

Compareixença SOS Racisme-Catalunya.

Bona tarda,

En representació de SOS Racisme-Catalunya, associació que treballa per la defensa dels Drets Humans a partir de la lluita contra el racisme i com a organització membre de la plataforma Pasucat, centrarem la nostra intervenció en explicar una de les conseqüències més preocupants que ha tingut el Real Decret Llei al llarg d'aquests 4 anys i que les consecutives instruccions catalanes han estat incapaces de resoldre.

La complexitat i el redactat confús de les normatives i dels tràmits necessaris per obtenir la targeta sanitària i la manca d'un missatge clar i inequívoc per part dels responsables sanitaris en un sistema que compta amb gran varietat de proveïdors públics, han provocat que la instrucció s'apliqui de manera desigual al llarg del territori i amb irregularitats greus en l'atenció a les persones amb dret a cobertura. En definitiva, la burocratització per l'accés a la sanitat i la complicació de la gestió dels tràmits necessaris per ser atès o obtenir la targeta sanitària han portat a una exclusió efectiva de la població immigrant, una població ja de per sí molt vulnerabilitzada, a causa del que anomenem la buroexclusió.

Que és la buroexclusió?

És la complexa teranyina burocràtica desplegada en torn a la gestió de l'accés a drets i prestacions socials bàsiques, que no només obstaculitza i dissuadeix a determinats col·lectius, precisament els més desfavorits i amb major dificultats per assimilar el funcionament de les administracions, sinó que serveix directament per excloure a aquestes poblacions en l'accés a determinats drets.

Aquest terme defineix l'exclusió que es genera a causa de la múltiples i complexes traves administratives que han d'afrontar aquests col·lectius per accedir a l'atenció sanitària i que, sumades a la por, les barreres idiomàtiques i el desconeixement, acaben per expulsar-los del sistema.

Intentarem fer una fotografia del que ha estat la situació en els darrers 4 anys, en aquest sentit. Un dels objectius de la Pasucat, des de la seva creació l'any 2012, ha estat donar visibilitat a les situacions d'exclusió sanitària. Amb aquesta finalitat vam elaborar un registre de casos que ens ha permès conèixer de primera mà la realitat i les deficiències del desplegament reglamentari.

Des de l'any 2012, hem recopilat un total de 249 casos o incidències, però en aquesta exposició ens centrarem en els 78 casos recollits a partir del juliol de 2015, que han tingut lloc en el context de la instrucció 08/2015, actualment vigent. Aquesta pretenia solucionar les deficiències de l'anterior instrucció però, com veurem ha estat insuficient.

De manera recurrent s'ens ha argumentat, per part dels actors polítics i tècnics, que les situacions recollides per la Pasucat són casos aïllats.

Vull recordar que aquests casos són només la punta del iceberg d'un gran problema. Som conscients que una gran part d'aquestes situacions queden totalment invisibilitzades a causa de la por, del desconeixement, de les dificultats idiomàtiques o la situació de vulnerabilitat en la qual es troben les persones afectades.

- **En primer lloc**, hem de començar per remarcar el complex laberint de requisits per tramitar la Targeta Sanitària, i les diferents normatives (3 regulacions diferents en 4 anys), que han portat a diverses interpretacions de les reglamentacions pertinents, a desinformacions, derivacions, tractes diferenciats, i un seguit d'obstacles administratius amb els que s'han d'enfrontar els col·lectius més vulnerables, com són els estrangers tant en situació administrativa regular com irregular, indocumentats o sol·licitants d'asil.

Doncs bé, **39 d'aquests 78 casos, s'han produït per la dificultat que ha suposat tramitar la targeta sanitària individual** per qüestions purament administratives i burocràtiques, malgrat tenien dret legal a obtenir-la.

Són casos com:

1. El de una Menor romanesa que estava sent atesa des del 2011 i queda suspesa l'atenció per que no li poden tramitar TSI fins que no tingui NIE. Portava dos mesos intentant trobar cita per inscriure's al registre de ciutadans comunitaris.
2. Una persona sol·licitant d'asil que li obliguen a aportar numero del INNS per obtenir el número de la Seguretat Social i posteriorment tramitar la TSI.
3. Una persona que no li tramiten la TSI per tenir NIE. A totes les persones que tenen NIE els exigeixen un document de l'INSS conforme son assegurats o beneficiaris. Gestió que es pot comprovar entre administracions. Diuen que són instruccions del CatSalut.
4. No li proporcionen la TSI a un menor de edat per no tenir empadronament.

També hem de remarcar que dins d'aquests bloc es troben les **persones reagrupades com ascendents**, que podrien incorporar-se a l'accés a la sanitat a través del mateix Institut Nacional de la Seguretat Social, però que la baralla administrativa entre ambdues institucions, la estatal i l'autonòmica, fan que quedin excloses de l'accés a aquest drets. Queden en una mena de "limbo" burocràtic, provocant que sigui la mateixa persona la que ha reclamar un dret que l'hauria de ser garantit, generant així que aquest buit legal s'hagi d'omplir a partir de les interpretacions o sentències judicials. I mentre arriba la resolució aquesta persona no pot gaudir del seu dret.

Una interpretació normativa no pot impedir l'accés a un dret fonamental que afecta a la continuïtat i millora de la vida de les persones.

D'altra banda, és especialment preocupant que trobem a **menors i a nadons** que no poden obtenir la TSI, ni tenir un pediatre assignat, ja sigui per la manca d'empadronament, de NIE o de documentació identificativa. Hem de recordar que fins i tot el denostat Real Decret 16/2012 estableix com una de les situacions especials i de manera literal en el seu article 3 ter: "*En todo caso, los extranjeros menores dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles*". Per tant ens trobem que la gestió administrativa, que en aquest cas és de competència autonòmica, està minvant l'accés directe a un dret garantit per una norma superior. Aquest és un clar exemple, de la buroexclusió.

És necessari incidir també en aquells casos on l'**empadronament** com requisit previ, ja suposa un primer impediment per les condicions arbitràries que es sol·liciten en la gestió d'aquest tràmit, quant aquest hauria de ser una obligació i un dret proporcionat per l'administració, i que a més estar regulat per una normativa molt clara que no hauria de portar a equívocs però que la mateix administració local desvirtua en funció de les seves preferència o necessitats ideològiques.

- **En segon lloc**, aquesta problemàtica en la tramitació administrativa i burocratització en l'accés a la sanitat ha suposat una **individualització** dels problemes, als quals es pretén donar resposta, no des d'una perspectiva global i política, sinó des d'un visió particular i tècnica, deixant en mà del personal administratiu la gestió de l'accés a un dret bàsic i fonamental de manera que la burocràcia passa a ser un dels mecanismes claus per possibilitar un accés diferenciat als drets, i un retrocés en el model garantista de l'Estat del Benestar.

La individualització de les problemàtiques, també permet la **dissolució de la responsabilitat**. La responsabilitat de deixar sense atenció mèdica a una persona ja no recaurà en algú concret, ni en el legislador. D'aquesta manera, es possibilita la convivència d'un discurs polític de respecte als drets humans, mentre la burocràcia, invisible i despersonalitzada, fa el desplegament de la maquinària de l'exclusió, que es nega sistemàticament pels responsables polítics.

Per tant no només es limita o restringeix l'accés a aquests col·lectius més vulnerabilitzats, sinó que es penalitza la pròpia condició del subjecte, per ser estranger, immigrant sense papers, indocumentat o sense empadronament. Dels 78 casos recollits, 31 casos van ser atencions d'urgències que es van facturar o es va comunicar aquest cobrament abans de ser atesos, generant un efecte dissuassori.

La facturació arbitrària a urgències contravenint els preceptes de la llei, la denegació de l'atenció urgent a centres de salut per que els administratius no coneixen la norma, ni tenen instruccions clares; la impossibilitat de continuar el tractament fins l'alta mèdica per suposades dificultats d'encabir en els sistemes informàtics; normatives administratives que contravenen o complementen incorrectament el text legislatiu; circulars o instruccions internes que no es controlen d'on surten, que només fan que provocar més confusió entre els administratius o funcionaris; canvis continus en els procediments, són els elements claus per facilitar la buroexclusió.

- **En tercer lloc**, creiem que no podem argumentar el canvi de paradigma en l'accés a la sanitat pública, ni l'elaboració d'una normativa restrictiva, farragosa i no garantista, en base a combatre un possible turisme sanitari, pendent de comptabilitzar, mentre no es dona resposta a la majoria de la població que resideix a Catalunya.

Cal remarcar que els ciutadans que nosaltres hem recollit com exclosos no han vingut a Catalunya per fer turisme sanitari sinó per millorar les seves condicions de vida o fugint de guerres i conflictes als seus països i que fins i tot porten anys residint al nostre país.

No farem demagògia amb el famós jeque àrab (això ho diu sempre el catsalut però els partits polítics no sé si ho entendran...) que s'aprofita del «nostre» sistema sanitari, simplement direm que aquestes lleis, les instruccions restrictives i les barreres administratives son fàcilment superades per les persones amb més recursos econòmics, intel·lectuals i socials. Ens hauríem de qüestionar doncs, que és el que ha de controlar la norma que estem elaborant, i que pot ser la identificació del problema (el frau econòmic que podria suposar el turisme sanitari) és un error.

- **En quart lloc i últim**, i no per això menys important, no podem deixar de banda que aquesta normativa i la discrecionalitat en la seva implementació ha fet visible un discurs xenòfob i racista plasmat en un tracte discriminatori que promou la competència pels recursos entre les persones. Traslladar el focus del problema, com és la deficient gestió dels recursos a les persones beneficiàries, provoca l'aflorament d'un discurs racista, assumit socialment i fomentat pel racisme institucionalitzat de la norma i la implementació del sistema.

Per això creiem que aquesta nova llei és una bona oportunitat per aprendre dels errors i per no deixar en mans de reglaments i instruccions l'accés a un dret intransferible com és l'atenció sanitària.

En definitiva, no podem deixar que la complexitat de tràmits, la individualització dels problemes, l'argument del turisme sanitari i el tracte discriminatori, siguin instruments que fomentin l'exclusió.

Per tant és, necessari tenir una normativa clara i que deixi poc espai a la diversitat de tràmits, a les actituds racistes dels funcionaris, i a l'arbitrarietat en els requisits. Aquesta llei ha de ser un marc infranquejable i aplicable en la seva totalitat, i el reglament que gestioni la seva implementació ha de continuar sent el més garantista possible amb poc marge per la discrecionalitat, simplificant els tràmits per què no siguin excloents. I donant la possibilitat de fer visibles les irregularitats i il·legalitats, no tractant-los com a casos puntuals, sinó amb l'objectiu d'eradicar-los.

Però si no hi ha una voluntat política que aquest dret sigui efectiu i garantit, per moltes identificacions de problemàtiques i per moltes normes que es facin, no es produirà un accés real i universal a l'assistència sanitària pública.

Moltes gràcies .

16 de març de 2017