

TRABAJO SOCIAL Y DERECHO HUMANO A LA SALUD: LA INTERVENCIÓN SOCIAL INDIVIDUAL Y COMUNITARIA DESDE MÉDICOS DEL MUNDO ARAGÓN

ESMERALDA VICENTE SAN CRISTÓBAL

MÉDICOS DEL MUNDO ARAGÓN

esmeralda.vicente@medicosdelmundo.org

RESUMEN

Esta comunicación ofrece un análisis descriptivo en relación a:

- La situación de la población en Aragón en relación al acceso al Sistema Público de Salud desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 hasta la actualidad.
- Las experiencias de intervención desde el Trabajo Social dirigidas a garantizar el Derecho a la Salud y el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Tras la reforma legislativa, la intervención social desarrollada desde Médicos del Mundo dirigidos a estos fines, se ha intensificado y diversificado en gran medida.

Esta intervención se ha desarrollado con una doble vertiente del trabajo social. Por un lado, a través del trabajo social individual, se ha intervenido socialmente con los y las titulares de derechos para garantizar su acceso a la atención sanitaria. Por otro, se ha intervenido a nivel comunitario. La finalidad de la intervención comunitaria ha sido:

- Fomentar el empoderamiento de los titulares de responsabilidades a través de un trabajo en red que se ha materializado en la constitución de la Plataforma Salud Universal.
- Denunciar las situaciones de vulneraciones de derechos detectadas y desarrollar acciones de incidencia política dirigidas a restaurar el derecho a la salud universal.

Los resultados obtenidos hasta el momento han garantizado el acceso al sistema público de salud a todas las personas residentes en Aragón, lo que supone un avance respecto a otras Comunidades Autónomas. Sin embargo, dado que el acceso al mismo todavía no se da en igualdad de condiciones para toda la población, no podemos hablar de un sistema sanitario público universal.

PALABRAS CLAVE

Salud pública universal, derechos humanos, trabajo social, agentes de cambio, justicia social.

JUSTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

¿Está garantizado el derecho a la salud como derecho universal actualmente en Aragón? ¿Cuál ha sido el papel desarrollado por el Trabajo Social durante los últimos cinco años en la lucha por la universalidad del derecho a la salud? ¿Qué logros hemos conseguido? ¿Qué retos tenemos pendientes? ¿Es el trabajo social una disciplina comprometida activamente con los derechos humanos?

Desde Médicos del Mundo siempre se ha luchado por la universalidad del derecho a la salud. Sin embargo, la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 supuso un retroceso tan profundo en esta materia que Médicos del Mundo ha tenido que intensificar enormemente desde entonces la intervención social llevada a cabo e iniciar junto con otras organizaciones nuevas líneas de intervención social comunitaria.

Cinco años de experiencia no son fácilmente resumibles, pero esta comunicación va a tratar de describir de la manera más clara y concisa posible la intervención social individual y comunitaria llevada a cabo durante este periodo desde el servicio de inclusión social de Médicos del Mundo. También deseo que sirva para motivar cierta reflexión sobre el papel que deben jugar los/las trabajadoras sociales como agentes de cambio social y garantes de la universalidad de los derechos humanos.

CONTEXTO DE PARTIDA Y OBJETIVOS

Con anterioridad a abril de 2012 las personas en situación de exclusión social, principalmente inmigrantes, encontraban algunas dificultades para cumplir con los requisitos exigidos para acceder a la atención sanitaria del sistema público de salud: falta de documentación identificativa, alta movilidad geográfica, imposibilidad de empadronamiento (no se exigía un periodo mínimo de empadronamiento, pero si encontrarse inscrito en el padrón municipal de la localidad de residencia).

Durante los años previos a la reforma sanitaria, desde Médicos del Mundo se llevaron continuadas acciones de incidencia política y procesos de negociación con la Administración con la finalidad de que aquellas personas que no cumplieren los requisitos exigidos, pudieran tener acceso a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población. Precisamente cuando las negociaciones estaban avanzando y se vislumbraba la consecución de este objetivo en Aragón, el Gobierno de España publicó el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modificaba la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

A través de estas modificaciones el Gobierno de España acortó la cartera básica de servicios, reduciendo la aportación pública sobre medicamentos, prestaciones y recursos sanitarios, con el consiguiente incremento del gasto para las familias.

Además, modificó el derecho de acceso al Sistema Nacional de Salud, supeditando el mismo a la condición de asegurado/a o beneficiario/a, excluyendo así, entre otros colectivos, a las personas extranjeras en situación administrativa irregular. (A través del Real Decreto 1192/2012 se establecieron los requisitos para ser considerado asegurado/a y beneficiario/a).

Igualmente los y las ascendientes reagrupados con autorización de residencia en España, los titulares de una estancia por estudios y un elevado porcentaje de ciudadanos comunitarios procedentes en su mayoría de países del Este de Europa quedaron excluidos del Sistema Público Sanitario.

En estos casos la cobertura se limitó a cinco supuestos posibles:

- a) Casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) La asistencia al embarazo, parto o postparto.

- c) Los extranjeros menores de 18 años.
- d) Víctimas de trata
- e) Personas protegidas por asilo o refugiadas

En julio de 2013, a través del RD 576/2013, se aprueba un convenio especial dirigido precisamente a todas aquellas personas que habían quedado excluidas del Sistema Nacional de Salud (SNS). Dicho convenio les permitía acceder a las prestaciones de la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS previo pago mensual de 60 euros al mes en caso de tener entre 18 y 64 años y de 157 euros al mes en caso de ser mayor de 65 años. Dicho convenio fue de nula utilidad, debido a su elevado coste, el cual no podía asumir una población cuya situación socioeconómica era particularmente delicada.

La reforma sanitaria ha supuesto una grave vulneración del principio de universalidad del Derecho a la Salud y ha provocado unos devastadores efectos sobre la población más vulnerable: más de 800.000 personas quedaron fuera del sistema sanitario, de ellas alrededor de 30.000 en Aragón según el INE.

Aunque no exclusivamente, la población extranjera residente en nuestro país fue la principal afectada, ya que supuso un cambio de raíz en su relación con nuestro sistema sanitario.

Es preciso señalar que las consecuencias de esta política han recaído precisamente en un sector de la población cuya situación social ya era de por sí de alto riesgo de exclusión. La imposibilidad de acceder a un diagnóstico y/o un tratamiento médico, o su interrupción, han provocado graves consecuencias para la salud de las personas afectadas.

Dado que son las Comunidades Autónomas las que tienen competencia en materia de asistencia sanitaria, la aplicación a nivel autonómico de este Real Decreto-ley ha obligado desde entonces a la puesta en marcha de medidas suplementarias, aunque insuficientes, para paliar los problemas ocasionados por dicha norma estatal. Esto ha derivado en una realidad heterogénea en el territorio español y a un desigual derecho a la asistencia sanitaria dependiendo de la CCAA de residencia.

Desde la práctica profesional del Trabajo Social es preciso conocer la situación actual de vulneración del Derecho a la Salud a nivel nacional y autonómico, para poder intervenir como agente de cambio y garante de los derechos humanos.

Esta comunicación tiene como objetivos:

- Describir la situación de la población en Aragón en relación al acceso al Sistema Público de Salud desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 hasta la actualidad.
- Realizar un análisis de la práctica profesional del Trabajo Social, tanto a nivel individual como comunitaria, llevada a cabo desde las profesionales de Médicos del Mundo.
- Analizar los resultados obtenidos durante estos últimos cinco años.
- Reflexionar sobre la importancia de los valores y fundamentos éticos desde los que se desarrolla nuestra práctica profesional y reivindicar una intervención social comprometida con los mismos.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y se encuentra igualmente condicionado por su vulneración.

La Constitución Española establece que todas las personas tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral y que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública. El Estatuto de Autonomía de Aragón, en su artículo 14, recoge que “Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad”.

De acuerdo a la definición recogida por la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales (2004), el trabajo social “debe promover el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Los principios de los derechos humanos y la justicia son fundamentales para el trabajo social.”

En relación a los Derechos Humanos y la Dignidad Humana la FITS en su declaración de principios (2004) recoge:

El trabajo social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Esto significa:

- Respetar el derecho a la autodeterminación.
- Promover el derecho a la participación.
- Tratar a cada persona como un todo y tener en cuenta los aspectos familiares, de la comunidad, del entorno social y natural que influyen en la vida de la personas.
- Identificar y desarrollar las fortalezas de las personas, grupos, comunidades y promover su empoderamiento.

En cuanto al principio de Justicia Social, la FITS defiende lo siguiente:

- Los/as trabajadores/as sociales tienen la responsabilidad de promover la justicia social, en relación con la sociedad en general, y con las personas con las que trabaja. Esto significa entre otras cosas:
- Desafiar la discriminación negativa: todos los/as trabajadores sociales tiene la responsabilidad de oponerse a la discriminación negativa por razones de capacidad, edad, cultura género o sexo, estado civil, estatus socioeconómico, opiniones políticas, color de piel u otras características físicas, orientación sexual o ideas religiosas.
- Distribuir los recursos equitativamente: los/as trabajadores sociales deben asegurarse de que los recursos a su disposición se distribuyen de forma justa de acuerdo a la necesidad.
- Oponerse a las políticas y acciones injustas: los/as trabajadores sociales tienen el deber de llamar la atención de sus empleadores, legisladores, políticos y de la sociedad en general sobre aquellas situaciones en las que los recursos son inadecuados o cuando la distribución de recursos, políticas y prácticas son opresivas, injustas o perjudiciales.

- Trabajar en solidaridad. Los/as trabajadores sociales tienen la obligación de oponerse a las situaciones sociales que contribuyen a la exclusión social, estigmatización o subyugación, y trabajar hacia una sociedad inclusiva.

Así mismo la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2016) determinó como objetivo fundamental de la profesión, “mejorar los sistemas de protección social para que las personas puedan vivir en ambientes sociales con confianza, con seguridad, con dignidad y con la plena realización de sus derechos”. Para ello insta a sus asociaciones miembros y trabajadores sociales de todo el mundo a unirse al compromiso de proteger, preservar y ampliar el derecho de protección social para todos, con el objetivo de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2016/2030, “garantizando el acceso universal a la salud.”

La metodología utilizada para la intervención social se fundamentará:

- En el enfoque basado en los Derechos Humanos (EBDH).
- En una intervención social desarrollada desde dos niveles del trabajo social, a nivel individual y a nivel comunitario, ambos estrechamente interrelacionados e interdependientes.

El enfoque de derechos humanos:

El EBDH busca transformar las relaciones de poder existentes, corrigiendo las desigualdades discriminatorias y el injusto poder. Trata de integrar los valores, principios y normas del sistema internacional de derechos humanos tanto en la identificación del problema, como en el diseño de nuestra intervención y en las metas-resultados a conseguir.

Bajo este enfoque el ser humano deja de ser considerado un sujeto con unas necesidades humanas que tienen que ser cubiertas para ser visto como un sujeto de derechos, con poder jurídico y social para exigir al Estados ciertos comportamientos y acciones que realizan su exigibilidad y cumplimiento.

El EBDH define tres roles interconectados:

- Titulares de derechos: Todos los seres humanos en cuanto a individuos son titulares de derechos.
- Titulares de obligaciones: Es el Estado y las instituciones públicas. Es el sujeto con obligaciones jurídicas y morales.
- Titular de responsabilidades: Los individuos en cuanto forman parte de la sociedad, organizaciones, sector privado, medios de comunicación son sujetos que tienen responsabilidades que cumplir para el ejercicio del derecho.

La intervención social basada en el enfoque de derechos humanos están dirigida a:

- Apoyar procesos que busquen fortalecer las capacidades de los titulares de obligaciones para que la elaboración de políticas públicas sea transparente, incorpore la rendición de cuentas y pueda cumplir con sus obligaciones.
- Apoyar procesos que busquen fortalecer las capacidades de los titulares de derechos para que puedan ejercerlos, construyendo una ciudadanía activa, participativa, consciente de sus derechos y de sus deberes como parte de la sociedad.
- Fomentar la participación de la ciudadanía en la política pública: lo que implica un mayor conocimiento

de sus derechos y del funcionamiento de las instituciones públicas, posicionandoles frente a los titulares de obligaciones.

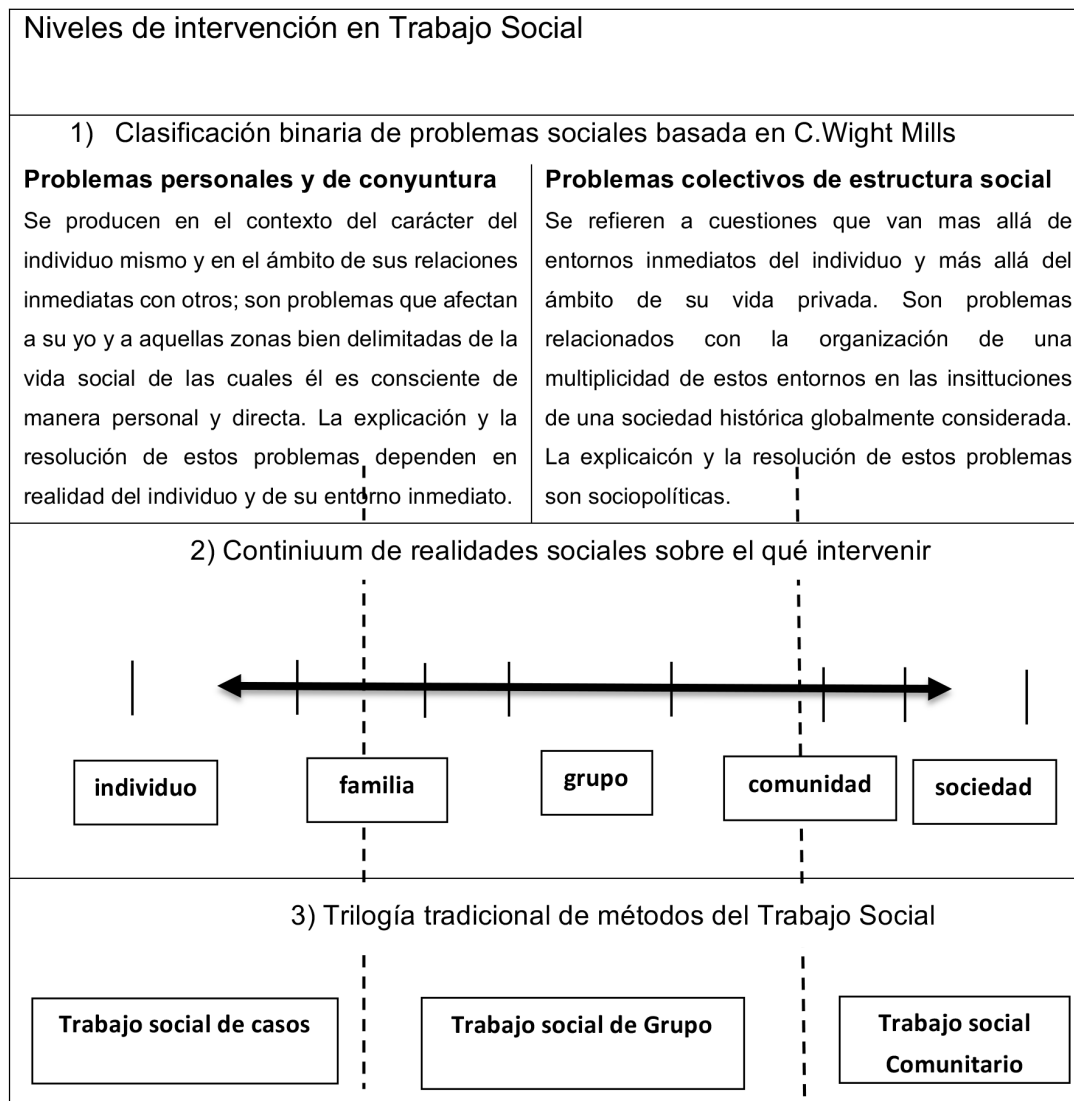
- Parte de una visión política de la realidad, teniendo en cuenta a los titulares de derechos, obligaciones y responsabilidades y desde los aspectos políticos, sociales, económicos, legales y culturales, y establece soluciones integrales a las mismas considerando todos ellos.

Este enfoque está estrechamente relacionado con el siguientes aspecto metodológico que se señala a continuación y que tiene una larga trayectoria dentro del trabajo social.

La intervención social desde el trabajo social individual y comunitario.

La intervención social llevada a cabo se ha desarrollado a dos niveles de intervención, a un nivel individual con los titulares de derechos, y a un nivel comunitario con los titulares de responsabilidades y obligaciones.

Existe una interrelación entre ambos niveles de intervención que Barbero (2003:423) recoge en el siguiente cuadro:



Cuadro 1: Fuente: Barbero (2003)

La interrelación entre los niveles de trabajo social se observa tanto en la adopción de un enfoque comunitario en el trabajo social individual y familiar como en mejorar las condiciones de vida de las personas, familias y grupos desde el trabajo social comunitario.

La intervención individualizada permite alcanzar un conocimiento más profundo de los derechos que están siendo vulnerados y de las consecuencias que las personas están sufriendo en consecuencia.

Un enfoque comunitario en la intervención individual nos permite concluir cuales son los factores sociales, económicos y políticos causantes de dicha vulneración. La intervención social comunitaria será aquella realizada en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad y buscar medidas y soluciones que tendrán una repercusión a nivel comunitario pero también a nivel individual.

El trabajador social se define como agente de cambio a través de la revitalización, animación de la comunidad, búsqueda de recursos y soluciones, empoderamiento de las personas y grupos, liderazgo y coordinación de acciones sociales.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

La entrada en vigor el 1 de septiembre de 2012 del RDL 16/2012 supuso la pérdida del derecho a la asistencia sanitaria gratuita y universal para la totalidad de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, así como para ascendientes reagrupados, titulares de estancia por estudios y un porcentaje importante de ciudadanos procedentes en su mayoría de Rumanía y Bulgaria.

El retroceso en materia de derecho a la salud fue mayúsculo. Solo en Aragón, alrededor de 30.000 tarjetas sanitarias fueron dadas de baja según datos del INE.

La aplicación estricta por parte del Gobierno de Aragón regente en ese momento, condicionó todas las actividades de Médicos del Mundo al tener que hacer frente a un número ingente de atenciones socio-sanitarias de personas que quedaron excluidas del sistema sanitario aragonés.

La realidad a la que las trabajadoras sociales de Médicos del Mundo se enfrentaron se caracterizó por:

- La desinformación continua y prolongada en el tiempo. Se dio una ausencia de medidas informativas eficaces dirigidas a los/as profesionales sociosanitarios y administrativos de los centros de salud, y a los/as propios titulares de derechos.
- Gran número de incidencias a consecuencia de la desinformación existente. Tanto personas que podían acceder, como las que no, fueron víctimas de una falta de información, siéndoles negados sus derechos tanto en el momento en que intentaban acceder a la atención sanitaria en los diferentes centros de salud u hospitales, como durante las tramitaciones burocráticas necesarias para poder solicitar su correspondiente tarjeta sanitaria.
- Clima de crispación y enfrentamientos continuos entre las partes implicadas.
- Situaciones límite en los que la salud de la persona se veía gravemente afectada por la imposibilidad de acceder o dar continuidad al tratamiento farmacológico y/o médico que requería.

Desde entonces y hasta la actualidad los recursos y la intervención social llevada a cabo por las trabajadoras sociales de Médicos del Mundo dirigida a hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas tuvo

que verse vertiginosamente incrementado.

Esta intervención ha perseguido los siguientes objetivos:

- Promover la participación de una ciudadanía activa por la defensa del derecho a la salud.
- Fomentar modelos innovadores de intervención social que modifiquen políticas y hagan efectivo el derecho a la salud.
- Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas.

La intervención social se ha desarrollado con una doble vertiente del trabajo social. Por un lado, a través del trabajo social individual, se ha intervenido socialmente con los y las titulares de derechos, a través de un servicio de asesoramiento y atención social individualizado que garantizase su acceso a la atención sanitaria.

Y por otro a través de una intervención social comunitaria. Éstas han perseguido, en primer lugar, fomentar el empoderamiento de los titulares de responsabilidades a través de un trabajo en red que se ha materializado en la constitución de la Plataforma Salud Universal. En segundo lugar, desarrollar acciones de denuncia de las vulneraciones de derechos provocadas y de incidencia política dirigidas a restaurar el derecho a la salud universal.

A nivel comunitario la intervención social se dirigió a los titulares de responsabilidades (personas, grupos, organizaciones sociales, sindicales, políticas) así como a los titulares de obligaciones (diferentes Administraciones Públicas Estatales y Autonómicas).

Ambos niveles de intervención son complementarios y se han desarrollado en una estrecha relación de interdependencia.

Atender un gran número de casos nos ha permitido conocer la totalidad del abanico de situaciones de vulneraciones de derechos, conocer los obstáculos burocráticos y legislativos que las causan, así como conocer otros factores de riesgo de exclusión social que afectan a la persona (familiares, sociales, económicos, etc.)

Este conocimiento ha posibilitado tener una plena consciencia de la gravedad de la situación, y motivarnos hacia una intervención social comunitaria que persiguiese un objetivo más ambicioso, cuyos logros, repercutirían a su vez, en la totalidad de los/as titulares de derechos.

LA INTERVENCIÓN SOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL LLEVADA A CABO DESDE MÉDICOS DEL MUNDO

La atención social a nivel individual ha ido dirigida a la consecución de los siguientes objetivos y estrategias, llevando a cabo las diferentes acciones recogidas en la tercera columna para su consecución.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	INTERVENCIÓN SOCIAL REALIZADA
1. Promover la participación de las poblaciones más vulnerables en la defensa de su derecho a la salud. 2. Colaborar en la construcción de una ciudadanía activa que favorezca el cambio social.	Contribuir a fortalecer capacidades y habilidades y conocimientos en Derecho a la Salud.	Información, formación sobre sus derechos y los recursos.
		Mediación entre las instituciones públicas y los titulares de derechos para facilitar la superación de barreras
	Favorecer el testimonio de las personas más vulnerables para hacer visibles las violaciones de derechos.	Recogida de testimonios de vulneraciones de derechos, en especial del derecho a la salud y acompañamiento en el proceso.
		Comunicación de las incidencias recogidas a través de los testimonios ante los titulares de obligaciones.
3. Lograr que se haga efectivo el derecho a la salud con carácter universal y gratuito.	Asegurar la intervención sociosanitaria a las poblaciones más vulnerables, identificando las barreras de acceso y favoreciendo estrategias de acción eficaces para su eliminación.	Fomento del protagonismo de titulares de derechos/responsabilidades en las diferentes fases de intervención, así como en acciones de denuncia y sensibilización.
		Detección de las necesidades de las personas vulnerables en sus derechos, en especial del derecho a la salud.
		Intervención social de información, acompañamiento, derivación y seguimiento para garantizar el derecho a la salud mediante estrategias de acercamiento
	Exigir políticas participativas que garanticen el derecho a la salud.	Mediación para facilitar la superación de barreras culturales
		Promover el liderazgo y la participación de titulares de derechos en movimientos sociales y espacios de decisión.

Se podría diferenciar dos grandes periodos:

a) Desde la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 hasta mayo de 2016.

En un principio y debido al ingente volumen de casos atendidos, tuvimos que centrar nuestra intervención en informar a los titulares de derechos sobre los cambios acontecidos, mediar con los centros sanitarios a nivel individual y facilitar la gestión de los trámites necesarios para la obtención de la tarjeta sanitaria. La denuncia de las incidencias y violaciones de derechos recogidos ante los titulares de obligaciones se llevó a cabo a través de la intervención social comunitaria a modo global.

b) Desde mayo de 2016 hasta la actualidad.

A pesar de la labor de denuncia llevada a nivel comunitario, la Administración dudaba sobre la veracidad de la cantidad y la frecuencia con que este tipo de incidencias se denunciaba que acontecían. En consecuencia se vio la necesidad de elevar de manera individual cada una de las incidencias directamente a la Administración responsable, con objeto de que ésta pudiera tener un mayor conocimiento sobre las mismas y tomar las medidas necesarias.

Tras casi cuatro años desde la reforma sanitaria y de intervenciones continuas en este tipo de vulneraciones, señalar a modo de ejemplo, que en tan solo tres meses (de julio a septiembre de 2016) todavía se elevó a la Administración 24 incidencias a través de Médicos del Mundo, de las cuales la gran mayoría se producían en los servicios de admisión de los centros de salud.

Las incidencias más comunes han sido las siguientes:

- Negación indebida a la expedición de la tarjeta sanitaria, incluso en caso de mujeres embarazadas o menores de edad.
- Prácticas disuasorias en el centro sanitario y negación indebida al acceso a la atención sanitaria..
- Negación o paralización tratamiento farmacológico. (Señalar que hasta la publicación de las instrucciones de 7 de agosto de 2015 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón las personas excluidas del SNS no tuvieron derecho a la financiación de los fármacos en Aragón, lo que puso en grave riesgo la salud de muchas personas que no podían costearse por sí solas el tratamiento.)
- Facturaciones indebidas emitidas por los servicios de urgencias tanto de los hospitales como de los centros de salud.
- Información errónea ofrecida desde los servicios de admisión en los centros de salud sobre los derechos, requisitos y trámites necesarios para la obtención del derecho a la atención sanitaria.
- Fallos administrativos de los profesionales de los centros sanitarios en los procedimientos establecidos por los protocolos autonómicos y estatales para acceder a la atención sanitaria.

A raíz de la comunicación directa a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón de las incidencias registradas, se ha observado una remisión de las mismas, por lo que valoramos positivamente esta línea de intervención, sin dejar de valorar todas las acciones llevadas a cabo paralelamente a nivel comunitario.

LA INTERVENCIÓN SOCIAL A NIVEL COMUNITARIO LLEVADA A CABO DESDE MÉDICOS DEL MUNDO

Desde un enfoque del trabajo social comunitario y de derechos humanos, la intervención llevada a cabo a nivel comunitario ha sido fundamental para los logros obtenidos que analizaremos en el siguiente apartado. Los siguientes cuadrantes tratan de resumir los objetivos, estrategias y acciones llevadas a cabo para la consecución de los mismos.

a) Intervención social dirigida a los titulares de responsabilidades:

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	INTERVENCIÓN SOCIALR REALIZADA
1. Promover la participación de las poblaciones más vulnerables en la defensa de su derecho a la salud.	Contribuir a fortalecer capacidades y habilidades y conocimientos en Derecho a la Salud.	Información y formación específica a titulares de responsabilidades (entidades sociales, asociaciones de inmigrantes...)
		Generar espacios mixtos entre diferentes titularidades de reflexión intercambio de buenas prácticas y transferencia de conocimiento.
2. Colaborar en la construcción de una ciudadanía activa que favorezca el cambio social.	Favorecer el testimonio de las personas más vulnerables para hacer visibles las violaciones de derechos.	Promover la recogida, visibilidad y difusión de las vulneraciones de derechos.
		Acciones de sensibilización a la población general y a públicos específicos.
3. Lograr que se haga efectivo el derecho a la salud con carácter universal y gratuito.	Asegurar la intervención socio-sanitaria a las poblaciones más vulnerables, identificando las barreras de acceso y favoreciendo estrategias de acción eficaces para su eliminación.	Realización de informes y diagnósticos.
		Fortalecimiento de alianzas y del trabajo en red para incidir en las instituciones públicas y medios de comunicación.
	Exigir políticas participativas que garanticen el derecho a la salud.	Incentivar la creación de nuevos foros (Plataforma Salud Universal y Reder).

La intervención social a nivel comunitario llevada a cabo tenía una finalidad de incidencia política en tanto en cuanto perseguía la no aplicación de la reforma sanitaria en el territorio aragonés. El siguiente cuadro resume los objetivos y las acciones llevadas a cabo para ello.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	INTERVENCIÓN SOCIAL REALIZADA
1. <i>Colaborar en la construcción de una ciudadanía activa que favorezca el cambio social.</i>	<i>Contribuir a fortalecer capacidades y habilidades y conocimientos en Derecho a la Salud.</i>	<i>Facilitar formación específica a tomadores de decisiones.</i>
		<i>Presentación periódica de informes ante poderes políticos y medios de comunicación.</i>
		<i>Invitar a tomadores de decisiones a participar en acciones de movilización, sensibilización etc.</i>
2. <i>Lograr que se haga efectivo el derecho a la salud con carácter universal y gratuito</i>	<i>Asegurar la intervención sociosanitaria a las poblaciones más vulnerables, identificando las barreras de acceso y favoreciendo estrategias de acción eficaces para su eliminación.</i>	<i>Participación y/o creación de nuevos foros políticos de discusión como espacios de encuentro con titulares de obligaciones.</i>
		<i>Exigir a responsables políticos la firma de compromisos.</i>
	<i>Exigir políticas participativas que garanticen el derecho a la salud.</i>	<i>Seguimiento crítico a la implementación de políticas o protocolos públicos.</i>

Médicos del Mundo tuvo desde el inicio de este proceso conciencia de la necesidad de establecer y fortalecer alianzas que facilitasen un trabajo en red para la consecución de los objetivos propuestos. Por ello, Médicos del Mundo junto con otras organizaciones miembros de la Plataforma Ciudadana contra el Racismo, como Sos Racismo, Caritas y los sindicatos UGT y CCOO impulsaron la creación de la Plataforma Salud Universal. La razón de ser de la PSU ha sido restaurar la sanidad universal de manera efectiva para todas las personas que quedaron excluidas por el RDL 16/2012.

En una primera fase, la intervención con titulares de responsabilidades se orientó a informar y formar sobre la vulneración de derechos así como de las repercusiones sociales de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012. Igualmente se les invitó a adherirse a la Plataforma Salud Universal.

Con posterioridad a su constitución en la primavera de 2012, diferentes asociaciones, ONG's, sindicatos, partidos políticos, colegios profesionales, se han adherido y participando en sus acciones. Actualmente son más de 40 entidades quienes la forman.

A lo largo de estos más de cinco años la PSU ha ejercido un papel de interlocutor con la administración, velando por los derechos de las personas que no pueden acceder al sistema sanitario y denunciando los casos de vulneración de derechos que se producen.

Han sido innumerables las iniciativas que se han llevado a cabo desde la Plataforma Salud Universal dirigidas a la toma de conciencia de los titulares de obligaciones y a promover un giro en las políticas autonómicas y estatales en materia sanitaria. Se han desarrollado concentraciones y manifestaciones, reuniones de sensibilización con diferentes entidades y administraciones, comunicados y ruedas de prensa, e igualmente se han mantenido reuniones con la administración aragonesa para intentar dar respuesta a esta situación. Entre las mismas cabe destacar:

- A través del Foro de la Inmigración del Gobierno de Aragón se han presentado diversas recomendaciones dirigidos a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- El 22 de junio de 2012 se presentó una queja ante el Justicia de Aragón (Defensor del Pueblo de la Comunidad Autónoma de Aragón).
- El 20 de abril de 2015 se convocó a los partidos políticos presentes en aquel momento en las Cortes Aragonesas a estampar con su firma su compromiso de restitución del acceso al sistema sanitario al conjunto de la población aragonesa, e igualmente su compromiso de derogar el presente Real Decreto Ley una vez celebradas las elecciones generales en diciembre de ese mismo año. Todos los partidos políticos de ese momento salvo el Partido Popular se adhirieron a dicha iniciativa.
- Durante el primer semestre de 2016 se informó por escrito a todos los partidos políticos de las vulneraciones de derechos e incidencias que todavía se seguían dando, a pesar de las mejoras establecidas por la Instrucción del 7 de agosto de 2015 del Consejero de Sanidad que regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Se mantuvieron reuniones con los diferentes partidos políticos y se les instó a presentar una Proposición No de Ley ante las Cortes de Aragón que introdujese ciertas reformas en dichas instrucciones y su elevación posterior a rango de Decreto Ley.

Desde la intervención social de Médicos del Mundo se ha promovido y apoyado tanto la constitución de la plataforma como el desarrollo de las acciones llevadas a cabo por la PSU. Igualmente la PSU ha servido como una herramienta social de gran efectividad que nos ha permitido llevar a cabo las estrategias e acciones deseadas.

La intervención llevada a cabo desde Médicos del Mundo también ha sido canalizada a través de la plataforma de ámbito nacional Reder (Red de denuncia y resistencia al RD Ley 16/2012).

REDER es una red de colectivos, movimientos, organizaciones y personas implicadas en la defensa del acceso universal a la salud y la denuncia de su cumplimiento. Forman parte de REDER 300 miembros (personas a título individual y organizaciones sociales), como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Médicos del Mundo, el Observatorio del Derecho Universal a la salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), Andalucía Acoge, la Plataforma Salud Universal Aragón, la Plataforma Per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT), la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Federación de Asociaciones por la Sanidad Pública (FDASP), CESIDA, la Asociación de Refugiados e Inmigrantes de Perú (ARI-PERÚ) o la Red Transaccional de Mujeres (NetworkWoman).

La participación en campañas de sensibilización y la firma de compromisos con representantes públicos han sido algunas de las acciones llevadas a cabo como integrantes de Reder. Así mismo la recogida de testimonios e información ha servido para la elaboración de los informes anuales publicados por Reder.

Una de las acciones destacables fue la propuesta de la firma por parte de los Ayuntamientos de Zaragoza y Huesca de una moción municipal a través de la cual se solicitaba al Gobierno Central la reforma del Real

Decreto-ley 16/2012 y las medidas necesarias para garantizar la cobertura sanitaria con carácter universal y gratuito.

A continuación vamos a resumir los resultados obtenidos durante estos cinco años de intervención.

RESULTADOS OBTENIDOS

En cuanto a la intervención social a nivel individual con los titulares de derechos vamos a especificar alguno de los resultados cuantitativos obtenidos:

En los siguientes cuadros vamos a señalar los titulares de derechos a quienes se ha informado sobre el derecho a la salud y a la obtención de la tarjeta sanitaria desde septiembre de 2012 hasta junio de 2017. Esta intervención ha ido marcada por un acompañamiento y un seguimiento de los casos hasta el momento en que conseguían obtener el documento de asistencia sanitaria correspondiente y ser atendidos dentro del sistema público de salud.

Titulares de derechos afectados por el RDL 12/2016 con los que se ha intervenido socialmente desde MDM para la obtención de la tarjeta sanitaria.

	sept.-dic 2012	2013	2014	2015	2016	primer semestre 2017	TOTAL	PORCENTAJE
hombres	3	119	141	144	158	62	627	31,40%
mujeres	12	207	324	315	309	155	1.322	68,60%
TOTAL	15	326	465	459	467	217	1.949	

Elaboración propia. Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de MDM.

Señalar que la intervención se ha llevado a cabo principalmente en las ciudades de Zaragoza y Huesca, y en algunos puntos de ambas provincias. Teruel no aparece reflejado dado que MDM no cuenta con presencia allí.

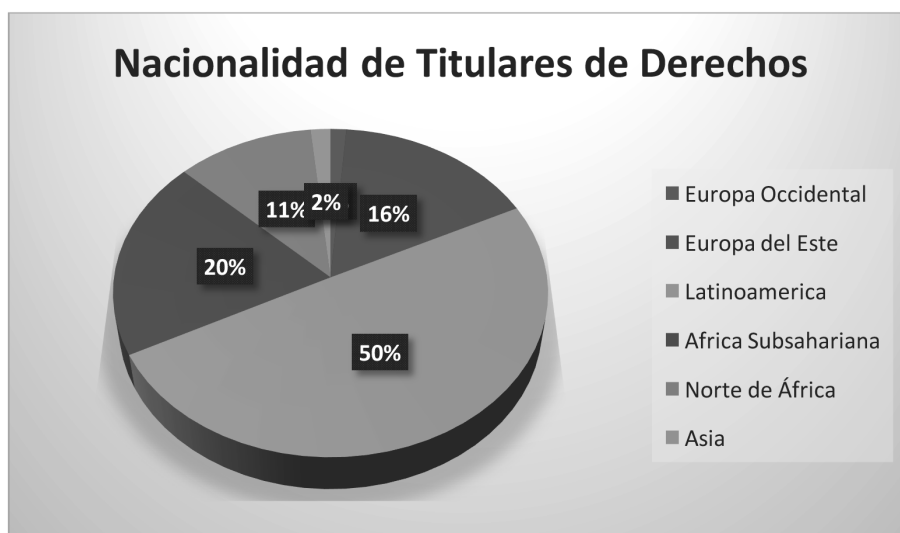
Es destacable que el 68,6% de las personas con quienes se ha intervenido son mujeres.

Titulares de derechos (TD) afectados por el RDL 16/2012 con los que se ha intervenido socialmente desde MDM para la obtención de la tarjeta sanitaria.

	sept.-dic 2012	2013	2014	2015	2016	primer semestre 2017	TOTAL
TD nuevos	15	299	391	377	387	178	1.647
TD atendidos en años anteriores	0	27	74	82	80	39	302
TOTAL	15	326	465	459	467	217	1.949

Elaboración propia. Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de MDM.

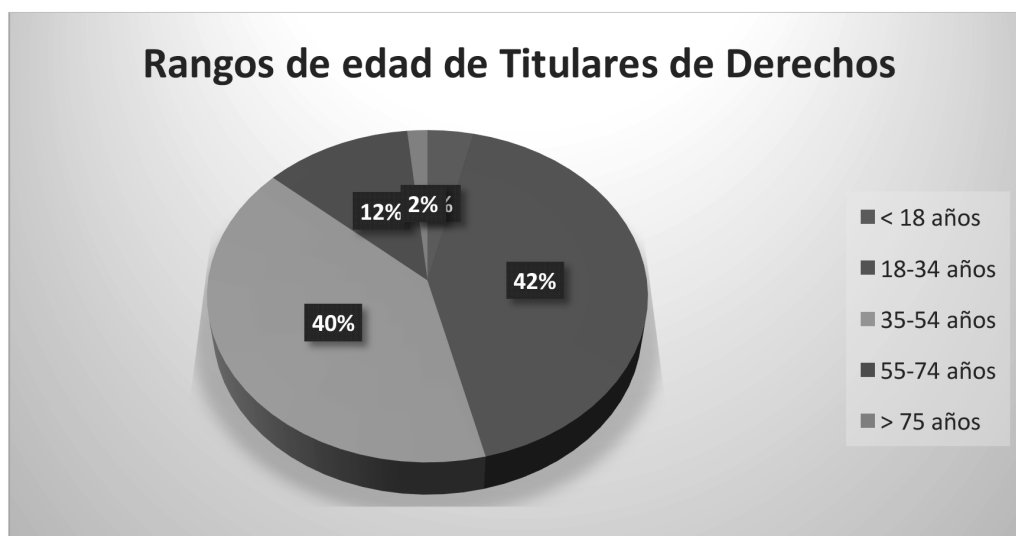
Desde los servicios de inclusión social de Médicos del Mundo se ha intervenido con 1.647 titulares nuevos a lo largo de estos 5 años. La mayoría de ellos desconocían sus derechos en materia de salud, así como los diferentes itinerarios existentes para poder acceder al sistema público de salud en Aragón. 302 de las personas atendidas han vuelto a acudir a nuestro servicio bien para informarse de los trámites necesarios para renovar su tarjeta, bien porque en los servicios de admisión de los centros de salud les han negado la posibilidad de solicitar su renovación, o bien porque no han procedido a la renovación de la tarjeta sanitaria (cuya validez es tan solo de un año) y necesitan informarse sobre el modo de solicitarla de nuevo.



Elaboración propia. Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de MDM.

Como se observa en el gráfico un 50% de las personas afectadas por la reforma sanitaria con las que se ha intervenido proceden de países latinoamericanos, mientras que un 31% proceden de países africanos, y un 11% de países de Europa del Este.

Por rango de edad continúa predominando un mayor volumen de personas en edad laboral, respondiendo a las características de la población extranjera en Aragón, quienes han llegado en su mayoría con expectativas de trabajar en España.



Elaboración propia. Fuente: Datos obtenidos de la base de datos de MDM

A raíz de la publicación de la Instrucción del 7 de agosto de 2015 por las cuales se establecía que aquellas personas que no reuniesen los requisitos previstos para ello podrían obtener el derecho a la asistencia médica en casos excepcionales por criterios de necesidad sanitaria y emergencia social, muchas de las personas que habían sido excluidas han podido acceder de nuevo al sistema sanitario.

Para ello se requería adjuntar informe social, para cuya emisión eran derivados a la trabajador/a social del centro de salud correspondiente o bien era emitido desde el servicio de inclusión social de Médicos del Mundo. Esta segunda opción se ha dado en casos en los que:

- Las situaciones sociales de los titulares de derechos dificultaban la realización de los trámites pertinentes.
- En aquellos casos en los que tras haber sido derivados al centro de salud no fueron atendidos correctamente, encontrando numerosas barreras en los servicios de admisión.

Desde el 7 de agosto de 2015 hasta la actualidad, se han tramitado desde el servicio de inclusión social de MDM 303 informes sociales que se han adjuntado a la solicitud correspondiente.

En relación a la intervención social comunitaria centrada en titulares de responsabilidades se ha conseguido:

- Informar a diferentes asociaciones y entidades sociales sobre las consecuencias que el RDL 16/2012 ha tenido para la población.
- Constituir y mantener activa la Plataforma Salud Universal.
- Llevar a cabo un trabajo en red continuo con las entidades que forman la PSU y llevar a cabo una intervención social a nivel comunitaria en la que han participado diversos titulares de responsabilidades.
- Tener una visibilidad en los medios de comunicación e informar a la población en general que no dejase en el olvido las vulneraciones de derechos y las incidencias denunciadas desde la organización.
- Fomentar la reflexión y el debate en determinados foros y espacios en los que participaban diversos titulares de responsabilidades con capacidad de representatividad e incidencia en el territorio aragonés.

En relación a la intervención social comunitaria centrada en titulares de obligaciones la actividad llevada a cabo a través de la Plataforma Salud Universal ha impulsado mejoras muy importantes, aunque todavía no suficientes, que facilitan la cobertura sanitaria universal en el territorio aragonés. Cabría destacar las siguientes:

- El 30 de abril de 2013 el Gobierno de Aragón aprueba el programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. Este programa daba el derecho a la cartera básica de salud a las personas extranjeras en situación administrativa irregular siempre y cuando cumpliesen determinados requisitos:
 - Disponer de pasaporte y estar empadronado durante un mínimo de 6 meses en el territorio Aragonés.
 - No disponer de ingresos superiores en cómputo anual al IPREM.
 - No tener suscrito un convenio especial para recibir asistencia sanitaria.
 - No poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia. (en caso de ciudadanos/as comunitarios y de ciudadanos/as de países que tienen convenido en materia de seguridad social con España).

Sin embargo, la prestación farmacéutica no estaba incluida, debiendo pagar el 100% del coste de la medicación.

- El 7 de agosto de 2015 la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón aprobó la instrucción por la cual se regulaba el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón a personas extranjeras sin recursos económicos suficientes. Esta instrucción mejoraba los requisitos exigidos por el Programa de Protección Social de Aragón:
 - Cubría el 100% de la prestación farmacéutica.
 - Se reducía el periodo de empadronamiento exigido a tres meses.
 - El límite de ingresos establecido por solicitante era de dos veces y medio el cómputo anual del IPREM.
 - Se dejó de requerir informe social para su acreditación.
 - Estas instrucciones permitían que aquellas personas que no pudiesen aportar la documentación exigida, (pasaporte, certificado de empadronamiento de más de 3 meses, documento de no derecho a la exportación de la asistencia sanitaria...), pudiesen obtener el derecho a la asistencia médica en casos excepcionales por criterios de necesidad sanitaria y emergencia social.
- El 17 de junio de 2016 se consigue que tres partidos políticos (Izquierda Unida, Chunta Aragonesista y Podemos) presenten una Proposición no de Ley para que las Cortes de Aragón insten al Gobierno de Aragón a:
 - Elevar la Instrucción del 7 de agosto 2015 a rango de Decreto.
 - Suprimir los requisitos económicos, de empadronamiento de 3 meses, de “tener la condición de extranjero no registrado ni autorizado a residir en España”, así como una serie de otras medidas que posibilitasen el acceso a todas las personas que por una u otra razón no pudieran disponer de la documentación requerida.
 - Garantizar la formación del personal de los servicios de admisión del SALUD y las unidades de trabajo social de manera prioritaria e inmediata.
 - Desarrollar y garantizar campañas de carácter informativo que permitan a las personas afectadas conocer sus derechos y poder defenderlos.
 - Iniciar los trámites pertinentes para instar al Gobierno de España a la Derogación del Real Decreto Ley 16/2012 para restablecer la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud.
- El 18 de mayo de 2017, un año después de su presentación, fue aprobada en las Cortes de Aragón la Proposición No de Ley número 287/16 sobre sanidad universal, presentada por Izquierda Unida, Chunta Aragonesista y Podemos, a iniciativa de la Plataforma de Salud Universal. Contó con el apoyo del Grupo Socialista, el apoyo parcial de Ciudadanos y el voto en contra del Partido Popular.
- Gracias a la intervención social llevada a cabo a nivel comunitario y a su continuidad se ha conseguido que los titulares de obligaciones estuviesen informados y formados en relación a las consecuencias y situaciones provocadas por la reforma sanitaria en todo momento, estando presente en su agenda de manera continuada en el tiempo.

CONCLUSIONES

La valoración de la intervención realizada es muy positiva. Los resultados obtenidos han sido de gran alcance, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. Sin embargo, no son todavía los esperados, y queda un largo camino por delante para que la Salud Universal sea una realidad y todas las personas sean atendidas en igualdad por el Sistema Público de Salud.

Hubiese sido igualmente deseable que los resultados expuestos no se hubiesen demorado tanto en el tiempo, pero lo que es evidente es que de no haber trabajado en esta línea es muy posible que en Aragón, como en otras comunidades autónomas, no se hubiese conseguido los avances descritos.

Esta experiencia demuestra claramente la importancia que tiene desde el trabajo social llevar a cabo una intervención desde un enfoque de derechos humanos y de justicia social y la necesidad de que los profesionales seamos conscientes y consecuentes con nuestro rol como agentes de cambio.

Igualmente queda reflejada la necesidad de complementar una intervención social de casos con una intervención social comunitaria. La una alimenta y justifica la otra. Ambas dan una visión complementaria de una misma realidad y facilitan la comprensión y el abordaje de la problemática tratada.

Por último, destacar la efectividad a largo plazo de una intervención social en red. Pese a las frustraciones y tensiones que genera en no pocas ocasiones, la lentitud que añade a los procesos y su complejidad, esta experiencia refuerza la idea de que la suma de alianzas es sumamente enriquecedora y productiva.

REFERENCIAS UTILIZADAS

- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. La función del Trabajo Social en los Sistemas de Protección Social: El derecho universal a la protección social. Acceso 29, mayo de 2017. Disponible en: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_13427-7.pdf
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Código de Ética de la FITS. Acceso 2, julio de 2017. Disponible en: <http://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/jaen/files/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>
- Médicos del Mundo. Dos años de reforma sanitaria. Más vidas humanas en riesgo. (2014). Acceso 1, junio de 2017. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf
- Observatorio Europeo de Médicos del Mundo sobre el acceso a los servicios de salud. (2007). Estudio Europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular. Acceso 24, mayo de 2017. Disponible en: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-271%232E%23pdf>
- Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. (2017). Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitaria. (2017). Acceso 1, junio de 2017. Disponible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Cinco_mitos_para_cinco_anos_de_exclusion_sanitaria_97e13589%232E%23pdf
- Organización Mundial de la Salud. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Acceso, 29, mayo de 2017. Disponible en: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_13427-7.pdf
- Sánchez Bayle, M. (2007). La sanidad pública en Peligro. Trabajo Social Hoy. Trabajo Social y Sistema Público de Salud. Monográfico. 9-27. Acceso 29, mayo de 2017. Recuperado de <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=832>
- Barbero, J. M. (2003). El método en Trabajo Social. Introducción al Trabajo Social, Madrid, Alianza Editorial.
- Fernández Juan, A., Borja Segade, C., García Varela, P. y Hidalgo Lorite, R. Guía para la incorporación del EBDH en las intervenciones de desarrollo. Acceso el 15 de junio de 2017. Recuperado en: <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Informes%20y%20gu%C3%ADAs/GUÍA%20ENFOQUE%20DDHH%20%20+%20NIPO%20+%20logo%20AECID.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

- Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. (2016). La salud en los márgenes del sistema. Cuatro años sin tarjeta sanitaria. Acceso 1 julio de 2017. Disponible en: <https://reder162012.org/images/Informe2015/Septiembre2016/REDER.Lasaluden-losmrgenesdelsistema.pdf>
- Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. (2015). Radiografía de la reforma sanitaria. La Universalidad de la Exclusión. Acceso 1 de julio de 2017. Disponible en: <https://reder162012.org/images/Informe2015/REDER.Radiografadelareformasanitaria.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). 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. BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2012, pág. (31278 – 31312). Acceso 1 de julio. Recuperado en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE» núm. 186, de 4 de agosto de 2012, (pag. 55775 – 55786). Acceso 1, julio de 2017. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10477>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE» núm. 179, de 27 de julio de 2013. (pág. 55058 – 55065). Acceso 1, julio de 2017. Recuperado en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-8190>
- Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Instrucción de 30 de abril de 2013, de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario, por la que se crea el programa aragonés de Protección social de la salud pública. Acceso 1, julio de 2017. Recuperado en: http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/Instruccion_de_30_de_abril_2013.pdf
- Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Instrucción de 09 de abril de 2014 de la dirección general de salud Pública, para la atención sanitaria y el tratamiento de supuestos Especiales por motivos de salud pública. Acceso 1, julio de 2017. Recuperado en: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/262581/Instruccion_Atencion_Sanitaria_Supuestos_Especiales_201404.pdf/afc6f4aa-faef-4a5d-9b8e-4e2bef4fbfa0
- Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Instrucción de 7 de agosto de 2015 del Consejero de Sanidad, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del sistema nacional de salud. (2015). Recuperado en: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/360426/Instruccion_Asiistencia_Sanitaria.pdf/d7a6dd5b-5dd6-4794-b7c9-648fab01b58a.
- Médicos del Mundo España. Memorias de actividad anuales. Acceso 1 de julio de 2017. Recuperable en: <https://www.medicos-del-mundo.org/quienes-somos/memorias>
- Plataforma Salud Universal. (2017). Notas de prensa presentadas desde 2012 a 2017. Material no publicado. Disponibles en la sede de Médicos del Mundo Aragón.
- Médicos del Mundo Aragón. Memorias de actividad anuales. Material no publicado. Disponible en sede de Médicos del Mundo Aragón.