de esta situación de vulneración al derecho a la salud que se estaba produciendo. A partir de esta no se han detectado más casos por parte de dicha entidad.

Nos ha parecido relevante incluirlo en este informe, como ejemplo de la confusión administrativa a la hora de facilitar la atención sanitaria que se está produciendo en nuestra comunidad autónoma, ya que las personas en situación de solicitud de asilo siempre han estado protegidas, incluso están contempladas en el propio RD 16/2012, y por tanto deberían tener su atención sanitaria garantizada sin necesidad de recurrir a entidades.

PROPUESTA:

1. reactivar el procedimiento entre la Conselleria de Sanitat i Salut Pública y el Ministerio del Interior, que otorgaba la asistencia sanitaria a personas en proceso de solicitud de asilo, tal y como quedaba recogida en el RD16/2012.

k) Casos resueltos

Se recogen en este apartado aquellos casos registrados que a lo largo del año se han resuelto. En este sentido, se observa que de los 173 casos declarados en ODUSALUD en 2017-18, solo se han podido calificar como resueltos, 54, es decir un 31 %.

Ello se debe a que los procesos burocráticos puestos en marcha por las entidades del tercer sector o por las/los trabajadoras/os sociales de los Centros de Salud, son lentos y llenos de dificultades para una población que por sus características especiales de empleo precario o inexistente, situación administrativa irregular y/o vivienda cambiante o incluso inexistente, ausencia o imposibilidad de empadronamiento, no consigue regularizar su derecho a la atención sanitaria.

Constan como resueltos los casos en que se ha conseguido un SIP, aunque a veces es provisional, en espera de tener todos los documentos, y tal como ya se ha referido en este informe, caducará a los tres meses, en caso de ser menor de edad, si no tiene todos los requisitos que se le piden.

En muchos casos no ha sido posible contactar con las personas que solicitaban asistencia, la cual fue facilitada por una ONG.

PROPUESTAS:

La propuesta general es el cambio legislativo y la creación de una norma que dé cobertura sanitaria básica y universal a todas las personas que habitan en el estado español, así como el desarrollo específico de esta en el territorio de la

Comunitat Valenciana, de forma general, sin arbitrariedad y sin excepciones.

Para ello hemos elaborado unas propuestas específicas para cada problemática (expuestas al final de cada punto) y unas Propuestas Generales y Conclusiones, que detallamos a continuación y que siguen la línea de anteriores informes.

5.- PROPUESTAS GENERALES Y CONCLUSIONES

En el momento de redactar este informe, ha habido un importante cambio legislativo, con la reciente publicación del RDL 7/2018 por parte del nuevo Gobierno, que ha manifestado en repetidas ocasiones su apuesta por la Atención Sanitaria Universal. Este decreto ha sido convalidado por el Congreso de los diputados en fecha reciente, y se desarrollará como Proyecto de Ley en los meses próximos.

No obstante, ante los diferentes tipos de incidencias detectadas y el carácter de las mismas, muchas de ellas ligadas a aspectos administrativos y de ámbito local, mantenemos las propuestas con algunas variaciones que se indican.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública debería:

1. optimizar la transmisión de instrucciones homogéneas, claras y detalladas sobre los procedimientos en cada caso, para garantizar el acceso a la Atención Sanitaria a todas aquellas personas que tienen este derecho en nuestra comunidad, en especial las poblaciones más vulnerables. Estos procedimientos deben darse a conocer también activamente a todos los trabajadores y trabajadoras de los centros sanitarios propios y bajo concesión administrativa sin distinción;
2. elaborar un protocolo de actuación para los servicios de admisión de las diferentes áreas sanitarias similar al elaborado para los/las trabajadores/as sociales;

3. garantizar que los menores de edad, mujeres embarazadas, en parto o postparto, así como, cualquier persona afectada por una urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, son atendidas hasta el alta médica, sin exigir la acreditación previa de ninguna otra condición de tipo administrativo, ni facturación por la asistencia recibida;
4. formar de manera homogénea y activa a todo el personal de todos los centros, y muy particularmente el personal de Admisión/Recepción sobre el derecho a la asistencia sanitaria y los procedimientos para ejercer este derecho;
5. difundir los materiales elaborados para una sesión formativa sobre el “Acceso a la Atención Sanitaria”, para que sea impartida en sesiones formativas por trabajadores y trabajadoras sociales al personal de Admisión de cada centro;
6. facilitar el acceso a la trabajadora y trabajador social del centro a todas aquellas personas con dificultades de acceso a la asistencia sanitaria. En los centros que no dispongan de trabajadora social en su plantilla se habilitará el poder acceder a la de otro centro cercano;
7. Establecer procedimientos adecuados de acreditación en SIP para facilitar la asistencia sanitaria a los colectivos anteriores y poder detectar situaciones de desatención en los centros sanitarios, con el fin de establecer procedimientos internos de evaluación de los resultados de estas acciones.
8. establecer contactos con el INSS para aclarar las discrepancias existentes en la aplicación de la normativa vigente e informar al personal responsable de SIP y a los trabajadores sociales para iniciar adecuadamente su asistencia sanitaria;
9. crear la figura del/la mediador/a sociosanitario/a en aquellos centros donde sea necesario;

10. actuar conjuntamente con la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives, Ayuntamientos y otras administraciones para mejorar las condiciones de coordinación entre instituciones públicas sanitarias y de servicios sociales, tomando en cuenta la nueva normativa, facilitando los procesos de coordinación entre instituciones públicas sanitarias y de servicios sociales;
11. garantizar medidas alternativas al empadronamiento para la acreditación de la residencia efectiva;
12. encargar a la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria el seguimiento y elaboración de informes sobre incidencias graves relacionadas con las denegaciones de asistencia que se detecten;
13. realizar seguimiento del nuevo Real decreto Ley 7/2018;
14. la Conselleria debe continuar emitiendo instrucciones y promoviendo la aprobación de normas claras y la aplicación de políticas favorables a la igualdad y homogeneidad del derecho a la asistencia sanitaria y la protección de la Salud de todas las personas, eliminando las diferencias que puedan producirse entre Comunidades Autónomas en la aplicación de normativas o programas dirigidos a procurar medidas de Salud Pública y Atención Primaria y Especializada universal y gratuita;
15. garantizar y verificar la correcta aplicación de todas las medidas llevadas a cabo a través del dispositivo asistencial sin distinción, tanto en centros de titularidad pública como bajo concesión administrativa;
16. contribuir a que las normativas que en el futuro regulen el acceso a la asistencia sanitaria y la protección de la salud lo hagan desde el reconocimiento de este derecho como básico y universal. Igualmente, que este se garantice a través de un Sistema Nacional de Salud financiado por la vía fiscal. Todo ello en igualdad con otros derechos y servicios, tales

como la educación, la seguridad, la tutela judicial, la protección social o el uso de los espacios públicos, entre otros;

17. instar al Gobierno español al cumplimiento de sus obligaciones como firmante de diferentes tratados en materia de refugio y protección internacional, así como a tomar con la antelación necesaria las medidas que garanticen a las personas refugiadas y solicitantes de protección internacional el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y a socorro públicos;

18. reactivar el procedimiento entre la Conselleria de Sanitat i Salut Pública y el Ministerio del Interior, que otorgaba la asistencia sanitaria a personas en proceso de solicitud de asilo, tal y como quedaba recogida en el RD16/2012.

19. asimismo, como se hacía constar en el anterior informe, y sin ser la finalidad de estos, el Observatorio insiste en su preocupación y repulsa por la actuación y dejación de funciones de las instituciones y Gobiernos europeos en relación con la acogida de las personas refugiadas, que está provocando una crisis de acogida sin precedentes desde el final de la IIª Guerra Mundial a la que aún se resisten hacer frente las instituciones y Estados europeos, incumpliendo así sus obligaciones contraídas con la firma de tratados internacionales sobre la materia.