

# Manual para grupos de acompañamiento

## Índice

- I. Para qué sirve un grupo de acompañamiento
- II. Cómo se monta un grupo de acompañamiento
- III. Estrategias para los grupos de cara al acompañamiento de personas sin tarjeta
  1. Trabajo exploratorio
    - 1a. Tanteo
    - 1b. Recuento de casos y situaciones detectadas
  2. Trabajo en caliente  
(cuando una de las personas del grupo necesita atención sanitaria)
    - 2a. Atención primaria
    - 2b. Derivaciones a medicina especializada y pruebas
    - 2c. Servicios de urgencias
    - 2d. Facturación
    - 2e. Medicación
- IV. Argumentos y legitimidad de la desobediencia
  1. Cambio de modelo
  2. Desmontando mentiras
  3. Legitimidad de la desobediencia

Otros materiales:

Tabla. La situación que crea el Real Decreto. Los derechos a la atención en función de las diferentes situaciones

Anexo. Listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria

## I. Para qué sirve un grupo de acompañamiento:

Los grupos de acompañamiento son una de las herramientas que desde YO SÍ. Sanidad Universal proponemos para tirar el Real Decreto y construir entre todos una sanidad universal. En términos concretos, sirven para alguna de las siguientes cosas (idealmente, para todas ellas):

- Para acompañar a las personas que el 1 de septiembre de 2012 se quedaron sin tarjeta sanitaria y conseguir que sigan accediendo a la red sanitaria normalizada (ver tabla).
- Para promover la desobediencia al RD en los centros de salud, ambulatorios y hospitales de su zona, probar diferentes estrategias y descubrir otras nuevas que compartir con los demás.
- Para analizar localmente la situación: es decir, para: conocer cómo está afectando a las personas el Real Decreto en los diferentes barrios, cuál está siendo la reacción del personal sanitario y de los usuarios y las usuarias con y sin tarjeta en los diferentes lugares, cómo se está extendiendo la

desobediencia, etc.

- Para ir creando un tejido social ciudadano por la sanidad universal, coordinándose con otros grupos de acompañamiento, creando foros y espacios para compartir experiencias y buscar soluciones.

## II. Cómo se monta un grupo de acompañamiento

Lo primero que hace falta es un grupo de gente con tarjeta y sin tarjeta interesada en organizarse junta. No es necesario que sean muchas personas: cinco personas bien avenidas pueden formar un estupendo grupo de acompañamiento.

- Si conoces ya de manera informal personas sin tarjeta y con tarjeta, júntate con ellas, háblales de la reforma y de lo que supondrá y cuéntales la campaña de desobediencia que hay en marcha. Propón crear un grupo de acompañamiento para facilitar que las personas que no tienen tarjeta puedan seguir accediendo a la red de sanidad pública.
- Si no conoces a gente suficiente, otra vía para juntar un grupo o varios grupos coordinados es organizar algún taller en un lugar de encuentro que frecuentes y proponer allí la creación de grupos de acompañamiento entre personas sin tarjeta y personas con tarjeta. Puede ser en la parroquia de tu barrio, en el polideportivo, en un local de ensayo, en centros donde impartan clases de castellano, en un bar muy concurrido... lo importante es que sean sitios donde pasen personas que se puedan haber quedado sin tarjeta sanitaria y otras dispuestas a apoyarlas. Si necesitas ayuda para esto, ponte en contacto con nosotras a través del correo [yosi.acompanio@gmail.com](mailto:yosi.acompanio@gmail.com). Como a veces las estrategias de desobediencia son complejas de explicar, más cuando median fronteras culturales y lingüísticas, recomendamos hacer los talleres lo más dinámicos y pedagógicos posibles, utilizando pizarras, diagramas o técnicas de *role play* o de teatro-foro, es decir, de teatralización de las diferentes situaciones a las que tendría que enfrentarse un grupo de acompañamiento (cómo abordar a un auxiliar administrativo, a una médica, la sala de espera, etc.).
- No es imprescindible que participe personal sanitario en cada grupo de acompañamiento. Si intentaremos que cada grupo de acompañamiento tenga a un sanitario de referencia de su área para resolver dudas y discutir estrategias. Cuenta con nosotros para esto.

Una vez que os hayáis juntado un grupito, poned en común cuál es la situación sanitaria de los diferentes miembros y poneos de acuerdo en cómo vais a funcionar, qué trabajo inicial vais a hacer y cómo vais a actuar cuando una de las personas sin tarjeta del grupo necesite atención sanitaria. Aquí os proponemos algunas estrategias y modos de acción, pero vosotros juntos seguro que podéis imaginar muchas otras. Utilizadlas y contádnoslas, para que entre todos vayamos enriqueciendo el acervo de prácticas de desobediencia.

Cada grupo tendrá una autonomía absoluta, pero es interesante que nos mantengamos todos en contacto a través de la red de YOSI.SanidadUniversal. Visita nuestra web y/o nuestra página de Facebook para enterarte de convocatorias de talleres o encuentros y animate a proponer talleres, reuniones o jornadas. Desde el grupo de desobediencia de YOSÍ estamos estudiando una herramienta *on-line* que permita a todos los grupos de acompañamiento compartir información y comunicarse de forma directa: si tienes ideas al respecto, cuéntanoslas. De momento, para cualquier propuesta o información, escríbenos a

yosi.acompanio@gmail.com.

Insistimos mucho en mantener la comunicación porque esto nos permitirá a todos conocer lo que está sucediendo en cada zona, derivar a personas afectadas a los grupos existentes más cercanos, saber en qué medida se está extendiendo la desobediencia y cómo se está actuando en los diferentes centros de salud, hospitales y ambulatorios, etc., así como conocer qué estrategias de desobediencia están funcionando y cuáles no, cuáles son los principales escollos que nos encontramos, etc.

### III. Estrategias para los grupos de cara al acompañamiento de personas sin tarjeta sanitaria

Una parte importante de la labor de los grupos será **combinar en cada situación los acompañamientos con las estrategias de reclamación de derechos y las de sensibilización** de profesionales hacia las necesidades de las personas excluidas.

Como orientación general, nuestra propuesta es que **intentemos utilizar de forma preferente la vía normalizada de acceso a la atención sanitaria**, la que emplearía cualquiera que tuviera una tarjeta sanitaria, aunque nos encontremos con puertas cerradas. Es decir, ir al médico que toque, por los cauces normales que se usaban hasta ahora. Ésta es una manera de llevar el problema a la puerta de cada profesional de la salud, contribuyendo a sensibilizarle, animándole a atender a todas las personas que así lo requieran sin hacer distinciones a causa de su situación administrativa, y visibilizando la denegación de un derecho fundamental, el de la atención sanitaria, a un gran número de personas. **Si nos encontramos con negativas, existen también otras vías alternativas** que aquí os explicamos para acceder al sistema y lograr la atención precisa.

**Las estrategias que aquí os planteamos no son más que un punto de partida**, pensado desde diferentes personas que conocemos el sistema nacional de salud como sanitarios y como usuarios y que nos hemos estudiado el Real Decreto y las diferentes instrucciones que se han ido emitiendo. Sin embargo, la mayoría de las veces tocará inventar sobre el terreno, por eso es muy importante que cada grupo de acompañamiento comparta con los demás qué está funcionando y qué no y qué nuevas estrategias ha creado desde la práctica.

Aquí os planteamos **dos tipos de trabajo**: uno de tipo **exploratorio**, para conocer la sensibilidad de los diferentes dispositivos sanitarios, intentar llegar a acuerdos con algunos equipos directivos o médicos concretos y saber qué estrategias pueden resultar más eficaces en cada lugar; otro más **en caliente**, cuando una persona de nuestro grupo precisa acompañamiento y lo más importante es conseguir que sea atendido de la manera más adecuada posible. Estos dos tipos de trabajo se pueden combinar, pero cada grupo de acompañamiento, según su contexto y composición, deberá decidir cuál priorizar.

## 1. Trabajo exploratorio:

### 1a. Tanteo.

Justamente para lograr que las personas sin tarjeta no acaben en sistemas paralelos y puedan seguir recibiendo atención sanitaria por la vía normalizada, es muy importante tantear los centros de salud, ambulatorios de especialidades y hospitales que correspondan por zona a cada grupo de acompañamiento.

Para ello, se pueden explorar todas estas vías. Cada grupo debe pensar cuál es más estratégica en función de lo que sepa de la realidad de el o los centros de salud que le corresponden por zona:

- (i) tener **conversaciones puerta a puerta** con las diferentes médicas y médicos;
- (ii) contactar con la **trabajadora social del centro de salud**;
- (iii) tener una reunión **con la Dirección del centro de salud y los responsables de Admisión o atención al paciente del ambulatorio** de la zona;
- (iv) si os véis con fuerza, otra vía interesante es **organizar un encuentro abierto en el centro de salud o en otro espacio**, al que pueda asistir tanto personal sanitario como usuarios con y sin tarjeta del sistema nacional de salud.

El **objetivo** de todos estos contactos es transmitirles la campaña de desobediencia, saber cómo va a actuar cada uno de ellos, animarles a desobedecer, a no facturar, a buscar todas las vías posibles para seguir garantizando una asistencia sanitaria normalizada a todo el mundo. Se trata de dialogar con calma las diferentes opciones, evitando la confrontación. Tened en cuenta que, para algunos sanitarios, la desobediencia a este Real Decreto puede comportar problemas y riesgos a la hora de mantener su puesto de trabajo (puede que no practiquen desobediencia explícita pero sí quieran atender). Por parte del grupo, es importante visibilizarse para poner rostro al problema: intentad acudir siempre personas con tarjeta y sin tarjeta, mezclados; llevad la chapa. Esto puede hacer que más gente se anime a desobedecer.

### 1b. Recuento de casos y situaciones detectadas

Hacer un recuento de dificultades habidas en la atención de las distintas personas en vuestra zona, mapeando los tanto los obstáculos como los recursos y soluciones halladas para resolverlos. Es previsible que nos encontremos diversidad en la atención de unos centros sanitarios y zonas (aunque las instrucciones sean las mismas). Compartidlas con el resto de grupos de acompañamiento de la zona y de otras zonas de Madrid.

## 2. Trabajo en caliente

(Cuando una de las personas del grupo necesita atención sanitaria):

Cuando una de las personas del grupo que no tenga tarjeta sanitaria necesite **asistencia no urgente**, lo suyo es que se ponga en contacto con el grupo para que alguna o todas las personas del grupo la acompañen en los diferentes pasos para obtenerla. Ir juntos no sólo es importante porque cuando no nos sentimos bien estamos algo frágiles, sino porque tendremos que afrontar diferentes diálogos y negociaciones y contar con varias cabezas puede ayudar a ser más eficaces, a mantener la calma y a no desanimarnos si nos encontramos con alguna puerta cerrada, además de que puede ayudar a saltar los obstáculos del idioma si la persona sin tarjeta no tiene el castellano como lengua materna.

Aquí os explicamos el itinerario básico que proponemos, que esperamos enriquecer con la experiencia de los diferentes grupos de acompañamiento. Todo lo que viene a continuación se refiere fundamentalmente a necesidades de atención no urgentes. En caso de que se trate de una urgencia, la persona sin tarjeta sanitaria no tiene más que ir al Hospital o al Centro de Salud que le pille más cercano, puesto que, tras el Real Decreto, la asistencia de urgencias sigue estando garantizada para todo el mundo. No obstante, más abajo incluimos un apartado específico sobre las urgencias que es importante leer si vamos a recurrir a ellas, debido a la situación que el Real Decreto ha creado en este servicio.

## **a. Atención primaria**

### **a.1 Personas que tenían tarjeta sanitaria antes del 31 de agosto de 2012**

Es importante que las personas sean atendidas en Atención Primaria con continuidad por las mismas médicas que les atendían antes, pues esto es una garantía de mejor atención y eficacia. Por eso siempre que sea posible es conveniente que las personas que hasta ahora han tenido una médica de AP contacten con esa misma profesional como primer paso. Que les continúe atendiendo es siempre la mejor opción entre todas las posibles. En ocasiones puede resultar muy útil el trabajo exploratorio del que hablábamos más arriba, que nos permitirá conocer de antemano la actitud de los médicos en tu zona; en otras ocasiones, el propio trabajo en caliente puede ser la mejor vía para la exploración, ya que los médicos menos sensibilizados puede que se muestren más propensos ante los casos concretos que ante planteamientos generales de desobediencia o de atender a todo el mundo.

A pesar de quedarse sin tarjeta, estas personas están en el registro informático del Centro de Salud y por lo tanto, **se les puede dar una cita para ver a su médica, y la médica puede escribir en la historia clínica** de esa persona con normalidad.

**Para conseguir cita**, como primera opción puede utilizarse **la cita telefónica (la de Internet no es posible**, ya que el formulario de solicitud de cita pide el número de DNI o NIE), y así evitar explicaciones. En el caso de solicitar cita en el propio centro, si se encuentra algún obstáculo, se debe solicitar la atención alegando que la persona entra en alguna de estas dos circunstancias, ambas cubiertas tras el Real Decreto:

**(i) Seguimiento de enfermedades diagnosticadas antes de 31 de Agosto de 2012:** puesto que el motivo de consulta está siempre sujeto a secreto médico, ante el mostrador debería bastar con decir que pedimos consulta por una enfermedad por la que ya acudimos con anterioridad al 31 de agosto. El seguimiento de estas enfermedades puede incluir pruebas y derivaciones a especialistas sin que eso deba suponer facturación

**(ii) Urgencias.** Aunque en principio siempre existe el derecho a la atención, es posible que se intente facturar si no se considera urgente, o que se coaccione antes de la atención con el posible cobro. Ante esta posible situación, ante el mostrador podemos:

- a. Recordar el derecho a la atención urgente
- b. Manifiestar que el desconocimiento de las enfermedades impide saber al paciente si su proceso es o no urgente
- c. O bien preguntar al profesional si su atención implica una posterior facturación y, si así fuese, invitarle

a no colaborar en la facturación (no rellenando el formulario o no declarando si la atención era urgente o no lo era).

Una vez puestos en contacto con nuestra médica por alguna de las distintas vías, debemos explicar nuestra situación y, en el caso de **nuevas enfermedades diagnosticadas después del 31 de Agosto**, averiguar cómo va a proceder. En concreto:

- (i) Preguntarle al profesional si su atención continuada implicará una posterior facturación. Si así fuese invitarle a no colaborar en la facturación (no rellenando el formulario o no declarando si la atención era urgente o no lo era).
- (ii) Si el profesional precisa pedir pruebas o derivar a especialistas, pedirle que las asocie a episodios abiertos antes del 31 de Agosto.
- (iii) En el caso de una enfermedad infecciosa de declaración obligatoria (tuberculosis, VIH, hepatitis... ver el Anexo al final de este manual sobre las enfermedades de declaración obligatoria o EDOs) o de enfermedades mentales graves, en las que el Real Decreto establece que el centro sanitario suministra la medicación, pero se factura la consulta, solicitar un circuito para que la persona enferma recoja la medicación (o la receta misma) sin tener que ir a consulta. En último caso, presionar amenazando con negarse a acudir a revisiones si no se garantiza la no facturación de esas visitas, que tienen por único objeto recoger la medicación (o la receta de la misma).

## **a.2 Personas que no tenían tarjeta sanitaria antes del 31 de agosto de 2012**

Las personas que nunca han tenido tarjeta sanitaria y que no tienen permiso de residencia sólo tienen garantizada la atención urgente, y la medicación de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria (tuberculosis, VIH, hepatitis... ver el Anexo al final de este manual sobre las enfermedades de declaración obligatoria o EDOs) y de enfermedades mentales graves.

Por eso, para **la primera visita en demanda de atención médica** después del 1 de septiembre, lo más fácil será entrar por urgencias, pidiendo en el mostrador “que la médica me vea hoy,” asegurando que “no me encuentro bien”. Esto no significa que tengamos que entrar el primero, sino solamente usar la vía de urgencias para poder ver al médico cuando toque y explicar nuestra situación para buscar juntos una vía normalizada. Es importante para ello ir en el turno (mañana o tarde) en que trabaja la médica a quien queremos acceder.

De cara a las consultas sucesivas, existen tres posibilidades para garantizar una atención continuada a las personas que no tenían tarjeta sanitaria antes del 31 de agosto 2012. En su caso, si no se recurre a una de estas vías, estas personas no pueden ser citadas ni se puede escribir una historia en el sistema informático. El grupo de acompañamiento puede exponer estas vías a los sanitarios, para intentar que utilicen la que sea mejor en cada situación y mantener el contacto continuado. :

- (i) Lo más probable si entramos por la vía de urgencias es que el paciente haya accedido a la consulta tras ser anotado como **“transeúnte por un día”**. En este caso, el registro de la consulta será borrado automáticamente de la base de datos a las 24 horas, así que, si vuelve a necesitar una consulta, tendrá que acudir nuevamente “de urgencia”, momento en que se le puede volver a dar de alta como “Transeúnte por un día”. Cada vez que el paciente es dado de alta como transeúnte por un día, su historia clínica se fusiona con la anterior, casi siempre automáticamente (también la médica puede hacerlo manualmente). El usuario o el grupo de acompañamiento puede sugerírselo a su médica, para que no se

pierda información de consulta a consulta. En la página de yosisanidaduniversal.net hay documentación para que tanto médicas como administrativos puedan consultar cómo hacer esto (sección Qué puedo hacer > Si soy profesional > Desobediencia civil). Ésta es probablemente la vía para conseguir atención y mantener un historial que menos rastro deja y que más dificulta la facturación, al tratarse cada consulta como una urgencia. Sin embargo, hace el acceso a la consulta más complicado, puesto que debemos entrar una y otra vez por la vía de urgencias.

(ii) Otra opción es que la médica pida a un administrativo que le den de alta como **“Transeúnte sin permiso de residencia”**. Esto facilitará las citas posteriores y el acceso a la historia, pero quedará un registro de las visitas, lo cual las hará potencialmente facturables.

(iii) Y otra opción es convencer a la médica de que, para las visitas de seguimiento, **cite a la persona** como “Prueba Prueba” (una manera de reservar en el sistema informático un hueco en su agenda) **sin darla de alta en el sistema, y** entregar la **documentación de la consulta en papel** (puede abrir una carpeta de historia en papel que se entregaría tras la consulta, y que la paciente deberá llevar cada vez que acuda a una nueva consulta). Ésta es una vía muy segura de evitar la facturación, requiere implicación por parte del personal sanitario, y se refiere solo a la actuación de cada profesional y no al resto del sistema sanitario.

## **b. Derivaciones a medicina especializada y pruebas**

Cuando el médico del Centro de Salud crea que necesitamos que nos vea un especialista para dar su opinión o pedir una prueba que no se puede realizar en el Centro de Salud, hay varias vías que nuestro médico y el grupo de acompañamiento pueden probar en colaboración:

(i) Si es por una **enfermedad en seguimiento desde antes del 31 de Agosto** la cita para la prueba o consulta se puede pedir por la vía normal. ¡Ojo!, en algunos casos se están poniendo trabas e incluso denegando consultas con especialistas (incluso operaciones) que ya estaban programadas antes del 31 de Agosto. Es ilegal y hay que reclamar ese derecho: debemos explicárselo con calma pero con firmeza al administrativo que nos atiende en el mostrador.

(ii) En **enfermedades diagnosticadas después del 31 de Agosto**, se pueden probar las siguientes vías:

**ii.a.** Si la **usuaria tenía tarjeta sanitaria antes del 31 de agosto**, podemos solicitar al médico que haga la derivación **asociándola a un episodio previo al 31 de agosto**, cambiando el texto en el volante para no confundir al especialista. De esta manera, la consulta con el especialista y/o la prueba quedará cubierta y evitaremos una posible facturación

**ii.b.** Si la **usuaria no tenía tarjeta sanitaria antes del 31 de agosto o el sistema detecta que se trata de una enfermedad nueva** aún podemos intentar otras vías:

**ii.b1. El contacto directo médica-médica.** Es decir, nuestra médica puede llamar al especialista para contarle nuestro caso y pedir que nos reciba. En ese caso, el propio médico especialista verá la manera de citarnos.

**ii.b2.** Nuestra médica nos puede dar un **informe médico** con el que ir al especialista. Se trata de un modelo de carta de presentación, que explica nuestra situación, **y un Parte de Interconsulta** escaneado para escribir a mano sobre él. Puede que nuestra médica conozca estos documentos pero también puede que no. El grupo los puede consultar, descargar e imprimir en la sección de Materiales>Desobediencia Civil de la web de Yo Sí Sanidad Universal.

En los casos en los que tengamos que usar una de estas vías alternativas, acudiremos al ambulatorio de especialidades de nuestra zona. Una vez allí, si el médico especialista no nos ha dado ya cita a través de una llamada directa de nuestra médica de cabecera, tendremos que conseguir acceder a su consulta. No parece viable intentar pedir atención en el mostrador de citas centralizadas de Atención Especializada, pues es un sistema informatizado y muy centralizado, con procedimientos muy rígidos. Lo suyo es sortear este mostrador administrativo e ir directamente a la puerta de la especialidad que sea. Allí lo habitual es que nos encontremos con personal auxiliar de consulta o enfermería: podemos pedirles con firmeza pero con actitud tranquila que hagan llegar al especialista los documentos que nos ha dado la médica del Centro de Salud. Conviene evitar actitudes confrontativas, y si se va a entrar en una consulta, hacerlo cuando alguien salga, evitando siempre interrumpir si hay una paciente dentro.

**ii.b3.** Si lo que necesitamos es una **prueba de medicina especializada** podemos sugerir a la médica de cabecera o al médico de especializada si hemos conseguido llegar a él que utilice una **hoja de reclamación de recursos**, exponiendo a su dirección la situación del paciente.

**ii.b4.** Una vez agotadas todas las vías anteriores, existe como última alternativa la posibilidad de que nuestra médica del Centro de Salud nos **dirija al servicio de urgencias de un hospital**, a ser posible con carta de presentación y Parte de Interconsulta de la médica de atención primaria, como en el caso anterior. O también podemos optar nosotras directamente por esta vía, sobre todo si las anteriores no han dado resultado. En algunos casos encontraremos un servicio de urgencias en el mismo edificio que el ambulatorio, en otras tendremos que desplazarnos del ambulatorio al hospital.

## c. Servicios de Urgencias

Dado que la **atención urgente está garantizada**, conviene recordar que **la OMS** (Organización Mundial de la Salud) **define una urgencia** como *“la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”*. Esta concepción de la urgencia es lo suficientemente amplia como para que no aceptemos que se nos facture cuando acudamos a un servicio en busca de atención urgente, ya sea en el Centro de Salud o en el Hospital.

A los Servicios de Urgencias del Hospital podremos ir:

- (i) **Por iniciativa propia** cuando creamos que necesitamos atención de urgencia.
- (ii) **Por derivación de la médico del Centro de Salud** (para realización de alguna prueba o acceder a un especialista).
- (iii) **Por derivación de algún especialista** (para pruebas, citas de seguimiento···).

En principio, todos los casos que llegan a los servicios de urgencias son registrados y reciben un número de historia clínica hospitalaria. A partir de ese momento ya están en el sistema informático hospitalario y, por lo tanto, el paciente ya es "citable" en cualquier consulta y se pueden pedir todas las pruebas disponibles en el hospital sin restricciones.

De momento, desde los servicios de urgencias se está actuando de la siguiente manera con las personas que no tienen tarjeta sanitaria (aunque puede variar en función del hospital y es importante que los grupos de acompañamiento vayan registrando estas variaciones):

- (i) Si se trata de una **situación urgente**, la persona recibe el mismo trato que el resto de pacientes. La atención urgente hasta la fecha está incluyendo ingresos, cirugías y derivaciones que sigan al alta para seguimiento (aunque esto último podría ser facturable y los grupos de acompañamiento deberían hablar con los médicos para evitar la facturación).
- (ii) Si la persona llega **desde primaria porque su médico no consigue citarle con el especialista** de área o zona: se cita desde la urgencia, ya que el sistema informático hospitalario permite estas citaciones.
- (iii) Si la persona llega **remitida por el especialista de área por un problema de restricción en pruebas, analíticas, etc.**, siguiendo el mismo procedimiento, se cita en la consulta hospitalaria de la misma especialidad.

Los profesionales de los servicios de urgencias se encuentran entre los más perjudicados por la reforma que supone el Real Decreto Sanitario. Ellos reciben y deben atender a todas las personas que el Real Decreto deja desatendidas, lo cual supone extensión de jornadas de trabajo ya de por sí muy largas y unas elevadas cotas de estrés. Por ello, algunas profesionales de urgencias **nos han recomendado:**

- (i) **Evitar usar los servicios de urgencias para cualquier proceso.** Por ejemplo, desde atención primaria sólo se deberían derivar a los servicios de urgencias problemas de salud de cierta importancia que requieran seguimiento y no admitan discontinuidad.
- (ii) **Mantener una actitud de franqueza máxima.** Es mejor que el usuario, con o sin acompañante, aborde la cuestión desde el principio y con claridad. Aunque puede variar según los hospitales, en general, las profesionales les van a ayudar y agradecen esa honestidad.
- (iii) **Tener paciencia, mucha paciencia.** En la mayoría de las ocasiones, las profesionales considerarán el problema del usuario IMPORTANTE, pero no PRIORITARIO en la organización de trabajo, y esto es normal puesto que tienen que vérselas con muchas situaciones muy graves que deben priorizar. A menudo habrá que esperar para recibir atención (no olvidemos que la prioridad de los servicios de urgencias es la atención de enfermedades y lesiones graves que no admiten demora).

#### d. Facturación

Puesto que defendemos un sistema universal redistributivo, donde la salud se paga desde una caja común nutrida por las contribuciones de todos de acuerdo con criterios de equidad, otra estrategia fundamental de los grupos de acompañamiento será evitar la facturación (que en realidad constituye una forma de repago por un servicio que todos los residentes en este país hemos pagado ya a través de los impuestos, independientemente de nuestra situación administrativa).

Para ello:

- (i) En Atención Primaria, defenderemos que no se facture, argumentando que se trata de atención urgente, a la que toda persona tiene derecho según el Real Decreto. En los casos de personas que tenían tarjeta sanitaria antes de la aprobación del Real Decreto también podemos alegar que se trata del

seguimiento de un proceso detectado antes del 31 de Agosto.

(ii) Si entramos por urgencias en un hospital, no nos deben facturar. Por ello, debemos evitar en todo momento firmar compromisos de aceptación de gasto. En la vía de la atención URGENTE, todo lo que se derive de esa atención no puede ser cobrado según la redacción actual del Real Decreto.

(iii) Por otro lado, los procedimientos de facturación no están unificados y cada Centro de salud u Hospital lo hace de una manera. Es previsible que esto cambie y se aclare próximamente. De momento, las recomendaciones son:

**iii.a. hablar con el profesional antes de la atención** para asegurarse si tiene intención de tramitar la facturación, recordándole que no tiene por qué hacerlo si se trata de un episodio urgente o de un incidente asociado con un proceso detectado antes del 31 de agosto;

**iii.b. negarse a firmar antes de entrar** en la consulta, puesto que no nos pueden obligar a firmar la factura de una atención que aún no hemos recibido;

**iii.c. negarse a firmar** cualquier compromiso de pago en el que la cantidad figure **en blanco**;

**iii.d. llevarse los papeles por error** en caso de que el personal sanitario, tras cumplimentarlos, le pida al usuario que los entregue en administración.

## e. Medicación

Los médicos no van a poder emitir recetas normalizadas a las personas que se queden sin tarjeta sanitaria. Ni a mano, ni informatizadas. Por ello, las personas sin tarjeta en principio tendrán que pagar el importe íntegro en la farmacia (mientras que el trabajador activo no excluido paga entre el 40 y el 50% del precio). Algunos medicamentos pueden ser muy caros, aunque todo depende del tratamiento más adecuado en cada caso. Estas son las vías que se nos ocurren de momento para abaratar este coste:

(i) Algunos medicamentos pueden ser muy caros, aunque todo depende del tratamiento más adecuado en cada caso. En algunas ocasiones será posible encontrar alternativas de medicamentos menos caros, sin modificar la calidad del tratamiento: así que te recomendamos que comentes este asunto con franqueza ante tu médica del Centro de salud.

(ii) En Urgencias existen unas instrucciones por las cuales debe darse en mano el medicamento necesario hasta que la persona pueda ver a su médico de Atención Primaria (por ejemplo, si la usuaria no puede acudir a su médica de Atención Primaria durante varios días por ser festivo). Los grupos de acompañamiento pueden exponer a los profesionales de urgencias la dificultad que tienen las personas sin tarjeta para obtener su medicación una vez les dan de alta en urgencias, porque no tienen médico de Atención Primaria oficialmente asignado al que acudir tras ese alta. Por tanto, quienes ahora se quedan sin derecho a médica de Atención Primaria pueden solicitar en urgencias la medicación completa que necesitan para el tratamiento de esa urgencia.

(iii) Conocemos casos en los que **la médico ha solicitado la medicación** por e-mail a Gestión Farmacéutica (Consejería de Sanidad), siguiendo las instrucciones de la Administración Sanitaria (ésta es la vía para solicitar medicación en los trastornos mentales y en las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria (tuberculosis, VIH, hepatitis... ver el Anexo al final de este manual sobre las enfermedades de declaración obligatoria o EDOs). Nos hemos encontrado con respuestas positivas a esta solicitud aún en el caso de dolencias que no entran dentro de estas categorías. Para ello, le dan de alta al paciente como "Transeúnte sin permiso 40" o "Transeúnte sin permiso 10 (para mayores 65 años), lo que permite emitir recetas para el fármaco solicitado con el 40% o el 10% de aportación respectivamente. No se conocen los criterios de cuándo se concede y cuándo no, pero es una vía a explorar en todos los casos de pacientes con medicación cara y muy necesaria. Evidentemente, no interesa utilizar este cauce para medicamentos

baratos, o para tratamientos cortos, ya que corremos el riesgo de que eliminen esta vía.

(iv) En YOSI ya habíamos diseñado una herramienta para personal sanitario objetor con un objetivo similar: la “**Hoja de demanda de recursos.**” Con ello, tu médica objetora está pidiendo a su dirección asistencial un tratamiento importante y caro. Aunque no hay garantía de respuesta favorable, visibiliza un conflicto ético, y puede encontrarse la grieta para resolver la situación de la persona sin tarjeta. Esta misma vía de “demanda de recursos” puede intentarse a través de Servicios Sociales.

(v) Esta misma vía de “demanda de recursos” puede intentarse a través de Servicios Sociales. Lo explicamos en el punto vii.

(vi) En yoSí hemos hablado también de hacer depósitos de reciclaje de medicamentos en buen estado que otras personas desechan. Montar estos almacenes es complicado técnicamente, requiere una gestión profesional (planificación de caducidades, lotes y principios activos) por un farmacéutico, y en caso contrario acarrear problemas legales o de seguridad. No es práctico poner mucho empeño en esta vía, y nosotras no la recomendamos en general.

(vii) Sabemos que algunas ONGs están planificando ante la situación creada por el RDL la puesta en marcha de algún dispensario (en la Comunidad de Madrid) que pueda proporcionar medicación. El contacto se hace exclusivamente a través de las trabajadoras sociales. Estas deben remitir un informe social y una hoja de medicación crónica (a solicitar a la médica de Atención Primaria).

(vi) Recuerda que si la enfermedad está dentro del listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria (ver el Anexo más abajo) o enfermedades mentales graves, los centros sanitarios deben facilitar la medicación o receta.

## IV. Argumentos y legitimidad de la desobediencia

Es previsible que en las entrevistas que tengáis que hacer y en todo el desarrollo de vuestra labor como grupos de acompañamiento haya que argumentar repetidamente acerca de la necesidad de nuestra acción de desobediencia. Tendremos que conversar y argumentar con médicas, administrativos, enfermeras, otros pacientes...

Os proponemos unas primeras ideas que se pueden utilizar y que vosotras mismas iréis completando y enriqueciendo.

### 1. Cambio de modelo

La introducción del Real Decreto supone un **cambio de modelo de atención a la salud**. La sanidad deja de ser universal, lo que tiene implicaciones ético-morales, de derechos de las personas, pero también económicas. Este modelo universal es una conquista histórica, y el RD 16/2012 viene a romperla. Primero excluye a unas y luego seguirá fraccionando. Romper el sistema universal es caer por la pendiente de la inseguridad y de la vulnerabilidad social, mucho más peligrosa que nunca en tiempos de crisis económica. Ahora podemos pensar que no nos afecta, pero en unos años veremos que hemos perdido un bien irreparable. Ahora es el momento de decir NO.

*1a. El nuevo modelo deja a mucha gente enfermar.*

El modelo universal es una garantía social de un bienestar básico para la vida de la gente. Aunque haya desigualdades sociales, todos tenemos derecho si tenemos una desgracia (enfermedad, paro, accidente) o al envejecer, a no quedar abandonadas a nuestra suerte, por no poder “ganarnos la vida”. Y a recibir una asistencia básica, igual para todas, sea una pensión de jubilación o una atención sanitaria. Luego, pagando, quien más tiene puede complementarla como quiera. Pero ese mínimo que se recibe por igual es un derecho conseguido, y es una garantía de cohesión social. Hasta hoy nadie ha tenido en nuestro país que preocuparse de “como haré para pagar la factura si enfermo”, además de las implicaciones que tiene para la vida el enfermar de algo serio. A partir del 1 septiembre de 2012, no paga más quien más tiene (modelo redistributivo) sino que paga más quien más enferma está (pero en realidad menos capacidad de pagar tiene): es un modelo que deja a mucha gente enfermar y morir.

*1b. El nuevo modelo NO es más eficiente.*

El sistema público de salud en España funciona razonablemente bien, con alta satisfacción de las usuarias y unos costes muy inferiores a otros países. Es eficiente: consigue resultados mejores que otros a un coste inferior. Y en parte es mejor precisamente por ser universal, porque se reparten los costes y los ingresos entre todas. Se argumenta que es una reforma para ahorrar, pero con el sistema que tenemos es un ahorro mínimo y a largo plazo el nuevo sistema es más caro: fin de atención de salud preventiva, recurso excesivo a urgencias cuando las enfermedades están más avanzadas, no control de muchas enfermedades, enormes gastos administrativos de gestión (de la valoración de quién tiene y quién no tiene derecho, reclamaciones y discrepancias). Los estudios de economía de la salud y Salud pública demuestran que los modelos no redistributivos hacen más pobres a las sociedades, mientras que los modelos redistributivos generan bienestar y riqueza, ya que soportan colectivamente los costes. Esta posición está avalada también por la Sociedad Española de Economía de la Salud. NO olvidemos que felizmente es más común la salud que la enfermedad. Un sistema universal es más barato y eficiente que un sistema restrictivo. Y mucho más justo.

*1c. El derecho a la asistencia ya NO está garantizado para nadie.*

De la seguridad social y el sistema de derechos se pasa a un sistema donde la salud no está garantizada sino que es graciable (hay una autoridad administrativa que la otorga, o no). La persona tiene que solicitar el aseguramiento, presentando documentos para justificar su petición y la administración verifica que cumple los requisitos que se exijan y concede el derecho. Es importante darnos cuenta de que, una vez se cambian las condiciones de acceso y ya no es un derecho, excluyendo a unas y asegurando al resto, la Administración tiene abierta la puerta para cambiar estas condiciones de acceso a la asistencia básica en el futuro como le parezca. Empiezan excluyendo a los colectivos que imaginan van a producir menos oposición como las extranjeras (de hecho, han reconsiderado en el último mes la inclusión de colectivos que estaban inicialmente fuera, como los mayores de 26 años sin cotizaciones, los minusválidos de <65%, etc...) pero, una vez instaurado el sistema diferencial, estas condiciones podrán cambiar fácilmente en el futuro: hoy excluyen a las sin papeles, mañana pueden ser otros colectivos, los parados, los que no acepten cualquier oferta de empleo, etc. Hoy me pasa a mí, mañana te puede pasar a tí.

### *1d. El cambio de modelo supone también un problema para la salud pública*

También existen argumentos de salud pública para pedir que no haya colectivos excluidos de la asistencia sanitaria. El conocimiento por el sistema sanitario de quien enferma, su seguimiento, permite el control de las enfermedades en toda la población. Si las personas enferman y no acuden a los servicios asistenciales porque no serán atendidas y tienen miedo de ser rechazadas, el control de las enfermedades es más difícil y pueden dejar de estar controladas enfermedades importantes, y esto afectar a toda la población.

Es importante destacar que las inmigrantes por el hecho de venir de otros países no contagian a los de aquí enfermedades venidas de otros lugares. Son las malas condiciones de vida aquí (vivienda, hacinamiento, desnutrición), y la falta de atención sanitaria y preventiva, los factores que influyen en que sufran enfermedades con riesgo de transmisión. Esto pasa especialmente con las enfermedades infecciosas, piénsese en la importancia de las vacunaciones o el tratamiento precoz de enfermedades graves como la tuberculosis, la sífilis o el VIH. Las extranjeras pueden tenerlas como las españolas y el principal factor de agravación y transmisión es la falta de acceso a recursos, incluidos los sanitarios, y las condiciones de vida, y no el origen geográfico o cultural.

## **2. Desmontando algunas mentiras**

Se está intentando justificar este cambio de modelo, que afecta a todos y todas, con un discurso pretendidamente racional (el de la eficiencia) pero marcadamente ideológico (se impone un modelo económico concreto, también en la sanidad, como si fuera el único posible). Además, al centrar el discurso en las sin papeles, los poderes públicos intentan, primero, desviar la atención de todo lo anterior y, segundo, justificar prácticas de claro racismo institucional. Por último, se criminaliza la desobediencia civil, como si fuera un fraude, un robo, algo que se hace por propio interés. Los grupos de acompañamiento pueden, en sus acciones, desmontar este discurso con los siguientes argumentos:

*2a. La Sanidad no se paga con las cotizaciones a la Seguridad Social, se paga con impuestos, es decir la pagamos todos y todas independientemente de nuestra situación administrativa.*

La máxima “cotizar para tener derecho” es una falacia. La sanidad está cubierta desde hace tiempo con impuestos, directos e indirectos, como el IVA. La Ley General de Sanidad de 1986, vigente hoy en día, establece como titulares del derecho a la protección a la salud y a la asistencia sanitaria a todas las ciudadanas españolas y extranjeras que vivan en el territorio nacional.

Esto se decidió así por una razón: el derecho básico a la sanidad se nos reconoce por ser personas, no por ser cotizantes. Y tiene implicaciones económicas concretas: a diferencia de prestaciones económicas de la Seguridad Social como es el seguro de desempleo o las jubilaciones, que se pagan con las cotizaciones cuando uno trabaja, la Sanidad se paga con impuestos, que todas, incluidas las personas que se quedan sin tarjeta sanitaria, y las inmigrantes sin papeles, pagamos.

Si se hace pagar a las personas sin tarjeta sanitaria, por ejemplo el coste total de los medicamentos que puedan precisar, o se les pide que se hagan (ellas) un seguro o convenio, se les hace en realidad re-pagar, pagar dos veces por lo mismo. Lo cual, dentro de un colectivo como las sin papeles, socialmente con pocas posibilidades económicas, supone empujar a una salud peor, a la mala atención de las enfermedades que se presenten y en algunos casos a la muerte.

## *2b. En contra de lo que dicen sí que hay alternativas.*

El RD forma parte de una ofensiva ideológica privatizadora, cuyas actuaciones vienen de atrás. En su conjunto, constituyen un saqueo de un bien que era común y público, que se ha construido con la solidaridad de las generaciones previas. Constituyen asimismo una enorme oportunidad de hacer negocio entre quienes se están posicionando en el mercado de la salud para ser las adjudicatarias por el gobierno y CCAA de gestionar la asistencia a colectivos, según se vayan excluyendo del derecho a acceder a la sanidad pública. Aunque la sociedad esté peor, ellas harán un gran negocio. La connivencia entre estos poderes y los poderes públicos es enorme. Ex consejeros de sanidad de la comunidad de Madrid, y maridos de ministras y responsables del PP son altos cargos de empresas que gestionan hospitales privados que pujan por la atención sanitaria, y se llevan los fondos públicos, que así se comprometen por decenas de años (como ya ha pasado con los nuevos hospitales de Madrid, donde se sigue pagando un elevadísimo canon por 30 años a las constructoras que los edificaron).

## *2c. La mayoría de personas sin papeles, excluidas de la atención sanitaria, llevan años construyendo riqueza codo con codo con todos nosotros, y contribuyendo así al PIB de este país y a su sanidad.*

Desde algunos medios de comunicación y desde las autoridades se fomenta la idea de las personas sin papeles como gente que se beneficia sin poner nada y que vinieron sin pedir permiso. Se trata así de enfrentarnos a las ciudadanas entre nosotras, y calentar un conflicto para que hablemos de esto, desviando la atención de otros problemas de la situación social, como los millones invertidos en el rescate financiero o como el paro, la precariedad y la reducción de derechos en el trabajo. Quieren que identifiquemos “sin papeles” con recién llegadas, ahora que aquí “estamos en crisis” y “no hay para todos”. Todo ello para que la población justifique que se queden desatendidas si enferman, cuando eso es una indignidad habiendo un sistema que puede atenderlas, y cuando echarlas no supone tal ahorro. El hecho es que muchos de los sin papeles son personas que llevan años cotizando aquí, además de pagar impuestos indirectos y consumir bienes con el fruto de su trabajo. Si se quedan en paro, además de lo que supone para cualquier otra persona, las extranjeras pierden la posibilidad de renovar su permiso de residencia. Esta situación está afectando a personas que llevan años trabajando y con permiso de residencia, pero que lo pierden y, ahora, además de perder los papeles, pierden su derecho a la asistencia sanitaria.

## **3. Legitimidad de la desobediencia civil.**

La desobediencia civil es la respuesta que tiene la ciudadanía y las vecinas para oponerse a una ley que considera injusta, para defender lo justo y ético frente a una legalidad que atenta contra principios básicos. Nosotros proponemos desobedecer el Real Decreto de la Sanidad porque creemos en la justicia social y la eticidad fundamental del modelo redistributivo de la sanidad universal, y creemos que este RD atenta directamente contra él. Proponemos a las usuarias que desobedezcan porque la salud es cosa de todos y todas, y la sanidad universal se construye entre todos y todas. Y a los profesionales sanitarios, además, les pedimos que se amparen en su juramento hipocrático para desobedecer una ley que va contra los principios que lo informan.

Desobedecer el Real Decreto no es un fraude. Las personas sin tarjeta, aunque puedan ir a urgencias, no tienen garantizada la asistencia sanitaria. En urgencias no pueden tener asistencia continuada para dolencias que lo requieran. En urgencias no hay prevención.

Las personas sin tarjeta, aunque tengan la opción de suscribir convenios y pagar por la asistencia, no tienen garantizada la asistencia sanitaria. La mayoría de estas personas no tienen los medios económicos para suscribir estos convenios para ellas y para los miembros de su familia, lo que les deja fuera del sistema. Y si lo hicieran, están pagando dos veces por la asistencia sanitaria (a través de los impuestos indirectos y a través de estas cuotas), simplemente por ser de otro país.

En la medida en que el Real Decreto destruye el modelo de sanidad universal que teníamos hasta ahora, y que defendemos, desobedecemos la ley, y lo consideramos justo y necesario.

## Anexo

### RELACIÓN DE PATOLOGÍAS INCLUIDAS A EFECTOS DE ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SUPUESTOS DE SALUD PÚBLICA (Instrucción Primera, apartado f).2)

<b>Enfermedades de Declaración Obligatoria</b> (Recomendadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, según indicaciones de la Unión Europea <sup>6</sup> )
Botulismo
Brucelosis
Campilobacteriosis
Carbunco
Clamidiosis y Linfogranulomatosis venérea
Cólera
Criptosporidiosis
Difteria
Encefalopatía espongiiforme transmisible humana
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>
Enfermedad meningocócica
Enfermedad neumocócica invasora
<i>Escherichia coli</i> productora de toxina Shiga o Vero
Fiebre amarilla
Fiebre del Nilo Occidental
Fiebre exantemática mediterránea
Fiebre Q
Fiebre tifoidea y paratifoidea
Fiebres hemorrágicas virales
Giardiasis
Gonorrea
Gripe
Gripe aviar humana A/H5 o A/H5N1
Hepatitis A
Hepatitis B
Hepatitis C
Herpes zoster
Hidatidosis
Legionelosis
Leishmaniasis
Leprosia
Leptospirosis
Listeriosis
Paludismo
Parálisis flácida aguda (en menores de 15 años)
Parotiditis
Peste
Poliomielitis
Rabia
Rubéola
Rubéola congénita
Salmonelosis, no tifoidea, no paratifoidea
Sarampión

<sup>6</sup> Decisión de la Comisión de 28 de abril de 2008, en la que se recogen los criterios para la notificación de enfermedades en la Red Europea, cuya coordinación corresponde al ECDC (European Center for Disease Prevention and Control).

### Enfermedades de Declaración Obligatoria

(Recomendadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, según indicaciones de la Unión Europea)

Shigelosis
Sida
Sifilis
Sifilis congénita y neonatal
Síndrome Agudo Respiratorio Grave (SARS)
Tétanos
Tosferina
Toxoplasmosis congénita
Triquinosis
Tuberculosis
Tularemia
Varicela
VIH
Viruela
Yersiniosis, no-pestis

### Trastornos mentales graves

(Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992))

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
Otros trastornos psicóticos no orgánicos
Trastorno bipolar
Trastorno esquizotípico
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastornos delirantes inducidos
Trastornos delirantes persistentes
Trastornos depresivos graves recurrentes
Trastornos esquizoafectivos
Trastornos esquizofrénicos