

Manual para grupos de acompañamiento

I. Para qué sirve un grupo de acompañamiento:

- Acompañar a las personas que a partir del 1 de septiembre se quedarán sin tarjeta sanitaria.
- Promover la desobediencia al RD en los centros de salud, ambulatorios y hospitales de tu zona.
- Servir de analistas locales de la situación: 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.

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. Para el taller, una de nuestras recomendaciones es que uses lenguajes que faciliten la comprensión de las funciones del grupo, como ensayar las diversas acciones utilizando técnicas de *role play* o de teatro-foro (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. Sí 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 papeles 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. 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. Procuraremos en la medida de lo posible organizar talleres que faciliten esta comunicación. Tu/vosotras también nos podéis ayudar en esta labor y con todas las propuestas que se os ocurran.

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 estrategias de reclamación de derechos con 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.

1. Trabajo inicial:

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 empezar tanteando los centros de salud, ambulatorios y hospitales que os correspondan por zona.

Para ello:

- intentad **reuniros con la dirección del centro de salud y del ambulatorio de**

- vuestra zona;
- puede ser asimismo ser útil tener **conversaciones puerta a puerta** con las diferentes médicas y médicos;
 - otra vía interesante es **organizar talleres colectivos en el centro de salud**, a los que puedan asistir tanto personal sanitario como usuarios con y sin tarjeta del sistema nacional de salud.

El **objetivo** es transmitirles la campaña de desobediencia, saber cómo va a actuar cada uno de ellos. 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. Tramitación de tarjetas

Podéis intentar la tramitación de tarjetas de personas que hayan quedado excluidas del derecho a la asistencia. La denegación puede servir para otras reclamaciones y, por otro lado, solicitar el derecho a la asistencia y la tarjeta son también formas de visibilizar la exclusión.

Esta acción tiene dos vías:

→ Intento de tramitación del reconocimiento a la asistencia sanitaria, que se hace en el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Es ahí donde se consigue el documento con el que ir al centro de salud a pedir la tarjeta sanitaria si no se tiene una.

→ Intento de renovación de la tarjeta sanitaria caducada en el centro de salud.

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 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 que le pille más cercano, puesto que, tras el Real Decreto, la asistencia de urgencias sigue estando garantizada a todo el mundo.

a. Atención primaria

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. Por eso es importante el trabajo previo a través del cual conocer la actitud de los médicos en tu zona.

Una persona que se queda sin tarjeta ya no está en el registro informático del Centro de Salud. Por lo tanto, no se le puede dar una cita para ver a su médica, y la médica no puede escribir en la historia clínica de esa persona con normalidad. Por eso, para la primera visita a su médica después del 1 de septiembre, será más fácil 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 hablar con él sobre 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.

Para las próximas veces después de este primer encuentro, la médica puede pedir al administrativo del mostrador que te cite, o la médica directamente te puede citar, reservándose un hueco en su agenda a través de un sistema que los profesionales llaman “prueba/prueba.” Así la siguiente consulta se podrá producir sin tener que usar la vía de urgencias de nuevo.

Respecto a tu historia clínica, donde está toda la información sobre tus visitas a tu médica, hay dos formas. La médica puede escribirlo en un papel y darte tu historia, que llevarás cada vez que vayas a verla. O también puede darte de alta como transeúnte. El historial del transeúnte dura sólo un día, pero si acudes otro día pueden enlazar el nuevo episodio con el anterior. Es un procedimiento más complicado que darte la historia en papel, porque con el transeúnte la médica necesita de la colaboración del administrativo del mostrador. Pero se puede hacer y Yo Sí también ha preparado información en este sentido para que tanto médicas como administrativos puedan consultarla (sección Qué puedo hacer > Si soy profesional > Desobediencia civil).

b. Derivaciones a medicina especializada

Cuando la médica del Centro de Salud crea que necesitamos una prueba concreta, un análisis, que nos vea un especialista, etc., hay varias vías que nuestra médica y el grupo de acompañamiento pueden probar en colaboración.

- 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.

- Nuestra médica nos puede dar **un informe médico con el que vamos al especialista**. Se trata de un modelo de carta de presentación, que explica nuestra situación, y un Parte 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>Desbediencia Civil de la web de Yo Sí.

Con estos documentos en mano, acudiremos al ambulatorio de especialidades de nuestra zona. Una vez allí, tendremos que conseguir que las personas del mostrador le hagan llegar esos papeles al médico especialista. 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 un paciente dentro.

- Nuestra médica del Centro de Salud también nos puede dirigir al **servicio de urgencias** de un hospital (ayuda si la persona llega a urgencias con informe de la médica de atención primaria y la carta de presentación como en el caso anterior). O también podemos optar nosotras directamente por esta vía, sobre todo si las anteriores no han dado resultado (en unos casos será el mismo edificio que el ambulatorio, en otras implicará desplazarse del ambulatorio al hospital).

En el mostrador de la admisión de urgencia diremos que sufrimos dolor, fiebre, lo que nos pase... Recomendamos no mostrar la nota de la médica del Centro de Salud en el mostrador de Admisión, puesto que no es administrativamente válida, sino un canal de comunicación entre profesionales. Estos papeles de la médica del Centro de Salud es mejor no enseñarlos hasta que estemos ante el especialista, en privado. Le podemos contar por los sitios que hemos pasado antes (Cardiología, Endocrino, etc) y que vamos por urgencias porque no hemos conseguido la atención. Entre los especialistas de urgencias hay bastante sensibilidad y disposición a atender, sobre todo si vamos con una carta de la médica del Centro de Salud. En cualquier caso, como entramos por urgencias, no tenemos que pagar nada. Si nuestra situación requiere que el médico especialista nos reciba más veces para seguir el tratamiento, intentaremos acordar con él o ella las vías para hacerlo.

c. Pruebas

Lo más sencillo y eficaz para obtener las pruebas que el médico del Centro de Salud o la especialista requieran para su diagnóstico y/o seguimiento es como derivación a través del Servicio de Urgencias de un hospital. De nuevo, resultará de mucha utilidad si llegamos a Urgencias con la carta de presentación y el parte interconsulta que nos hayan hecho desde

Atención Primaria o desde especializada. Los médicos de AP y de especializada pueden utilizar también para conseguir que me hagan esas pruebas una hoja de reclamación de recursos.

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 las personas hemos ya pagado a través de los impuestos).

Para ello:

- En Atención Primaria, intentaremos que no se facture, argumentando que se trata de atención urgente, que está incluida en el Real Decreto dentro de aquello a lo que toda persona tiene derecho
- En el caso de que el administrativo de Atención Primaria nos dé el papel de facturación antes de pasar a la consulta (por ejemplo, diciendo que el facultativo valorara después si se trata de una urgencia o no) podemos evitar volver a pasar por el mostrador después de la atención por el profesional, ya que no te pueden facturar si no entregas en el mostrador el documento de facturación una vez cumplimentado por el profesional tras la atención. Esta facturación está pensada para cobrar en casos excepcionales, como a un turista en un hotel, o para facturar a mutuas y aseguradoras la atención de accidentes de tráfico. Si por cualquier motivo nos vemos obligadas a entregar el documento de facturación, podemos confundirnos al rellenar algún dato, como el domicilio o el número de pasaporte.
- Si entramos por urgencias en un hospital, no nos pueden facturar. Por ello, debemos evitar en todo momento firmar compromisos de aceptación de gasto. La vía es la de la atención URGENTE, y lo que se derive de esa atención no puede ser cobrado según la redacción actual del Real Decreto

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 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:

- En Urgencias, por ley debe darse en mano el medicamento necesario hasta que la persona pueda ver a su médico de Atención Primaria. Quienes ahora quedan sin derecho a médica de Atención Primaria tendrían pues derecho a recibir el tratamiento completo. Es importante que los grupos recuerden esto al personal sanitario cuando acudan a

Urgencias.

- Si tu médica es objetora, podemos pedirle que use la “Hoja de demanda de recursos.” Con ello, tu médica 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.
- La última vía son los bancos de medicamentos, es decir, repositorios de reciclaje de medicamentos en buen estado que otras personas desechan. Trabajaremos para aportar información a los grupos de acompañamiento sobre cuáles hay en cada zona, puesto que montar un banco en cada zona es complicado técnicamente. En cambio sí que se puede contribuir a la recogida y aporte de medicación no utilizada para los bancos actualmente en funcionamiento, pues van a ser mucho más necesarios que antes.

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 irrecuperable. 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 y 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 puján 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.