



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

CONSECUENCIAS DE LA REFORMA SANITARIA DE 2012, SOBRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN SITUACIÓN IRREGULAR

Alumna: Gema Acebo Sánchez

Directora: Nuria del Álamo Gómez

Salamanca, 20 de junio de 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	6
3.1 <i>La población inmigrante en España.....</i>	6
3.2 <i>Principales modificaciones del RDL 16/2012 que afectan a la población inmigrante en situación irregular.....</i>	10
3.3 <i>Legitimidad de la reforma.....</i>	13
3.3.1 <i>Nivel internacional.....</i>	13
3.3.2 <i>Nivel europeo.....</i>	14
3.3.3 <i>Nivel nacional.....</i>	15
3.4 <i>Consecuencias de la reforma sanitaria sobre la población inmigrante.....</i>	16
3.4.1 <i>Desigualdad de las Comunidades Autónomas en la aplicación del RDL16/2012.....</i>	17
3.4.2 <i>Imposibilidad de detectar violencia de género y explotación sexual.....</i>	17
3.4.3 <i>Repercusiones en la salud sexual y reproductiva.....</i>	18
3.4.4 <i>Emisión de facturas.....</i>	19
3.4.5 <i>Ruptura del proceso asistencial y/o tratamiento sanitario.....</i>	19
3.4.6 <i>Dificultad en la detección y conocimiento de enfermedades.....</i>	20
3.4.7 <i>Disminuye la prevención.....</i>	21
3.4.8 <i>Barreras de acceso al sistema sanitario.....</i>	21
3.4.9 <i>Efecto disuasorio en la población inmigrante.....</i>	22
3.4.10 <i>Desconocimiento de sus derechos.....</i>	22
3.4.11 <i>Aumento de situaciones de riesgo para la Salud Pública.....</i>	23
3.5 <i>Incumplimiento del RDL16/2012 en la atención sanitaria en la población inmigrante.....</i>	24
3.5.1 <i>Atención en urgencias.....</i>	24
3.5.2 <i>Atención a menores.....</i>	25
3.5.3 <i>Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.....</i>	26

4.	DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES.....	28
5.	CONCLUSIONES.....	29
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	31

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca de las consecuencias que ha supuesto, el *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*, para la población inmigrante que reside en España, especialmente sobre aquella que se encuentra en situación irregular.

En la investigación bibliográfica, en primer lugar se mostrarán las características de la población inmigrante en España, así como la percepción que tiene la población Española acerca de ella, desde el punto de vista del uso de los servicios sanitarios. Después se expondrán las principales modificaciones del RDL16/2012 que van a determinar con unas condiciones expuestas, quien tiene derecho a la asistencia sanitaria gratuita y quien deberá hacer frente al pago de la atención sanitaria en caso de requerirla.

Las modificaciones del RDL16/2012 han abierto la veda sobre la legitimidad o no de la reforma a nivel internacional, europeo y nacional, por lo que se hará una revisión acerca de las leyes que podrían aclarar si se vulnera el derecho a la salud.

Algunas organizaciones, como Médicos del Mundo o Yo Sí Sanidad Universal, preveían ya las consecuencias que iba acarrear la “Ley de exclusión sanitaria” y advertían sobre ellas. Pero el RDL16/2012 entró en vigor aún así, por lo que dichas organizaciones, entre otras, comenzaron a investigar las consecuencias y los problemas, que tenían los inmigrantes en situación irregular, a la hora de acceder a la sanidad. En este trabajo, se hace una recopilación de las consecuencias que ha traído el RDL16/2012, apoyado con los informes que constatan estas organizaciones, en los cuales además, se pueden encontrar testimonios reales.

Al investigar las consecuencias que ha acarreado dicho decreto, se comprobó, que no sólo había consecuencias legales por la reforma sanitaria, sino que en algunos lugares, se cometían actos en contra del propio RDL16/2012. Como consecuencia de la importancia, también se exponen en este trabajo los incumplimientos del RDL16/2012.

Por último se hará una breve conclusión acerca de la legitimidad o no de la reforma, de si se consiguió con ella llegar a los objetivos y de las consecuencias que ha llevado consigo el RDL16/2012 para la población inmigrante en España.

2. JUSTIFICACIÓN

En el periodo de mis prácticas institucionales de Trabajo Social, realizadas durante siete meses en el Hospital Sierrallana y Tres Mares (Cantabria), atendimos sólo a una persona inmigrante. Fue una sorpresa, tanto para mi tutora de prácticas como para mí, ya que apenas acuden inmigrantes al área de Trabajo Social Clínico.

Cuando empecé mi periodo de prácticas, tenía la creencia de que las personas inmigrantes acudían más al trabajador social que las personas nacionales. Pero pronto mi tutora me explicó que las personas inmigrantes, y más si tienen una situación administrativa irregular, viven en una situación de alerta constante, lo que provoca que acudan a los hospitales sólo cuando es estrictamente necesario, por temor a las consecuencias que pueda acarrear llegar a un edificio público, con una situación administrativa irregular. Aludía al RDL16/2012 como una grave barrera para que la población inmigrante acuda al hospital, que provoca que no lleguen los casos al ámbito de trabajo social clínico, pero no le di más importancia.

Al comenzar las clases en la Universidad de Salamanca, mi tutora del Trabajo Final de Grado, me dio la idea acerca de las consecuencias que había tenido la reforma sanitaria en la población inmigrante, lo que me llevó a recordar lo vivido en las prácticas institucionales.

En Trabajo Social, se atiende a todo tipo de colectivos, pero en especial, a los colectivos más vulnerables, donde se encuentra la población inmigrante. Que un colectivo no acuda al trabajador social, en caso de necesitar de su intervención, puede provocar un aumento de los problemas, (como es la dificultad de detectar violencia de género, la imposibilidad de acceder a recursos), que ocasionan exclusión social. La ausencia de salud es uno de los problemas más graves que puede tener una persona. El hecho de denegar la asistencia sanitaria, provoca un agravamiento de la enfermedad, que puede llegar a consecuencias graves, como puede ser problemas en el embarazo,

pérdida de algún órgano o miembro, ocasionar en una enfermedad crónica o incluso la muerte de la persona.

3. REVISIÓN E INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1 La población inmigrante en España.

A causa de la pertenencia de España a la Unión Europea (UE), el régimen jurídico de los extranjeros puede ser comunitario o general:

Las personas que pertenecen a un país de la Unión Europea, se registrarán por el régimen comunitario, que tiene como normativa legal el *Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo*. Las personas, que en cambio, no pertenezcan a un país miembro, estarán dentro del régimen general y se aplica la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Siendo el régimen comunitario más beneficioso que el régimen general.

Así mismo, los países extracomunitarios, que tengan algún convenio regulado con España acerca de la asistencia sanitaria, se registrarán por lo establecido en dicho convenio. El resto de países extracomunitarios, que no tengan un convenio, el derecho a la asistencia sanitaria vendrá regulado por el RDL 16/2012, lo que significa, que los miembros de la Unión Europea no se verán afectados por la “Ley de exclusión sanitaria”.

Los flujos migratorios han existido a lo largo de la historia de la humanidad y en todos los países del mundo, y van cambiando dependiendo de las condiciones de cada país. Se entiende, según el Colectivo Ioé (2005), que una persona inmigrante es aquella que reside en un país distinto al suyo de origen.

España, por supuesto, ha sido un país que ha recibido, y recibe, inmigración desde finales del siglo XX. El Colectivo Ioé (2005), señala que la entrada de España en

la Unión Europea, en los años noventa, supuso un gran cambio en los flujos migratorios, tanto en el volumen como en el perfil de personas inmigrantes que llegaban. Con respecto a la población inmigrante, ha aumentado de manera progresiva y rápida. Según el INE (2014), en 1998 había en España un total de 637.085 extranjeros, que ha pasado en 2013 a ser de 5.546.238 extranjeros en España. Este aumento de la población inmigrante, según el Foro para la integración social de los inmigrantes (2013), es debido a que España estaba en fase de crecimiento económico, hasta que llegó la crisis, y se necesitaba mano de obra. La crisis hace que a partir de 2009 el número de inmigrantes descienda en España. Con relación al perfil de inmigrantes que llega, ha cambiado mucho también según Colectivo Ioé (2005). Hasta los años noventa, los inmigrantes que llegaban a España, eran inmigrantes jubilados, que venían a disfrutar tranquilamente de jubilación. Sin embargo, a partir de los años noventa, el crecimiento de España avanza muy rápido y se necesita mano de obra, por lo que los inmigrantes que empieza a recibir España son personas jóvenes, mayoritariamente mujeres, con buena salud y con estudios, ya que es una migración por motivaciones laborales y económicas.

La sociedad española ha creado un significado diferente y subjetivo de la palabra inmigrante. Es una construcción social, según Monreal, Cárdenas y Terrón (2010), en la que la sociedad española al hablar de persona inmigrante tiene el concepto de que es una persona que viene de un país en vías de desarrollo, que se encuentra en una situación administrativa irregular, con una baja formación profesional y con baja economía.

Inmigrante se ha convertido en una palabra connotativa, que engloba y trae consigo muchos prejuicios y mitos acerca de la población inmigrante en la sociedad española. Tanto es así, que no se concibe como inmigrante a las personas con grandes recursos económicos que llegan al país. La situación económica, de la persona que llega a España, marca la diferencia entre ser considerado o no inmigrante. Los empresarios, futbolistas, altos ejecutivos, etc., son ejemplos claros, de personas inmigrantes que la sociedad no considera inmigrantes. Poco a poco la sociedad ha ido cambiando el verdadero significado de la palabra inmigrante.

Existen muchos prejuicios acerca de la población inmigrante en la sociedad española. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2011), realizó un estudio para comprobar que actitudes tiene hacia la inmigración la población española. Ante la

pregunta de cuál eran los principales problemas que tenía España en la actualidad, la inmigración se situaba en el quinto lugar, quedando por encima de la corrupción, el funcionamiento de los servicios públicos o la educación entre otros.

En este estudio, del CIS (2011), se muestran los prejuicios que tiene la sociedad con respecto a la inmigración. Creen que la persona inmigrante:

- Crea inseguridad y delincuencia: el concepto de inmigrante como persona que viene en busca de trabajo, con baja posición económica, sin nada que perder, etc., les coloca en la exclusión y marginación social, que convierte a las personas inmigrantes, para la sociedad, en los creadores de la gran parte de delincuencia e inseguridad que existe en España. Relacionados, también, con las mafias, redes de explotación sexual y laboral, crean temor en la sociedad e inseguridad. La relación entre inmigración y delincuencia, es tan fuerte, que incluso las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad, se dejan influenciar a la hora de llevar a cabo su trabajo y cometen actos raciales (abusos policiales), según Cea y Valles (2009).

Este prejuicio viene determinado en gran medida por los medios de comunicación, que como exponen Igartua, Muñiz, Otero, Cheng y Gómez-izla (2008), han comenzado a dar más importancia a las noticias acerca de la inmigración, enfatizando los aspectos más negativos, ocasionando miedo y temor en la población y manipulando con impactos visuales (saltando la valla de Melilla, huyendo de la policía entre otros).

- Peligra la identidad cultural de la sociedad de acogida, ya que hay tantas culturas, que incluso se sienten una minoría. Tienen miedo a perder su cultura y empatizan con las personas inmigrantes según su tipo de cultura más o menos. Por ejemplo, con los inmigrantes de Sudamérica, debido al idioma y cultura similar, se establecen vínculos de mayor confianza, que con las personas procedentes de África del Norte de cultura árabe. Es por tanto, la cultura un factor muy influyente, según el CIS (2011), de un 28,2%, a la hora de relacionarse la población nacional con las personas inmigrantes. El país de nacionalidad de la persona, es de un 24,2% de influencia estudiado

por el CIS (2011), estando en segundo puesto en la influencia que ocasiona mayor o menor prejuicio.

- Abusa de los servicios públicos del país y recursos: debido al momento que vive España de crisis, los recursos se han vuelto un reclamo necesario para las familias. Esto ha hecho que las personas creen que compiten con los inmigrantes por los recursos, que son cada vez más escasos, mientras aumentan las personas que los necesitan. Les parece injusto que los españoles no tengan más derechos a obtener esos recursos, ya que están en su país, han cotizado más tiempo, etc. Además los servicios públicos, sufren una rebaja en el presupuesto, lo que disminuye su calidad. Se les culpa a los inmigrantes de abusar de servicios que ahora son más escasos y eficaces, en concreto de la sanidad. Se percibe que los inmigrantes abusan de la sanidad más que los nacionales, y en concreto, colapsan las urgencias.

Con respecto a esta creencia de que los inmigrantes abusan de sistema sanitario, hay que analizar primero que entienden por salud. El concepto de salud es diferente para cada persona y depende de muchos factores, uno de ellos es el cultural. Fuertes y Martín (2006), manifiestan que la población inmigrante que reside en España tiene una percepción de su salud mejor que la que tiene la población española, por lo que acuden menos al médico. Sin embargo, aunque acudan en menor medida al médico, Fuertes y Martín (2006), resaltan que la salud se relaciona con directamente con determinantes (como es tener un trabajo estable, red familiar cercana, estar en una situación administrativa regular, etc.) que hace que la población inmigrante tenga en general mayor riesgo de sufrir problemas de salud.

La sociedad española, según Fuertes y Martín (2006), acusa a la población inmigrante de "venir a España a aprovecharse de la asistencia sanitaria", el ya denominado "turismo sanitario". El RDL 16/2012 se apoya, para convencer de la necesidad de la reforma, entre otros aspectos, en el abuso de la sanidad por parte de los inmigrantes. Sin embargo la reforma afecta exclusivamente a los inmigrantes que no pertenecen a la UE. Díaz, Chamorro y Álvarez (2014), exponen que son los británicos, alemanes y franceses los inmigrantes que más acuden a España para recibir asistencia sanitaria, los cuales, por pertenecer a UE y no están excluidos, tras la reforma, de poder seguir recibéndola.

Según estos mismos autores, con la tarjeta sanitaria Europea, tienen el mismo derecho que los españoles de beneficiarse del sistema sanitario público español, y en sus países hay mayor dificultad de acceso a la sanidad, lo que ocasiona el “turismo sanitario”.

En conclusión la sociedad española tiene un concepto subjetivo del inmigrante, que se relaciona con prejuicios que aumentan la xenofobia y el racismo. En el ámbito de la salud, se tiende a culpar a los inmigrantes de abusar de la sanidad, pese a que acuden por lo general menos al médico, que los españoles. Además los abusos, que hace la población inmigrante, sobre el sistema sanitario son ocasionados en su mayoría por la población perteneciente a la UE, a la que la sociedad no considera inmigrante.

3.2 Principales modificaciones del RDL 16/2012 que afectan a la población inmigrante en situación irregular.

El Sistema Nacional de Salud en España ha sido reformado a través 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*. Las modificaciones del Real Decreto-ley 16/2012 se han producido según se establece en el mismo, debido “una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitaria” por lo que plantea “son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro”. Las modificaciones del RDL 16/2012 se crean “por la mejor atención a los pacientes” y alega que “de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal.”

La repercusión del RDL 16/2012 se acentúa en la población inmigrante en situación administrativa irregular que reside en España. La principal consecuencia es la modificación del art. 12 de Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que regula la asistencia sanitaria.

Las modificaciones, del RDL 16/2012, han sido principalmente instaurar unas condiciones para poder tener asistencia sanitaria, dar acceso en situaciones especiales a

los inmigrantes en situación irregular (quedando el resto excluidos de la asistencia sanitaria), modificar la cartera de servicios y crear una aportación económica farmacéutica. Dichas modificaciones son:

- Establecer la condición de asegurado para acceder a la asistencia sanitaria (aunque existen excepciones).

El RDL 16/2012, en su Capítulo I "De la asistencia sanitaria en España", expone en el art.1 la población que tiene la "condición de asegurado", y por tanto el derecho a la asistencia sanitaria en España:

Para que la persona obtenga la condición de asegurado, y por tanto tenga derecho a la asistencia sanitaria, debe ostentar alguna de las siguientes condiciones: ser trabajador dado de alta o pensionista en la Seguridad Social, ser beneficiario de alguna prestación periódica de la Seguridad Social (por ejemplo, cobrar una prestación por desempleo), estar inscrito a la oficina de empleo o tener autorización para residir en España y no superar los ingresos reglamentarios.

Existe también la condición de beneficiario de un asegurado, que la pueden obtener el cónyuge (reconocido de manera oficial), el ex cónyuge y los descendientes menores de 26 años o con una discapacidad igual o superior al 65% a cargo del mismo.

El resto de personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario expuestos, según el art.1.5 del RDL 16/2012 "podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago". Sin embargo en el propio RDL 16/2012 se hace alusión a que España tiene una asistencia sanitaria gratuita, pública y universal.

- Asistencia sanitaria en situaciones especiales (inmigrantes en situación irregular).

El art.3 del RDL16/2012 expone las situaciones en la que las personas inmigrantes en situación administrativa irregular tienen derecho a la asistencia sanitaria:

- 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) Los inmigrantes menores de 18 años, los cuales recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

El resto de población inmigrante en situación irregular, que no se encuentre dentro de algunas de estas situaciones especiales, quedará excluido del derecho a la asistencia sanitaria gratuita. Significa que tendrá que costear su asistencia sanitaria.

- Modifica la cartera de servicios común.

El art. 8 del RDL 16/2012 define “La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”, dividiendo a la cartera de servicios en las siguientes modalidades (art.8):

- La cartera común básica de servicios (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- La cartera común suplementaria (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente).
- Cartera común de servicios accesorios que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico.

Resaltando la cartera común suplementaria y la cartera de servicios accesorios, que debe costearla el propio usuario en caso de que quiera recibir una asistencia sanitaria acorde a sus necesidades, como expone el propio RDL16/2012.

- Establece una aportación económica farmacéutica (el denominado copago).

En el art. 4 del RDL 16/2012 se exponen las modificaciones de las prestaciones farmacéuticas. Resaltando la parte que afecta a la economía de la población, que son los cambios que se conocen como el “copago farmacéutico”, es decir, los nuevos costes que suponen los medicamentos.

- Se elabora una lista exponiendo los medicamentos que quedan excluidos de las recetas médicas y que tendrá que costear la persona que necesite dichos medicamentos.
- La población pagará una parte del medicamento recetado, no pudiendo sobrepasar un límite de dinero al mes. Es decir, que se le ayuda a la persona a financiar su medicamento.

3.3 Legitimidad de la reforma

Se ha producido un cambio de los principios que regían el Sistema Nacional de Salud y dudas acerca de la legitimidad de la reforma. Principalmente es la población inmigrante, la más perjudicada, en concreto, los extranjeros en situación irregular. La legitimidad de la reforma se ha puesto en tela de juicio a tres niveles; a nivel internacional, europeo y nacional.

3.3.1 Nivel internacional

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1946), reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental que tienen todas las personas, el cual debe ser de la máxima calidad que se pueda gozar. La OMS resalta, en su definición de la salud, que todas las personas deben tener un acceso a la atención sanitaria adecuado, de calidad y factible.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, expone en el art. 25.1 que todos los ciudadanos tienen derecho a un nivel de vida apropiado, el cual se consigue, entre otros elementos, con una completa asistencia sanitaria. Es una Declaración Universal, en la que se exponen los derechos que todas las personas deben tener, y se refleja entre todos, el derecho a la salud, como uno de los derechos más fundamentales. Dicha declaración ha servido de base para legislaciones en favor de los derechos, ya que se entiende que recoge los derechos básicos y fundamentales.

Por último, a nivel internacional, resaltar el *Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966*. Se expone en el art. 12.1 que los Estados

que forman parte de este pacto deberán reconocer el derecho a la salud, tanto física como psíquica, de todas las personas y en el mayor grado posible.

3.3.2 Nivel europeo

Europa, en la elaboración de su ordenamiento jurídico, se ha guiado por la legislación internacional, los derechos universales y demás. De aquí parte la reglamentación que se destacada a nivel europeo acerca el derecho a la salud.

Primeramente, destacar el *Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente*, en el cual se reconoce en su art. 8.2 que las autoridades públicas, no pueden coartar la protección de salud de la población, ya que el derecho a la salud debe ser asegurado, entre otros derechos, en todas las sociedades democrática, como lo es España.

Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961, en su art.11, presenta las medidas que se deben llevar a cabo para que se ejerza eficazmente el derecho a la salud. La forma en que se lleve a cabo la protección de salud, podrán de apoyado por entidades privadas y públicas. Los fines de estas medidas son:

1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras.

Por último, resaltar a nivel europeo, *la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, del año 2010, en la cual también se hace visible el derecho a la protección de la salud, en su art. 35, mencionando el derecho de todas las personas a tener una prevención y atención sanitaria en un nivel adecuado de protección y bajo lo

establecido en cada legislación. Resaltar la parte del derecho a una prevención sanitaria, como una de las mejores formas de tener la máxima calidad posible de salud.

3.3.3 Nivel nacional

La norma suprema del ordenamiento jurídico español, *la Constitución Española de 1978* (CE), en el art. 10 expone que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. Este art. hace alusión a los derechos fundamentales que se recogen en la Declaración Universal de derechos Humanos, en la cual se recoge el derecho a la salud en el art. 25.

Así en la CE, en el art. 43, se hace alusión de forma más concreta, al derecho a la protección de la salud, así como la responsabilidad que tienen los poderes públicos de crear y proteger la salud pública. La forma en la que se debe hacer efectivo este derecho, será a través de medidas de prevención, instrumentos, técnicas y demás servicios que sean necesarios.

Concretamente, el RDL 16/2012 afecta en mayor grado a la población inmigrante. La CE refleja en su art.13 que los extranjeros en España tendrán sus libertades públicas establecidas en la los tratados y leyes, lo que significa, que la CE no va a regular y concretar los derechos de los inmigrantes, sino que, en este caso remite al RDL 16/2012.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad expone en su art. 3.2 que " La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva", es decir, un derecho universal.

Además, en su art.1, especifica que el derecho a la salud está reconocido a españoles y extranjeros con residencia en el territorio nacional, así como extranjeros y españoles no residentes en España. Es decir, que el derecho a la protección de la salud será reconocido para el conjunto de la población. Entendiendo en el art.3 el derecho de la protección a la salud orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Por último, a nivel nacional, la población extracomunitaria que reside en España, es de aplicación la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. En su redacción original menciona que tienen derecho a la asistencia sanitaria la población inmigrante que esté en España, y se encuentren registrados en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, en igualdad de condiciones que la población española.

El derecho a la asistencia sanitaria la población inmigrante ha sido modificado por la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, y ahora por el RDL 16/2012. Ambas leyes, Ley 16/2003 y RDL 16/2012, recogían el derecho sanitario, como un derecho en igualdad de condiciones, público y universal, que ahora se ve incumplido.

En conclusión, el derecho a la salud es cierto que se reconoce a todos los niveles como un derecho básico. Se entiende que la salud es un derecho fundamental que no se puede vulnerar bajo ninguna circunstancia. Sin embargo la reforma sanitaria ha ocasionado que haya población sin acceso a una cobertura sanitaria pública y universal, en la que dentro de la población excluida se encuentran especialmente las personas en situación administrativa irregular.

3.4 Consecuencias de la reforma sanitaria sobre la población inmigrante

Médicos del Mundo (2014), en su informe “Dos años de reforma sanitaria, más vidas en riesgo”, defiende que “los sistemas públicos de salud son los que mejor pueden garantizar la universalidad, la equidad y la calidad de la atención sanitaria” (Médicos del Mundo 2014, p.5). Por eso, la reforma sanitaria RDL16/2012, en la que el sistema público de salud niega la asistencia sanitaria a miles de personas, ha sido considerada peligrosa y con posibles consecuencias graves que afectarán a muchas vidas.

La población inmigrante, es la más afectada por el RDL16/2012, concretamente la que se encuentran en situación administrativa irregular en España y que carece de recursos, según Médicos del mundo (2014). A continuación, se describen las consecuencias que surgen directamente de la aplicación del RDL 16/2012 en la población inmigrante en situación irregular:

3.4.1 Desigualdad de las Comunidades Autónomas en la aplicación del RDL16/2012

Las Comunidades Autónomas (CCAA) en España pueden asumir competencias en algunas materias, reguladas en el art. 148 de la CE, entre las que se encuentra en el art.148.1.21 "sanidad e higiene". En concreto la sanidad es asumida por las CCAA, que pueden modificar, siempre fijado a unas leyes, la legislación con respecto a la asistencia sanitaria.

El RDL16/2012 expone que “esta situación tiene que ser reconducida hacia la homogeneidad entre los servicios de salud”, con el fin de garantizar los mismos derechos sanitarios en todo el territorio español. Sin embargo las CCAA han establecido diferentes interpretaciones del RDL16/2012, creando reformas a nivel autonómico con el objetivo de modificar algunos aspectos de la reforma sanitaria. Informes como el de Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014) o Médicos del Mundo (2014), entre otros, reflejan la descoordinación que hay entre las CCAA a la hora de aplicar el RDL16/2012 provocando un aumento de la desigualdad a la hora de acceder a la sanidad pública.

3.4.2 Imposibilidad de detectar violencia de género y explotación sexual

Los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2012), en su encuesta acerca de la violencia de género durante el año 2011, mostraron que las mujeres inmigrantes tienen el doble de probabilidad de sufrir violencia de género que las mujeres españolas. Además, se realizó un pequeño estudio en el cual se mostró que el 65% de las mujeres inmigrantes en España, habían sufrido alguna violencia de género, frente al 30% de las mujeres españolas.

Igualmente Médicos del Mundo (2014), confirma que efectivamente las mujeres inmigrantes sufren más violencia de género en España, y añade que en torno al 60% de los casos han sido detectados en atención primaria. Según este informe, los profesionales sanitarios asumen un rol muy importante a la hora de detectar violencia de género y explotación sexual, que quedará sin detectar, ya que las mujeres inmigrantes

en situación irregular, víctimas de violencia de género o explotación sexual, no tienen derecho a la asistencia sanitaria.

Por tanto, con el RDL16/2012, se imposibilita detectar muchos casos de violencia de género o explotación sexual. Las víctimas no pueden acudir a los centros de atención primaria debido a que, el RDL 16/2012, expone que sin la tarjeta sanitaria no pueden recibir atención y les ha sido retirada la tarjeta. Sólo tienen derecho a la asistencia sanitaria de urgencias, principalmente hospitalarias, a las cuales sólo acuden en caso de que las consecuencias físicas sean muy graves. Debido a que no siempre existen consecuencias que haga que la víctima vaya acudir a urgencias del hospital, y tampoco pueden acudir a los centros de salud (atención primaria), van a reducirse la detección de casos.

Según Médicos del Mundo (2014), serán más de la mitad de casos los que no se detecten debido a la entrada en vigor del RDL 16/2012, basándose en que en el año 2010 se detectaron 15.075 personas en riesgo de explotación sexual, y en 2011 a 14.370, es decir, casi 1.000 mujeres no fueron detectadas como víctimas de explotación sexual.

3.4.3 Repercusiones en la salud sexual y reproductiva

Lema (2013), y Médicos del mundo (2014) y (2013), exponen que si las mujeres inmigrantes en situación irregular no tienen derecho a una atención sanitaria, será complicado prevenir enfermedades sexuales, embarazos, tener una interrupción voluntaria del embarazo o recibir asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos u otras necesidades que surjan de índole ginecológica.

Las personas inmigrantes, que tras la reforma no tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, por lo general son personas con escasos recursos, que han llegado a España por motivos económicos, principalmente. Su situación económica no les permite costear revisiones o citas médicas. Si no se pueden prevenir o tratar los problemas de manera temprana, las consecuencias serán el aumento de la gravedad de enfermedades sexuales, embarazos no deseados, posibles malformaciones en el feto y demás problemas de salud que ya serán difíciles o imposibles de solucionar.

3.4.4 Emisión de facturas.

Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), ponen de manifiesto que las personas que no tienen derecho a la asistencia sanitaria, en caso de requerirla tendrán que pagar una factura.

Cáritas Española (2013), añade que existe, no sólo la emisión de una factura, sino también un compromiso de pago, que deben firmar en caso de que quieran ser atendidos. El compromiso de pago puede hacerse o no efectivo, es decir, que no implica que le vayan a cobrar inexorablemente, sino que es probable. Recoge varios testimonios de inmigrantes en situación irregular que acuden al hospital y se encuentran con el compromiso de pago y la emisión de la factura. Un ejemplo es el de Ahmed, un inmigrante en situación irregular, que es ingresado en el hospital por un infarto cerebral. Mientras le ingresan, a su compañera la hacen firmar un compromiso de pago. Al recibir el alta le explican que no ha sido posible realizar unas pruebas, que son necesarias, por carecer de tarjeta sanitaria, y a los pocos días de llegar a casa recibe la factura hospitalaria.

Las personas inmigrantes en situación irregular, y que por tanto no tienen derecho a la asistencia sanitaria, suelen tener pocos recursos. Para obtener la condición de asegurado existen unos requisitos, entre ellos cotizar o ser beneficiario de un cotizante, que si están en situación irregular no pueden tener. Por tanto es incongruente que se les exija el pago de facturas sanitarias a personas que no tienen empleo ni medios económicos suficientes para hacer efectivo el cobro, lo que provoca un rechazo a acudir a los centros sanitarios.

3.4.5 Ruptura del proceso asistencial y/o tratamiento sanitario

El RDL16/2012 establece en la “Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud” en su artículo 8.2, que “la prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

Según Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), la continuidad asistencial “implica que hasta la determinación del alta médica se debe hacer un seguimiento de la enfermedad y cura de la persona que ha requerido la atención. Un diagnóstico inicial, las pruebas necesarias, un segundo diagnóstico de mayor precisión, un tratamiento y seguimiento del mismo hasta llegar a la curación y la consecuente alta médica” (Yo Sí Sanidad Universal, s.f.: p.9). Sin embargo, y aunque venga recogido el propio RDL16/2012, el derecho a una continuidad asistencial y tratamiento necesario, las personas inmigrantes en situación irregular tienen sus derechos reducidos a una visita a urgencias, lo que imposibilita una continuidad asistencial en todos los sentidos. Un ejemplo de la imposibilidad de continuidad asistencial, recogido en Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), es el caso de Alpha Pam, un inmigrante en situación irregular, que tras acudir a urgencias, se expone en su informe la necesidad un seguimiento evolutivo del médico de cabecera, que no se produce por la falta de la tarjeta sanitaria.

Además los tratamientos farmacéuticos, si no son subvencionados acarrear un gasto económico que muchas personas no pueden afrontar, y deben abandonar su tratamiento sanitario aunque pueda derivar en consecuencias graves.

3.4.6 Dificultad en la detección y conocimiento de enfermedades

Las personas inmigrantes sin derecho a una asistencia sanitaria completa, tienen miedo a acudir a establecimientos sanitarios por miedo a no ser atendidos o a tener que pagar una costosa factura.

Médicos del Mundo (2014), alerta de la imposibilidad de detectar enfermedades si no acuden a los centros médicos. Enfermedades que pueden ser contagiosas para el resto de la población, que pueden traer consecuencias graves e incluso la muerte. En otras ocasiones, aun sabiendo de la existencia de su enfermedad, como refleja Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), al no conocer el alcance no le da importancia necesaria y no acuden.

Ante el miedo, deciden acudir cuando no les queda otra alternativa y en muchas ocasiones las consecuencias son irreversibles.

3.4.7 Disminuye la prevención

Debido a la fuerte crisis económica española, se crearon unas medidas de austeridad con el objetivo de reducir la deuda pública. Muižnieks (2013), comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, visitó España en 2013 y elaboró un informe acerca de las repercusiones que estaban teniendo dichas medidas de austeridad. Cabe resaltar del informe, como se alude a la disminución de prevención, tanto de la salud como de la educación. Además destaca que la atención temprana y la prevención son la forma más económica y eficaz de combatir los problemas, antes de que lleguen a más.

Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), recoge varios testimonios a cerca de la dificultad de prevenir enfermedades. Uno de los testimonios, es de una madre llamada Laura, la cual, acaba de dar a luz a su hijo, y le plantean que existen unas vacunas opcionales que debe costear ella si quiere que se le administren. Una de las vacunas, es la meningitis, que consta de varias tomas, y solo la primera cuesta 145€, algo que no todas las familias pueden costear.

Por lo tanto, disminuir la prevención hace que se alargue y creen problemas innecesariamente, que conlleva a una aumento del gasto público, el cual incompatible con uno de los objetivos del RDL, que es el ahorro del sistema sanitario. Es decir, que si con la reforma se pretende un ahorro, debe primar la inversión en prevención ya que es menor gasto que el tratamiento de la enfermedad.

3.4.8 Barreras de acceso al sistema sanitario

Actualmente el sistema sanitario se lleva a cabo a través de modernos sistemas informáticos. Según Yo Sí Sanidad Universal y la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), no existe una correcta actualización del sistema informático, debido a un escaso interés de atender a las personas inmigrantes, pese a tener derecho a la asistencia sanitaria en algunos supuestos.

En este informe, aparecen muchos casos, en los cuales teniendo garantizado el derecho a la asistencia sanitaria, no se han podido registrar en el programa informático y se le ha dificultado o denegado la atención sanitaria. Un ejemplo de es el de Manuel, un hombre Cubano, con tarjeta de residencia por reagrupación familiar, que se encuentra en

una situación terminal y requiere cuidados paliativos. Se muda de CCAA, y comienza el problema del traslado de su expediente, ya que no se le informa de los trámites que debe hacer por tener tarjeta de residencia de reagrupación familiar, lo que ocasiona una denegación de la asistencia sanitaria de la CCAA a la que se muda.

3.4.9 Efecto disuasorio en la población inmigrante

Denegar a una persona la atención sanitaria cuando tiene derecho a ella, no sólo repercute en la propia persona, sino en el entorno social. Las personas transmiten información, que trasciende y crea, en este caso, miedo. Si a una persona inmigrante que tiene derecho a ser atendida, se le deniega la atención, su entorno social, va a entender que ellos tampoco tienen derecho a ser atendidos, o que teniendo derecho, no van a poder ejercer su derecho, lo que ocasiona que muchos inmigrantes no acudan al sistema sanitario. Es un efecto disuasorio, como bien se recoge en Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), y una forma de que las personas no soliciten servicios sanitarios, aprovechando el miedo que les crea.

El caso de Betty, es un ejemplo claro del miedo a no ser atendido. Tenía cáncer de mama pero no acudía al hospital, por temor a no recibir asistencia, o tener que pagar la factura, como había escuchado que se producía en su entorno social. Finalmente, acudió a urgencias, cuando la situación fue insostenible, pero para entonces, su situación ya era muy grave (Yo Sí Sanidad Universal, y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2014).

3.4.10 Desconocimiento de sus derechos

Es complicado tener un conocimiento íntegro de los derechos que te pertenecen, al igual que es difícil comprender los reglamentos que regulan dichos derechos, si no se tiene un cierto conocimiento del tema. Las personas inmigrantes, al residir fuera de su país, tienen menos información sobre los derechos que tienen y la incompreensión aumenta.

Morero y Ballesteros (2015) y Muižnieks (2013), exponen esta problemática con la que se encuentran las personas inmigrantes que residen en España, que no sólo tienen

un desconocimiento de sus derechos, sino también de la forma en que funciona el sistema sanitario español y los servicios que presta.

Desconocer información, crea desconfianza e intimidación, que hace que las personas inmigrantes cuando tienen derecho a la asistencia sanitaria, si se les deniega no puedan explicar que es un derecho que les corresponde. Es por tanto, una gran barrera para enfrentarse a la denegación de una asistencia sanitaria que puede corresponderles por ley.

3.4.11 Aumento de situaciones de riesgo para la Salud Pública.

Sahuquillo (2013), Valeiro (2013), Mediavilla (2015) entre otros, recogen un estudio de Legido-Quigley, et al. (2013), titulado "¿La austeridad en los recortes desmantela el sistema sanitario español?" publicado en la revista 'British Medical Journal'. Este estudio analiza los recortes en materia de sanidad implantada por la Ministra Ana Mato, en los que, según la revista, se ha reducido el presupuesto sanitario en un 13.65%, lo que supone 365 millones de euros aproximadamente menos de presupuesto. Destaca del estudio, la similitud que prevén entre Grecia y España. En Grecia han aumentado los casos de enfermedades del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis y el aumento de suicidios. Por ejemplo, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Grecia KEELPNO (2012, citado en Yo sí Sanidad Universal, s.f.), se concluye que en Grecia desde que comenzó la crisis en 2009 hasta 2012 el número de casos nuevo de VIH han aumentado en más del doble. Advierten a España, de que ocurra lo mismo que en Grecia, con respecto al VIH y tuberculosis, ya que desde la crisis económica, en España se han aumentado los trastornos alcohólicos, las depresiones y los suicidios, acrecentando los riesgos para la salud pública del país.

Pérez-Molina y Pulido (2012), también evaluaron el impacto que iba a tener el RDL 16/2012 sobre los inmigrantes en situación irregular, concretamente, en relación a la enfermedad del VIH. Los inmigrantes, sin derecho a la asistencia sanitaria, que se calcula que padecen esta enfermedad, está entre 2.700 y 4.600 personas, según estos autores, lo que supone que pueda haber un aumento de la enfermedad en la población. Los recortes en salud pueden suponer un aumento de las enfermedades infecciosas, desigualdad del acceso a la sanidad en las distintas CCAA, así como económico, como señalan dichos autores, lo que va a suponer la reforma sanitaria un ahorro a corto plazo,

pero más gasto económico a medio y largo plazo. Tras dos años de la entrada en vigor del RDL16/2012 y del estudio previsor acerca de las consecuencias para las personas con VIH, han realizado otro estudio Pérez-Molina y Pulido (2014), acerca de como las Comunidades Autónomas han intentado abarcar las enfermedades que hacen peligrar la salud pública en España. Han concluido, que por la dificultad de control y la capacidad de transmisión del VIH, la mayoría de las CCAA permiten a los inmigrantes en situación irregular tener un tratamiento y control de su enfermedad, con el objetivo de no causar riesgos para la salud pública, teniendo la "suerte" de ser atendidos y recibir tratamiento médico, frente a otras personas que tienen enfermedades graves pero que no son transmisibles.

3.5 Incumplimiento del RDL 16/2012 en la atención sanitaria en la población inmigrante

Las consecuencias mencionadas en el punto anterior, eran consecuencias "legales" debido a la aplicación del RDL 16/2012. Sin embargo, han surgido otras consecuencias que no derivan directamente de la aplicación del propio decreto, y que incluso lo incumplen.

3.5.1 Atención en urgencias

Gómez (2006), define urgencia sanitaria como la aparición imprevista de un problema con un estado de gravedad indeterminado, que ocasiona en la persona una necesidad imperiosa de ser atendido. Parece que la definición de urgencias está clara, pero lo que no está claro, según Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), y Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), es la forma en que el personal administrativo entiende por derecho a la asistencia sanitaria en las urgencias hospitalarias, según establece el propio RDL 16/2012.

Además, cuando acuden a urgencias, una de las incógnitas que surge, es si van a recibir asistencia o no. Yo Sí Sanidad Universal (2014), recoge denuncias de carteles de los diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid, en los que dice que para acceder a las urgencias, hay que presentar el Documento Nacional de Identidad (D.N.I.) y tarjeta sanitaria, y si no, no serán atendidos. Por ejemplo, en el Centro de Urgencias del

SUMMA 112, del Paseo Imperial hay un cartel donde se puede leer: "*Para ser atendido es necesario presentar la tarjeta sanitaria y DNI o pasaporte*" (Yo Sí Sanidad Universal, 2014: p.9). En las Urgencias del Hospital Ramón y Cajal la hoja informativa expone que: "*Le recordamos que es necesaria la presentación de la tarjeta sanitaria y el D.N.I.*" (Yo Sí Sanidad Universal, 2014: p.9). Un último ejemplo, es el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en el que el cartel explicativo que se muestra en la ventana de administración, aparece el precio que han de pagar: "*Las urgencias no ingresadas (el precio no incluye el coste de las pruebas diagnosticadas de alta complejidad, que serán facturadas individualmente), siendo el precio general de 180€ y en traumatología de 190€*" (Yo Sí Sanidad Universal, 2014: p.11).

Sin embargo, el RDL16/2012 establece que las urgencias no serán cobradas, ya que por supuesto, es una situación especial en las que se permite el derecho de asistencia sanitaria gratuita. Y con respecto a la obligatoriedad de presentar la tarjeta sanitaria y el D.N.I. para poder ser atendido, es un incumplimiento del RDL16/2012, ya que este establece que las personas en situación administrativa irregular tienen derecho a ser atendidos en urgencias, sin tener que presentar ningún requisito. Además es incoherente que una persona en situación irregular pueda tener el D.N.I. vigente o la tarjeta sanitaria, ya que si lo tendría no necesitaría acudir a urgencias, ya que tendría la asistencia sanitaria primaria.

3.5.2 Atención a menores

El RDL 16/2012 recoge que los menores de edad tienen derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles. No obstante, Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), elaboró una encuesta de las personas que estaban siendo excluidas de la atención sanitaria durante 6 meses en la Comunidad de Madrid. Del 100% de los casos total, los menores excluidos eran el 4.4%. Dato similar al de Cáritas Española (2013), en el cual los menores de edad que habían sido excluidos eran el 6% del total del estudio.

Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), expone que los menores que han sido excluidos de la atención sanitaria, eran niños extranjeros. Se les denegaba el derecho a ser atendidos y se les remitía a la oficina del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), en el cual les explicaban que no era precisa la tarjeta sanitaria, ya que por ser

menores de edad el RDL 16/2012 se les debe atender en igualdad de condiciones que los nacionales. Sin embargo en muchas ocasiones no se les atendía por no tener una tarjeta sanitaria, no siendo requisito necesario. Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014), recogen algunos testimonios, entre otros, el de una menor, que no es atendida varias veces en el centro ambulatorio por no tener tarjeta sanitaria, y aunque su madre alegó que no era necesaria, fue amenazada con facturarle la asistencia sanitaria. Otro testimonio de una menor, expone también, que le deniegan la asistencia sanitaria, teniendo que contratar un seguro privado.

Importunar a las familias de esta forma con un menor enfermo, es una vejación que sufren los menores de forma gratuita. Tienen derecho a una asistencia sanitaria igual que los demás menores, pero tienen que sufrir denegaciones, ir a pedir documentos innecesarios, etc., que lo único que ocasiona es una discriminación, estigmatización y una separación diferencial.

Tal es la gravedad de esta situación, que en el informe de Muižnieks (2013), pone de manifiesto que los menores son muy vulnerables a la calidad de los servicios de salud, en que los recortes presupuestarios no deberían influir, ya que el acceso de los menores a una buena atención sanitaria es fundamental para su desarrollo y salud. Describiendo la necesidad de un bienestar psíquico, físico y emocional, así como una atención temprana y más eficaz posible.

Resalta por último, que los menores que más sufren las consecuencias, son los que provienen de familias con problemas socioeconómicos, que son los que más atención pueden necesitar.

3.5.3 Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y postparto

Coinciden, los informes, Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014) y Cáritas Española (2013), en que se han hecho denegaciones de atención sanitaria a mujeres inmigrantes, tanto en urgencias hospitalarias como en los centros de salud, pese a que en el RDL16/2012 viene reconocida la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas, durante el parto y postparto. Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y

Comunitaria (2014), al igual que otros informes, recoge el testimonio de una mujer inmigrante en situación irregular embarazada, que acude con molestias a urgencias, y le explican que debe costear su asistencia sanitaria por no tener la tarjeta sanitaria vigente. Ante la imposibilidad de costearla, se va a casa. Tras poco tiempo, no aguanta los dolores, acude, y firma el compromiso de pago (ya que la trabajadora de admisión de urgencias les explica que no se efectuará el cobro, que es un mero trámite). A los pocos días, recibe una llamada amenazante del hospital, para reclamar su factura, incluso recibe insultos, gritos y amenazas por haber hecho uso de la asistencia sanitaria, y no haber pagado la factura.

Las mujeres inmigrantes tienen una fecundidad más alta que las mujeres españolas, lo supone que forman una parte muy importante del aumento de la natalidad en España, según Reher, et al. (2008). En un país, la natalidad es fundamental para poder sostener el futuro el país. Cuidar la natalidad, es por tanto imprescindible. La salud de los niños nacidos es muy importante, no es lo mismo una natalidad con problemas sanitarios, que sin ellos. Sin embargo, Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), explica las dificultades de seguimiento de los embarazos de las mujeres inmigrantes. No acuden a revisiones ginecológicas, no se hacen las pruebas necesarias, etc., y sólo acuden cuando se encuentran mal o notan que el embarazo no está siendo normal.

El miedo, al cobro de la asistencia sanitaria o a no ser atendidas, ha ocasionado que lleven un embarazo sin ningún tipo de seguimiento, lo que dificulta detectar problemas en el embrión o en la madre. La continuidad asistencial, en las mujeres embarazadas, es casi inexistente, poniendo en riesgo la vida de su hijo y la propia.

El miedo, es una consecuencia del RDL16/2012, que está condicionado entre otros motivos, por el incumplimiento de la propia legislación, ante la que se encuentran indefensas las personas inmigrantes. Son efectos disuasorios, unos de manera legal y otros de manera ilegal, que crean una barrera en el acceso de la sanidad de las personas inmigrantes, promoviendo empeoramiento de la salud y ningún beneficio, ni para el sistema sanitario ni para el resto de la población.

4. DISCUSIÓN TEÓRICA Y FORMULACIÓN DE INTERROGANTES

La reforma sanitaria de 2012, fue aprobada y entró en vigor, con parte de la sociedad española a favor de ella, ya que España debía "apretarse el cinturón". Sin embargo; ¿cumple los objetivos previstos en dicho RDL 16/2012? ¿ha sido eficaz la reforma sanitaria o sólo un elemento desmoralizador para las personas inmigrantes en situación irregular?.

El RDL 16/2012 expone que hay dos grandes problemas. Por un lado una "alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias" y por otro lado, una organización del sistema sanitario heterogénea entre las distintas CCAA, que ocasiona un incremento de la desigualdad. Los objetivos de esta reforma son por tanto, conseguir un ahorro económico y una homogeneidad de las CCAA en materia sanitaria. Con respecto al ahorro económico, Amnistía Internacional España, Center for Economic and Social Rights, European Anti-Poverty Network, Médicos del Mundo, Observatori DESC y Red Acoge (2014) alegan que el Gobierno expone hubo un ahorro de 4.9 millones de euros, pero no concretó en que se había ahorrado. Es decir, que el ahorro tras la reforma pudo ser por el coste de los medicamentos y no por la denegación de la atención sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular. Si se niega una asistencia sanitaria en atención primaria pero se permite una atención especializada en un hospital, ¿no será el gasto mayor en un hospital que en un centro de salud?. El ahorro económico por denegar la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, parece ser más un elemento desmoralizador según Médicos del Mundo (2013), Médicos del Mundo (2014) y Yo Sí Sanidad Universal (2014). EL segundo objetivo de la reforma, tampoco se ha cumplido. Médicos del Mundo (2014) y Yo Sí Sanidad Universal (s.f.), concretan las diferentes medidas que han tomado las CCAA para poder garantizar el derecho a la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular, lo que ha ocasionado un incremento mayor de la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria.

Todos los estudios también parecen coincidir en las consecuencias que ha generado para la población inmigrante irregular la reforma sanitaria. Sin embargo, las consecuencias, en mi opinión, no se separan de manera correcta. Hay consecuencias de índole legal, que surgen directamente de la aplicación del RDL 16/2012, como son; el aumento de situaciones de riesgo para la Salud Pública, la dificultad en la detección y

conocimiento de enfermedades, la imposibilidad de detectar violencia de género y explotación sexual, entre otras. Pero existen otras consecuencias, que no derivan directamente de la aplicación del decreto, y que son: las restricciones a la atención en urgencias, a la atención a menores y a mujeres durante el embarazo, parto y postparto. Es decir, que no diferencian entre las consecuencias "legales" de las "ilegales" que contradicen, incluso, al propio decreto, sino que los estudios las recogen de manera conjunta.

La exclusión sanitaria derivada del RD 16/2012, ¿repercute en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales?. Por supuesto que repercute, ya que los trabajadores sociales intervienen con la persona en su conjunto, incluyendo la salud. Si no tienen acceso a la asistencia sanitaria, tampoco la tendrán al trabajador social del área de salud, lo que retrasará, o incluso impedirá, el inicio de la intervención, y por tanto, repercutirá en la eficacia de la intervención y del profesional del Trabajo Social.

5. CONCLUSIONES

El fenómeno migratorio se ha producido lo largo de la historia de la humanidad y en todos los países del mundo, y va cambiando en función del crecimiento del país. España, desde finales de los años noventa, por su crecimiento económico, incrementó el número de personas inmigrantes que llegaban en busca de una oportunidad en el mercado laboral, hasta que comenzó la crisis económica. Debido a esta crisis, que sufre España, en 2012 se aprueba una reforma legal, que deniega el derecho a la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular. Dicha reforma coarta un derecho fundamental, por lo que se pone en tela de juicio si el RDL 16/2012 es legítimo o no. La legislación a nivel internacional, europea y nacional, reflejaban que es un incumplimiento legal negar el derecho a la asistencia sanitaria, sin embargo, esta reforma entró en vigor con el RDL 16/2012.

En 2015, se cumplen tres años desde que entró en vigor el RDL 16/2012, y los efectos son constatados por muchas organizaciones. Después de realizar la revisión bibliográfica sobre los efectos de dicho decreto, se puede concluir:

- Es una forma ilegítima desde el punto de vista de la normativa internacional, europea y nacional.
- No ha sido una reforma eficaz, puesto que no se han cumplido los objetivos que planteaba.
- Ha generado exclusión social en los colectivos más vulnerables, en especial, en la población inmigrante en situación administrativa irregular.
- Su aplicación, ha generado consecuencias directas, pero también interpretaciones y efectos colaterales, que nada tienen que ver con la aplicación del RDL 16/2012.
- Se ha conseguido un empeoramiento del sistema sanitario y de la salud de la población.

Tal ha sido la "eficacia" y las consecuencias de la reforma, sobre la población inmigrante irregular, que el nuevo Ministro de Sanidad Alfonso Alonso, a pocos días de su toma de posesión, ha anunciado, tras tres años de reforma, que las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, volverán a tener asistencia sanitaria aunque no recuperarán su tarjeta sanitaria, como recoge Marín (2015) entre otros. Recuperar el derecho a la asistencia sanitaria, como derecho fundamental, proporciona también el acceso a los trabajadores sociales de atención primaria y especializada, que son la puerta de acceso de los servicios sociales de las personas inmigrantes en España.

BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional España, Center for Economic and Social Rights, European Anti-Poverty Network, Médicos del Mundo, Observatori DESC y Red Acoge (2014). *Relatores de Naciones Unidas cuestionan al estado el RDL 16/2012*.
- Cáritas Española (2013). Primer Informe sobre personas afectadas por la reforma sanitaria (mayo 2012 – mayo 2013). Recuperado de: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/rs/lg/RS2013_Lg_CaritasEspañola.pdf
- Cea, M.A. y Valles, M.S. (2009). Evolución del racismo y la xenofobia en España: Informe 2009. *Observatorio Español de Racismo y Xenofobia*.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2011). Actitudes hacia la inmigración (V). *Centro de Investigaciones Sociológicas*, (2.918).
- Colectivo Ioé (2005). Inmigrantes extranjeros en España: ¿reconfigurando la sociedad?. *Panorama Social*, (1), 32-47.
- Declaración Universal de Derechos Humanos 10 de diciembre de 1948. [Internet] *Asamblea General de las Naciones Unidas*. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Díaz, C., Chamorro, E., y Álvarez, Ó. (2014). Influencia del “turismo sanitario” en la sostenibilidad financiera del sistema público de salud. J. Cantero (Presidencia), *Extraordinario XXIII Congreso*. Congreso llevado a cabo en por la Asociación Juristas de la Salud, Albacete, España.
- España. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. [Internet] *Diario Oficial de la Unión Europea*, 30 de marzo de 2010, núm. 83, pp. 389-403 [consultado 7 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70003>

- España. Constitución Española, 27 de diciembre de 1978. [Internet] *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311 [consultado 5 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- España. Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. [Internet] *Boletín Oficial del Estado*, 10 de octubre de 1979, núm. 243, pp. 23564-23570 [consultado 7 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010>
- España. Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. [Internet] *Boletín Oficial del Estado*, 30 de abril de 1977, núm. 103, pp. 9343-9347 [consultado 7 marzo de 2015]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734
- 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, núm. 153, pp. 14533-14540 [consultado 7 marzo de 2015]. Disponible en: <http://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 6 marzo de 2015]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.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 marzo de 2015]. 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] *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp.

20567-20588 [consultado 6 marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

España. Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. [Internet] *Boletín Oficial del Estado*, 28 de febrero de 2007, núm. 51 [consultado 6 marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-4184>

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 6 marzo de 2015]. Disponible en:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

Foro para la integración social de los inmigrantes (2013). Informe sobre la situación de la integración de los inmigrantes y los refugiados en España. Recuperado de: http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Informes/INFORME_ESTADO_SITUACION_2013_6_noviembre_2013.pdf

Fuertes, C. y Martín, M.A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (1), 9-25.

Gómez, J. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 18 (3), 156-164.

Igartua, J.J., Muñiz, C., Otero, J., Cheng, L. y Gómez-Isa, J. (2008). Recepción e impacto socio-cognitivo de las noticias sobre inmigración. *Revista de Psicología Social*, 23 (1), 3-16.

Instituto Nacional de Estadística (2014). Cifras de Población a 1 de enero de 2014. *Instituto Nacional de Estadística*. Madrid: INE (Consulta: 1 de abril de 2015). Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np854.pdf>

- Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra, D., Álvarez-Dardet, C., Martín-Moreno, J.M., y McKee, M. (2013, 13 de junio). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *British Medical Journal*. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33768/1/2013_Legido-Quigley_BMJ.pdf
- Lema, M. (2013). La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *Eunomía: Revista en Cultura de la Legalidad*, (5), 95-115.
- Marín, C. (31 de marzo de 2015). Alonso enmienda a Mato: los inmigrantes irregulares volverán a tener atención sanitaria. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2015/03/31/551a50f522601d677c8b4574.html>
- Mediavilla, D. (3 de febrero de 2015). Un estudio vincula la crisis con un aumento de os suicidios en Grecia. *El País*. Recuperado de: http://elpais.com/elpais/2015/02/02/ciencia/1422901183_641154.html
- Médicos del Mundo (2013). El impacto de la reforma sanitaria sobre el Derecho a la Salud. Recuperado de: <http://www.medicosdelmundo.es/derechoacurar/wp-content/uploads/2012/11/Resumen-del-impacto-de-la-reforma-sanitaria-en-el-derecho-a-la-salud-de-la-poblaci%C3%B3n-inmigrante-Casos-documentados.-sin-anexos-sin-casos.pdf>
- Médicos del Mundo (2014). Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. *Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, Madrid*. Recuperado de: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Macroencuesta de violencia de género 2011. *Secretaría de Estado de Servicios Sociales y Igualdad*.

- Monreal, M.C., Cárdenas, M.R. y Terrón, M.T. (2010). La percepción del fenómeno de la inmigración por la juventud española. Un estudio comparado entre Andalucía y Madrid. *Revista de Humanidades*, 17, 95 - 118.
- Morero, A. y Ballesteros, A. (2015). Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas. *Investigaciones Feministas*, 5, 317-341.
- Muižnieks, N. (2013). Informe Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa. *Commissioner for Human Rights*, 18. Recuperado de:
http://xornalgalicia.com/descargas/CommDH%282013%2918_ES%282%29.pdf
- Pérez-Molina, J.A. y Pulido, F. (2012). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 30 (8), 472–478.
- Pérez-Molina, J.A. y Pulido, F. (30 de octubre de 2014). ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. Recuperado de:
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0213-005X\(14\)00362-0.pdf&eop=1&early=si](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=0&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0213-005X(14)00362-0.pdf&eop=1&early=si)
- Reher, D.S., Cortés, L., González, F., Requena, M., Sánchez, M.I., Sanz, A. y Stanek, M. (2008). Informe Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI – 2007). *Ministerio de trabajo e inmigración*.
- Sahuquillo, M.R. (13 de junio de 2013). Los recortes en sanidad en España ponen vidas en riesgo, según un estudio. *El País*. Recuperado de:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/13/actualidad/1371120738_219035.html

Yo Sí Sanidad Universal (s.f.). Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia.

Recuperado de:

<http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/DossierAniversarioRDL.pdf>

Yo Sí Sanidad Universal (2014). Informe de irregularidades detectadas en la aplicación de las instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el servicio madrileño de salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria. Recuperado de:

http://www.vientosur.info/IMG/pdf/INFORME_IRREGULARIDADES_Yo_si_Madrid.pdf

Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (2014). Informe REDES Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria. *Licencia Creative Commons*. Recuperado de:

<http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/Informe%20REDES.pdf?mtime=1412027824>

Valeiro, M. (13 de junio de 2013). La revista 'BMJ' denuncia los efectos de la austeridad en la salud de los españoles. *El Mundo*. Recuperado de:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/06/13/noticias/1371116726.html>

World Health Organization (OMS) (1946). Constitución de la organización mundial de la salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>