



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo de Fin de Grado

**La vulnerabilidad social del inmigrante extracomunitario en situación irregular
y con enfermedad crónica, tras la aplicación del Real Decreto 16/2012.**

El perfil olvidado. Análisis por Comunidades Autónomas.

Alumna: **Dana Miu Bartolomé**

Tutora: **Ana M^a Calvo Bueno**

Salamanca, 26 de Junio de 2018

ÍNDICE

CAPITULO I.....	2
1. Resumen	2
2. Abstract	2
CAPITULO II	3
1. Introducción	3
2. Justificación del objeto de estudio: fundamentación teórica	4
3. Revisión e investigación bibliográfica	6
3.1. El antes y el después de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012..	6
3.2. El acceso general a las prestaciones sanitarias	9
3.3. El acceso a las prestaciones sanitarias en las comunidades autónomas	10
3.4. Impacto de la reforma sanitaria en la vulnerabilidad social del paciente inmigrante irregular con patología crónica	20
3.5. Condicionantes	23
CAPITULO III	25
1. Discusión teórica y formulación de interrogantes	25
1.1. Negligencias en la prestación de servicios	29
1.2. Atención a la enfermedad crónica en Castilla y León.....	31
1.3. La figura del Trabajador Social.....	33
2. Conclusiones	35
BIBLIOGRAFÍA	38
LEGISLACIÓN	45
ANEXOS.....	55

CAPITULO I

1. Resumen

El derecho a la protección de la salud es un derecho fundamental que acompaña a la condición de ser humano, avalado tanto a nivel nacional en normas como la Constitución Española, a nivel europeo, como en la Carta Social Europea, e internacional, además de ser de aplicación universal, sin discriminación por razón alguna. La implantación del *Real Decreto 16/2012, de medidas urgentes, para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad de vida y seguridad de sus prestaciones* lleva vulnerando estas bases ineludibles desde hace seis años tras negar el derecho de acceso al Sistema Nacional de Salud español, siendo una medida regresiva, injusta, desproporcionada y de dudosa legitimidad. Durante este tiempo ha causado todo tipo de estragos y penurias en la calidad de vida y derechos de inmigrantes en situación irregular con enfermedad crónica, grupo en situación de extrema vulnerabilidad, sin reacción contraria por parte del Estado. A lo largo del texto realizaremos un análisis de las severas consecuencias sobre estas personas, su situación actual y posibilidades de acceso a las prestaciones sanitarias en todo el territorio español, así como de la consecuente obstaculización de la actividad de los profesionales del Trabajo Social y la Sanidad.

Palabras clave: Inmigrante irregular; enfermedad crónica; protección de la salud; vulneración de derechos; Real Decreto 16/2012; Sistema Nacional de Salud; extrema vulnerabilidad.

2. Abstract

The right to a health insurance it's a fundamental right belonging to the human being condition, supported by national laws, as la Constitución Española, european, as the European Social Letter, and also international, in addition to being a universal statement, with no room for any kind of discrimination. The implementation of the Royal Decree 16/2012, about urgent mesures, has been violating this basis for six years since it denied the access to the spanish National Health System. Being a regressive, not fair, disproportionate and doubtfully legitimate law. In this period of time it has caused havoc and deprivation affecting the quality of lifes and rights of undocumented immigrants

suffering from a chronic disease, group in a situation of extreme vulnerability, without any reaction against from the spanish State. Throughout the text we will analyze the hard consequences for these people, their current status and possible ways to access to healthcare provisions in the country. As well as the consequent hamper in the development of Social and Sanitary work.

Key words: Undocumented immigrants; chronic disease; health insurance; violation of rights; Royal Decree 16/2012; spanish National Health System; extreme vulnerability.

CAPITULO II

1. Introducción

A lo largo del texto nos vamos a centrar en la población inmigrante en situación irregular con enfermedad crónica, grupo de extrema vulnerabilidad afectado con severidad por las recientes reformas. En el Capítulo II se justificará, en primer lugar, la elección del objeto de estudio y se hará una breve revisión de normas y legislación contra la que la nueva normativa atenta. Seguido a esto, se realizará una comparación entre la situación previa y actual de los derechos en cuanto al acceso al Sistema Sanitario de esta población. Consecutivamente, se hará un análisis del estatus de la normativa en cada una de las comunidades autónomas del país.

Acto seguido procederemos a exponer el impacto que ocasionan los efectos de la reforma, su aplicación en los grupos con estas características y su entorno, exponiéndoles a una situación de muy elevada vulnerabilidad social, para continuar con las principales barreras que coartan la entrada a los servicios de la salud, así como a los sociales. También se hará mención a una serie de creencias falsas preexistentes que han sesgado a esta población desde el inicio y han multiplicado los efectos negativos, con el objetivo de desmentirlas.

A continuación, en el Capítulo II, se realizará una discusión teórica y formulación de interrogantes en base a los textos y leyes analizados. Se hará referencia a las negligencias que se están dando en la prestación de servicios desde la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, cómo se está infringiendo esta normativa, los principios

discriminatorios e injustificados que promueve y cómo la heterogénea aplicación en las comunidades autónomas ha generado un doble impacto sobre nuestra población diana. Se hará un análisis más en profundidad sobre la especial situación de vulnerabilidad de ésta en Castilla y León.

Por último, expondremos la trascendencia de la figura del Trabajador Social en este campo y cómo su labor se está viendo obstaculizada. Concluiremos con una serie de deducciones de la investigación bibliográfica realizada.

2. Justificación del objeto de estudio: fundamentación teórica

Podemos definir el Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, según la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, como el conjunto de servicios de salud pertenecientes a la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas que integra todas aquellas funciones y prestaciones sanitarias responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Dicha Ley establece la universalidad, con carácter general, como uno de los principales elementos definitorios del Sistema Sanitario en España, lo cual establece que toda la población tiene, por derecho, acceso a la asistencia pública sanitaria. A nivel europeo, en la Carta Social Europea, el artículo 11 habla de que los países firmantes, entre ellos España, se comprometen a establecer las medidas pertinentes para garantizar el derecho de protección de la salud de manera efectiva sobre la premisa de no discriminación.

La magnitud de los hechos, con carácter sociosanitario, unido al periodo de experiencia práctica en el Hospital Virgen de la Concha de Zamora y a la fuerte sensibilización personal con la lucha de los derechos humanos que las personas merecen por el mero hecho de serlo, sin distinción de clase, raza, situación administrativa o cualquier otro motivo, hace que como Trabajadora Social haya observado la necesidad de poner de relieve el impacto y regresión provocadas en las vidas de estos individuos, las reducidas opciones de tratamiento a sus patologías, la inexistente exposición de consecuencias de la reforma en textos oficiales emitidos por el Estado, el carácter disuasorio de las medidas impuestas con dudosa legitimidad y las situaciones a las que se han enfrentado los profesionales del sector, desde facultativos hasta Trabajadores Sociales. Del mismo modo, analizar su manera de lidiar con los hechos acaecidos y la reacción de las propias comunidades autónomas ante el nuevo Real Decreto-ley.

Las diversas modificaciones de las normas en relación con la asistencia sanitaria han afectado de manera negativa no sólo a los españoles, sino a todos los residentes en el territorio y, muy en concreto, a la población inmigrante irregular. Tras la entrada en vigor del *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*, dicho principio de universalidad ha sido quebrantado. Es decir, ya no es aplicable al Sistema Sanitario español. La regularización de este Real Decreto-ley (a partir de ahora, RDL) introduce una serie de alteraciones, las cuales próximamente trataremos con profundidad, que transgreden la legislación nacional, estatal y europea. Se infringe el derecho básico a la protección de la salud, establecido por *la Constitución Española de 1978* (CE) y con esto lo estipulado en el Título I, Capítulo III de la misma sobre el derecho a la salud cuyo desarrollo eficaz y efectivo es responsabilidad de los poderes públicos. Por ende, se ha visto afectado el estatus de los derechos humanos de los ciudadanos en España.

Como mencionábamos en el apartado anterior, tomaremos como población diana y víctimas de los efectos, directos y colaterales, producidos por esta ley en sus vidas a las personas inmigrantes en situación irregular que se encuentran en el territorio español, proceden de países extracomunitarios, y además padecen una patología crónica. Para ello debemos entender el concepto de ambos condicionantes. La situación administrativa de una persona extranjera se considera irregular cuando no posee autorización para estar en el país ni permiso para residir en él. Bien habiendo excedido los 3 meses máximos de permanencia en él como turista y continuando con el visado caducado, habiendo entrado de manera irregular y no por los puestos habilitados con la documentación requerida, o bien cuando, partiendo de una situación regular, no se ha podido hacer la renovación del permiso de estancia por múltiples motivos (Fundación Migrar, 2009).

Por otro lado, una enfermedad crónica es entendida como un trastorno de larga duración que afecta al funcionamiento del organismo, que obliga a la modificación del estilo de vida de la persona y que generalmente persiste a lo largo de toda su vida (O.M.S., 1979). Estas patologías en la mayoría de los casos afectan a los aspectos más importantes de la vida de las personas que las sufren (Burish y Bradley, 1983 citado por Gil-Roales J., 2004) y la continuidad de los cuidados es una de las dimensiones que mayor relevancia tiene para estos pacientes, unido a una importante coordinación constante entre Atención Primaria (en adelante, A.P.), Hospitales y Servicios Sociales (Gerencia, 2014).

El enfoque desde la disciplina del Trabajo Social es fundamental ya que, según la definición de la Federación Internacional de Trabajo Social (s.f.), en adelante FITS, su ejercicio se basa en el principio de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, entre otros, con el objetivo de promover el cambio, desarrollo y cohesión de las estructuras sociales, siempre persiguiendo el empoderamiento y la promoción de la autonomía y el bienestar de las personas. Esta labor elemental se ve frenada con la implantación de la normativa de 2012.

Por la vulneración de los derechos y premisas mencionadas tras la reforma es menester realizar una revisión bibliográfica sobre este tema ya que, a pesar de haber pasado seis años tras la implantación del RDL, no hay publicados apenas textos que traten en profundidad los efectos sobre este grupo poblacional y no existe un informe de impacto con datos reales, empíricos, por parte del Gobierno español, en la calidad de vida de estas personas que continúan sufriendo sus consecuencias. Y, según apoyan organizaciones como Amnistía Internacional (2015a) ‘‘ [...] tampoco sobre el efecto que el potencial impacto disuasorio de la reforma está teniendo en el acceso a centros médicos por parte de la población inmigrante en situación irregular’’, además del resto de implicaciones de la misma.

3. Revisión e investigación bibliográfica

3.1. El antes y el después de la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012

La situación sanitaria de los inmigrantes irregulares en España previa a 2012 era equivalente a la de cualquier nacional, es decir, con derecho a las mismas prestaciones y condiciones. El único requisito exigido era que estuviesen inscritos en el padrón municipal en el que se encontrara su domicilio, según la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, vigente hoy y comúnmente conocida como Ley de Extranjería. Dicho registro era y es considerado derecho y obligación para el inmigrante, sea cual sea su situación legal.

Actualmente esta situación se ve reducida a lo regulado en el artículo 3 ter. del RDL 16/2012 sobre ‘‘Asistencia sanitaria en situaciones especiales’’, el cual establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España solamente

tendrán derecho a asistencia sanitaria en tres supuestos: ‘’ a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; b) De asistencia al embarazo, parto y postparto; c) En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles’’. Para el acceso al resto de servicios sanitarios se dependerá de la obtención a la tarjeta sanitaria que requiere una serie de requisitos.

Por lo que este Real Decreto también es contrario al principio de no discriminación de la Ley de Extranjería, el cual según el art. 2 bis, sobre la política migratoria, compete al Gobierno, conforme a lo estipulado en el art. 149.1. 2ª de la CE. Deducción indiscutible apoyada por más de una decena de mecanismos de Naciones Unidas y del Consejo de Europa (Amnistía Internacional, 2015a).

Una de las premisas en las que se apoya la nueva reforma para generar esta regresión en las condiciones de acceso a la sanidad es el ahorro de costes en los tiempos de crisis en los que surge. La Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012, a partir de ahora REDER (2015), y otras defienden que la sanidad no es un negocio y que privatizar este tipo de servicios conlleva una desprotección de los más vulnerables, y por ende afecta a aquellos que no pueden promover los beneficios que las empresas persiguen con este fin. Son varias las entidades de reconocido prestigio en el ámbito del tercer sector las que afirman que la crisis económica no puede dar pie a la restricción y vulneración de derechos (Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge & Center for Economical and Social Rights, 2014). Además no se encuentra ningún informe o memoria que fundamente si las cifras del supuesto ahorro de más de 500 millones de euros e insostenibilidad del sistema están basadas en el gasto sanitario de la población inmigrante irregular o si se tuvieron en cuenta otros parámetros (Acoge, R., 2015; REDER, 2012 y 2017; Médicos del Mundo, 2015).

Para hablar del supuesto ‘’a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica’’ mencionado, en el cual se incluiría la problemática principal del colectivo sobre el que escribimos, habría que hacer referencia a la función de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que se ofrece en los Servicios Sociales Básicos de Atención Primaria señalados como principales referentes; como son los ambulatorios, en ciudades, o consultorios en poblaciones más pequeñas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, MSSSI, 2017). Si no se tiene acceso a este primer filtro o bien a los medicamentos para tratar los pródromos de

la enfermedad es muy sencillo que la situación se agrave y se termine en los servicios de urgencias, mucho más costosos que los anteriores (Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de Salud Mental, AEN, 2012). Si la salud empeora, estos se saturan. REDER (2015) afirma:

La Atención Primaria es el eje central del Sistema Nacional de Salud, donde se pueden prevenir y disminuir las desigualdades socioeconómicas y promover una sociedad más equitativa. Por este motivo, defendemos que la accesibilidad de las personas inmigrantes a la Atención Primaria debe ser prioritaria. Asimismo, la inversión en sanidad debe priorizarse sobre otras partidas presupuestarias públicas. (p.4)

El Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2012) en su Informe perceptivo sobre el tema, pone de relieve que ‘la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea ha subrayado que excluir a las personas migrantes en situación irregular de la atención sanitaria pone en peligro su vida y su bienestar, incrementa el coste de un futuro tratamiento de urgencia y puede suponer un potencial riesgo de salud para la comunidad’ (Foro para la Integración Social de los inmigrantes, 2012: 2). Otras como AEN (2012) apoyan la premisa de que al restringir el acceso a la sanidad a las personas con enfermedad crónica, así como el transporte sanitario imprescindible para muchos tratamientos, provocará complicaciones y un mayor coste y presión asistencial en urgencias. O también José Félix Hoyo, Presidente de Médicos del Mundo (Médicos del Mundo, 2017) que añade el hecho de que se tendrá un peor control de las enfermedades crónicas y en consecuencia más ingresos en hospitales. Informes como el del Defensor del Pueblo (2014) cuestionan el ahorro, ya que el planteamiento del Real Decreto deriva la financiación a las comunidades autónomas, por lo que dicha medida no es coherente con la realidad.

Esta premisa también es sostenida por otras instituciones como Amnistía Internacional, el Centro por los Derechos Económicos y Sociales (CESCR), Médicos del Mundo, Red Acoge, REDER y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), como se recoge en Amnistía Internacional (2016). Así como las propias comunidades autónomas que se oponen a la reforma del Gobierno e incluso han acudido al Tribunal Constitucional emprendiendo medidas legales en contra, como desarrollaremos más adelante, o iniciando campañas desde organismos públicos como es el caso del Ayuntamiento de Madrid con ‘*Madrid sí cuida*’. Queda reflejado en el

informe de Muižnieks (2013), comisionado de El Consejo de Europa por los Derechos Humanos, que la falta de tratamiento de enfermedades de larga duración entrañaría unos costes muy elevados y a largo plazo para las autoridades.

AEN (2015) recalca que las personas con enfermedad crónica y en especial aquellas con problemas salud mental, quedarán excluidas del sistema o deberán realizar importantes copagos. Esta negación de servicios sanitarios provocará que muchos deban interrumpir sus tratamientos, lo cual se traducirá en recaídas y complicaciones que requerirán servicios de urgencia y generarán un mayor coste a largo plazo que un tratamiento estipulado, incrementando la presión asistencial y los ingresos.

3.2. El acceso general a las prestaciones sanitarias

El Real Decreto-ley plantea una gran ruptura en las bases y la condición de ser humano y ciudadano de pleno derecho, ya no habla de ‘titulares de derechos’ sino de ‘condición de asegurado o beneficiario’, es decir, cumplir los requisitos para ostentar la primera o bien ser beneficiario de una persona que los cumpla para poder disfrutar de acceso al Sistema Nacional de Salud con cargo a fondos públicos. En el supuesto de no cumplir los requisitos de alguna de estas dos condiciones, estipuladas en el art. 2 y 3 del *Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto*, como es el caso, ya que nuestra población diana se encuentra en situación administrativa irregular, existe una modalidad de pago de un convenio especial para acceder al Sistema Sanitario, regulado por el *Real Decreto 576/2013, de 26 de julio*. En este documento se explica que para acceder al convenio se debe estar empadronado por un periodo mínimo de un año y tener medios suficientes para hacer frente a las cuantías de 60€ al mes, para menores de 65 años, y de 157€ al mes, para mayores de 65. A su misma vez, el mismo RDL 16/2012 menciona que ‘[...] será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.’, lo cual contradice totalmente lo expuesto.

Amnistía Internacional (2015d) contempla como un gran error exigir el empadronamiento como requisito de acceso al sistema ya que podría obstaculizar el acceso a la sanidad a un gran número de personas, desde aquellos que sufren el sinhogarismo o la pérdida del empleo, los que no tienen domicilio fijo o les niegan la opción a un contrato de alquiler... hasta los que se encuentran en situación irregular, y

excluye directamente de la atención sanitaria a aquellos que figuren menos de un año empadronados.

Dicha reforma no solamente excluye a los inmigrantes irregulares que no cumplan con estas condiciones, sino que aun en el caso de cumplirlas y poder acceder al convenio, solamente estarían cubiertos por las prestaciones de la cartera común básica del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*, que comprende “*[...] todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública*”. De cualquier forma quedarían excluidas las prestaciones de la cartera común suplementaria, regulada por el art. 8 ter, la cual incluiría prestación farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos, transporte sanitario no urgente sujeto a prescripción médica. Tampoco estarían incluidas aquellas dentro de la cartera común de servicios accesorios regulada por el art. 8 quáter de la misma ley, es decir, todas aquellas prestaciones que sin ser esenciales ayudan a la mejora de una patología crónica. Y mucho menos los posibles cuidados paliativos requeridos por enfermedades de larga duración en estadios avanzados.

3.3. El acceso a las prestaciones sanitarias en las comunidades autónomas

Existe una cartera de servicios complementarios perteneciente a cada comunidad autónoma, regulada por el art. 8 quinquies, la cual ofrece la posibilidad voluntaria de ampliar la cobertura sanitaria con el requisito de mantener de base la cartera común (ver *Fig.1* a continuación para ampliar información).

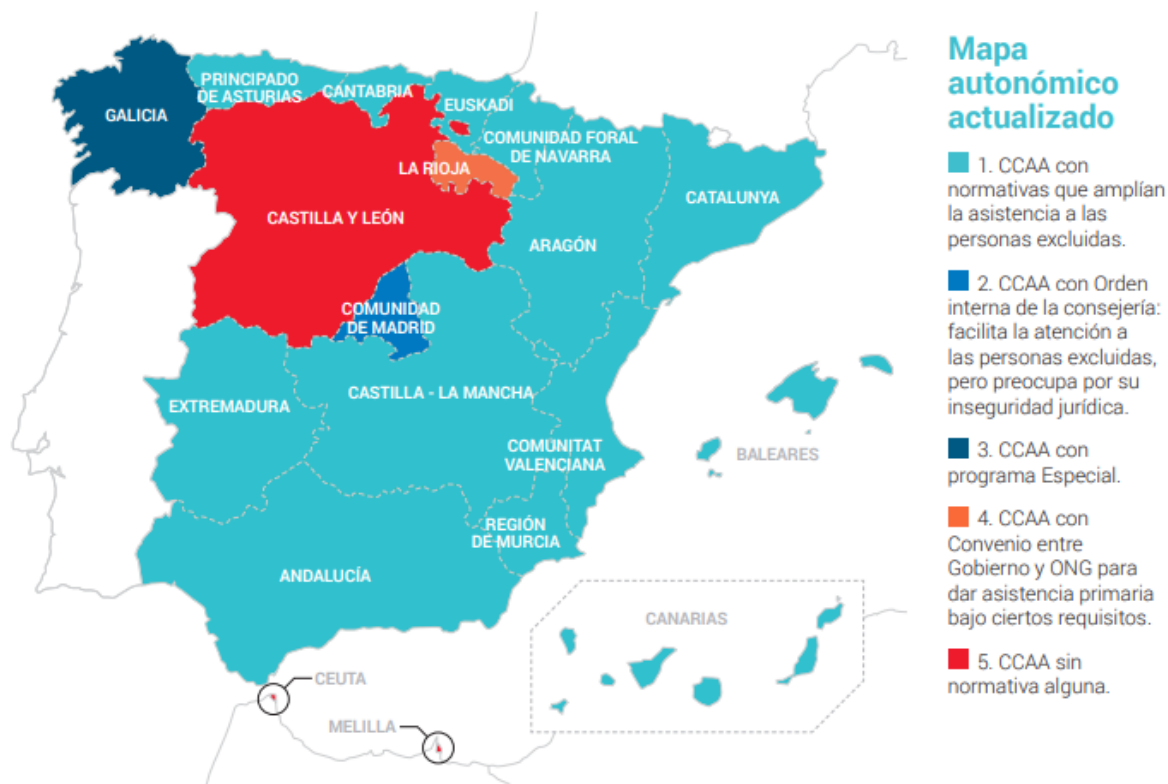


Figura 1: Mapa actual de la Aplicación del RD-L 16/2012 en las Comunidades Autónomas. Tomada de REDER, 2017.

Según Amnistía Internacional (2015a) esta disparidad en la aplicación normativa ha aumentado las consecuencias negativas de la reforma sobre estas personas. Se han aprobado medidas positivas hacia la re-inclusión y no discriminación pero se siguen dando negligencias e incumplimiento de la normativa debido en gran parte a la gran desinformación que existe por ambos estribos. A aquellos cubiertos por el RDL se les está facturando la asistencia sanitaria o bien negándosele directamente, así como los nuevos avances que no están siendo realmente aplicados.

En cuanto al Ministerio de Sanidad, realiza una Propuesta en Diciembre de 2013 aprobada por todas las comunidades en el seno del Consejo Interterritorial (MSSSI, 2013) y propone un modelo de acceso a la asistencia sanitaria y social para extranjeros no registrados ni autorizados que carezcan de recursos económicos. Aplicable en todas las comunidades autónomas y de uso exclusivo en cada una de ellas, las cuales han adaptado la atribución del mismo a su modelo organizativo de competencias. Está dirigido a éstos cuando se identifique una situación que suponga un riesgo para la salud pública, como en

el caso de enfermedades transmisibles, y cuyas actividades preventivas, asistenciales y de seguimiento están dirigidas a preservar y recuperar la salud de la población en general. Los requisitos más relevantes son el empadronamiento o documento similar que demuestre la residencia efectiva mínimo de 6 meses y cualquier otro asunto que los servicios sociales consideren para determinar la situación concreta de necesidad y vulnerabilidad. No se les entregará tarjeta sanitaria aunque sí se incluirán sus datos en la base de datos y dispondrán de un documento de certificación (renovable, con validez anual) que deberán mostrar junto con el pasaporte o documento de identidad cada vez que se precise asistencia sanitaria.

En base a las observaciones realizadas procederemos a realizar un breve análisis respecto a la aplicación normativa comunitaria en inmigrantes irregulares con enfermedad crónica.

I. GALICIA

Aquellas personas que residan en la comunidad, según la *Resolución de 31 de agosto de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad*, que no sean residentes autorizados ni registrados en España y que no puedan exportar el derecho a la sanidad desde su país de procedencia, entendiéndose por esto que la institución competente en Seguridad Social o asistencia sanitaria de su país originario emitirá un certificado de que no procede la exportación de este derecho a la prestación en España, o bien no puedan acceder por la normativa española, recibirán asistencia sanitaria en los supuestos establecidos por el art. 3 ter del RDL. Y aquellos que reúnan los requisitos de pertenencia al *Programa de Salud Pública de enfermedades que supongan riesgo para la salud de la comunidad*, cubriendo desde el diagnóstico hasta el alta médica en lo referente a la patología, se incluirá el tratamiento básico de las enfermedades. La aportación farmacéutica seguirá la misma norma que el resto de países comunitarios o con convenios bilaterales. En todos los supuestos se requerirá solicitud previa la primera vez que se necesite la asistencia, siempre diferenciando entre Puntos de Atención Continuada (PAC) o servicios de urgencias hospitalarios, centros de salud o centros hospitalarios.

II. ASTURIAS

De manera provisional y sin límite esta comunidad distingue entre extranjeros de cualquier edad que se encuentren inscritos en el Padrón municipal y no inscritos. A los primeros se les exige como requisito carecer de recursos, no estar incluidos en ningún régimen de la Seguridad Social y estar empadronados, sin exigir plazo. Solicitarán el trámite en su centro de A.P. de referencia y se les asignará un Código de Identificación Personal (CIP) además de ser incluidos en el Sistema de Información de Población y Recursos Sanitarios (SIPRES). La prescripción farmacéutica se da en forma de recetas pero sin financiación pública, aunque por la *Instrucción del 30 de agosto de 2012, cód. 2012-15641*, se debe informar al afectado sobre ONG's o asociaciones que puedan tramitar o conseguir los medicamentos por otros medios.

Los segundos tendrían acceso a la asistencia sanitaria solamente en los supuestos del art. 3 ter del RDL 16/2012, en las mismas condiciones que los españoles. No tendrán en ninguno de los dos casos tarjeta sanitaria. (Sede Electrónica del Gobierno del Principado de Asturias, s.f.).

III. CANTABRIA

Según REDER (2017), la plataforma Ciudadanía contra la Exclusión Sanitaria impulsa entre otras la *Orden SAN/38/2015, de 7 de agosto, por la que se regula la inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria de las personas residentes en la Comunidad Autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública*. Ésta fue ampliada con la Proposición de No Ley, de 11 de abril de 2016. Se les exige empadronamiento y residencia efectiva inmediata los tres meses anteriores y no poder exportar ni acceder a la sanidad por otro título. Se beneficiarán de la cartera común y suplementaria de servicios del SNS y esto incluirá la prevención, el diagnóstico y la terapia. Además, en caso de que el proceso lo requiera el tratamiento farmacológico estará incluido. La prestación farmacéutica se realizará con receta con una aportación acorde a ciudadanos comunitarios o de países con convenios bilaterales no pensionistas.

Los inmigrantes irregulares que ya se encontraban en España antes del RDL pueden recuperar la tarjeta sanitaria a través del trabajador social. Esta orden se encuentra actualmente amenazada por la posible derogación por los tribunales.

IV. PAÍS VASCO

En esta comunidad nos referiremos a la *Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud*, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión. Uniéndose estas disposiciones a la condición cumplir con los requisitos expuestos en el artículo 2.3 del Decreto 114/2012, de 26 de junio (en ella suspendido el art. 8.1. y 8.2.). Es decir, se exigirá a aquellos que no ostenten la condición de beneficiario o asegurado un documento acreditativo de identidad, certificado de empadronamiento por un periodo continuado de al menos un año inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud, no tener acceso a un sistema de protección sanitaria por otra vía y, o bien no cumplir con el mínimo de ingresos establecido en la renta básica para la inclusión y protección social, o bien percibir una prestación económica integrada en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos e Inclusión.

V. NAVARRA

La *Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra* es declarada inconstitucional el 23 de marzo de 2018 en pleno del TC, con sentencia 17/2018 el 22 de febrero de 2018 por considerarse incompatible con la normativa del Estado. Por lo tanto en esta comunidad la asistencia sanitaria queda reducida a los supuestos del Real Decreto.

VI. COMUNIDAD VALENCIANA

Aquí refiere el *Decreto 169/2017, de 3 de noviembre por el que se desarrolla el Decreto ley 3/2015, de 24 de julio, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana* en cuyo impulso, según REDER (2017) y otras, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana (ODUSalud), jugó un papel activo fundamental. Distingue en la situación general a aquellos extranjeros mayores de edad no registrados ni autorizados a residir en España, que por tanto no pueden ser ni aseguradas ni beneficiarias y en los casos en los que no exista una tercera persona obligada al pago, se les exige estar empadronados en la

comunidad un mínimo de tres meses y de nuevo no poder acceder a la sanidad por ningún otro título ni exportar el derecho de su país de origen.

Además, deben acreditar la situación de imposibilidad de suscribir el convenio especial regulado por el Decreto 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, con el pertinente informe social. El Decreto 169/2017 habla sobre aspectos específicos de la evaluación a realizar en dicho informe: ‘‘ [...] el hecho que esta cobertura no incluye la farmacia cuando, según la patología específica, ésta pueda tener un coste no asumible por el paciente [...]’’. Siempre que no se pueda justificar esto el paciente realizará además una declaración jurada. Como situación especial se incluye la posibilidad de ofrecer el servicio a personas que no puedan acreditar por razones justificadas algunas de las situaciones mencionadas.

Las recetas no podrán ser oficiales, debido a la suspensión del art. 4.1 del Decreto Ley 3/2015 por auto de 1 de marzo [2016/1614], en el recurso de inconstitucionalidad número 6022-2015 del Tribunal Constitucional.

VII. ARAGÓN

Esta comunidad permite el acceso a la sanidad en igualdad de condiciones a los asegurados aragoneses, a las personas extranjeras sin recursos económicos o que reúnen criterios de necesidad sanitaria y emergencia social, según la Instrucción de 7 de agosto de 2015, renovable por periodos de un año si persisten las circunstancias. Exigen empadronamiento de mínimo 3 meses en la provincia y no poder exportar el derecho ni acceder a él, además de ser mayor de 18 años. Deben aportar un documento identificativo con la solicitud y justificante de insuficiencia de recursos. No se les expedirá, acorde a las exigencias de la normativa, tarjeta sanitaria sino un Documento Temporal Acreditativo a la sanidad en dicha comunidad.

VIII. CATALUÑA

La Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud, limita los requisitos de los extranjeros residentes en territorio catalán, en situación irregular o no, a estar empadronados o acreditar su arraigo en la comunidad en función de lo que se establezca en el reglamento, sin tiempo mínimo. Si no pueden cumplirse estas condiciones van a

tener acceso a servicios de urgencia sin ser facturados en caso de que no haya terceros obligados al pago o bien si acreditan insuficiencia de recursos.

El procedimiento para el reconocimiento a la asistencia se realizará de forma que se garanticen los servicios de urgencias mencionados, desde el momento de presentar la solicitud. En cuanto a la prestación farmacéutica ambulatoria será a cargo de fondos públicos si la persona se encuentra en situación de vulnerabilidad económica, social o sanitaria, siempre de acuerdo a lo que establezca el reglamento. Según el Ayuntamiento de Barcelona (2018) aquellos sin residencia legal empadronados en Cataluña tendrán tarjeta sanitaria con vigencia de un año, renovable. Teniendo que aportar documento acreditativo de que no se posee condición de asegurado o beneficiario de la Seguridad Social, NIE o pasaporte y declaración jurada de que se poseen ingresos inferiores a la renta mínima de inserción. Teniendo acceso el primer año a urgencias y A.P. y excepcionalmente a Atención Especializada.

IX. CASTILLA-LA MANCHA

Por la *Orden 9/02/2016 de acceso universal a la atención sanitaria en Castilla-La Mancha*, la asistencia sanitaria se cubrirá con fondos públicos del Servicio de Salud de la comunidad a los extranjeros irregulares en igualdad de condiciones a los castellano-manchegos. Los requisitos que se piden son la mayoría de edad del paciente, que no se encuentren registrados ni autorizados, el empadronamiento en algún municipio de la comunidad, que no tengan recursos económicos suficientes y no ostenten la condición de beneficiario/asegurado ni puedan exportar el derecho o acceder a él por otros medios.

En el caso de no poder acreditar el empadronamiento podrá ser sustituido por informe social que acredite las circunstancias, elaborado por un Trabajador Social. Se ha creado con este propósito una Tarjeta para la Atención Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), con una validez de 12 meses renovable con dos meses de antelación, exigiendo el empadronamiento o bien el informe social y un documento acreditativo de identidad. Además en todo caso tendrán derecho en las excepciones especiales contempladas en el RDL. En cuanto a la prestación farmacéutica será de un 40% para los menores de 65 años y 10% para los mayores.

X. MADRID

Según el Ayuntamiento de Madrid (s.f.a) en la comunidad existen dos figuras administrativas para que aquellos no asegurados ni beneficiarios puedan figurar en alta en el sistema: Los TIR (transeúntes sin permiso de residencia), figura bajo la que se debe registrar a los extranjeros empadronados sin permiso de residencia según Yo Sí Sanidad Universal (s.f.b), y los DAR (extranjeros no asegurados). No se les expedirá tarjeta sanitaria sino un documento sellado en el que figura el CIPA (Código de Identificación del Paciente Autónomo) que permitirá expedir receta oficial. Se les asignará alguien del servicio médico y de enfermería y tendrán derecho a derivación a especialistas. En cuanto a la prestación farmacéutica los DAR la perciben en las mismas condiciones que aquellos con tarjeta sanitaria y los TIR no tendrán subvención.

Se les exigirá a ambos estar empadronados en Madrid. En el caso de no estar empadronado y/o no poseer documento identificativo el profesional de T.S. del Centro de Salud deberá ser visitado y realizará un informe, con lo cual no debe de ser un motivo de negación de asistencia según afirman desde el Ayuntamiento (s.f.b) en ‘*Madrid sí cuida*’. Los DAR tendrán que solicitar en el Centro de Salud un modelo de declaración para justificar que no poseen recursos suficientes y ningún tipo de aseguramiento. No debe facturarse la asistencia sanitaria, disponiendo las siguientes opciones en el caso de que así sucediera: no firmarla o firmarla como no conforme, acudir con ella al T.S. de A.P. o reclamar en Atención al Paciente.

XI. EXTREMADURA

El TC, en Sentencia 2/2018, de 11 de enero de 2018, en el recurso 2002-2017 declaró inconstitucional la *Ley 7/2016 de medidas extraordinarias contra la exclusión social*. Que permitía el acceso a la Asistencia Sanitaria, a través de una Tarjeta Identificativa Personal, a los inmigrantes no autorizados que no dispusiesen de recursos suficientes, que estuviesen empadronados por un mínimo de 3 meses o bien si esto no se cumplía, mediante informe del Trabajador Social se acreditasen las circunstancias. Por lo que esta comunidad también se ve limitada a la normativa estatal del RDL.

XII. ANDALUCÍA

Según la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA, s.f.) y otras fuentes, los extranjeros sin NIE, tienen derecho a asistencia sanitaria en iguales

condiciones que cualquier andaluz, se expide o se renueva el Documento de Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria desde la misma oficina de atención al usuario con un periodo de duración de entre un mes y un año, prorrogable siempre que sea necesario y se mantenga la circunstancia de irregularidad administrativa. En algunos centros de salud previamente a la tramitación se deriva al T.S. y se solicita: Pasaporte o documento similar que acredite su identidad, modelo de declaración jurada de que no posee recursos económicos y certificado de empadronamiento (solamente en algunos centros de salud). Aunque en algunos casos se está pidiendo además un documento que acredite no tener reconocido el derecho a la asistencia por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el cual no se tramita en la práctica, o bien cumplimentar un modelo de ‘No tener reconocido el derecho a la exportación de la asistencia sanitaria desde el país de procedencia’.

XIII. MURCIA

Según la Resolución por la que se modifica la Instrucción 6/2015, por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes, y esta misma, se ofrece el acceso a la asistencia a aquellos extranjeros no autorizados que no tengan derecho a ella tras el RDL a través de ninguna vía. Además de no tener recursos suficientes ni aseguramiento de ningún tipo y estar empadronado en la comunidad, teniéndose en cuenta el padrón continuo inmediatamente anterior en alguna otra comunidad del territorio español.

Se les exigirá para la expedición del Documento Acreditativo como usuario del Programa: documento identificativo o, como sustituto, un certificado de alguna Administración donde previamente hubiese constado o bien informe de los Servicios Sociales, certificado de empadronamiento actual y/o de municipios anteriores, o en las circunstancias excepcionales de no poder obtenerlo, un certificado equivalente de una Administración Pública o de los Servicios Sociales, certificado o declaración jurada de ingresos y acreditación de que el derecho de sanidad no es exportable. En cuanto a la prestación farmacéutica deberán aportar el 40% de la ambulatoria referente tanto a la cartera común básica como de la suplementaria, en igualdad de condiciones que las aseguradas y los supuestos especiales del RDL.

XIV. ISLAS CANARIAS

Según la *Orden de 10 de diciembre de 2015, por la que se modifican las actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, para personas extranjeras sin recursos*, tienen derecho a acceder a la sanidad pública aquellos extranjeros mayores de edad que no sean ni asegurados ni beneficiarios, no puedan acceder al convenio especial, no dispongan de ingresos suficientes y estén empadronados durante un mínimo de 3 meses en las Islas. En cuanto a la prestación farmacéutica deberán aportar un 40% en condiciones normales y un 10% en aquellos medicamentos de aportación reducida. Los extranjeros no empadronados que tengan derecho a asistencia sanitaria según la legislación vigente (Servicio de Salud del Gobierno de Canarias, s.f.) tendrán una Tarjeta Temporal de Inclusión Sanitaria, expedida por el Servicio Canario de Salud.

XV. ISLAS BALEARES

La *Instrucción del Servicio de Salud del 17 de julio de 2015* por la que se establecían, con carácter de urgencia, las condiciones para acceder al SNS por parte de los extranjeros irregulares sin recursos económicos suficientes, ha sido declarada nula por el TSJIB por motivos de sobrepasar los límites de sus competencias en Septiembre de 2017 (sentencia N°373). Con ella devolvieron la tarjeta sanitaria y el derecho a la asistencia sanitaria gratuita en las mismas condiciones que el resto de ciudadanos de las Islas, es decir, atención primaria, especializada y prestación farmacéutica. Teniendo siempre que justificar la falta de recursos y, como en otras comunidades, el no poder acceder por otras vías a la asistencia sanitaria. Hasta la fecha la sentencia no es firme, por lo que esta ley seguirá en vigor y en práctica, según comunicó Pilar Costa, portavoz del Gobierno balear tras la emisión de la sentencia. (ABC, 2017)

XVI. LA RIOJA

Las personas migrantes irregulares de esta comunidad tienen acceso a la asistencia sanitaria pública en igualdad de condiciones que los riojanos. Deben cumplir, según el Gobierno de la Rioja (2018) los requisitos de mayoría de edad, no ser asegurado o beneficiario y no poder acceder a la sanidad por otros medios ni contar con una tercera persona obligada al pago, como en lo habitual. Además deben llevar más de 3 meses empadronados en alguno de sus municipios o no disponer ingresos suficientes (menos de 500€/mes). Esto es posible a través de un convenio con Cáritas y Cruz Roja en el que las

ONG's actuarán como primer filtro de tramitación y aceptación de demandas y se les expedirá un documento sustitutivo de la tarjeta sanitaria, válido por 1 año renovable, a través del cual se les incluirá en la base de datos, según explica Cáritas (2015).

XVII. CEUTA, MELILLA & CASTILLA Y LEÓN

Sin normativa propia. Asistencia sanitaria únicamente en las tres excepciones sujetas al art. 3 ter del RDL. Por tanto, excluidos de servicios de prevención, atención primaria, tratamientos, seguimiento, prestación farmacéutica así como todas aquellas prestaciones de la cartera común suplementaria del SNS. A no ser que cumplan con la excepción del Acuerdo del Consejo Interterritorial.

3.4. Impacto de la reforma sanitaria en la vulnerabilidad social del paciente inmigrante irregular con patología crónica

❖ Imposibilidad de acceso a consulta y tratamiento

Debido, en primer lugar, a la larga lista de barreras administrativas y a la normativa dispar en los territorios recopilada, según el informe de Médicos del Mundo (2017) el 75,5% de los inmigrantes encuentran obstáculos para acceder al sistema. La primera causa señalada son los problemas administrativos, entre los cuales se encuentra el trámite del empadronamiento y el reunir los justificantes necesarios requeridos. Después vendrían las barreras lingüísticas ya expuestas.

En segundo lugar, según el Informe de diciembre de 2013 de ODUSalud (El mundo, 2013) la reforma estaba afectando a los inmigrantes enfermos crónicos, en menos de un año desde su entrada en vigor, hasta tal punto de dejar de ser atendidos en consulta ya que al no tener derecho a tarjeta sanitaria no podían ser citados con el consecuente objetivo de no poder recibir tratamientos ambulatorios, además de verse con importantes dificultades para poder cubrir los gastos de medicación¹. No siendo casos aislados.

¹ Como es el caso de un diabético, obtenido de Yo Sí Sanidad Universal, que no puede sostener el coste de 100€ mensuales de medicación. O el caso de muchos enfermos de cáncer, según la Asociación Española contra el Cáncer, ambas plataformas citadas en El mundo (2013), que no pueden permitirse pagar la media de 60€ de tratamiento en farmacia. Así como en el caso de pacientes paliativos o aquellos que necesitan medicación de soporte, siendo los analgésicos más específicos de un muy elevado coste, como se recoge en la revista de Atención Primaria "Sietedíasmédicos" (2013).

❖ **Alteración de prioridades**

Según informes como el estudio-análisis de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2014) la imposición del pago de medicamentos como los antineoplásicos de la quimioterapia oral, la cual antes de la imposición del Real Decreto en farmacia del Hospital era gratuita, ha supuesto una discriminación y redireccionamiento de las decisiones de los pacientes oncológicos, dentro del grupo de enfermos crónicos. El factor económico se ha convertido en el más influyente por encima del sanitario a la hora de decidir el tratamiento a aplicar.

❖ **Transporte sanitario no urgente**

Quedan excluidos de un pago reducido tras la aplicación de la reforma aquellos enfermos crónicos que no requieran acudir al Centro médico un mínimo de 4 veces por semana. (Sietedías médicos, 2013), los cuales se tendrán que acoger a una tarifa de 5€ por trayecto.

❖ **Perspectiva de género**

Se considera que la reforma sanitaria ha vulnerado el derecho a la información de las mujeres migrantes sin derecho a asistencia sanitaria, ya que no pueden acceder a los servicios de planificación familiar, incluyendo el control de embarazos no deseados y píldoras anticonceptivas de emergencia, obligando, si es que se tiene la capacidad económica, a recurrir a clínicas privadas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2018). Del mismo modo que se está minando la detección de posibles víctimas de violencia de género, ya que la Atención Primaria es una de las principales vías de detección temprana de la misma (AEN, 2015).

❖ **Menores**

Debido a la confusión y al desconocimiento de la normativa y sus aplicaciones, los servicios sanitarios están siendo denegados a los menores por ser hijos de inmigrantes en situación irregular. Estos hechos son recabados en numerosos informes como el de Médicos del Mundo (2015) con casos similares al de una mujer colombiana de 33 años con dos hijos a los cuales se les negaba la asistencia sanitaria en Vicálvaro, incidencia

que se terminó resolviendo con la mediación de la organización y la Trabajadora Social del Centro.

Al mismo tiempo algunos padres ignoran que este derecho gratuito sigue brindándoseles a sus hijos, según han recogido diversas ONG, siendo resaltado en el informe de Muižnieks (2013).

❖ **Efecto disuasorio.**

La advertencia de emitir compromisos de pago y facturación en los servicios ha desalentado a personas con enfermedad grave a la hora acudir a los Centros sanitarios, incluso han optado por suspender sus tratamientos (Amnistía Internacional, 2015a). Esto provoca en los migrantes un sentimiento de rechazo por parte de la sociedad de acogida, el cúmulo de barreras impuestas hace que las personas directamente no acudan a demandar el servicio y desemboca en que un síntoma se llegue a convertir en una enfermedad (Médicos del Mundo, 2015).

Las barreras administrativas y la emisión de facturas o compromisos de pago terminan alejando a estas personas del ejercicio de lo que son sus derechos (Defensor del Pueblo, 2015)².

❖ **Presión y dificultades en relaciones sociales y familiares**

Esta negación de derechos y copagos contribuirá a elevar los niveles de sufrimiento de los familiares y entorno más cercano, que deberán afrontar e incluso compartir las problemáticas de los afectados (AEN, 2015).

² Como revela el caso de Aïcha en el testimonio filmado por Amnistía Internacional (2015c), una mujer marroquí de 55 años con diabetes en situación irregular que relata cómo en su Hospital de referencia hay un cartel en urgencias en el que dice que no se puede entrar sin tarjeta sanitaria. Y amenazan con derivarla al Hospital de Toledo en caso de aumentar su estado de gravedad, donde afirman que se le atenderá pero se le facturará la asistencia.

3.5. Condicionantes

❖ Desinformación del profesional/usuario

Uno de los grandes problemas ya mencionados que obstaculiza el acceso al Sistema, según fuentes como Amnistía Internacional (2015a) es el desconocimiento de las leyes y la confusión a la hora de aplicar las excepciones del RDL. La aplicación heterogénea de la reforma en las CCAA unido a esto ha agravado el impacto negativo de la normativa. Esta confusión ha dado lugar a un caos administrativo, pero también humano, lo cual se traduce en un gran efecto disuasorio. La organización sigue registrando numerosos casos de negación de la asistencia sanitaria a aquellos cubiertos por las excepciones del Real Decreto, y de igual manera se facturan los servicios de urgencia.

❖ Profesionales y cultura

Como se fundamentará en los siguientes apartados, los facultativos necesitan determinadas habilidades, formarse en cuestiones tanto específicas como generales e incluso contar con un intérprete para comprender correctamente los contextos de las expresiones de salud y enfermedad (Bischoff, A., Loutan, L., & García, S., 2009), ya que la calidad de la atención prestada va a depender del personal, la actitud y la formación que tengan los profesionales tanto en aspectos médicos como antropológicos y sociales. Partiendo siempre de la base de una importante atención personalizada y adaptada a las necesidades de los inmigrantes, así como su participación en el diseño y realización de educación sanitaria (Ramos y Col. y Maluquer Margalef, citado en AATMR, 2004: 37).

❖ Aspectos psicológicos y sociales de la migración

En muchos casos nos olvidamos de la perspectiva psicosocial. Migrar genera altos niveles de estrés, presión y otro tipo de impactos en la salud mental del individuo que llegan a superar la capacidad de adaptación humana. Como, por ejemplo, el Síndrome de Ulises o también conocido como Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple, considerado un problema de salud mental potenciado de manera directa por el estrés límite que viven estos migrantes y la consecuente sintomatología tanto psíquica como física (Achotegui, 2004). Martínez (2018) marca la cronicidad del conjunto de síntomas como factor potenciador de este síndrome. AEN (2012) ya remarcaba especialmente a

este colectivo con problemas de salud mental, junto a enfermos crónicos jubilados o pensionistas como grupos que quedan excluidos del Sistema Sanitario con la reforma. La mayoría de los inmigrantes con patología mental grave, por tanto crónica, tienen un elevado riesgo de terminar como transeúntes en las calles (REDER, 2012).

❖ **Choque cultural**

Según el estudio de Torres y Sanz (citado en AATRM, 2004: 38) el 22% de los inmigrantes que entrevistaron en el mismo, utilizaban remedios caseros o medicina tradicional, en los que confluyen las normas de la sociedad de origen mezclándose con las de la cultura receptora. Aseguran necesario conocer primero la vivencia de la enfermedad y los motivos de aplicación de un remedio concreto en cada caso para poder realizar recomendaciones, ya que la manera de entender la salud, la sexualidad y la enfermedad es, por norma general, diferente a la cultura del personal que les atiende en los centros de salud. Lo cual puede favorecer malentendidos en la comunicación tanto verbal como no verbal.

El acceso al SNS es considerado por muchos autores como una de las mayores dificultades y se encuentra obstaculizado, entre otros, por barreras culturales, de idioma, desconocimiento de derechos y, como mencionábamos, los diferentes conceptos de enfermedad y salud en cada cultura, que afectan desde el diagnóstico hasta el seguimiento del tratamiento (AATRM, 2004: 32 y 37). Hecho que sigue vigente en la actualidad y es añadido a las trabas administrativas de la normativa en vigencia analizada.

Además de los anteriores factores condicionantes se dan una serie de falsas premisas, existentes previamente a la reforma sanitaria, que han tenido una influencia decisiva en la acogida por parte de la sociedad española del derecho de los extranjeros no autorizados a la prestación de asistencia sanitaria, aumentando el malestar de esta parte de la población. Algunas de las cuales son las siguientes:

❖ **Los colectivos migrantes en situación irregular no contribuyen al desarrollo económico del país**, sino que abusan de él y sus ventajas, ventajas de las que no tienen derecho a disfrutar. Amnistía Internacional (2016), así como el Centro por los Derechos Económicos y Sociales, Médicos del Mundo, Red Acoge, REDER y semFYC, hablan sobre los migrantes irregulares como colectivo en situación de máxima vulnerabilidad, considerando las medidas impuestas regresivas y desproporcionadas. Ya que además este

grupo también contribuye a la sostenibilidad del Sistema Sanitario público español, siendo éste financiado a través de impuestos directos así como indirectos, es decir, con los Presupuestos Generales del Estado; por lo que si una persona realiza una compra en un supermercado, independientemente de su situación administrativa, está pagando el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) y está aportando a la financiación de la sanidad; como afirma Miguel Reyero, ginecólogo y vicepresidente de Médicos del Mundo en Palma de Mallorca en La Sexta (2015).

❖ **Turismo Sanitario**

Según la Escuela de Organización Industrial (2013) el turismo sanitario: “ [...] es el proceso por el cual una persona viaja para recibir servicios de salud en un país diferente a aquel en el que reside. El motivo del viaje es la búsqueda de estos servicios de salud” (p.10). Según García (2018) equiparar el fenómeno de turismo sanitario con la migración irregular corresponde a una política de estigmatización y criminalización de la misma, exponiendo a este grupo de personas de manera directa a un mayor número de enfermedades, e incluso a la muerte. Este hecho promueve la xenofobia y al mismo tiempo desvía la atención del hecho de que se está atentando contra los derechos humanos, el Sistema de Salud público y su carácter universal.

Además, el perfil general corresponde a personas jóvenes, sanas y con escasos recursos que migran por razones de tipo económico, de índole bélica u otras violaciones de derechos (Acoge, 2015). Lo cual significa que solamente el 3% de las personas que migran a Europa señala la salud como un motivo, según varios informes en el Observatorio de Médicos del Mundo (2016).

CAPITULO III

1. Discusión teórica y formulación de interrogantes

España fue un país de emigrantes durante largos periodos de tiempo hasta que se convirtió, a finales de los años noventa, debido a su desarrollo económico, en un gran receptor. Actualmente, según datos recabados a través del Instituto Nacional de Estadística de 2017, en adelante INE, se encuentran unos 6.674.395 de extranjeros no comunitarios. Por otro lado, este mismo Instituto refleja que ya durante el primer semestre de 2017 se registró la acogida de 237.115 personas migrantes (INE, 2017). Solamente el

Ministerio del Interior (2017) contabilizaba en diciembre del año pasado la llegada de un total de 28.349 inmigrantes por vías irregulares frente a un 14.078 de 2016, teniendo en cuenta la dificultad del recuento y el hecho de que miles de ellos no han sido registrados.

Tras el estudio y revisión de bibliografía especializada, y legislación tanto comunitaria como estatal o europea, se ha realizado a lo largo del texto una aproximación al paradigma subyacente a la realidad actual de estas personas en España. Está estipulado que tras la reforma sanitaria se permita que aquellos que están en situación irregular acudan a urgencias en la situación de estar sufriendo un episodio de gravedad, sin importar la causa. Pero en el caso de padecer enfermedades crónicas, complejas, el hecho de haber llegado al punto de sufrir una urgencia refleja una falta de intervención, tratamiento y prevención de las posibles consecuencias e impactos.

Centrándonos en la comunidad en la que nos encontramos, según el Portal de Salud de Castilla y León (s.f.) se considera adecuado acudir de urgencia a los servicios hospitalarios cuando el médico de cabecera asignado y/o los facultativos del Punto de Atención Continuada al que se pertenezca así lo consideren, o bien cuando una situación clínica, no prevista, precise atención inmediata por el requerimiento de medidas propias del medio hospitalario o también en caso de riesgo vital para la persona y/o su alrededor. No obstante, el primer hecho entra ya en contradicción con la norma estatal que venimos analizando, pues estas personas no pueden tener asignado un servicio de este tipo, es decir un médico de familia, ya que, según esta misma Ley vigente a nivel nacional, carecen del derecho a tarjeta sanitaria. Por otro lado, al no tener acceso a las áreas de medicina preventiva quedan en una clara situación de desprotección casos como el de necesitar una intervención quirúrgica que generará consecuencias negativas en la persona con carácter fehaciente en caso de no producirse. Éstas serán de gran influencia tanto en su vida personal como a nivel social y laboral si no se ataja la problemática en un corto periodo de tiempo pero, según lo expuesto en el mismo portal de sanidad castellanoleonesa, si la dolencia no es contemplada como dañina para la integridad física del individuo o del entorno como para realizar una intervención inminente en el momento de la prestación de servicios de urgencia, ¿cuál es la situación a la que se enfrentan estas personas?

Según lo observado, las relaciones sociales, familiares y con el entorno se dificultarán llegando a niveles extremos, sin lugar a duda innecesarios. Padres con estas características difícilmente podrán afrontar y garantizar las necesidades de sus hijos, ya sean económicas o simplemente de atención y cuidado en su crecimiento. Puede que estos

hijos terminen asumiendo el rol de cuidadores a edades muy tempranas, o que terminen agotando sus recursos ya que el estado de salud es uno de los factores principales influyentes en la búsqueda y mantenimiento de un trabajo, y si no es cuidado y mantenido se entra en un ciclo contraproducente que no permite el avance en la integración social. La salud es el pilar fundamental que activa el motor de todo individuo. Esta vulnerabilidad a la que se ven expuestos tiene un impacto de gran magnitud en todas las esferas vitales, impide el desarrollo y evolución de los individuos en la sociedad así como la prevención de riesgo sanitario en la comunidad, el cual, según las bases de la reforma, se intenta perpetuar ante todo. Según el CESC (2018) el periodo de crisis económica en el que nació la reforma ha evolucionado, se ha recuperado notablemente desde 2014 y el carácter de esta normativa debería ser temporal. El Estado sigue sin realizar un análisis de impacto en las vidas de los afectados y la motivación que daba fuerza al RDL no es la misma en la práctica, habiendo causado grandes estragos a su paso.

La investigación sobre las consecuencias mortales de perder la cobertura sanitaria (Juanmarti, A. et al., 2018), la única de esta índole, estima que solamente durante los primeros tres años de implantación de la reforma la mortalidad de los inmigrantes en situación irregular aumentó un 15%, dando a entender el gran impacto que supone la privación de cobertura sanitaria en las vidas de las poblaciones más vulnerables. En la siguiente tabla (Fig.2) podemos observar las grandes diferencias y el efecto de la restricción sanitaria en la mortalidad de los indocumentados en la franja temporal de 2009 a 2015, lo cual sugiere la gran importancia de las consecuencias a largo plazo.

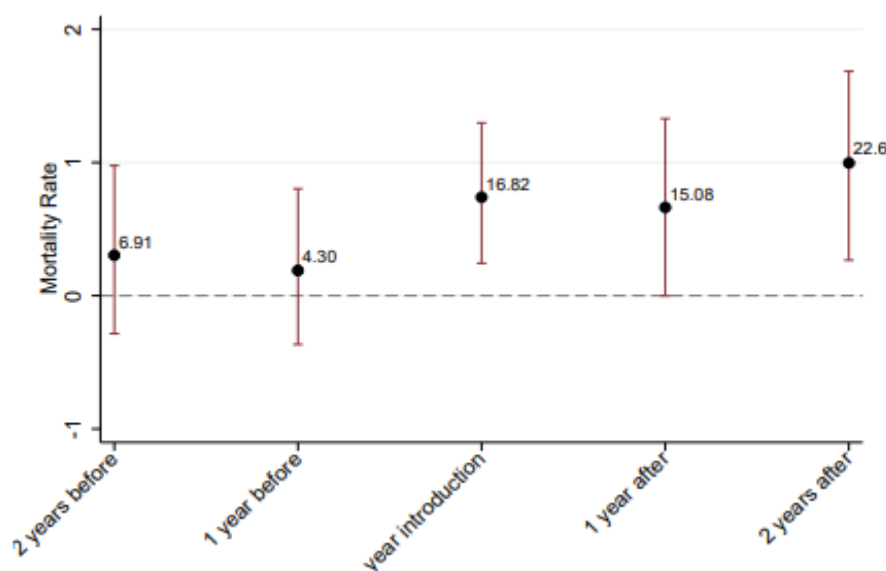


Figura 2: Tomada de Juanmarti, A. et al., 2018.

Los resultados de la investigación concluyen que la mayor parte de las muertes son evitables si se contase con acceso directo al SNS, por hechos como el de la falta de detección de enfermedades mortales, como el cáncer, sobre la cual se ha notado el mayor impacto debido a la pérdida de acceso a medicación subvencionada y quimioterapia, o la interrupción de tratamientos en otro tipo de patologías crónicas, y que la diferencia entre las comunidades con normativa inclusiva y las que no, no son realmente significativas ya que el efecto disuasorio ha sido creado desde la implantación de la reforma.

Asociar el derecho a asistencia sanitaria de personas inmigrantes con el llamado turismo sanitario, resulta no solamente contribuir a denigrar y seguir encasillando en tabúes a estas personas, sino a perpetuar una imagen equivocada y estigmatizada en el resto de la población (AEN, 2012). Si según los estudios analizados, las razones económicas son las de mayor peso para iniciar el proceso migratorio, ¿de qué manera se puede compaginar esta premisa con el hecho de, en un corto periodo de tiempo, reunir los medios suficientes para acceder al convenio especial? Si no se accede al convenio, tampoco hay prevención de la enfermedad. En el caso de tener síntomas, si no hay acceso a la sanidad tampoco hay prevención secundaria, aumentando las consecuencias del malestar. Y, en caso de llegar a reunir los medios económicos, ¿cómo van a poder hacerse cargo del coste en medicación?, teniendo en cuenta el elevado precio sin que la prestación farmacéutica esté cubierta por el convenio, y más aún si se comienza a padecer una enfermedad crónica que precise de tratamiento constante. ¿Qué opciones quedan para aquellos que no cumplen el año de empadronamiento por problemas ajenos, como lo es el escoyo administrativo de no conseguir documentación necesaria de sus países?

La situación actual se termina reduciendo a que el personal médico que se encuentre en el Centro en el momento de la atención esté formado e informado de la legislación vigente y sus posibles aplicaciones en la práctica, que haga uso de la moral y la ética en ese momento preciso o que conozca y ejerza el derecho a la objeción de conciencia, reivindicada y promovida por organizaciones como Yo Sí Sanidad Universal o Médicos del Mundo, reconocida como derecho aunque poco regulada. Las circunstancias del medio en el que se desarrolla la actividad complican mucho la actuación de los facultativos y el resto del personal tanto sanitario como no sanitario, inclusive los trabajadores sociales. Todos ellos tienen derecho a objetar (ejemplo de modelos en Anexo II, III, IV y V) pero existen multitud de factores condicionantes, como

el miedo a las posibles sanciones o la inmediatez de respuesta que exigen las situaciones de urgencia a las que se enfrentan en muchos de estos casos. Según se explica en los documentos de la primera plataforma, atender a personas sin derecho a la sanidad pública o no facturar la atención no implicaría una sanción penal, siempre que se actúe con transparencia, aunque sí cabría la posibilidad de ser sancionados con carácter administrativo, para lo que existen argumentos en defensa enfocados a evitarlo, también disponibles en la web (Yo Sí Sanidad Universal, s.f.a).

1.1. Negligencias en la prestación de servicios

Las actuaciones los profesionales de los Centros, desde la persona que se encuentra en admisión hasta el facultativo que constata el diagnóstico, tienen consecuencias directas sobre la persona y su entorno, por ello en el presente apartado se realizará una revisión de los hechos más determinantes con relación a la población seleccionada.

Las negligencias en la prestación de servicios siguen estando a la orden del día. La desinformación en este campo tiene implicaciones serias en la vida de las personas, como hemos comentado en apartados anteriores. Fuentes orales y distintas organizaciones han revelado que en múltiples Centros sanitarios se les pide identificación antes de atenderles, y si no la entregan o no la poseen no se le presta el servicio que, según el RDL-16/2012, tienen por derecho. En el Informe del Defensor del Pueblo (Defensor del Pueblo, 2015) y los comisionados autonómicos sobre la materia afirman que la continuidad asistencial hasta obtener el alta médica que la normativa expone, no está garantizada en la práctica. Asimismo, contemplan la coordinación sociosanitaria como factor clave para un adecuado uso de los servicios de urgencias y que además será decisivo para pacientes crónicos pluripatológicos o personas en exclusión social, servicios que no se están atendiendo correctamente.

Los compromisos de pago o facturación de las atenciones son constantes, siendo esto revelado por fuentes orales de profesionales de Centros de salud y Plataformas en defensa de la sanidad universal y pública, como las mencionadas a lo largo del texto. Sin ir más lejos, la asociación Entre Mares (2018) postula la facturación en urgencias como un incumplimiento del RDL 16/2012 en varias publicaciones y concentraciones públicas.

Los Trabajadores Sociales de A.P. y A. Especializada informan de la posibilidad de realizar una reclamación en las administraciones correspondientes del Hospital por el cobro de las atenciones recibidas. Cabe destacar, que una persona que llega a estos servicios sin habilidades sociales en el idioma, y/o en estado de intranquilidad, con un sangrado, con miedo por no comprender lo que le pasa... en ese momento de entrada masiva de información externa e interna en el cerebro, ¿entra dentro de la prioridad del instinto de supervivencia en preguntar las vías de interponer una reclamación en caso de que se llegue a facturar la asistencia percibida?

Se presentan en el siguiente cuadro algunas negligencias registradas tan solo en tres años, de 2014 a 2017:

INCIDENCIAS POR FALTA DE INFORMACIÓN	CASOS
No han tramitado la tarjeta sanitaria por falta de información (no saben que tienen derecho o no saben cómo hacerlo)	681
Falta total de información sobre cuál es su derecho a recibir asistencia sanitaria	628
Negativa a la expedición de tarjeta sanitaria (o documento análogo) por información errónea del personal administrativo	325
Prácticas disuasorias en el centro sanitario	45
INCIDENCIAS POR BARRERAS ADMINISTRATIVAS	CASOS
Negativa a la expedición de tarjeta sanitaria por no reunir los requisitos administrativos	766
Negativa a la atención en consulta especializada por no contar con tarjeta sanitaria	117
Negativa a la solicitud de consulta en atención primaria por no contar con tarjeta sanitaria	182
FACTURACIÓN O FIRMA DE COMPROMISO DE PAGO POR LA PRESTACIÓN MÉDICA REALIZADA	CASOS
Total	357
En urgencias	243
OTROS	CASOS
Negativa a la atención en urgencias	71
Imposibilidad de acceder a medicamentos	168

LUGAR DONDE SE PRODUCE LA INCIDENCIA	CASOS
INSS o administración autonómica encargada de expedir la tarjeta sanitaria	249
Centro de especialidades	37
Centro de Salud – Administración	930
Centro de Salud – Medicina General	309
Centro de Salud – Otros	31
Hospital – Admisión	108
Hospital – Urgencias	342
Hospital – Otros	74
Otros	1.260
TOTAL	3.340

Figura 3: Tomada de REDER, 2017.

Parece que se van dando avances y que la mayoría de comunidades continúan luchando en contra de la negación de derechos. Pero el Tribunal Constitucional en sus sentencias sigue obviando la contrariedad de la norma con respecto a la dignidad, derecho a la salud, a la vida y a la integridad física de una persona, ignorando las críticas y reivindicaciones de mecanismos de Naciones Unidas, Consejo de Europa y otras organizaciones. (Amnistía Internacional, 2015a) (REDER, 2017).

La organización Democracia real ya! (López-Baisson et al., 2014) asegura que el Gobierno aumentó, el mismo año de legalización de la reforma, el presupuesto de concierto con las clínicas privadas. Esta declaración entre otras, junto con la ausencia de informes que apoyen la toma de decisión de medidas tan restrictivas levanta sospechas sobre un trasfondo de toma de dirección hacia la privatización sanitaria, teniendo en cuenta además que un seguro privado puede tener un coste menor que el del convenio especial.

El Ministerio, según recoge Médicos del mundo (2014), establece un modo de actuación cuando se detecte que hay personas sin derecho a asistencia sanitaria con enfermedades que supongan un riesgo para la población, principalmente inmigrantes irregulares, haciendo alusión a mantener el orden público y controlar pandemias, entrando en contraposición con la propuesta de igualdad real y efectiva que propone la CE. Pero ¿qué pasa con la integridad física y psicológica de la persona? ¿cuál es la respuesta al resto de individuos que conviven con la enfermedad y sus consecuencias? ¿es puesta en tela de juicio su condición como ser humano titular de derechos? En estos casos asegura que se incluirá desde la atención primaria, especializada y medicación hasta el control de la enfermedad pero que para ello se necesitará contar con una Tarjeta Sanitaria, a la cual el mismo cuerpo de Gobierno, en orden a la normativa vigente, les niega el derecho como ya sabemos.

1.2. Atención a la enfermedad crónica en Castilla y León

Como ya hemos documentado, una enfermedad crónica precisa de un seguimiento exhaustivo y constante. Y los efectos de esta ley en personas sin permiso de residencia con este tipo de patologías se han traducido en la ausencia de prevención, promoción y paliación de la enfermedad. Es decir, diagnósticos tardíos, pérdida de acceso a tratamientos y mayores consecuencias para la salud personal y pública (Derecho a curar, s.f.).

La legislación complementaria de las CC.AA. ha ayudado a paliar la situación de discriminación, pero prácticamente no se menciona a los enfermos crónicos en este contexto, quienes han perdido el acceso a los tratamientos. Las opciones de entrada a la

sanidad pública han aumentado en cierta medida en algunos lugares, pero de igual forma el alto coste de adquisición de los fármacos sigue haciéndoles víctimas de la exclusión.

Estos anexos a la Ley de las diferentes comunidades no han venido, en su gran mayoría, acompañados de campañas informativas dirigidas y adecuadas a las personas afectadas ni tampoco a los profesionales sanitarios. Ambos desconocen los derechos que tienen, siendo en muchas ocasiones privados de ellos solamente por la desinformación. Además, son muchas y de difícil cumplimiento las trabas administrativas para los potenciales beneficiarios de las nuevas normativas, las cuales corren el riesgo de ser anuladas tras la resolución de distintos recursos sobre ellas ante el Tribunal Constitucional (REDER, 2017).

Este fraccionamiento y ruptura de equidad normativa es discriminatorio y abre el camino no hacia, sino directamente hasta el ostracismo social. Es decir, estas personas que padecen una enfermedad progresiva, de larga duración y cuya residencia no se encuentra regularizada están completamente desamparadas.

En el caso de Castilla y León la exclusión es directa, hemos expuesto los tres supuestos en los que tienen derecho a asistencia sanitaria pública. El registro de casos y ejemplos se convierte en una dificultad debido a que los datos intentan ser socavados o directamente no se comparten. Debido a estos hechos y al vaivén legislativo constante ha sido de gran dificultad recabar información concreta sobre el tema y se ha tenido que recurrir a fuentes orales, siendo éstos profesionales de los distintos Centros sanitarios y de las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública en la comunidad.

En el Portal de Salud de Castilla y León podemos encontrar la nota de prensa del consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado, explicando la aplicación del RDL (SACYL, 2012). Anunciaba que todos y cada uno de los extranjeros, tanto aquellos en situación regular como los que no, tendrían acceso a consultas, pruebas médicas y diagnóstico desde A.P. así como Atención Especializada en caso de precisar continuidad asistencial, tratamientos frente a algunas enfermedades y siempre que sean de “riesgo vital”. Tras un discurso de empoderamiento y garantía de cumplir con los derechos de los ciudadanos se expone, con futilidad, que tras la atención a estos individuos se gestionará una factura detallada de los servicios sanitarios prestados dirigida a la persona atendida.

No deja de llamar la atención que sea la única comunidad española, junto con Ceuta y Melilla, que no ha elaborado una ley complementaria al decreto para ampliar los derechos de sus ciudadanos. Esto constituiría una exclusión directa, dado que se aplica estrictamente la nueva reforma sanitaria.

Pero en la comunidad castellanoleonesa también son indirectamente privados de sus derechos, ya que parece ser cierto que no es frecuente la negativa al acceso, pero acto seguido se factura incluso la atención en urgencias, según es sabido sobre algunos servicios hospitalarios del territorio.

1.3. La figura del Trabajador Social

Según el Documento de consenso sobre las funciones del profesional de Trabajo Social Sanitario en Castilla y León (Castrillo, J.L., De Jesús, T., Escaja, M.A. et al., 2013), el objetivo general de éste sería empoderar y desarrollar las capacidades psicosociales de la persona que padece una enfermedad o está en riesgo de padecerla, abordando su situación personal, promoviendo tanto sus recursos personales como aquellos en su medio social. Todo ello con el fin de asegurar su calidad de vida así como prestar una atención integral para que en un futuro sean capaces de afrontar por sí mismos problemáticas y haya una integración satisfactoria en la vida social.

Nada de esto puede ser llevado a cabo si no se tiene acceso a los lugares donde se prestan estos servicios. Si el Sistema Sanitario no funciona, la labor del Trabajador Social se frena.

En cuanto a aquellos que padecen este tipo de patologías, según el Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad (Gerencia, 2014), los T.S. intervienen en la valoración integral del individuo y su entorno para “[...] identificar situaciones sociofamiliares, económicas y ambientales que condicionan la evolución y/o clínica funcional del paciente y que afectan a su calidad de vida”(p.15), también para la elaboración y actualización del el plan de intervención, seguimiento del programa en atención primaria, actuar si existe riesgo de descompensación de la enfermedad, además de formar parte del equipo interdisciplinar

cuando se da un ingreso hospitalario y así garantizar la continuidad asistencial, incluyendo al alta.

Este protocolo identifica la atención integral y la accesibilidad como dos características clave del sistema para poder cumplir con los objetivos de este grupo de personas con características específicas de fragilidad, disminución de autonomía, presencia de enfermedades no curables, deterioro paulatino... Necesitan atención integral en cuanto a profesionales médicos de distintas especialidades así como de lo social, con un plan de atención personalizado interdisciplinar centrado en el individuo y sus necesidades. De la misma importancia resulta el poder garantizar un acceso agilizado a los servicios, sanitarios y sociales, promoviendo la comunicación profesional - paciente y viceversa, ya que las situaciones pueden ser muy variables.

De nuevo nos encontramos con que todo esto es vulnerado por la reforma sanitaria, y que además entra en contradicción con los móviles de ésta.

En lo relativo a la Propuesta del Ministerio de Sanidad para la inclusión de migrantes en situación irregular, sin recursos económicos, en programas de asistencia sanitaria y servicios sociales (MSSSI, 2013), el profesional del Trabajo Social resulta también pieza fundamental. Es requerida su valoración para fundamentar la inclusión o no en el programa (Informe social - anexo I). Se tendrá en cuenta cualquier otra circunstancia no contemplada en los requisitos que sea valorada por el mismo para determinar la situación de necesidad y vulnerabilidad en cada caso concreto. En la solicitud, además, será el encargado de emitir los informes necesarios de justificación de circunstancias económicas, residencia, arraigo social o especiales circunstancias en caso de no contar con toda la documentación necesaria.

Este tipo de propuestas parecen arrojar luz sobre la situación de estas personas en comunidades como Castilla y León, pero aun así para poder entrar en el programa les es exigido un certificado de empadronamiento o documento similar de mínimo 6 meses como mencionábamos en el apartado 3.2., por lo que se encuentran en la misma situación de partida. No quedan excluidos únicamente de los servicios sanitarios, sino que además la puerta a los servicios sociales permanece cerrada para ellos, en lo desconocido. Siendo esta la fuente de la que manan considerables herramientas clave para promocionar el desarrollo interno de una persona, así como el buen funcionamiento en el sistema social.

Como ya se ha mencionado, la disciplina del Trabajo Social acoge el derecho a la objeción de conciencia, concretamente en el art.47 del Código Deontológico (Consejo General del Trabajo Social, 2012). El Consejo (s.f.) informa sobre el procedimiento a seguir en caso de negación a aplicar la normativa por encontrarse en el contexto de asistencia a un extranjero en situación irregular instando que, a pesar de no estar regulado, es un derecho reconocido y es recomendable comunicarlo al colegio profesional así como a la institución en la que se desempeña la asistencia. Por ende, las bases reguladoras de la profesión autorizan y capacitan al T.S. a objetar, priorizando el derecho a la salud, si bien como un acto individual en el que éste asume las consecuencias derivadas, ya que el Tribunal Supremo ha expedido sentencias tanto a favor como en contra de este derecho. Teniendo además estos profesionales que compaginar su labor integral e integrada en la persona y el trabajo con los servicios y equipos multidisciplinares con la constante investigación, de carácter sociosanitario, sobre protocolos oficiales, vacíos legales, unidades de enfermedades infecciosas y de salud pública, profesionales objetores que se arriesguen a transgredir la norma, recursos privados, programas de organizaciones sin ánimo de lucro como el de Servicio de Información, acompañamiento y denuncia de la Médicos del Mundo o el Grupo de acompañamiento de Yo Sí Sanidad Universal,... Todo aquello que pueda dar lugar a defender los derechos de aquellos que quedan excluidos del sistema tras la imposición de la reforma.

2. Conclusiones

A pesar de la firma de numerosas denuncias y pactos en contra del Real Decreto 16/2012 por parte de innumerables instituciones, organizaciones y entidades privadas, así como de organismos públicos pertenecientes a las diferentes comunidades autónomas, continúa, hasta la fecha, la exclusión del Sistema Nacional de Salud de múltiples grupos de personas.

Hemos demostrado a lo largo del texto que los intentos de armonización de la asistencia sanitaria en las diferentes comunidades son insuficientes para garantizar el acceso universal a la salud, teniendo en cuenta las constantes querellas contra cualquier medida opuesta a las bases de la reforma por parte de la administración del Estado, ignorando el carácter de defensa de los derechos humanos. Tras el repentino cambio de gobierno el Partido Socialista ha realizado una propuesta de derogación del RDL e

instauración de uno nuevo que, sobre el papel, devolvería la universalidad al SNS en el plazo de unas diez semanas una vez haya sido aprobado y validado (MSSSI, 2018), contando con el apoyo de muchas comunidades autónomas, que ya habían manifestado su oposición a la reforma emprendiendo acciones legales, y quienes además tenían, presuntamente, la libertad de ampliar las coberturas mínimas en función de sus recursos pero en la práctica han sido constantemente citadas ante el Tribunal Constitucional. Asimismo asegura que serán integradas en el proceso reuniones con agentes sociales así como con movimientos asociativos en defensa del derecho a la salud, tanto científicos como profesionales, implicando a la sociedad civil en la transformación. El anterior ministro de sanidad, Alfonso Alonso, realizó una propuesta muy similar al ocupar el cargo, que nunca fue llevada a cabo (MSSSI, 2015). Esto nos induce a concluir que los cambios políticos afectan en su totalidad a las condiciones de vida y a los derechos humanos y que el Trabajador Social, como agente de cambio, tiene un protagonismo indispensable en el desarrollo de las políticas sociales que, quizá con demasiada frecuencia, son instauradas prescindiendo su papel de desarrollo, intervención y mediación entre la estructura social contemporánea y los individuos.

Tras haber realizado una investigación bibliográfica a cerca de la situación actual sobre los hechos, se pueden concluir una serie de supuestos:

1. La reforma sanitaria instaurada por el RDL vulnera de manera directa y voraz los derechos fundamentales de un elevadísimo número personas. Es regresiva, discriminatoria y negligente con los derechos humanos, libertades y leyes.
2. El enfoque de la normativa centrado en el riesgo para salud pública termina proyectando una visión de las personas como vehículos portadores de amenazas para la población, ignorando la condición de ser humano titular de derechos.
3. Las premisas base de la norma son contradictorias con su aplicación real, ya que la privación de determinados derechos promueve exactamente lo contrario a los estándares que afirman sostener.
4. Las numerosas propuestas de derogación del RDL y constantes leyes que intentan restituir los derechos de los individuos son declaradas inconstitucionales al mínimo pretexto. Los recursos son aprobados con votaciones muy elevadas, poniéndose en tela de juicio la integridad física y psicológica, además de la dignidad de las personas.

5. La respuesta heterogénea de las comunidades autónomas ha significado un avance minúsculo debido al aumento de la confusión, la desinformación y la compleja burocracia que dificulta el acceso a los servicios para aquellos más vulnerables.
6. El Estado delega competencias en las comunidades y cuando hacen uso de ellas las rebate. La falta de homogeneización y la contradicción forjan una sentencia directa contra la calidad de vida de los damnificados.
7. Barreras como las administrativas, el desconocimiento del idioma, diferente cultura, falta de información o el miedo a posibles represalias generan un gran efecto disuasorio. Este provoca que la demanda no llegue a generarse o sentirse, lo que en ningún caso significa que la problemática desaparezca. Además de aumentar el riesgo de que las consecuencias se multipliquen.
8. Las personas que padecen patologías crónicas, las cuales precisan como requisito indispensable un tratamiento continuado, personalizado y adaptado a la progresión de la enfermedad debido a su nivel de dificultad, son excluidas del sistema. Este Decreto hace que incluso las necesidades mínimas les sean negadas, generando impacto psicosocial en la persona y su entorno, además de constituir un riesgo para la salud pública en muchas ocasiones.
9. La clara tendencia a la privatización da lugar a dudas, se está poniendo precio a las vidas de las personas en situación de vulnerabilidad.
10. La facturación de aquellos servicios que corresponden por derecho vulnera la misma Ley que lo ha promovido, además de ser una violación del derecho internacional de la salud.
11. El carácter disuasorio de los hechos aludidos provoca un gran rechazo social hacia este grupo de individuos y deriva en la evolución de un simple síntoma en una enfermedad, alejando a la persona de ejercer los derechos que le pertenecen por el mero hecho de serlo.
12. La negación de la cobertura sanitaria a los colectivos más vulnerables causa un impacto directo en el crecimiento de la mortalidad de los mismos.
13. No se está respetando el Código Deontológico de los Trabajadores Sociales ni de los profesionales sanitarios.
14. Castilla y León es una de las tres únicas comunidades autónomas que permanece en silencio ante estas negligencias. Contribuyendo a la exclusión social, desigualdad y regresión en derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- AATRM (2004). *Informe tècnic. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia (AATRM).
- ABC (27 de agosto de 2015). Así es la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' según la comunidad en la que residan. *ABC*. Recuperado de: <http://www.abc.es/sociedad/20150826/abc-asistencia-sanitaria-comunidades-201508251319.html>
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de salud mental*, 5(21), pp. 39-53.
- Acoge, R. (2015). *Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*. Obtenido de:
http://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jurídico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (2014). *Análisis de las medidas del real decreto ley 16/2012 y su impacto en el colectivo de pacientes de cáncer*. Recuperado de:
<https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/observatorio/documentos/fact-sheet-real-decreto.pdf>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012). Rechazo al Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. Derecho a la Salud para todas las Personas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 32(115), 668-670.
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Mayo, 2004). *Informe Tècnic. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant de Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques\1a edició.
- Álvarez R.J. (20 de abril de 2013). Un año de sanidad sin todos. *El Mundo*, p. 18.

Amnistía Internacional (4 de julio, 2013). *El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares*. Recuperado de: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=%3A*&start=0&rows=1&sort=fechadesc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_fld13&fv=EUR4160013&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and

Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge & Center for Economical and Social Rights (30 de enero, 2014). Excluir de la sanidad a los inmigrantes en situación irregular es contrario al derecho europeo. Noticias. Recuperado de:

<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/excluir-de-la-sanidad-a-los-inmigrantes-en-situacion-irregular-es-contrario-al-derecho-europeo/>

Amnistía Internacional (20 de abril, 2015a). *Cientos de miles de personas sin tarjeta sanitaria, ausencia de evaluación del impacto en sus vidas y caos organizativo consolidan la exclusión sanitaria*. [Noticias]. Recuperado de: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/cientos-de-miles-de-personas-sin-tarjeta-sanitaria-ausencia-de-evaluacion-del-impacto-en-sus-vidas/>

Amnistía Internacional (16 de abril, 2015b). *Sin tarjeta no hay derechos. Impacto en los derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y en la Comunitat Valenciana*. Recuperado de:

https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=Sin+tarjeta+no+hay+derechos.+Impacto+en+los+derechos+humanos+de+la+reforma+sanitaria+en+Castilla-La+Mancha+y+en+la+Comunitat+Valenciana&start=2&rows=1&sort=fechadesc&fq=norm&fv=*&fo=and&fq=mssearch_mlt98&fv=gseg01&fo=and

Amnistía Internacional (20 de abril, 2015c). Exclusión sanitaria: El caso de Aïcha. [YouTube]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=MYqUuO1k9cw>

Amnistía Internacional (31 de agosto, 2015d). *Amnistía Internacional: El borrador del acuerdo sigue sin garantizar el derecho universal de la salud*. Recuperado de: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/amnistia-internacional-el-borrador-de-acuerdo-sigue-sin-garantizar-el-derecho-universal-a-la-salud/>

- Amnistía Internacional (4 de agosto, 2016). España: La sentencia del Tribunal Constitucional sobre exclusión sanitaria ignora los tratados de derechos humanos. Recuperado de: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/la-sentencia-del-tribunal-constitucional-sobre-exclusion-sanitaria-ignora-los-tratados-de-derechos/>
- Andalucía Acoge (1 de abril, 2015). *Atención sanitaria de segunda para los inmigrantes*. Recuperado de: <http://acoge.org/atencion-sanitaria-de-segunda-para-los-inmigrantes/>
- APDHA (Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía). (s.f.). *Protocolo para la derivación a la tramitación del derecho a la asistencia sanitaria*. Obtenido de: <https://www.apdha.org/media/PROTOCOLO-SANITARIO-tienes-derechos.pdf>
- Bischoff, A., Loutan, L., & García, S. (2009). En otras palabras. *Guía para la consulta médica intercultural. Comunicación a través de un intérprete en los servicios de salud*. Disponible en: <http://www.universaldocor.com/EnOtrasPalabras>
- Castrillo, J.L., De Jesús, T., Escaja, M.A. et al. (2013). *Documento de consenso sobre las funciones del profesional del Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL)*.
- Comisiones Obreras (CC.OO.) (2015). *Informe Asistencia Sanitaria a personas sin permiso de residencia en España*. Madrid.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2018). *Informe sombra. Examen del 6º Informe Periódico de España*. Recuperado de: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_sombra_espana_36ongs_-_2018_-_version_final.pdf
- Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. España.
- Consejo General del Trabajo Social (s.f.). *Objeción Sanidad – Procedimiento a seguir*. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/consejo/objecion_sanidad#
- Defensor del Pueblo (2014). *Resumen Informe Anual*. Madrid.
https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2013/12/Resumen_Informe_Anual_2013.pdf

Defensor del Pueblo (2015). *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes*. Disponible en:

<https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/las-urgencias-hospitalarias-en-el-sistema-nacional-de-salud-derechos-y-garantias-de-los-pacientes-estudio-conjunto-de-los-defensores-del-pueblo-enero-2015/>

Derecho a curar (s.f.). *Manifiesto: Razones para la objeción contra la reforma sanitaria*. Disponible en:

www.derechoacurar.implicate.org/manifiesto/

Entre Mares (20 de abril, 2018). *Manifiesto contra el Real Decreto de Sanidad*. [Nota de prensa]. Disponible en:

<https://entre-mares.org/wp-content/uploads/2018/04/Manifiesto-contra-el-Real-Decreto-de-Sanidad-20-abril-de-2018.pdf>

Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2012). *Informe Perceptivo del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes al "Proyecto de Orden por la que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas"*. Madrid: Foro Inmigración.

Fundación Migrar (2009). *Derechos de las personas en situación irregular*. Obtenido de:

<http://www.fundaciosergi.org/wp-content/uploads/2010/04/dretsdelespersonesenituacioirregular.pdf>

Fundación Paulino Torras Domènech y Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2006). *En torno a la salud y migración*. Barcelona: Itinera Universitas.

Federación Internacional del Trabajo Social (FITS) (s.f.). *Definición global del Trabajo Social*. Obtenido de: <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>

García, S. (2018). El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España. *Dilemata*. 10(26), pp. 179-187.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2014). *Proceso de atención al paciente pluripatológico complejo de Sacyl*. Valladolid.

Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y*

aplicaciones. Madrid: Pirámide

Instituto Nacional de Estadística (INE) (14 de diciembre, 2017). *Cifras de Población a 1 de julio de 2017 Estadística de Migraciones. Primer semestre de 2017*. [Comunicado de prensa].

Recuperado de: http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf

International Organization for Migration (IOM) (2018). *World Migration Report*. Ginebra.

Juanmarti, A., López, G. & Vall, J. (2018). *The deadly effects of losing health insurance*.

Barcelona. Disponible en:

<https://ep00.epimg.net/descargables/2018/04/13/617bc3f9263d9a0dbcf3704f8d75a095.pdf>

Junta de Castilla y León. (2016). *Datos informativos de la población inmigrante de Castilla y León*. Disponible en:

https://inmigracion.jcyl.es/web/jcyl/Inmigracion/es/Plantilla100Detalle/1284221315241/_/1284709955923/Comunicacion

López-Baisson, M. (Productor) y González, J. & De Echave, P. (Directores). (2014). *Muerte accidental de un inmigrante. El caso de Alpha Pam*. [Película]. España.

La Sexta (26 de febrero, 2015). Salvados: Si un inmigrante compra gasolina o un pollo está pagando la sanidad. [YouTube]. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=0V_C6OcoowI

Martín, S. J., Jorgensen, N., & Azcona, J. M. L. (2009). Inmigración y demanda de servicios sanitarios. *Efectos económicos de la inmigración en España: jornadas sobre inmigración: I Informe FEDEA* (pp. 179-238). Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales.

Martínez, M. (2018). Intervención social en colectivos multiculturales: Aculturación, prejuicios e inmigración. Recuperado de:

<https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15377/Malaga%202018%20riuma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Médicos del Mundo (11 de junio, 2014). *Las nuevas medidas del gobierno en materia de salud pública son un parche incongruente y discriminatorio*. [Noticias]. Recuperado de:

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/las-nuevas-medidas-del-gobierno-en-materia-de-salud-publica-son>

Médicos del Mundo (febrero, 2015). *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del real decreto 16/2012 en la comunidad de Madrid*. Disponible en:

https://www.ucm.es/data/cont/docs/85-2015-02-23-documentos_Derribando_la_exclusion_sanitaria_okv2_a58192e3.pdf

Médicos del Mundo (2016). *International network 2016 Observatory Report: Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries*.

Recuperado de: https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf

Médicos del Mundo (12 de septiembre, 2017). *Los partidos de la oposición firman un pacto por un Sistema Sanitario público universal*. [Comunicado de prensa]. Recuperado de:

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/comunicados-de-prensa/los-partidos-de-la-oposicion-firman-un-pacto-por-un>

Médicos del Mundo (2017). *El acceso a la sanidad de las personas en situación de mayor precariedad*. Recuperado de:

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/el-acceso-la-sanidad-de-las-personas-en-situacion-de-mayor>

Muižnieks, N. (2013). *Report by Niels Muižnieks, commissioner for Human Rights of the Council of Europe, 18. Following his visit to Spain from 3 to 7 June 2013*. Recuperado de:

<https://rm.coe.int/16806db80a>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2013). *Propuesta de acuerdo sobre criterios mínimos para la inclusión en los programas de asistencia social y sanitaria de las CCAA de los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, que carezcan de recursos económicos*. Disponible en:

<https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/ministerio%20de%20sanidad.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (25 de agosto, 2015). *Alfonso Alonso recuerda que el Gobierno quiere armonizar la asistencia sanitaria que ofrecen las comunidades autónomas y establecer un control*. [Comunicado de prensa].

Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3743>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2017). *Promoción, prevención y atención a los problemas de salud. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016*.

Obtenido de:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/4Prom_Prev_Prob_salud.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (15 de junio, 2018). *Sanidad inicia un proceso dialogado con las CC AA y la sociedad civil para devolver la universalidad sanitaria*. Obtenido de:

<https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4334>

Ministerio del Interior (2017). *Inmigración irregular. Informe semanal: Del 21 al 31 de diciembre*. Recuperado de:

<http://www.interior.gob.es/documents/10180/8058886/Informe+Semanal+-+Inmigración+Irregular+en+España+del+25+al+31+Diciembre.pdf/2c59c751-a6e7-4a9f-ac3d-60c1cd8db828>

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000 : principios básicos y cuestiones esenciales , documento del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.

Portal de Salud de Castilla y León (s.f.) Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es>

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) (2015). *Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión*. Madrid. Obtenido de:

<https://reder162012.org/images/Informe2015/REDER.Radiografadelareformasanitaria.pdf>

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) (2017). *La sociedad civil frente a la exclusión sanitaria. Defender nuestra sanidad*. Obtenido de <https://reder162012.org/images/InformeOct2017/REDERsep17ESP.pdf>

Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER) (2017). *Los partidos de la oposición firman un Pacto por un Sistema Sanitario público universal*. [en línea] Disponible en: https://reder162012.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=299:los-partidos-de-la-oposicion-firman-un-pacto-por-un-sistema-sanitario-publico-y-universal&Itemid=762 [Consultado 6 de marzo de 2018]

Sanidad de Castilla y León (SACYL) (1 de septiembre, 2012). *Ningún extranjero dejará de ser atendido en los centros sanitarios de Castilla y León*. [Noticias]. Recuperado de:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias-1/ningun-extranjero-dejara-atendido-centros-sanitarios-castil>

Sietedías médicos: Merce López. (4 de febrero, 2013). *Los efectos del Real Decreto-Ley 16/2012 en los pacientes con cáncer*. Disponible en:

<http://www.sietediasmedicos.com/usuario/item/564-los-efectos-del-real-decreto-ley-16-2012-en-los-pacientes-con-cancer#.WtStv4hubIU>

Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1 (2), 125-137.

Yo Sí Sanidad Universal (s.f.a). *Instrucciones para la objeción de conciencia*. Recuperado de: http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Instrucciones_Objecion_Conciencia_RDL.pdf

Yo Sí Sanidad Universal (s.f.b). *Preguntas frecuentes sobre aseguramiento / tarjeta sanitaria*. Recuperado de: http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/preguntas_frecuentes_aseguramiento_y_tarjeta%20sanitaria.pdf

LEGISLACIÓN

España. Constitución Española, 27 de diciembre de 1978. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311 [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

España. Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 26 de junio de 1980, pp. 14533 a 55786 [consultado 18 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-13567>

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224 [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>

España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 12 de enero de 2000, núm. 10, pp. 1-46 [consultado 6 febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>

España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/convenio-especial/prestaciones-asistencia-sanitaria-cubiertas-suscribiendo-co>

España. 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. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 24 de abril de 2012, núm. 98, pp. 31278-31312 [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

España. 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. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 4 de agosto de 2012, núm. 186, pp. 55775 a 55786 [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-10477>

España. Real decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 30 de abril de 2011, núm. 103, pp. 43821 a 44006 [consultado 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-7703>

España. 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. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 27 de julio de 2013, núm. 179, pp. 55058 a 55065 [consultado 15 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-8190>

4. NAVARRA

España. Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 14 de noviembre de 2012, núm. 274, pp. 97460 a 79463. [Consultado el 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/11/14/pdfs/BOE-A-2012-14019.pdf>

España. Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 15 de marzo de 2013, núm. 64, pp. 20928 a 20930. [Consultado el 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/03/15/pdfs/BOE-A-2013-2821.pdf>

España. Recurso de inconstitucionalidad n.º 7089-2013, contra la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 15 de abril de 2014, núm. 91, pp. 30967 a 30967. [Consultado el 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-4045>

España. Sentencia 17/2018, de 22 de febrero de 2018. Recurso de inconstitucionalidad 7089-2013. Interpuesto por el Presidente del Gobierno en relación con la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. [Internet] Boletín Oficial del Estado, 23 de marzo de 2018, núm. 72, pp. 32727 a 32744. [Consultado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/03/23/pdfs/BOE-A-2018-4149.pdf>

5. ANDALUCÍA

Defensor del pueblo andaluz (s.f.) Instrucción de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud Sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos. Recuperado de:

<http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/20131205125641980.pdf>

Asociación Pro Derechos Humanos (APDHA) (s.f.) *Protocolo para la derivación a la tramitación del derecho a la asistencia sanitaria*. Andalucía. Recuperado de: <https://www.apdha.org/media/PROTOCOLO-SANITARIO-tienes-derechos.pdf>

6. ASTURIAS

España. Instrucciones para el servicio de salud del Principado de Asturias sobre la autorización de asistencia sanitaria, con carácter provisional, a las personas extranjeras en situación irregular sin recursos. [Internet] Boletín Oficial del Principado de Asturias, núm. 204. [Consultado el 23 de marzo de 2018]. Disponible en:

<https://sede.asturias.es/bopa/2012/09/01/2012-15641.pdf>

Gobierno del Principado de Asturias. (s.f.) *Asistencia sanitaria a extranjeros no comunitarios*. Disponible en:

<https://sedemovil.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.46a76b28f520ecaaf18e90dbbb30a0a0/?vgnextoid=c95e5a8a9ad4f010VgnVCM100000b0030a0aRCRD&vgnnextchannel=5a88d321fd22a010VgnVCM100000bb030a0aRCRD&i18n.http.lang=es>

Sede Electrónica del Gobierno del Principado de Asturias (s.f.). Disponible en:

<https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.bb5c991774f73036d9db8433f2300030/?vgnextoid=8a47d10edd26c210VgnVCM1000002f030003RCRD&vgnnextchannel=c295242274c5e010VgnVCM1000000100007fRCRD&i18n.http.lang=es>

7. PAÍS VASCO

Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión. [Internet] Boletín Oficial del País Vasco, núm. 139. [Consultado 23 de marzo de 2018]. Disponible en:

<https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2013/07/1303347a.shtml>

Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. [Internet] Boletín Oficial del País Vasco, núm. 2012127. [Consultado 23 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.irekia.euskadi.eus/es/orders/201202973?track=1>

Orden de 4 de julio de 2013, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi a las personas que no tienen la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, y se regula el documento identificativo y el procedimiento para su emisión. [Internet] Boletín Oficial del País Vasco, núm. 139. [Consultado 23 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2013/07/1303347a.shtml>

8. GALICIA

Portal de Salud Ayuntamiento de A Coruña (s.f.). *Asistencia sanitaria nacional*. Disponible en: <https://www.coruna.gal/portal/es/detalle/asistencia-sanitaria-nacional/entidad/1352945620717?argIdioma=es>

Resolución de 31 de agosto de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 31 de agosto de 2012 sobre la prestación de asistencia sanitaria en Galicia a las personas que no tienen la condición de asegurado o de beneficiario reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina. [Internet] Diario Oficial de Galicia, núm. 175, pp. 35865 a 35873. [Consultado 20 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2012/20120913/AnuncioC3K1-110912-0001_es.pdf

9. COMUNIDAD VALENCIANA

Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [2015/6818]. [Internet] Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, núm. 7581. [Consultado el 20 de marzo]. Disponible en:

http://www.dogv.gva.es/disposicio?sig=006658/2015&url_lista

Tribunal Constitucional. Información pública del levantamiento de la suspensión del Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [2016/1614]. [Internet] Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, núm. 7736. [Consultado 20 de marzo de 2018]. Disponible en:

http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=001739/2016&L=1

Decreto 169/2017, de 3 de noviembre, del Consell, por el que se desarrolla el Decreto ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [2017/9963]. [Internet] Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, núm. 8166. [Consultado el 19 de marzo de 2018]. Disponible en:

http://www.dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?L=1&sig=009651%2F2017

10. CANTABRIA

Ciudadanía contra la exclusión sanitaria. (s.f.) Disponible en:

<http://ciudadaniacontraaexclusion sanitaria.blogspot.com.es/>

Reforma legislativa que restituya el sistema de sanidad universal derogando los contenidos del RDL 16/2012 y otros extremos, presentada por los grupos parlamentarios regionalista, socialista y podemos Cantabria. [9L/4300-0067]. [Internet] Boletín Oficial de Cantabria, Parlamento de Cantabria, núm. 95, pp. 2486 a 2487. [Consultado el 19 de marzo de 2018]. Disponible en: https://parlamento-cantabria.es/sites/default/files/9L4300-0067-1_firmado.pdf

Orden SAN/38/2015, de 7 de agosto, por la que se regula la inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria de las personas residentes en la Comunidad Autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública. [Internet] Boletín Oficial de

Cantabria, núm. 157, pp. 22596 a 22607. [Consultado el 19 de marzo de 2018].
Disponible en:

<https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=290584>

11. 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. [Internet] Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad. Disponible en:

https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/360426/Instruccion_Asistencia_Sanitaria.pdf/d7a6dd5b-5dd6-4794-b7c9-648fab01b58a

12. CATALUÑA

Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud. [Internet] Boletín Oficial del Estado, núm. 173, pp. 63626 a 63630. [Consultado el 1 de abril de 2018]. Disponible en:

<https://www.boe.es/boe/dias/2017/07/21/pdfs/BOE-A-2017-8524.pdf>

Ayuntamiento de Barcelona. (27 de febrero, 2018). *Tarjeta Sanitaria Individual*. Obtenido de:
<https://w30.bcn.cat>

13. CASTILLA LA MANCHA

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) (s.f.) *Asistencia sanitaria a inmigrantes*.
Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetasanitaria/asistencia-sanitaria-extranjeros-no-registrados-como-residentes-en-espana>

Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. [2016/1920]. [Internet] Diario Oficial de Castilla-La Mancha, núm. 36, pp. 4124 a 4131. [Consultado el 1 de abril de 2018]. Disponible en: http://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2016/02/23/pdf/2016_1920.pdf&tipo=rutaDocm

14. MADRID

Ayuntamiento de Madrid (s.f.a). Servicio “Madrid libre de exclusión sanitaria”. Recuperado de: http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Salud/Servicio-Madrid-libre-de-exclusion-sanitaria?vnextfmt=default&vnextoid=82d3a62607872510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vnextchannel=0815c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&WT.ac=Servicio_Madrid_libre_de_exclusion_sanitaria

Ayuntamiento de Madrid (s.f.b). “Madrid sí cuida”. Recuperado de:

<https://si-cuida.madrid.es/#consejos>

15. EXTREMADURA

Ley 7/2016, de 21 de julio, de medidas extraordinarias contra la exclusión social. [Internet] Boletín Oficial del Estado, núm. 192, pp. 57357 a 57378. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2016/08/10/pdfs/BOE-A-2016-7692.pdf>

16. MURCIA

Resolución de 13 de noviembre de 2015 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se publica la Instrucción 6/2015, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes. [Internet] Boletín

Oficial de la Región de Murcia, núm. 266, pp. 38357 a 38361. [Consultado el 1 de abril de 2018]. Disponible en:

<https://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=738537>

Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se modifica la Instrucción 6/2015, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes. [Internet] Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm. 33, pp. 2985 a 2986. [Consultado el 1 de abril de 2018]. Disponible en:

<https://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=764738>

17. CANARIAS

ORDEN de 10 de diciembre de 2015, por la que se modifican las actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, para personas extranjeras sin recursos. [Internet] Boletín Oficial de Canarias, núm. 241, pp. 32645 -32660. [Consultado el 2 de abril de 2018]. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=00ffcea2-44ff-11e2-a5ba-c162420e469e&idCarpeta=dd11d63d-af24-11dd-97ee-cf6480f43e6e>

Servicio de Salud del Gobierno de Canarias (s.f.). *Tarjeta sanitaria*. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9090ca1f-a9bb-11de-ae50-15aa3b9230b7&idCarpeta=b9130fe9-a9c1-11de-ae50-15aa3b9230b7>

18. BALEARES

Instrucción del director general del Servicio de Salud de 17 de julio de 2015 por la que se establece, con carácter de urgencia, los trámites que se han de llevar a cabo con el objeto de garantizar el derecho al acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, en el ámbito de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears. [Internet] Bulletin Oficial de les Illes Balears, núm. 109, pp. 34741 a 34748.

[Consultado el 2 de abril de 2018]. Disponible en:
<http://www.caib.es/eboibfront/es/2015/10342/568101/instruccion-del-director-general-del-servicio-de-s>

Govern Illes Balears (29 de septiembre, 2015). *Un millar de extranjeros en situación irregular y sin recursos han recuperado el derecho a la asistencia sanitaria*. Recuperado de:
<http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?codi=2461217&coduo=11&lang=es>

Sentencia Nº 373, de 5 de septiembre de 2017. Recurso de inconstitucionalidad 332/2015 por la que se impugna la Instrucció del director general del Servei de Salut de 17 de juliol de 2015 per la qual s'estableixen, amb caràcter d'urgència, els tràmits que s'han de dur a terme amb l'objecte de garantir el dret a l'accés a l'assistència sanitària de les persones estrangeres sense recursos econòmics suficients, en l'àmbit de gestió del Servei de Salut de les Illes Balears. [Internet] *Bulletí Oficial de les Illes Balears*, núm. 109, pp. [Consultado 2 de abril de 2018]. Disponible en:
<http://www.caib.es/pidip/annexes/2017/9/8/2187380.pdf>

19. LA RIOJA

Cáritas (2015). *Cáritas y Cruz Roja colaborarán con el Gobierno de La Rioja para canalizar la atención sanitaria de los inmigrantes en situación irregular*. Recuperado de:
https://www.caritas.es/larioja/noticias_tags_noticiaInfo.aspx?Id=8544

Gobierno de La Rioja. (6 de abril, 2018). *Salud ha facilitado la asistencia sanitaria a casi 1.000 extranjeros en situación irregular de 43 países gracias al convenio con Cruz Roja y Cáritas*. [Comunicado de prensa]. Recuperado de:
<https://www.larioja.org/comunicacion/es/portavoz/salud-facilitado-asistencia-sanitaria-casi-1-000-extranjero>

ANEXOS

ANEXO I - Informe social



Gerencia de Atención Primaria de

INFORME SOCIAL

Emitido por: Trabajadora Social del Centro de Salud

Para: Gerencia Regional de Salud Castilla y León..

Motivo: Solicitud de Asistencia Sanitaria para Situaciones Especiales de Don

Fecha:

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

- Nombre y Apellidos: .
- F. Nacimiento:
- Nacionalidad:
- Situación Administrativa: Ilegal, sin permiso de residencia
- Pasaporte:
- E. Civil: .
- Domicilio: A
- Tfno: .

2.- PROBLEMÁTICA PLANTEADA:

Varón de 31 años de edad, residente en España desde 2010 en situación de ilegalidad. Ha tenido Asistencia Sanitaria por la Autonomía de hasta el año 2012.

Hace un año aproximadamente el Servicio de Medicina Interna del Hospital diagnóstica HIV +.

En la actualidad no tiene derecho a la asistencia sanitaria por el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de 2012.

demanda la concesión de Asistencia Sanitaria al Sistema Público de Salud de Castilla y León .

3.- VALORACIÓN SOCIAL:

está empadronado en el Ayuntamiento de desde el 21/05/2012 con su compañero y pareja de hecho, de nacionalidad española, con el que tiene intención de casarse en cuanto le llegue la documentación precisa de su país de origen,

no realiza ninguna actividad remunerada y no tiene ingresos económicos por ningún concepto. Su familia de le envía dinero todos los meses, alrededor de 200 euros al mes, para poder llegar a fin de mes.

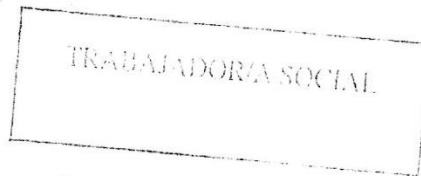
Su compañero trabaja por horas en una empresa de limpieza y su sueldo mensual oscila entre los 500 y 600 euros. Tiene la condición de asegurado por el INSS.

Viven en una vivienda de alquiler por la que pagan 325 €/mes.

Por tanto, su situación económica les permite vivir con estrecheces y sin capacidad de generar ahorro.

Por la situación sanitaria y económica del solicitante, diagnosticado de una enfermedad infecto contagiosa, cuyo seguimiento y tratamiento es conveniente que sea llevado desde hospitales públicos por especialistas cualificados, unido a que carece de ingresos económicos para costear dicho tratamiento y seguimiento en un centro sanitario privado, así como la enorme dificultad económica que tendría para poder hacer frente a la aportación de la cuota de 60 €/mes para suscribir el convenio especial de asistencia sanitaria a no asegurados ni beneficiarios del Sistema Nacional de Salud, según el R.D. 576/2013, de 26 de julio, considero que la demanda formulada por al SACYL es oportuna.

Fdo: ()
Trabajadora Social/C. Salud



ANEXO II – Modelo de objeción de conciencia para médicos

A: [Dirección del centro asistencial o del colegio profesional]

D/D.^a _____, colegiad_ núm. _____ del Ilustre Colegio Oficial de _____ de _____, con ejercicio profesional en _____,

Declara

I. Que la entrada en vigor del RD 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, y, en particular, de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, la introducción del artículo 3 bis en esta misma Ley 16/2003 y la reforma del artículo 12 de la LO 4/2000, es susceptible de crear un **conflicto de deberes jurídicos**.

Que, por una parte, el RD podría “obligarme” a no atender a determinadas personas que solicitan y requieren asistencia médica, pero no están provistas de la correspondiente tarjeta sanitaria; y por otra parte, diversas disposiciones legales me obligan a prestar esa asistencia, siendo las siguientes:

1. el artículo 19 a) de la Ley 55/2003, reguladora del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico. El respeto a la Constitución exige la atención a cualquier persona, desde el momento en que el principio de universalidad en materia sanitaria aparece implícitamente reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, cuando proclama (párrafo primero), el derecho a la protección de la salud sin limitación subjetiva ninguna, y cuando remite (párrafo segundo) a la regulación legal los derechos y deberes “de todos”. La asistencia sanitaria, como uno de los contenidos del derecho a la protección de la salud, debe alcanzar a toda persona, con independencia de que tenga o no tarjeta sanitaria.

2. El artículo 19 b) de la Ley 55/2003 establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.

Es mi deber legal, por tanto, observar los principios deontológicos; como es un principio y criterio de actuación el de la *“Incorporación de los valores de integridad, neutralidad, transparencia en la gestión, deontología y servicio al interés público y a los ciudadanos, tanto en la actuación profesional como en las relaciones con los usuarios”* [art. 4 h) Ley 55/2003]. Y, entre estos principios deontológicos, el Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España establece, en su artículo 5.2 que *“El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna”*.

3. Por si esto no fuera suficiente, para salvaguarda y protección de la vida e integridad corporal de cualquier persona que pueda necesitar asistencia médica, el artículo 196 del Código Penal tipifica la omisión del deber de socorro específicamente para las médicas/los médicos, cuando pueda considerárseles obligados a la prestación de determinada asistencia y cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas. Según lo antes indicado, la médica/ el médico está obligada/o a atender a todos los

pacientes; y sólo puede valorar si existe riesgo grave para la salud de las personas una vez las ha atendido.

En este eventual conflicto de deberes, considero que en base al principio de jerarquía normativa debe prevalecer el deber que resulta más respetuoso con el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE) y a la defensa del paciente.

II. Que, para el hipotético caso de que la autoridad a la que corresponda pronunciarse sobre este conflicto considere que debo cumplir prioritariamente lo previsto en el RD 16/2012 de 20 de Abril en lo referente a las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, **manifiesto mi derecho a la objeción de conciencia al mencionado RDL** al amparo de:

1. Lo señalado en el art. 16 CE, que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y de conciencia, en relación con el derecho a la vida y a la integridad física (art.15 CE); 2. Lo establecido en la STC 53/1985, que en su fundamento 14, reconoce que *“No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercitado con independencia de que se haya dictado o no su regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 CE y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”*; 3. Lo dispuesto en el art. 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”*; 4. Lo indicado en el art. 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”*; 5. Lo previsto en el artículo 17.1 k) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud: *“el personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos: A la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*; 6. Lo dispuesto en los art. 32 y 33 del Código de Deontología Médica actualmente en vigor, que reconocen y regula el derecho a la objeción de conciencia del médico; 7. Lo establecido en el citado art. 5.2 del Código de Deontología Médica; y 8. Lo señalado en el art 25 del Código de Deontología Médica, que establece la obligación de atender también los aspectos preventivos y educativos de la salud

Las modificaciones referidas excluyen de la asistencia sanitaria a ciudadanos españoles en algunos supuestos, así como a extranjeros no registrados y autorizados como residentes en España, a los que únicamente se reconoce su derecho a la atención sanitaria en urgencias por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto, postparto o tener una edad inferior a los 18 años.

Mis convicciones morales y deontológicas, así como el respeto a los principios éticos de beneficencia y justicia, me obligan a objetar dicha normativa, y por lo tanto a no denegar la asistencia a ninguna persona que me la solicite, cualquiera que sea su condición, y a continuar atendiendo al cuidado de su salud, tanto en sus aspectos preventivos como curativos y rehabilitadores.

Asimismo, deseo dejar constancia de la absoluta reserva y la especial protección de que goza esta declaración, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Lo que comunico para su conocimiento y efectos en _____
a _____

Fdo:

ANEXO III - Modelo de objeción de conciencia para enfermeros/as

A: [Dirección del centro asistencial o del colegio profesional]

D/D.^a _____, colegiad_ núm. _____ del Ilustre Colegio Oficial de _____ de _____, con ejercicio profesional en _____,

Declara

I. Que la entrada en vigor del RD 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, y, en particular, de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, la introducción del artículo 3 bis en esta misma Ley 16/2003 y la reforma del artículo 12 de la LO 4/2000, es susceptible de crear un **conflicto de deberes jurídicos**.

Que, por una parte, el RD podría "obligarme" a no atender a determinadas personas que solicitan y requieren asistencia sanitaria, pero no están provistas de la correspondiente tarjeta; y por otra parte, diversas disposiciones legales me obligan a prestar esa asistencia, siendo las siguientes:

1. el artículo 19 a) de la Ley 55/2003, reguladora del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico. El respeto a la Constitución exige la atención a cualquier persona, desde el momento en que el principio de universalidad en materia sanitaria aparece implícitamente reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, cuando proclama (párrafo primero), el derecho a la protección de la salud sin limitación subjetiva ninguna, y cuando remite (párrafo segundo) a la regulación legal los derechos y deberes "de todos". La asistencia sanitaria, como uno de los contenidos del derecho a la protección de la salud, debe alcanzar a toda persona, con independencia de que tenga o no tarjeta sanitaria.

2. El artículo 19 b) de la Ley 55/2003 establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.

Es mi deber legal, por tanto, observar los principios deontológicos; como es un principio y criterio de actuación el de la *"Incorporación de los valores de integridad, neutralidad, transparencia en la gestión, deontología y servicio al interés público y a los ciudadanos, tanto en la actuación profesional como en las relaciones con los usuarios"* [art. 4 h) Ley 55/2003]. Y, entre estos principios, el Código Deontológico de la Enfermería Española establece en su artículo 4 que *"la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud"*; en el artículo 34 insta a guiarse por el principio de justicia social y en el artículo 53 dispone que la responsabilidad primordial de la enfermera o el enfermero es la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

En este eventual conflicto de deberes, considero que en base al principio de jerarquía normativa debe prevalecer el deber que resulta más respetuoso con el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE) y a la defensa del paciente.

II. Que, para el hipotético caso de que la autoridad a la que corresponda pronunciarse sobre este conflicto considere que debo cumplir prioritariamente lo previsto en el RD 16/2012 de 20 de Abril en lo referente a las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, **manifiesto mi derecho a la objeción de conciencia a lo expresado en el mencionado RDL 16/2012 de 20 de Abril en lo referente a las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, al amparo de:

1. Lo señalado en el art. 16 de la Constitución española, que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y de conciencia, en relación con el derecho a la vida y a la integridad física garantizados en el art. 15 CE; 2. Lo establecido en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, que en su fundamento 14, reconoce que *"No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercitado con independencia de que se haya dictado o no su regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 CE y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales"*; 3. Lo dispuesto en el art. 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos *"Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión"*; 4. Lo indicado en el art. 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: *"Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión"*; 5. Lo previsto en el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española: *"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho"*; 6. Lo dispuesto en los citados arts. 4, 34 y 53 del Código Deontológico de la Enfermería Española; y 7. Lo previsto en el artículo 17.1 k) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud: *"el personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos: A la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social"*

Las modificaciones referidas excluyen de la asistencia sanitaria a ciudadanos españoles en algunos supuestos, así como a extranjeros no registrados y autorizados como residentes en España, a los que únicamente se reconoce su derecho a la atención sanitaria en urgencias por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto, postparto o tener una edad inferior a los 18 años.

Mis convicciones morales y deontológicas, así como el respeto a los principios éticos de beneficencia y justicia, me obligan a objetar a dicha normativa, y por lo tanto a no denegar la asistencia a ninguna persona que me la solicite, cualquiera que sea su condición, y a continuar atendiendo al cuidado de su salud, tanto en sus aspectos preventivos como curativos y rehabilitadores.

Asimismo, deseo dejar constancia de la absoluta reserva y la especial protección de que goza esta declaración, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Lo que comunico para su conocimiento y efectos en _____
a _____

Fdo:

ANEXO IV - Modelo de objeción de conciencia para administrativos

A: [Dirección del centro asistencial]

D/D.^a _____, auxiliar administrativo del Centro _____
_____ con DNI _____ y CIAS _____,

Declara

I. Que la entrada en vigor del RD 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, y, en particular, de la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, la introducción del artículo 3 bis en esta misma Ley 16/2003 y la reforma del artículo 12 de la LO 4/2000, es susceptible de crear un **conflicto de deberes jurídicos**.

Que, por una parte, el RD podría "obligarme" a no atender a determinadas personas que solicitan asistencia médica, pero no están provistas de la correspondiente tarjeta sanitaria; y por otra parte, diversas disposiciones legales me obligan a prestar esa asistencia, siendo las siguientes:

1. el artículo 19 a) de la Ley 55/2003, reguladora del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico. El respeto a la Constitución exige la atención a cualquier persona, desde el momento en que el principio de universalidad en materia sanitaria aparece implícitamente reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, cuando proclama (párrafo primero), el derecho a la protección de la salud sin limitación subjetiva ninguna, y cuando remite (párrafo segundo) a la regulación legal los derechos y deberes "de todos". La asistencia sanitaria, como uno de los contenidos del derecho a la protección de la salud, debe alcanzar a toda persona, con independencia de que tenga o no tarjeta sanitaria.

2. E artículo 19 b) de la Ley 55/2003 establece que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables. Y es un principio y criterio de actuación el de la "Incorporación de los valores de integridad, neutralidad, transparencia en la gestión, deontología y servicio al interés público y a los ciudadanos, tanto en la actuación profesional como en las relaciones con los usuarios" [art. 4 h) Ley 55/2003].

Es mi deber legal, por tanto, observar el principio de servicio al interés público y a la ciudadanía, y en consecuencia, atender a todos los pacientes, sin discriminación alguna.

En este eventual conflicto de deberes, considero que en base al principio de jerarquía normativa debe prevalecer el deber que resulta más respetuoso con el derecho a la protección de la salud (art. 43 CE) y a la defensa del paciente.

II. Que, para el hipotético caso de que la autoridad a la que corresponda pronunciarse sobre este conflicto considere que debo cumplir prioritariamente lo previsto en el RD

16/2012 de 20 de Abril en lo referente a las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, **manifiesto mi derecho a la objeción de conciencia a lo expresado en el mencionado RDL 16/2012 de 20 de Abril en lo referente a las modificaciones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, al amparo de:

1. Lo señalado en el art. 16 de la Constitución española, que reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica y de conciencia, en relación con el artículo 15 CE; 2. Lo establecido en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, que en su fundamento 14, reconoce que *“No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercitado con independencia de que se haya dictado o no su regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 CE y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”*; 3. Lo dispuesto en el art. 18 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia”*; 4. Lo indicado en el art. 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión”*; y 5. Lo previsto en el artículo 17.1 k) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud: *“el personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos: A la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*.

Las modificaciones referidas excluyen de la asistencia sanitaria a ciudadanos españoles en algunos supuestos, así como a extranjeros no registrados y autorizados como residentes en España, a los que únicamente se reconoce su derecho a la atención sanitaria en urgencias por enfermedad grave o accidente, embarazo, parto, postparto o tener una edad inferior a los 18 años.

Mis convicciones morales, así como el respeto a los principios éticos de beneficencia y justicia, me obligan a objetar dicha normativa, y por lo tanto a no denegar la asistencia a ninguna persona que me la solicite, cualquiera que sea su condición, y a continuar atendiendo al cuidado de su salud, tanto en sus aspectos preventivos como curativos y rehabilitadores, facilitándole el acceso al personal sanitario para una correcta evaluación de sus patologías.

Asimismo, deseo dejar constancia de la absoluta reserva y la especial protección de que goza esta declaración, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Lo que comunico para su conocimiento y efectos en _____
a _____

ANEXO V - Modelo de objeción de conciencia para T.S.

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE
C/..... Nº..... CP.....
CIUDAD.....
PROVINCIA....

D/ña....., colegiado/a Nº..... del Colegio
Oficial de trabajo social de , con ejercicio profesional en.....,
al amparo de lo señalado en:

1. **Artículo 16.1 de la CE** que reconoce el derecho fundamental de libertad ideológica y de conciencia.
2. Por lo establecido en la **sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985** que en su fundamento 14 establece que:
"No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho de objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercitado de que se haya dictado o no su regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el artículo 16.1 de la CE, y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es diversamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales".
3. Lo dispuesto en el **artículo 43 de la CE** referente a la Protección de la Salud.
4. Lo dispuesto en el **artículo 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos**.
5. Lo indicado en el **artículo 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos**.
6. Lo dispuesto en el **artículo 47 del Código Deontológico** de Trabajo Social aprobado por unanimidad por los colegios oficiales en sesión extraordinaria de 09 de junio de 2012, que reconoce y regula la objeción de conciencia de los profesionales del trabajo social:
"El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto".
7. Lo dispuesto en el **artículo 7 principio básico tres**. El principio de igualdad en la intervención y de la que se desprende en el **artículo 13**: *Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.* y en **artículo 17**: *Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.*
8. Además conforme a lo dispuesto en el **Artículo 36**.- *El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus objetivos. En caso de que aquellos sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el/la profesional actúe en conformidad con lo establecido en el presente Código. En caso de conflicto entre la dependencia laboral y el respeto a los principios de la profesión que pudieran generar acciones incompatibles con los principios éticos o la calidad o eficiencia profesional en beneficio de la persona usuaria, el/la profesional podrá recabar el apoyo y en su caso el amparo del Colegio Profesional.*

9. La **Ley 7/2007, de 12 de Abril del Estatuto Básico del Empleado Público** que en su **artículo 14** establece que los empleados públicos ostentan el derecho a: "*la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*".

HAGO CONSTAR MI OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL:

Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de Abril que limita la atención a extranjeros no regularizados y que restringen su atención a situación de urgencia, accidentes, parto, postparto, o tener una edad inferior a los 18 años.

Dicha norma atenta directamente contra mis principios éticos y deberes deontológicos, por lo que objeto contra su cumplimiento y decido libre e individualmente a prestar asistencia a cualquier ciudadano que solicite mi actuación profesional.

Del mismo modo quiero dejar constancia de que los datos aquí presentes son datos especialmente protegidos, conforme al **artículo 7.2 de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal**.

Lo que comunico para su conocimiento y efectos

En..... a..... de..... de 2012

FIRMADO: