



EL LABERINTO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA

Vulneraciones del derecho a la salud
en las Islas Baleares

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Publicación a cargo de:
© Sección española de Amnistía Internacional

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

Fecha de publicación: 4 de julio de 2013

Fotografía de portada y contraportada: Carrer Jardí Botànic, Palma de Mallorca, Islas Baleares, junio de 2013. © Ángel Gonzalo/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 mundial, formado por más de tres millones de personas de más de 150 países y territorios, que hacen campaña para acabar con los abusos graves contra 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 los 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. EL DERECHO A LA SALUD EN CRISIS: MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS.....	7
2.1. Crisis económica: La excusa para el retroceso en derechos	7
2.2. El Real Decreto-Ley 16/2012 vulnera los estándares internacionales de derechos humanos	9
3. CONFUSIÓN Y CAOS: LA APLICACIÓN DE LA REFORMA SANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	17
4. EL LABERINTO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA: VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD EN LAS ISLAS BALEARES.....	19
4.1. La aplicación del Real Decreto-Ley: personas excluidas, salud en riesgo	21
4.2. Soluciones dispares: la confusión que genera exclusión	24
4.3. Los temores invisibles: el efecto disuasorio del Real Decreto-Ley	25
5. CONCLUSIONES	27
6. RECOMENDACIONES.....	29

1. INTRODUCCIÓN

EL REAL DECRETO LEY 16/2012 PONE FIN A LA UNIVERSALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD. LAS CONSECUENCIAS SON VISIBLES. EN LAS ISLAS BALEARES SE ESTÁ VULNERANDO EL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE LAS PERSONAS INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR

Desde el 1 de septiembre de 2012, el gobierno español ha limitado a través de un Real Decreto-Ley (RDL), el derecho a la salud de las personas migrantes en situación irregular que, desde esa fecha y con la excepción de algunos supuestos, deben pagar para recibir asistencia sanitaria, incluida la asistencia primaria.

Para Amnistía Internacional, esto constituye una violación del derecho humano a la salud de las personas migrantes que viven en España, al constituir una medida regresiva y discriminatoria, prohibida por los estándares internacionales de derechos humanos.

Esta reforma ha dejado sin tarjetas sanitarias a 873.000 personas migrantes¹, impidiendo o dificultando enormemente su acceso al sistema sanitario e incluso poniendo en ocasiones su vida en riesgo. Diferentes sectores (partidos políticos, sindicatos, organizaciones de derechos humanos, movimientos sociales, sector jurídico, etc.) y, sobre todo, el propio sector sanitario han manifestado su rotunda oposición a esta reforma.

También algunas comunidades autónomas se han opuesto a la misma, e incluso la han recurrido ante el Tribunal Constitucional. Otras comunidades, sin embargo, la han aplicado y han restringido el acceso al sistema sanitario público a miles de inmigrantes que viven en sus territorios. Todo ello ha generado una situación de enorme disparidad entre comunidades autónomas, incluso dentro de ellas, pues existe una evidente situación de caos y confusión dentro de la administración sanitaria sobre cómo aplicar la reforma.

En este contexto, Amnistía Internacional ha realizado una investigación a través de la cual ha documentado que en las Islas Baleares se obstaculiza y deniega la asistencia sanitaria a las personas migrantes, tanto mujeres como hombres en situación irregular.

La organización ha podido constatar que esto se produce no solo como consecuencia directa de la aplicación del mencionado RDL, sino también como consecuencia de una serie de errores o irregularidades administrativas que, sin ajustarse a la legislación vigente, podrían estar dejando sin asistencia sanitaria a uno de los colectivos más vulnerables de la sociedad.

No obstante, la preocupación de la organización sobre la vulneración del derecho a la salud no se limita a las Islas Baleares. Lo que allí se ha constatado es una situación que, desgraciadamente y según las denuncias recibidas por la organización, se podría estar dando en otras comunidades autónomas.

¹ Programa Nacional de Reformas. Reino de España, 2013. El gobierno sitúa este impacto bajo el objetivo de evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española.

Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/29B5272B-EC30-478C-80F2-B29D675CD4E7/0/PNREspa%C3%B1a2013.pdf>

EL DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL

El derecho a la salud viene recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se reconoce que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”* (artículo 25.1).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en vigor desde 1976 y del que España es parte, establece que *“los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (artículo 12.1).

El derecho a la salud se encuentra recogido en otros tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 o la Convención sobre Derechos del Niño del año 1989.

DESARROLLO
AHORA SIN SANIDAD.



2. EL DERECHO A LA SALUD EN CRISIS: MEDIDAS DE AUSTERIDAD Y OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS

2.1. CRISIS ECONÓMICA: LA EXCUSA PARA EL RETROCESO EN DERECHOS

Algunas de las líneas centrales de la reforma sanitaria mencionada se recogen en el 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, que entró en vigor el pasado 1 de septiembre. Se trata de una medida legislativa que se encuentra dentro de otras más amplias basadas en la austeridad y que el gobierno español ha venido implementando en distintos ámbitos, como respuesta a la crisis económica.

Diversos mecanismos de Naciones Unidas han mostrado su preocupación por el impacto que las medidas de austeridad tienen en derechos humanos como la educación o la vivienda en España². Amnistía Internacional ve con preocupación los graves efectos que la crisis económica podría tener en el acceso a la salud de los grupos vulnerables, que se ven exacerbados por las medidas de austeridad económica que el gobierno español está adoptando.

En el caso del derecho a la salud, el gobierno central ha declarado que las medidas de austeridad son necesarias para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), sin embargo la Organización Médica Colegial ha advertido que la reducción del gasto presupuestario en salud está provocando que el SNS viva una situación sin precedentes que hace difícil su funcionamiento³.

Amnistía Internacional alerta de que los recortes en este sector podrían menoscabar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención sanitaria, que son elementos esenciales del derecho a la salud⁴. Asimismo, prestigiosas publicaciones médicas también han alertado sobre los impactos que la reducción del gasto público en sanidad tiene sobre la calidad de la atención⁵.

² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales a España, de mayo de 2012. Doc symbol E/C.12/ESP/CO/5, y Comité de los Derechos del Niño CRC/C/ESP/CO/3-4, 3 de noviembre de 2010.

³ Comunicado de la Organización Médica Colegial. Aprobado por la Asamblea General celebrada el 28 de enero de 2012, donde se reunieron 52 colegios médicos de España. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/documento_contra_recortes.pdf

⁴ Amnistía Internacional. Información para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 48 período de sesiones, mayo de 2012. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=SIAI&SORT=-FPUB&DOCR=1&RNG=10&SEPARADOR=&&INAI=EUR4100512>

⁵ Según un estudio de la British Medical Journal, desde 2010 ha habido una reducción media del presupuesto sanitario de casi 150 euros per cápita, en un presupuesto que ya era de los más bajos en la Unión Europea. British Medical Journal: *Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?*, BMJ 2013;346:f2363, 15 de marzo de 2013.

Tal y como han destacado distintos órganos de Naciones Unidas, el Consejo de Europa y el Parlamento Europeo, las obligaciones en materia de derechos humanos subsisten y tienen plena vigencia incluso en tiempos de limitaciones graves de recursos económicos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del cual España es Estado parte, establece la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos sin discriminación y sin regresividad. Según indica el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (órgano encargado de la vigilancia del cumplimiento del PIDESC), la adopción de una medida regresiva exige al Estado español demostrar previamente que esta se ha tomado tras llevar a cabo un examen exhaustivo de todas las alternativas posibles, y que dicha medida está debidamente justificada en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles.

En concreto, el Comité ha establecido una serie de requisitos que los Estados deben cumplir en el diseño de toda reforma legislativa o de políticas. Así, las medidas adoptadas deben ser medidas provisionales que abarquen solamente el período de crisis, deben ser necesarias y proporcionales, deben tener un carácter no discriminatorio, y deben impedir que afecten desproporcionadamente los derechos de los grupos más vulnerables. Por último, las medidas deben especificar un contenido mínimo básico de los derechos y velar para que ese contenido mínimo esencial esté siempre protegido⁶.

Asimismo, los estándares internacionales establecen que incluso, en tiempos con graves limitaciones de recursos, los Estados deben proteger a los miembros vulnerables de la sociedad, pues es precisamente en esos momentos cuando los Estados deben redoblar sus esfuerzos.

Amnistía Internacional recuerda que los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud, no son concesiones del Estado que puedan ser retiradas en tiempos de dificultades económicas. Son derechos humanos que conllevan una serie de obligaciones correlativas que el Estado no puede eludir bajo la premisa del contexto de crisis.

Amnistía Internacional reitera el imperativo de situar los derechos humanos en el centro de cualquier medida legislativa o de otra índole que tenga que ver con la recuperación económica. La crisis económica no se puede convertir en una crisis de derechos humanos.

⁶ Comité DESC de Naciones Unidas. Carta dirigida a los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por el Presidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 16 de mayo de 2012.
Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/statements.htm>

OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS EN TIEMPOS DE CRISIS ECONÓMICA

El Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas ya advirtió en una Resolución de 2009 que *“las crisis económicas y financieras mundiales no disminuyen la responsabilidad de las autoridades estatales en la realización de los derechos humanos”*⁷. El Consejo también subrayó en otra ocasión que *“el ejercicio de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, no puede subordinarse a la aplicación de las políticas de ajuste estructural”*⁸.

El Comité DESC recomendó que el gobierno español garantice que todas las medidas de austeridad implementadas mantengan el nivel alcanzado de protección de los derechos económicos, sociales y culturales, y que sean, en todo caso, temporales, proporcionales y no perjudiciales para los derechos económicos, sociales y culturales⁹. Asimismo, el Comité DESC subrayó el hecho de que *“aún en tiempos de limitaciones graves de recursos, causadas sea por el proceso de ajuste, de recesión económica o por otros factores, se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo”*¹⁰.

El Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa y de las obligaciones financieras internacionales de Naciones Unidas ha advertido recientemente que *“los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud, no deberían verse comprometidos por la aplicación de las medidas de austeridad económica”*, y ha instado a países que se encuentran en una difícil situación económica a *“establecer un cuidadoso equilibrio entre la austeridad y la realización de los derechos humanos, teniendo en cuenta la primacía de las obligaciones de los Estados relativas a los derechos humanos”*¹¹.

2.2. EL REAL DECRETO-LEY 16/2012 VULNERA LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El 1 de septiembre de 2012 entró en vigor en España el Real Decreto-Ley 16/2012¹². Esta norma establece que las personas migrantes en situación irregular mayores de edad solo tendrán asistencia sanitaria gratuita en dos supuestos: en urgencia o accidentes hasta el alta médica; y en embarazo, parto y posparto. Las personas menores de edad tendrán asistencia sanitaria en todos los casos¹³. Por su parte, el Real Decreto 1192/2012 –en vigor desde el 5 de agosto de 2012– reconoce asistencia sanitaria gratuita a las personas

⁷ Consejo de Derechos Humanos. Resolución S-10/1. Efectos de las crisis económicas y financieras mundiales en la realización universal y el goce efectivo de los derechos humanos, 23 de febrero de 2009.

⁸ Consejo de Derechos Humanos. Resolución 11/5. Consecuencias de la deuda externa y de las obligaciones financieras internacionales conexas de los Estados para el pleno goce de todos los derechos humanos, sobre todo los derechos económicos, sociales y culturales, 17 de junio de 2009.

⁹ Comité DESC. Observaciones finales a España. Doc Symbol E/C.12/ESP/C0/5, de 17 de mayo de 2012.

¹⁰ Comité DESC. Observación General nº 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes, de diciembre de 1990.

¹¹ Experto Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa y de las obligaciones financieras internacionales de Naciones Unidas. Greek crisis: *“Keep in mind the people's basic human rights”* – UN expert on rights and foreign debt.

Disponible en: <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=11195&LangID=E>

¹² 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.

¹³ Artículo 1, RD 16/2012.

solicitantes de protección internacional y a las víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión¹⁴.

Aunque esto último ha sido acogido en parte con satisfacción, diversas organizaciones, entre ellas la Red Española de Lucha contra la Trata de la que forma parte Amnistía Internacional, han denunciado que limitar la cobertura solo a aquellas víctimas de trata que estén en período de restablecimiento y reflexión deja fuera a muchas víctimas a las que no se les concede¹⁵. A la organización le preocupa que esta excepción sea insuficiente, puesto que el acceso a la atención primaria es una vía fundamental para la detección de las mujeres víctimas de trata. Igualmente, en el caso de las mujeres víctimas de violencia de género, el ámbito sanitario es esencial para la detección de la violencia y la identificación de las víctimas. Si bien el índice de las denuncias ante la policía o juzgados sigue siendo muy bajo, la práctica totalidad de las víctimas acude a su centro de salud en el año posterior a las agresiones. La organización quiere recordar la obligación del Estado de proporcionar protección y asistencia integral a las víctimas de trata y de violencia de género, independientemente de su situación administrativa.

La normativa estatal delimita los supuestos de asistencia sanitaria gratuita para personas inmigrantes en situación irregular a las cinco modalidades mencionadas (urgencias; embarazo, parto y post-parto; menores de edad; personas solicitantes de protección internacional; víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión).

Para los casos que no se enmarquen en los cinco supuestos, las personas inmigrantes que no cuenten con permiso de residencia y necesiten asistencia médica o hacerse pruebas analíticas, deberán pagar por ello. El Real Decreto-Ley establece que, a través de una posterior orden ministerial que al cierre de este informe no era pública, se regularán los llamados 'convenios especiales' mediante los que se condicionará el acceso de las personas migrantes al sistema sanitario al pago de una cantidad económica y a estar un año inscritos en el padrón¹⁶.

Amnistía Internacional quiere recordar al gobierno español que dicha norma no puede poner barreras económicas que pongan en peligro el acceso a la atención sanitaria de las personas más vulnerables.

El Real Decreto-Ley incluye medidas regresivas

El Real Decreto-Ley supone un retroceso en la universalidad del acceso al derecho a la salud (antes reconocido en la Ley General de Salud Pública 33/2011). Al igual que diversos mecanismos internacionales, Amnistía Internacional considera que el Real Decreto-Ley 16/2012 vulnera el PIDESC, del cual España es Estado parte. Concretamente, el artículo 12 reconoce el "*derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*". Con esta normativa, el gobierno central y las comunidades autónomas que la apliquen están adoptando una medida regresiva y están incumpliendo las obligaciones de respetar,

¹⁴ Disposición adicional cuarta y quinta, RD 1192/2012.

¹⁵ Según informa la Fiscalía General del Estado, en 2012 se ofreció el período de reflexión a 149 mujeres que eran presuntas víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Solo 24 de ellas lo aceptó (16,10 %). La Fiscalía General del Estado atribuye este número tan reducido a la tardía aprobación del Protocolo Marco de Protección de Víctimas de Trata. Memoria de la Fiscalía General del Estado 2012. Disponible en: http://www.fiscal.es/cs/Satellite?c=Page&cid=1242052134611&pagename=PFiscal%2FPage%2FFGE_memorias&selAnio=2012

¹⁶ Se trata de pago mediante una contraprestación por la asistencia recibida o una cuota derivada de la suscripción de un "convenio especial", artículo 1, Uno, párrafo 5, Real Decreto-Ley 16/2012; y disposición adicional tercera, Real Decreto 1192/2012. Dicha disposición adicional establece, además, que los requisitos básicos de los citados convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria se determinarían mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Al cierre de este informe, dicha orden aún no había sido publicada.

proteger y cumplir el derecho a la salud sin regresividad y sin discriminación que emanan de estándares internacionales.

El gobierno debió realizar y publicar una evaluación de impacto antes de adoptar el Real Decreto-Ley, con el fin de prever los efectos directos e indirectos en el derecho a la salud, especialmente sobre los grupos en situación de vulnerabilidad, y asegurar que las medidas propuestas no iban a agravar aún más su situación. Esta obligación también está contemplada en la Ley de Salud Pública 33/2011¹⁷. Si bien el gobierno ha afirmado haber evaluado el impacto del Real Decreto-Ley, ningún análisis ha sido publicado hasta la fecha, a pesar de la reiterada petición por parte de varias organizaciones y de grupos parlamentarios¹⁸.

Es importante destacar, además, que el gobierno no ha facilitado estudios técnicos que avalen el cumplimiento de su obligación internacional de justificar la plena utilización de los recursos máximos disponibles. En efecto, el propio Tribunal Constitucional subraya que el eventual ahorro económico motivado por el Real Decreto Ley, no ha sido concretado por el gobierno¹⁹.

El Real Decreto-Ley tampoco respeta la necesaria proporcionalidad de las medidas regresivas, debido al grave impacto que esta medida tiene en el derecho a la salud del colectivo de personas migrantes en situación administrativa irregular, tal y como han destacado diversas organizaciones del sector médico sanitario²⁰. Este colectivo, que está siendo gravemente afectado por la crisis debido al alto índice de desempleo²¹, está padeciendo situaciones de irregularidad sobrevenida y la consiguiente pérdida de derechos.

Asimismo, es especialmente preocupante que la normativa vigente no garantice la atención primaria de salud para las personas migrantes; pues se trata de un contenido mínimo esencial del derecho a la salud que el gobierno debe asegurar²².

¹⁷ La Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, contempla en su artículo 35 la obligación de evaluar el impacto en la salud de cualquier medida establecida por las administraciones públicas.

¹⁸ En una respuesta a la pregunta escrita planteada por el Grupo Parlamentario de la Izquierda Plural relativa a la publicación del estudio de evaluación de impacto, el gobierno responde que *“han sido evaluadas todas las consecuencias e impacto en salud por cuanto se han contemplado todas las situaciones posibles, asegurando la gratuidad en las situaciones de gravedad y de protección del colectivo de mujeres embarazadas y niños con independencia de la situación de residencia en nuestro país”*. Pregunta 184/012315. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Serie D Nú. 227, de 25 de febrero de 2013. A pesar de que Amnistía Internacional, Médicos del Mundo y Red Acoge han solicitado en repetidas ocasiones la publicación de un análisis de impacto, hasta la fecha no ha sido publicado por el gobierno.

¹⁹ Auto del Tribunal Constitucional 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. El Tribunal destaca que *“el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, así como la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado”*. Mediante este auto el tribunal levanta la suspensión de los artículos referidos al acceso a la sanidad de la población inmigrante irregular del Decreto 114/2012, aprobado en el País Vasco en junio de 2012.

²⁰ Comunicado de prensa de la semfyc y la AEN-PSM en el que recuerdan que abandonar la atención continua de los pacientes con enfermedades mentales graves les condena a la marginalidad y a sufrir recaídas y visitas de urgencia. Disponible en: http://www.semfyc.es/es/noticias/destacadas/listado/Asociacion_Neuropsiquiatria_RD_inmigrantes/
La Semfyc también ha alertado sobre el grave impacto del Real Decreto-Ley en el caso de las personas migrantes con enfermedades crónicas.

²¹ Relator Especial de Naciones Unidas sobre formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia. Informe de la visita a España. Doc symbol A/HRC/23/56/Add.2, de 6 de junio de 2013, párrafo 36.

²² Comité DESC de Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General nº 14. E/C.12/2000/4, del 1 de agosto de 2000.

Amnistía Internacional, a su vez, recuerda que el cumplimiento de los derechos humanos es importante no solo en lo que se refiere a los resultados de las políticas estatales, sino también en lo que se refiere al proceso mediante el cual han formulado las mismas. Los estándares internacionales de derechos humanos exigen que los Estados establezcan mecanismos para garantizar una participación plena y efectiva de las personas en cuestiones que afectan a sus derechos. En este sentido, la organización considera que hubiera sido necesario que el gobierno hubiera promovido un debate informado y una mayor participación social en el diseño de esta reforma legal.

PREOCUPACIÓN EN LOS MECANISMOS DE NACIONES UNIDAS SOBRE EL REAL DECRETO-LEY

Los mecanismos internacionales de protección de los derechos humanos han expresado en diversas oportunidades su preocupación por la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012. El Comité DESC de la ONU ha recomendado a España 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”*²³. Por su parte, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre discriminación ha calificado la legislación que ha restringido el acceso de los inmigrantes a la sanidad como una *“novedad lamentable”*²⁴ y posteriormente ha recomendado a España revisar la reforma sanitaria llevada a cabo en un contexto de crisis económica, a fin de garantizar la asistencia sanitaria para todas las personas inmigrantes, con independencia de su condición legal²⁵.

El Real Decreto-Ley vulnera la obligación de no-discriminación

El Real Decreto-Ley afecta desproporcionadamente a las personas inmigrantes en situación irregular, dada su situación de vulnerabilidad. El hecho de aplicar tarifas significativamente más altas para la asistencia sanitaria según la ciudadanía, la residencia o la condición de persona migrante constituye una discriminación prohibida de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos, y es una medida claramente desproporcionada por su efecto sobre algunas de las personas más pobres que viven en España.

En este sentido se ha expresado el Comité DESC, que ha señalado que *“los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”*²⁶.

En los mismos términos se ha manifestado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que ha solicitado a los Estados que eliminen *“los honorarios elevados de los servicios de atención médica”*, identificándolos como uno de los *“obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a esta atención”*²⁷.

²³ Párrafo 19, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre España en el 48º período de sesiones, de 30 de abril a 18 de mayo de 2012, E/C.12/ESP/CO/5.

²⁴ Declaración de prensa del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia, Sr. Mutuma Ruteere el 28 de enero de 2013 en Madrid, España.

²⁵ Párrafo 72 del informe sobre su visita a España del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia, de 6 de junio de 2013, A/HRC/23/56/Add.2.

²⁶ Comité DESC de Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General nº 14. E/C.12/2000/4, del 1 de agosto de 2000.

²⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observación General nº 24. La mujer y la salud. 20º período de sesiones, 1999.

Por otra parte, Amnistía Internacional quiere alertar y mostrar su preocupación por las declaraciones que han vertido las autoridades para justificar la exclusión de la atención sanitaria a las personas migrantes en situación irregular. Se han vertido afirmaciones que parecieran estar orientadas a retratar a las personas migrantes como colectivos que no contribuyen al desarrollo del país y que, sin embargo, disfrutan de derechos y privilegios. Estas palabras han procedido de miembros del gobierno central, autoridades públicas y miembros de partidos políticos.

DECLARACIONES DE AUTORIDADES Y RESPONSABLES POLÍTICOS

Ana Mato, ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

“Hemos garantizado la universalidad de la sanidad para todos los españoles, y también, al mismo tiempo, vamos a adoptar las medidas necesarias para acabar con la utilización indebida de los servicios sanitarios por algunos extranjeros, y también con los abusos que, a veces, estos extranjeros cometen accediendo al sistema sanitario sin tener derecho a ello”, rueda de prensa del Consejo de Ministros, 20 abril de 2012.

Extracto publicado en El País, 20 de abril de 2012:

El Gobierno reformará la Ley de Extranjería para poner en marcha nuevas restricciones. *“El padrón no les bastará”,* ha manifestado Mato, quien explicó que para otorgar la tarjeta sanitaria se verificará que quienes la solicitan *“de verdad”* viven y *“trabajan como nosotros y pagan sus impuestos”*.

Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/20/actualidad/1334935039_248897.html

Rafael Hernando, portavoz del grupo popular en el Congreso de los Diputados:

“Ninguna persona, legal o ilegal, va a dejar de ser atendido en urgencias (...). España tiene que dejar de ser el paraíso de la inmigración ilegal”, agosto de 2012.

“El servicio de salud universal no está para todo el universo y el gratis total no existe (...). La inmigración debe estar vinculada al empleo regular y los inmigrantes ilegales lo que tienen que hacer es volver a sus países de origen (...). [España] debe dejar de ser un país en el que la gente se empadrona, incluso sin residir, sólo con el objetivo de acceder al servicio sanitario y a prestaciones sociales, cuando ni siquiera tienen trabajo”, agosto de 2012.

Juan Ignacio Échaniz, consejero de Sanidad y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha:

“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”, El Mundo, abril de 2012.

Xavier García Albiol, alcalde de Badalona:

“Es una injusticia social que un inmigrante irregular tenga los mismos derechos que uno de regular o que un autóctono”, declaraciones a Rac 1, La Vanguardia, mayo de 2012.

Luis Alfonso Hernández Carrón, consejero de Salud de la Junta de Extremadura:

Extracto publicado en ABC, agosto 2012:

Aunque no vaya a suponer "*un gran ahorro*", ha explicado que la iniciativa de cobrarles por determinadas asistencias sanitarias si dará "*orden*" al Servicio Extremeño de Salud (SES) pues la sanidad, para que sea "*gratuita y universal*", debe ser "*costeada*" por todos sus beneficiarios.

Disponible en: <http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=1228795>

María José Sáenz de Buruaga, consejera de Salud de Cantabria:

"No ha habido ningún ahorro, porque me he cansado de repetir que no se adoptaba [la medida] para excluir a nadie y ni siquiera generar ahorro, sino para poner fin a los abusos", Parlamento de Cantabria, mayo 2013, Diario Montañés.

Eduardo Van den Eynde Ceruti, portavoz del Partido Popular en el Parlamento cántabro:

"Mire, un derecho que es un concepto jurídico no tiene efecto sobre la salud. Lo que tienen efecto sobre la salud es la asistencia sanitaria, que no es lo mismo...".

"[...] Y esta ley, efectivamente, no universaliza ese derecho a cualquier persona, que incluso simplemente con un certificado de empadronamiento sin tener ni residencia, ni vinculación con este país, venía exclusivamente aquí a percibir asistencia sanitaria y pone coto a ese fraude, que ese fraude ha existido y está evaluado en más de mil millones de euros".

"[...] Es un sistema más eficiente les guste o no, es un sistema más justo y sobre todo además es un sistema que garantiza su sostenibilidad y su solvencia, que es justo, justo, justo lo contrario de su sistema de barra libre y facturas al cajón, cuyo final era la quiebra cierta del sistema público de salud".

Parlamento de Cantabria, Diario de Sesiones de 4 de marzo de 2013, núm. 61.

Jose Antonio Monago, presidente de Extremadura:

Extractos del Periódico de Extremadura, agosto de 2012:

"Cuando se ha podido, se ha podido, pero en estos momentos no se puede. Hay que cortar prácticas que no se pueden mantener. Ya cuesta bastante sostener la sanidad en el estándar de calidad que queremos para nuestros ciudadanos, como para encima abrir los hospitales a todos".

"No es una cuestión de humanidad, sino de presupuesto".

"Si al final se presta una sanidad a todo el mundo, ¿para qué va a colaborar uno con sus impuestos si quien no colabora con ese sistema tiene también cobertura?".

Amnistía Internacional condena estos discursos que asocian inmigración y utilización indebida y abusiva de la sanidad, y advierte que, además de contradecir diversos informes técnicos que aseguran lo contrario²⁸, suponen un ataque a la universalidad de los derechos humanos y contribuyen a construir prejuicios y a estigmatizar a las personas migrantes. Infundir sospechas generalizadas puede alimentar comportamientos discriminatorios contra este sector de la población. Tal y como han alertado la Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos de la OSCE, la Agencia de derechos fundamentales de la Unión Europea y la Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI) *“en tiempos de crisis, los migrantes, las minorías y otros grupos vulnerables se convierten en 'chivos expiatorios' para los políticos populistas y medios de comunicación. La historia de Europa demuestra cómo la recesión económica puede conducir trágicamente al incremento de la exclusión social y a la persecución”*²⁹.

La organización quiere recordar a las autoridades que, en virtud de sus obligaciones internacionales, deben abstenerse de discriminar, lo que implica que deben abstenerse de utilizar un lenguaje despectivo, que pueda dar lugar a discriminación, hostilidad y violencia contra migrantes y minorías³⁰.

Amnistía Internacional lamenta, que con la adopción del Real Decreto-Ley, el gobierno haya optado por incrementar el proceso de exclusión de las personas migrantes en situación irregular, en lugar de abordar los obstáculos administrativos que dificultaban su acceso a la sanidad y sobre los cuales la organización venía alertando en los últimos años³¹.

Asimismo, la organización desea recordar que la Defensora del Pueblo ha destacado que *“determinados derechos, como el de la protección de la salud en todas sus dimensiones, deberían pertenecer a la persona en cuanto tal, con independencia de su situación administrativa, como garantía de la vida y de la integridad física y moral”*. En este sentido, la Defensora recomendó al gobierno que *“adoptase las medidas complementarias necesarias que permitan asegurar el acceso efectivo a la protección de la salud para colectivos en situación vulnerable, que han quedado excluidos del concepto de asegurado o beneficiario, al objeto de garantizar el cumplimiento por parte de las administraciones de la obligación que les compete en materia de protección de salud pública”*³².

Lamentablemente, el gobierno no ha cumplido esta recomendación, ni las provenientes de diversos organismos de derechos humanos de Naciones Unidas.

²⁸ Obra Social La Caixa. Inmigración y Estado de Bienestar en España. Francisco Javier Moreno Fuentes María Bruquetas Callejo. Colección Estudios Sociales, 31. Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/670e2a8ee75bf210VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/vol31_es.pdf

²⁹ Comunicado conjunto con ocasión del Día para la Eliminación de la Discriminación Racial de 2009. Disponible en: http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/evt-21March-jointstatement-09_en.pdf

³⁰ Informe sobre su visita a España del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia, de 6 de junio de 2013, A/HRC/23/56/Add.2. Amnistía Internacional recomienda a las autoridades que deben tomar nota de las preocupaciones y recomendaciones sobre la reforma sanitaria expresadas por el Relator Especial de Naciones Unidas sobre formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia.

³¹ Amnistía Internacional. Información para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 48 período de sesiones, mayo de 2012. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=SIAI&SORT=-FPUB&DOCR=1&RNG=10&SEPARADOR=&&INAI=EUR4100512>

³² Informe anual 2012 de la Defensora del Pueblo, página 205. La Defensora también ha recomendado al gobierno que *“en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se dicten las instrucciones precisas para la adecuada atención de aquellas personas con padecimientos graves, en consonancia con lo dispuesto, entre otros instrumentos, en el Convenio Europeo de Derechos Humanos”*. Disponible en: http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/Informe_2012.pdf

EL DERECHO A LA SALUD EN ESPAÑA

En la Constitución española, el derecho a la salud aparece reflejado en su artículo 43, capítulo tercero titulado “de los principios rectores de la política social y económica”.

Como uno de los principios rectores de la política social y económica, el derecho a la salud no goza de las garantías de protección con la que cuentan los “derechos fundamentales” (artículos 15 a 29) y sólo podrá ser alegado ante la jurisdicción ordinaria, de acuerdo con las leyes que lo desarrollen.

Por otro lado, la sanidad es una de las competencias que la Constitución permite que pueda ser delegada por el Estado a las comunidades autónomas. En este sentido, en los Estatutos de Autonomía de Andalucía, (artículo 22.1), Aragón (artículo 14.1), Baleares (artículo 25.1), Castilla y León, (artículo 13.2), y Cataluña (artículo 23.1), aparece recogido el principio de universalidad del acceso a la atención sanitaria. En el caso del País Vasco, la noción de universalidad, como principio informador de la vertebración de su sistema sanitario, aparece recogido en el artículo 6 de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria.

En lo que se refiere a la legislación estatal, el Real Decreto-Ley 16/2012 modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, limitando el acceso al sistema de salud, que estaba garantizado anteriormente por la Ley General de Salud Pública 33/2011, a las personas con consideración de aseguradas y beneficiarias.

3. CONFUSIÓN Y CAOS: LA APLICACIÓN DE LA REFORMA SANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Amnistía Internacional, antes de analizar la respuesta de las autoridades, quiere destacar el importante movimiento del sector sanitario que se ha generado en toda España –en especial en las comunidades autónomas donde se está implementando el Real Decreto-Ley–, en defensa de la universalidad de la sanidad. Numerosos movimientos y asociaciones³³ han contribuido a reducir su impacto y diversos movimientos de la sociedad civil han defendido y acompañado a las personas migrantes a los centros sanitarios para eliminar las barreras administrativas y ayudar a las personas migrantes a navegar por el laberinto burocrático de la exclusión sanitaria.

Este movimiento está teniendo un papel fundamental a la hora de mitigar las gravísimas consecuencias que las actuales restricciones en el acceso a la atención sanitaria podrían implicar para el derecho a la salud.

La recepción del Real Decreto-Ley por parte de las comunidades autónomas ha sido dispar. Algunas –Asturias, Cataluña, Andalucía, País Vasco, Navarra y Galicia– se han negado públicamente a dejar sin asistencia sanitaria a las personas migrantes en situación irregular. País Vasco y Navarra, por ejemplo, han garantizado la universalidad del derecho a la salud elaborando legislación³⁴, mientras que otras como Asturias, Galicia o Cataluña han articulado vías de hecho para posibilitar el acceso a la atención sanitaria a través de programas específicos y de algún tipo de tarjeta sanitaria³⁵. Algunas comunidades autónomas han presentado incluso un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional³⁶.

³³ Entre ellas cabe destacar plataformas como Yo Sí Sanidad Universal, observatorios de sanidad, personal médico, organizaciones y asociaciones de defensa de los derechos de los migrantes y del derecho a curar (Médicos del Mundo, Red Acoge y un largo etc.).

³⁴ El gobierno del País Vasco elaboró el Decreto 114/2012, que mantenía la tarjeta sanitaria para las personas migrantes en situación irregular en el País Vasco. Aunque el gobierno central recurrió al Tribunal Constitucional pidiendo la suspensión del Decreto, el Tribunal Constitucional resolvió levantando la suspensión de la aplicación del mismo en el País Vasco. Ver nota 19.

Navarra aprobó la Ley foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en la Comunidad Foral el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público navarro. En su articulado reconoce que *“todas las personas con residencia en Navarra tienen derecho de forma gratuita a la asistencia sanitaria primaria o especializada, prestada por el sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra, con cargo a los Presupuestos Generales de Navarra, cualquiera que sea su edad, nacionalidad o situación legal o administrativa”*.

³⁵ En Asturias, el Consejero de Salud dictó una instrucción interna a los centros del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) en la que se regula esta atención para personas extranjeras sin recursos económicos; en Galicia el 31 de agosto de 2012 las autoridades dictaron una instrucción que permitía el acceso al Sistema Gallego de Salud de las personas que llevasen empadronadas 183 días en Galicia, a través del Programa Galego de Protección Social a Saude Pública. En Cataluña, las autoridades permiten el acceso a la atención primaria y a los programas de salud pública a las personas que lleven empadronadas al menos 3 meses en Cataluña y tengan ingresos inferiores a la renta básica para la inserción y protección social, reservando la atención especializada a las personas que lleven más de un año empadronadas, o a casos en situación de gravedad o necesidad inaplazable de atención. Por último, Andalucía ha mantenido la asistencia sanitaria en los mismos términos que antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 a través de la tarjeta de reconocimiento temporal a las personas migrantes en situación irregular.

³⁶ Es el caso de los gobiernos de Andalucía, Asturias, Cataluña, Canarias y País Vasco, así como del Parlamento de Navarra. En octubre de 2012 el Tribunal Constitucional admitió a trámite los recursos presentados por Asturias y Andalucía, mientras que en febrero de 2013 hacía lo mismo con los recursos de Cataluña, Canarias y País Vasco.

Otras comunidades autónomas, en cambio, han decidido implementar las disposiciones del Real Decreto-Ley y han procedido a regular –mediante instrucciones o circulares administrativas– las pautas de actuación que seguirán en materia de asistencia sanitaria³⁷. Otras, sin embargo, no han elaborado ningún tipo de normativa para tal fin³⁸.

Amnistía Internacional ha podido constatar en su interlocución con diversas autoridades autonómicas que estas se escudan en la obligación de cumplir con la legislación estatal para restringir la atención sanitaria, y al mismo tiempo declaran que en su comunidad autónoma “*nadie va a quedarse sin atención sanitaria*”³⁹. En algunas comunidades autónomas las autoridades han declarado su voluntad de solucionar los casos de exclusión, desatención e incidencias detectadas por las organizaciones y grupos de acompañamiento.

Amnistía Internacional considera, sin embargo, que esa voluntad aparente no supone en ningún caso una solución estructural a la exclusión sanitaria, ni implica un reconocimiento y restablecimiento de la universalidad del derecho a la salud ni de su exigibilidad por parte de las personas migrantes.

Otra constatación que le preocupa a la organización es la aplicación dispar de la reforma sanitaria en las diversas comunidades autónomas. Existe un escenario de confusión y desinformación, que está siendo provocado, en parte, por la falta de desarrollo normativo de la legislación estatal (por ejemplo, falta de orden ministerial que regule los convenios especiales). Las autoridades autonómicas han ido respondiendo a ese escenario de manera asimétrica, y esta disparidad se extiende al interior de las mismas, donde las instrucciones dictadas por las autoridades competentes son interpretadas de manera diversa, dependiendo del centro de salud. Este escenario podría estar impidiendo la atención sanitaria de personas cuyas situaciones están contempladas en el Real Decreto-Ley, o incluso provocando un efecto disuasorio en las mismas.

La confusión, además, no solo afecta a las comunidades autónomas que han aplicado de manera más estricta el Real Decreto-Ley, sino que la organización teme que pudiera estar dificultando el acceso a la atención sanitaria incluso en aquellas en las que las autoridades han establecido en la práctica vías de asistencia. Por ello, Amnistía Internacional pide a estas comunidades autónomas que extremen la vigilancia para asegurar que sus sistemas sanitarios no limitan de hecho el acceso a la salud, y las anima a ir un paso más allá y a garantizar por ley la universalidad del derecho a la salud, tal y como lo han hecho el País Vasco y Navarra.

Por último, Amnistía Internacional quiere recordar a las autoridades españolas que tienen la obligación de promover, proteger y realizar el derecho a la salud para el colectivo de personas migrantes en situación irregular y para el conjunto de la población. Unas obligaciones que vinculan a todo el Estado español; es decir, tienen carácter obligatorio en la totalidad del territorio. En otras palabras, España no puede escudarse en sus disposiciones u organización territorial para incumplir las obligaciones adquiridas como Estado con el respeto de los derechos humanos⁴⁰.

³⁷ Madrid, por ejemplo, dictó unas instrucciones el 27 de agosto para regular la asistencia sanitaria de las personas que, de acuerdo con el Real Decreto-Ley16/2012, no tengan la condición de asegurada o beneficiaria. Estas instrucciones contemplan la asistencia sanitaria en casos de salud pública y de enfermedades crónicas o tratamientos iniciados antes del 31 de agosto; o Baleares, como se detallará posteriormente. Otras, sin embargo, no han elaborado ningún tipo de normativa a tal fin; por ejemplo, Castilla y León.

³⁸ Por ejemplo, Castilla y León.

³⁹ Reuniones mantenidas por Amnistía Internacional con autoridades de Baleares, Madrid, Castilla y León y Cantabria.

⁴⁰ Convención de Viena sobre el derecho de los tratados. UN Doc. A/CONF.39/27 (1969).

4. EL LABERINTO DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA: VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD EN LAS ISLAS BALEARES

A diferencia de otras comunidades autónomas, pero al igual que muchas otras, las autoridades de las Islas Baleares han decidido aplicar el Real Decreto-Ley 16/2012, vulnerando así el derecho humano a la salud de las personas inmigrantes en situación irregular que habitan en su territorio. Esto sucede en contra de sus obligaciones internacionales y de su Estatuto de Autonomía, que garantiza el derecho a la prevención y a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal⁴¹.

En efecto, nada más aprobarse el Real Decreto-Ley 16/2012 en abril (y cuatro meses antes de su entrada en vigor) el gobierno balear comenzó a retirar las tarjetas sanitarias a personas migrantes en situación irregular. Según datos oficiales, el gobierno balear ha retirado 19.856 tarjetas sanitarias⁴² hasta abril de 2013.

A partir de ese momento, dichas personas han visto cómo se obstaculizaba su acceso al sistema sanitario público, lo que puede tener consecuencias gravísimas sobre su derecho a la salud.

Posteriormente, el 30 de agosto de 2012, el gobierno balear emitía unos criterios generales de aplicación sobre la asistencia sanitaria que el Servicio de Salud de las Islas Baleares debe prestar a todas las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario. Dichos criterios generales regulan, a la luz del Real Decreto-Ley 16/2012, cómo se brindará asistencia gratuita a los supuestos amparados por el Real Decreto-Ley⁴³ en los casos de enfermedades de declaración obligatoria, incluidas las enfermedades infecto-contagiosas⁴⁴ y de ciertas enfermedades mentales⁴⁵. También establece los procesos y modalidades de facturación para los casos en los que las personas migrantes no tengan, según la nueva reforma sanitaria, acceso a la asistencia sanitaria gratuita⁴⁶.

Amnistía Internacional ha constatado que la puesta en marcha de esta regulación por parte de la administración balear ha sido notablemente confusa y dispar: las directrices seguidas por los diversos centros

⁴¹ Artículo 25.1 del Estatuto de Autonomía de las Islas Baleares: *“Se garantiza el derecho a la prevención y a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal”*.

⁴² Así surge de las respuestas dadas por el consejero de Salud de las Islas Baleares, Martí Sansaloni i Oliver, a las preguntas RGE núm. 9654 i 9656 formuladas por el diputado del Grupo Parlamentario Socialista, Vicenç Thomàs i Mulet; Diario de sesiones de la Comisión de Salud de las Islas Baleares, 22 de Mayo de 2013, página 702.

⁴³ Situaciones de urgencia; embarazo, parto y postparto; menores de edad; personas solicitantes de protección internacional; víctimas de trata de seres humanos en período de restablecimiento y reflexión. Apartado Primero, párrafo 6 de los criterios generales.

⁴⁴ Anexo I de los criterios generales.

⁴⁵ Anexo II de los criterios generales.

⁴⁶ También establecen qué personas tendrán tarjeta sanitaria individual, qué tratamiento administrativo recibirán, etc. Los criterios también establecen, además, la creación de una comisión dedicada al estudio, el seguimiento y la evaluación de las patologías y los casos concretos. Además de estos criterios generales, a Amnistía Internacional le consta que se han distribuido diversas notas o comunicaciones internas a centros de salud y hospitales de Baleares que completaban –y en algunos casos modificaban– dichos criterios.

de salud en algunas cuestiones difería tanto que provocaba que una misma situación se resolviera de distintas maneras, dependiendo del centro sanitario que fuera. Las mismas preguntas podían recibir injustificadamente distintas respuestas:

- ¿A quién se emite “compromisos de pago”⁴⁷?
- ¿Qué personas están exentas de dicho compromisos?
- ¿Con qué países tiene España firmados acuerdos bilaterales de seguridad social?

Las constantes ‘actualizaciones’ formales o informales respecto a los protocolos de actuación han generado gran confusión en el personal administrativo con la consecuente aplicación asimétrica.

Se ha formado así un verdadero laberinto para las personas migrantes que intentan acceder al sistema sanitario, lo que ha dado pie a casos de vulneración clara del derecho a recibir una asistencia sanitaria adecuada.

Un caso que quizá sea ilustrativo del impacto negativo de este laberinto, es el de **Alpha Pam**, que ha tenido especial impacto en la opinión pública. Alpha Pam era un ciudadano senegalés de 28 años sin tarjeta sanitaria, que falleció de tuberculosis el 21 de abril de 2013, a pesar de que el tratamiento gratuito de su enfermedad se encuentra contemplado en los criterios generales⁴⁸. A Alpha Pam le diagnosticaron bronquitis en el Hospital de Inca, sin efectuarle una radiografía ni decidir su ingreso.

Según información recibida por Amnistía Internacional, el centro de salud se negó a realizarle pruebas diagnósticas hasta en tres ocasiones e incluso le advirtieron de que, por su condición de inmigrante, tenía que pagar la visita. Ante lo ocurrido, la Consejería de Salud elaboró una “investigación reservada” en la que se ordena la destitución del gerente del Hospital de Inca y la apertura de tres expedientes disciplinarios. El informe reconoce errores administrativos en la gestión de la atención sanitaria de Alpha Pam⁴⁹.

Amnistía Internacional considera de extrema urgencia que el gobierno balear, con independencia de cualquier investigación disciplinaria, adopte medidas de carácter general y estructural que pongan fin a la confusión y a la desinformación del personal administrativo para evitar casos de desatención en los centros sanitarios.

Lamentablemente, este podría no ser el único caso, sino un ejemplo ilustrativo de una situación más generalizada. De hecho, Amnistía Internacional ha podido recabar numerosos testimonios que describen un patrón de múltiples barreras para muchas personas migrantes a la hora de obtener cita con un médico o

⁴⁷ Los “compromisos de pago” son documentos emitidos por los centros de salud u hospitales de Baleares a personas que, al momento de requerir asistencia médica, no puedan acreditar ser beneficiarias del sistema sanitario público o tener aseguramiento. Mediante dicho “compromiso de pago” se insta a la persona a que dentro de un plazo determinado (que, según los “compromisos de pago” que ha tenido acceso Amnistía Internacional, varían entre 10 y 30 días) haga entrega de la documentación que acredite su pertenencia al sistema sanitario público –o estar asegurada–. Si no cumple con este requisito en el plazo estipulado, se inician los trámites para el cobro de los gastos de la asistencia, conforme el artículo 71 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común.

⁴⁸ Anexo de los “criterios generales de aplicación sobre la asistencia sanitaria que el Servicio de Salud de las Islas Baleares debe prestar a todas las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario”.

⁴⁹ Se ha ordenado la apertura de expedientes a la coordinadora del centro, al enfermero y médica que atendieron a Alpha a Pam. Informe sobre las conclusiones de la investigación disponible en: <http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?estua=11&lang=ca&codi=1477204&coduo=11>
Asimismo, la Defensora del Pueblo ha abierto de oficio una investigación.

hacerse analíticas. Estos inconvenientes provienen no solo de la aplicación de la normativa, sino también de diversas irregularidades, producto de este laberinto, que alimenta la exclusión sanitaria.

En este contexto, a la organización le preocupa constatar, en primer lugar, que la aplicación del Real Decreto-Ley y de los criterios generales excluye a personas de la asistencia sanitaria, por ejemplo a las personas con enfermedades crónicas, como el cáncer o la diabetes. En segundo lugar, esta exclusión se ve agravada por prácticas dispares e irregulares basadas en la casuística y en ocasiones contrarias a la normativa vigente. Finalmente, la organización ve con preocupación el efecto disuasorio que podría causar este desordenado escenario de actuación.

Estas preocupaciones se desarrollan a continuación.

4.1. LA APLICACIÓN DEL REAL DECRETO-LEY: PERSONAS EXCLUIDAS, SALUD EN RIESGO

Con la aplicación del Real Decreto-Ley y los criterios generales, las personas migrantes están expuestas a no tener asistencia sanitaria gratuita. Salvo en algunos supuestos, deben pagar si quieren ver a un médico.

Esta es la situación en las Islas Baleares. Amnistía Internacional ha documentado casos de inmigrantes que, como consecuencia directa de la aplicación del Real Decreto-Ley y de los criterios generales ven obstaculizado su derecho de recibir asistencia sanitaria adecuada.

La organización ha documentado testimonios de varias personas migrantes que no han recibido adecuada asistencia sanitaria, poniéndose en riesgo su salud como consecuencia directa de la exclusión originada por la aplicación del Real Decreto-Ley. La honda preocupación que suscita este hecho puede entenderse mejor a través de las voces y las historias de personas concretas⁵⁰.

⁵⁰ Amnistía Internacional quiere agradecer la colaboración de Médicos del Mundo Baleares por facilitar las entrevistas con Silvia y Luis.

SILVIA GRACIELA VELÁZQUEZ CLAVERÍA

“Al quitarme la tarjeta sanitaria, no puedo seguir los tratamientos (...) muchas noches comienzo a asfixiarme y no puedo dormir”.

Silvia Graciela Velázquez Clavería tiene 52 años, es uruguaya. Llegó sola a España en 2003 para ayudar a su hija, que había llegado unos meses antes. Su marido, en España desde 2004 al igual que su hijo, tiene permiso de residencia, pero ella no. Trabajó informalmente hasta 2009 cuando, por serios problemas de salud de su hija, un juez otorgó a Silvia y a su marido la tutela de su nieta.

Desde hace unos 7 años, Silvia padece de EPOC grave (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), un trastorno pulmonar cuyo síntoma principal es la disminución de la capacidad respiratoria y que se caracteriza por ser progresiva y, en general, no reversible. Además, sufre depresión.

Silvia nos resumió con claridad su situación: “*Antes del Real Decreto me hacía controles cada 2, 3, 6 meses. Ahora nada. Los tratamientos son muy caros y sin la tarjeta sanitaria no puedo hacerlos. No tengo forma de saber cómo avanza mi EPOC*”.



© Ángel Gonzalo/AI

Y continuó: “*En enero (de 2013) fui a urgencias al hospital porque no podía respirar. La médica me dijo que tenía que hacerme muchas analíticas y me pidió que fuera a ventanilla para pedir turno con mi médico de cabecera; fui a ventanilla y ahí me dijeron que no tenía derecho a médico de cabecera. Lo grave es que no tengo forma de que me hagan un seguimiento de mi enfermedad crónica*”.

Además, en esa ocasión, el hospital emitió un “compromiso de pago” a su nombre, a pesar de tratarse de asistencia en urgencias –y cuya gratuidad está estipulada en la normativa vigente–: “*No lo quise firmar, pero me dijeron que llegaría la factura a casa. Aún no llegó nada*”.

Silvia también nos contó los serios problemas que tiene para acceder a los medicamentos: “*Antes pagaba el 40%, hoy tengo que pagar todo. La última vez que fui a la farmacia gasté 227 €; yo no podía pagar eso, pero me ayudó mi hijo*” (...). *No tengo recursos para comprar toda la medicación que necesito. De golpe dejé de tomar los medicamentos para la depresión, con lo peligroso que es eso*”.

Cuando le preguntamos si creía en la posibilidad de cambio, ella nos respondió: “*Espero que sí. Creo que mi enfermedad ha ido avanzando, pero no lo sé. Necesito hacerme analíticas. Esto tiene que cambiar*”.

LUIS ANDRÉS ULLOA CARVAJAL

“Tengo que controlar el cáncer, pero no sé si cuando vaya (al hospital) me van a atender”.

Luis Andrés Ulloa Carvajal tiene 34 años, vive en Palma de Mallorca y es chileno. Llegó a España en 2007, sin papeles para trabajar. Actualmente realiza trabajos esporádicos como electricista. Tiene un hijo de 9 años.

Cuando Luis llegó a España trajo su historia clínica porque padecía de epilepsia. A principios de 2008 obtuvo asistencia sanitaria mediante la “solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes”.



© Ángel Gonzalo/AI

En 2010 le diagnosticaron cáncer de vejiga. *“Cuando me descubrieron el cáncer me operaron y fue todo perfecto. Estuve hospitalizado 5 días, me hice el tratamiento intravesical y no tuve que pagar nada. El médico me dijo que me tenía que hacer controles cada 4 o 6 meses pero ahora no sé que va a pasar”.*

Y continúa: *“En octubre o noviembre de 2012 fui a hacerme unos controles; cuando quise pedir cita me dijeron que no figuraba en la base de datos”. Según nos contó Luis, ya le advirtieron que tendría que pagar: “Me hice unas analíticas pero hoy (15 de abril) me llamaron para decirme que me van a enviar todas las facturas a casa por todas las pruebas y las veces que me atendieron. Me dijeron que el precio de las analíticas es de entre 80 € y 200 €...Yo eso no lo voy a poder pagar”.*

Esa advertencia, según nos contó, ha afectado el seguimiento de la epilepsia que padece: *“En mayo me tenía que hacer una analítica pero no fui porque no la puedo pagar; ya tengo que pagar 75 € en medicamentos...”.*

La falta de información también se ha hecho patente en el caso de Luis. España y Chile han firmado un convenio bilateral de seguridad social. Según el Real Decreto-Ley las prestaciones de asistencia sanitaria a personas chilenas, se facturará directamente a Chile⁵¹. Sin embargo, nadie le ha informado sobre esto: *“No sé nada. Lo busqué por Internet por mi cuenta, pero nunca nadie me dijo nada”.*

Finalmente, Luis reflexiona sobre el futuro: *“Estoy preocupado. Tengo que controlar el cáncer, pero no sé si cuando vaya (al hospital), me van a atender”.*

Como se ha señalado anteriormente, Amnistía internacional recuerda que la obligación de proteger y hacer realidad los derechos humanos afecta a todo el Estado español y, por tanto, es una responsabilidad compartida de los gobiernos estatal, autonómico y local.

Amnistía Internacional se ha dirigido a las autoridades del gobierno balear en relación con estos casos. Aunque se han mostrado dispuestas a solucionar la situación de estas personas, la organización considera

⁵¹ Disposición adicional segunda, Real Decreto 1192.2012 y apartado 2, párrafo segundo de los criterios generales de aplicación sobre la asistencia sanitaria que el Servicio de Salud de las Islas Baleares debe prestar a todas las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario.

que las autoridades deben adoptar todas las medidas necesarias de carácter estructural para garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas que se encuentren en las Islas Baleares, sin discriminación y con independencia de su situación administrativa.

4.2. SOLUCIONES DISPARES: LA CONFUSIÓN QUE GENERA EXCLUSIÓN

Como se ha mencionado antes, Amnistía Internacional ha constatado que existe una enorme disparidad de respuestas dentro de la administración sanitaria balear. Esto se refleja, entre otras manifestaciones, en que los protocolos de actuación que se aplican para implementar la reforma sanitaria difieren entre los distintos centros de salud y hospitales. Además, muchas veces, la solución ‘caso a caso’ ha prevalecido sobre criterios uniformes o estandarizados.

Por ejemplo, a pesar de que la normativa establece los casos en los que las personas migrantes no tienen acceso a atención sanitaria gratuita, en la práctica los supuestos en los que se emiten “compromisos de pago” para las personas que no tengan tarjeta sanitaria difieren según el centro de salud u hospital que se trate. Por el contrario, a la organización le consta que también se han dado casos en los que se ha brindado asistencia sanitaria gratuita a personas inmigrantes sin tarjeta sanitaria en supuestos que no están cubiertos por el Real Decreto-Ley o los criterios generales⁵². Sin embargo, Amnistía Internacional reitera su recomendación de que las autoridades deben adoptar medidas de carácter estructural que garanticen la universalidad en el acceso a la sanidad.

Asimismo, la organización pudo constatar en Baleares, al igual que en otras muchas comunidades autónomas, la respuesta en defensa del derecho a la salud de gran parte del sector sanitario y de la sociedad civil balear. Numerosas organizaciones (a través de acompañamientos y otras vías) personal médico, de enfermería y administrativo procuran, en muchas ocasiones y por canales informales, brindar asistencia sanitaria a pesar de las dificultades.

Sin embargo, Amnistía Internacional cree que la posible falta de información adecuada con la que cuenta el personal administrativo sanitario (que es quien gestiona la admisión de pacientes) podría empeorar una situación de por sí grave, pudiendo dejar a más personas de las previstas en la normativa vigente excluidas de atención sanitaria.

Como consecuencia de lo anterior, Amnistía Internacional ha podido documentar y constatar que en varios centros de salud y hospitales de las Islas Baleares se están produciendo una serie de irregularidades administrativas que ni siquiera se ajustan a las disposiciones del Real Decreto-Ley y de los criterios generales, y que podrían afectar el acceso a la salud de personas sin tarjeta sanitaria.

De hecho, la organización ha tenido acceso a “compromisos de pago” emitidos en urgencias, que incumplen la normativa vigente que establece la gratuidad en estos supuestos. También ha podido comprobar cómo se ha facturado por una hospitalización efectuada antes del 1 de septiembre, fecha en la que entró en vigor el Real Decreto-Ley (que, según los criterios generales, no genera ningún tipo de facturación en el momento del alta)⁵³.

⁵² Amnistía Internacional ha comprobado que este sería el caso de 26 personas que, sin contar con tarjeta sanitaria, figuraban como pacientes en los registros del Hospital de Son Espases en Palma de Mallorca.

⁵³ Apartado Introducción de los “criterios generales de aplicación sobre la asistencia sanitaria que el Servicio de Salud de las Islas Baleares debe prestar a todas las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario”.

En consecuencia, Amnistía Internacional insta al gobierno balear a tomar las medidas necesarias para evitar las irregularidades mencionadas y asegurar que el personal sanitario está debidamente informado, al objeto de evitar vulneraciones del acceso al derecho a la salud.

4.3. LOS TEMORES INVISIBLES: EL EFECTO DISUASORIO DEL REAL DECRETO-LEY

Amnistía Internacional ve con mucha preocupación el posible efecto disuasorio que estas prácticas podrían tener en personas migrantes en situación irregular, al hacerlas desistir de acudir a los hospitales o centros de salud. La organización considera que debe realizarse una evaluación de impacto que contenga, entre otros aspectos, datos que permitan analizar cómo ha afectado esta reforma en la salud de los grupos vulnerables, incluyendo datos que permitan examinar cómo ha variado el índice de frecuentación a los centros médicos⁵⁴.

Además, Amnistía Internacional ha recogido testimonios de muchas personas inmigrantes que aseguran que, ante la advertencia de que se emitiría un “compromiso de pago” en caso de recibir asistencia sanitaria o que se realizasen analíticas, han optado por no ir a los centros médicos o suspender sus tratamientos, incluso en caso de enfermedades graves.

Otras personas inmigrantes ‘sin papeles’ han expresado a Amnistía Internacional su reticencia a acudir a los centros sanitarios por temor a que esto tenga consecuencias sobre su estancia en España. *“Me caí y cada vez me duele más la pierna (...) pero no pienso ir al médico... Yo no quiero tener problemas”*, le decía a Amnistía Internacional el presidente de una asociación de inmigrantes africanos.

Motivo de especial preocupación para Amnistía Internacional es el desproporcionado impacto que dicho efecto disuasorio podría tener en la asistencia sanitaria de mujeres inmigrantes; y en la asistencia sanitaria de hijos e hijas de inmigrantes –que suelen acudir a los centros sanitarios acompañados de sus madres– por las mayores dificultades a las que se enfrentan las mujeres a la hora de acceder a información adecuada, como consecuencia de las condiciones de desigualdad de género que persisten dentro de la sociedad española.

Por ello, Amnistía Internacional considera que el gobierno balear debería analizar y evaluar el posible efecto disuasorio de la normativa y adoptar las medidas necesarias para mitigarlo.

⁵⁴ Amnistía Internacional se ha dirigido a las autoridades solicitando información sobre cuántas personas sin tarjeta sanitaria han acudido a urgencias; cuántas personas sin tarjeta sanitaria incluidas en los Anexos 1 y 2 de los criterios generales han sido atendidas; cuántas ecografías por embarazo se han realizado a mujeres sin tarjeta sanitaria; y cuántos menores de padres y madres sin tarjeta sanitaria han acudido a pediatría. Durante la redacción de este informe, la organización no recibió dicha información.



5. CONCLUSIONES

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

Pese a que España mostró un compromiso mayor con los derechos económicos, sociales y culturales siendo el primer país europeo en ratificar el Protocolo Facultativo al PIDESC⁵⁵, Amnistía Internacional considera que en el diseño de la reforma sanitaria, el gobierno no ha tenido en cuenta sus obligaciones internacionales en materia del derecho a la salud. Tampoco ha cumplido diversas recomendaciones de organismos de Naciones Unidas que le han instado a modificar el Real Decreto-Ley y a garantizar el acceso a la sanidad para todas las personas sin discriminación.

El gobierno no ha publicado un estudio de evaluación de impacto del Real Decreto-Ley en la salud de las personas migrantes, no ha demostrado que ha utilizado el máximo de los recursos disponibles antes de proceder a esta medida y ni siquiera ha garantizado el contenido mínimo esencial del derecho a la salud, la atención primaria. Asimismo, la adopción del Real Decreto-Ley ha venido acompañada de discursos que, según la organización, estigmatizan a todo un colectivo, atribuyéndole un uso excesivo de la sanidad y contradiciendo informes técnicos que aseveran lo contrario.

La aplicación de la reforma sanitaria en las comunidades autónomas ha supuesto un auténtico laberinto para las personas migrantes, con impactos graves en el acceso a la atención sanitaria. La disparidad, la confusión y la desinformación están generando estándares asimétricos que, en muchos casos, pueden estar suponiendo un incumplimiento de la obligación de las autoridades de proteger, respetar y hacer realidad el derecho a la salud. Ninguna predisposición favorable de las autoridades para dar solución a los casos individuales presentados por asociaciones y grupos de acompañamiento puede, en ningún caso, suplir la necesidad y la obligación de adoptar medidas estructurales, que restablezcan la universalidad del derecho a la salud y su exigibilidad por parte de las personas migrantes.

El gobierno central y las comunidades autónomas –sobre las que pesa igual obligación de proteger los derechos humanos– deben respetar la obligación internacionalmente contraída de no discriminar a los grupos más vulnerables al restringirles desproporcionadamente su acceso a atención y servicios médicos mediante la imposición de pagos que, en algunos casos, podrían constituir un impedimento para el acceso a esos servicios.

Islas Baleares es una llamada de alerta no solo a las autoridades autonómicas de Baleares, sino al conjunto de las autoridades del Estado español, por cuanto representa el ejemplo de las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley. Con la implementación del Real Decreto-Ley y los criterios generales, las Islas Baleares están vulnerando el derecho humano a la salud de miles de personas migrantes. La exclusión en el acceso a la atención sanitaria de personas con enfermedades crónicas entre otras, la escasa claridad de la normativa a aplicar, la diversidad de los protocolos de actuación que difieren entre los centros médicos, las irregularidades administrativas y las prácticas basadas en ocasiones en la casuística y que a veces han sido contrarias a la normativa vigente, han conformado un escenario de caos en el que se ha vulnerado el derecho

⁵⁵ El Protocolo Facultativo al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fue adoptado el 10 de diciembre de 2008 y entró en vigor el 5 de mayo de 2013. Este instrumento legal establece un mecanismo de denuncia a nivel internacional para las personas cuyos derechos económicos, sociales y culturales hayan sido vulnerados y que no hayan obtenido justicia en su propio país.

a la salud de las personas migrantes. A su vez, este laberinto sanitario podría provocar un efecto disuasorio en algunas personas que han optado por no asistir a los centros de salud.

Frente a esta situación, Amnistía Internacional quiere destacar la movilización de asociaciones, grupos de acompañamiento y del propio sector médico sanitario, que han procurado seguir brindando atención médica a las personas migrantes y han mitigado las consecuencias de la reforma en el derecho a la salud.

6. RECOMENDACIONES

Amnistía Internacional insta al Estado español a cumplir con sus obligaciones internacionales en materia del derecho a la salud. De manera concreta, 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 fines de garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas que residen en España, con independencia de su situación administrativa.
- Adoptar medidas inmediatas para aplicar plenamente las recomendaciones de los organismos internacionales en relación a la asistencia sanitaria de personas inmigrantes en situación irregular, en particular las del Comité DESC de mayo de 2012 y las del Relator Especial de Naciones Unidas sobre racismo de junio de 2013.
- Elaborar y publicar una evaluación del impacto que el Real Decreto-Ley tiene sobre el derecho al más alto nivel de salud, y las consecuencias diferenciadas que podrían producirse sobre mujeres y niñas.
- Abstenerse de realizar y de rechazar los discursos de autoridades que estigmatizan a las personas migrantes, atribuyéndoles un uso abusivo de la asistencia sanitaria. Poner en marcha de manera urgente medidas efectivas para combatir la discriminación que sufre este colectivo.

Al gobierno de las Islas Baleares:

- 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.
- Realizar evaluaciones de impacto de la reforma y adoptar medidas inmediatas para mitigar al máximo el posible efecto disuasorio del Real Decreto-Ley en 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.
- Garantizar que Luis Andrés Ulloa Carvajal y Silvia Graciela Velázquez Clavería reciben la debida asistencia sanitaria.

A los gobiernos de las comunidades autónomas:

- 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.

- Realizar evaluaciones de impacto de la reforma y adoptar medidas inmediatas para mitigar al máximo el posible efecto disuasorio del Real Decreto-Ley 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.
- Adoptar medidas legislativas necesarias para garantizar la no-discriminación en el acceso a la salud, independientemente de la situación administrativa.



AMNISTÍA
INTERNACIONAL

