



**Universitat de les
Illes Balears**

**¿QUÉ IMPACTO TIENE EL REAL DECRETO-LEY 16/2012 SOBRE EL DERECHO A
LA SALUD DE LAS MUJERES Y HOMBRES INMIGRANTES EN SITUACIÓN
IRREGULAR EN ESPAÑA?**

NOMBRE AUTORA: *Alicia Montero González*

DNI AUTORA: *43127797-Z*

NOMBRE TUTORA: *Rosamaría Alberdi Castell*

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de Enfermería

Palabras clave: Decreto Ley, derecho a la salud, inmigración ilegal.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2012 - 2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

RESUMEN

La reciente entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL-16/2012) de 20 de abril introduce cambios que afectan significativamente al derecho de la atención de la salud, en las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular en España. La implantación de las condiciones de asegurado y/o beneficiario, de acceso a la atención de la salud sólo a través de los servicios de urgencias para este grupo de la población, y la modificación de la cartera de servicios en la que es obligatorio el abono económico en todas las carteras excepto en una, implica un cambio de modelo sanitario que rompe con la universalidad, la equidad y la gratuidad mantenida hasta antes del Decreto en España. El RDL-16/2012 limita el acceso a la atención de la salud en el SNS para este grupo, en diferentes condiciones que para el resto de la población, lo cual provoca una segregación de la población y cuya repercusión sanitaria, política y social puede ser perjudicial.

Los datos obtenidos sobre los efectos del RDL-16/2012 indican la pérdida de derechos en la atención de la salud de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, y también apuntan hacia un cambio en el uso de los recursos sanitarios y la frecuentación del SNS bajo la aceptación previa de la facturación por la atención. Así, las organizaciones paralelas al SNS tienen un papel activo de asistencia y denuncia ante las irregularidades en la aplicación del Decreto y la defensa de un SNS que garantice la cobertura total.

PALABRAS CLAVE: Decreto Ley, derecho a la salud, inmigración ilegal.

INTRODUCCIÓN

El 1 de Septiembre de 2012 entró en vigor el RDL-16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. La activación de este decreto no se halla exento de polémica sanitaria y social debido a que limita la atención sanitaria de ciertos sectores

de la población, como en el caso de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular en España, entre otros.

El RDL-16/2012 pretende mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones del SNS manteniendo el concepto de gratuidad y universalidad conseguido hasta el momento de la entrada en vigor del mismo. A pesar de esta afirmación, la reforma sanitaria indica que es necesario que las usuarias y los usuarios cumplan con algunos requisitos para beneficiarse del derecho a la asistencia sanitaria pública. En los casos en los que las personas no demuestren que se hallan bajo alguna de las condiciones que RDL-16/2012 indica, la cobertura sanitaria completa no está garantizada. Las modificaciones introducidas sobre el derecho a la asistencia sanitaria España, implican un cambio de modelo sanitario enfocado a reducir el gasto sanitario, en una situación actual de crisis económica que desplaza a las usuarias y a los usuarios del centro del modelo sanitario.

Estos matices afectan en primer lugar a las usuarias y a los usuarios más desprotegidos, vulnerables y en riesgo de exclusión limitando su participación en el sistema, como es el caso de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular. Así, el tema de actualidad que nos atañe no está carente de discusión sanitaria y social, generando malestar tanto entre las mujeres y los hombres inmigrantes en situación irregular, como entre el colectivo sanitario al ver en peligro el derecho a la salud de forma gratuita, equitativa y universal. El carácter del Decreto junto con las limitaciones que introduce sobre el derecho a la atención de la salud para ciertos grupos poblacionales, provoca incongruencias sanitarias, entrando en colisión con los principios éticos, deontológicos y profesionales. De modo que los trabajadores de la salud se ven obligados a omitir la atención en salud en aquellas situaciones que el Decreto no contempla.

El interés que esta pregunta de investigación suscita está ligado a la controversia que el Decreto genera, con el condicionamiento del derecho a la atención de la salud en las mujeres y hombres en situación irregular en España. Por ello, se procede a realizar una revisión bibliográfica enfocada a conocer **el impacto que este decreto produce sobre el derecho a la atención de la salud en mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular**, ya que su participación en el SNS puede verse condicionada debido a que éste garantiza la atención sanitaria en situaciones determinadas.

OBJETIVOS

A través de la presente búsqueda bibliográfica se pretende conocer como ha impactado la implantación del RDL-16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en el derecho a la atención sanitaria en las mujeres y hombres en situación irregular que viven en España. Se plantean aquí tres objetivos que considero determinantes, para conocer el impacto sobre el derecho al acceso a la asistencia sanitaria, relacionándolo con las posibles repercusiones de la aplicación del Decreto y la disponibilidad o no, de otros recursos que cubran las carencias que el RDL-16/2012 puede ocasionar. Los objetivos que a continuación se enuncian serán abordados individualmente a lo largo del cuerpo de la discusión:

1. Identificar qué prestaciones dejan de tener derecho las mujeres y los hombres en situación irregular que viven en España, desde la puesta en marcha del RDL-16/2012.
2. Describir qué cambios se han producido en el uso de los recursos sanitarios públicos en relación con la frecuencia de su uso, el gasto farmacéutico y la obligatoriedad de aceptar previamente la facturación de la atención sanitaria, entre la población inmigrante mayor de edad en situación irregular desde el inicio del RDL-16/2012.
3. Conocer cuáles son los dispositivos alternativos al SNS que usa la población inmigrante no regularizada que vive en España, desde la implantación del RDL-16/2012.

DESCRIPTORES

Decreto Ley, derecho a la salud, inmigración ilegal.

Boleanos: (Decreto Ley AND derecho a la salud) AND inmigración ilegal.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La metodología realizada para realizar la búsqueda bibliográfica se ha basado en el uso de recursos electrónicos de acceso abierto y limitado. Debido a la naturaleza de la temática se han consultado páginas gubernamentales como la de la Agencia Estatal Boletín del Estado, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y otras, como la página del Observatorio Permanente de la Inmigración en Navarra, de l' Associació per a les Nacions Unides a Espanya y de organizaciones no gubernamentales (ONG's) españolas.

Los criterios de búsqueda bibliográfica están claramente definidos por el tema de actualidad que nos concierne. Tratándose de un asunto que repercute exclusivamente al SNS, las bases de datos, revistas y recursos electrónicos visitados han contemplado bibliografía reciente en castellano y catalán. Se han utilizado bases de datos de Ciencias de la Salud y metabuscadores de recursos académicos como Ibecs y Google Académico, a través de los cuales podemos acceder a otras fuentes y textos completos. Se ha utilizado la base de datos Dialnet, con acceso desde Bibliosalut, en la que se han encontrado 40 archivos relacionados, de los cuales se han utilizado 11. Desde este lugar se ha accedido a los archivos recogidos en las revistas electrónicas Clínica de atención Primaria, Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y AECC que se utilizan en este trabajo. Además se han utilizado las bases de datos Elsevier y Scielo, utilizando 4 y 5 artículos respectivamente. Se han consultado boletines hospitalarios y de colegios oficiales de enfermería como el COIB, de grupos de trabajo y asociaciones médicas, y diarios digitales periodísticos y sanitarios. La búsqueda está limitada entre los años 2003 y 2013, exceptuando la Constitución Española que data del año 1978. Indispensablemente se ha consultado la modificación de la ley 16/2003 recogida en el RDL-16/2012.

DISCUSIÓN

Tal como constata la bibliografía consultada, España es un país que históricamente ha formado parte de los movimientos migratorios humanos. Durante buena parte del siglo XX ha sido un país predominantemente emigrante pero a partir de la década de los

noventa, los flujos migratorios varían y se produce un aumento importante de inmigración en España. Este cambio de tendencia se debió principalmente a la llamada por un creciente mercado laboral en nuestro país ^(1,2).

La situación actual de crisis económica que dista mucho de la existente a principios de esta década, ha provocado tanto entre la población autóctona como entre las esferas políticas, que se ponga en entredicho la sostenibilidad del Estado de Bienestar en España⁽³⁾. Una de las polémicas generadas sobre la insostenibilidad del SNS es el arraigo en la creencia falsa⁽⁴⁾ de que se hace un uso abusivo del sistema público por parte de los usuarios y en especial, por parte de la población inmigrante⁽⁵⁾. Resulta inapropiado que el Estado y parte de la población acusen a las mujeres y a los hombres inmigrantes del aumento del gasto sanitario, cuando existen estudios sobre el uso del SNS por parte de este grupo de la población, antes de la implantación del RDL-16/2012, que coinciden en que la utilización y el gasto sanitario que este colectivo ha generado es igual o menor que el de la población autóctona^(6,7,8), exceptuando el uso de los servicios de urgencias en algunas Comunidades Autónomas (CC.AA.)⁽⁹⁾. Una de las claves de la menor utilización de los servicios sanitarios la encontramos bajo la hipótesis del inmigrante sano, la cual sugiere que las mujeres y hombres inmigrantes recién llegadas a España en este caso, demuestran un mejor nivel de salud por encima del estado de salud de la población autóctona^(8,10).

A continuación, comienzo el análisis de la bibliografía siguiendo los objetivos expuestos anteriormente.

Objetivo 1. Identificar qué prestaciones dejan de tener derecho las mujeres y los hombres en situación irregular que viven en España, desde la puesta en marcha del RDL-16/2012.

Actualmente hay abundante bibliografía relacionada con la pérdida de derechos de la salud para las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, que ha estudiado las consecuencias del RDL-16/2012. Por ello, ha sido posible analizar profundamente a qué prestaciones dejan de tener derecho las mujeres y hombres inmigrantes en situación

irregular. A continuación, se destacan las ideas más relevantes del análisis de esta bibliografía.

Dentro del contexto de crisis económica vigente, se han aplicado medidas orientadas a reducir el gasto sanitario, recogidas en el RDL-16/2012⁽¹¹⁾, que repercuten sobre la población autóctona y en especial, sobre las mujeres y hombres en situación irregular en España.

La implantación de las medidas contempladas en el RDL-16/2012, supone la ruptura con el favorable desarrollo del modelo sanitario público español, construido a partir de la Constitución española de 1978⁽¹²⁾. Hasta la publicación del decreto, el modelo del SNS garantizaba la protección del derecho a la salud para todas las personas residentes en España de forma universal, equitativa y gratuita. Especialmente, en relación con las mujeres y hombres en situación irregular en España, la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre los derechos y las libertades de los extranjeros en España y su integración social⁽¹³⁾, reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras sin diferenciar su situación legal. Para beneficiarse de este derecho, todas las personas españolas y las personas extranjeras en el territorio nacional, lo cual incluye a las mujeres y hombres en situación irregular, eran consideradas como titulares de los derechos a la protección de la salud y tenían derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones^(14,15,16,17). Para ello, la única obligación era estar registrado en el censo.

La regulación más importante que describe el carácter del decreto y que modifica el modelo de asistencia sanitaria en España, viene determinado por un cambio de concepto. Así, el RDL-16/2012 indica que la asistencia sanitaria como hasta ahora conocíamos, se garantiza únicamente para aquellas personas que ostenten la condición de asegurado y/o beneficiario, lo cual vincula directamente el derecho a la salud con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Esta medida afecta a la población autóctona, pero repercute directamente sobre las mujeres y hombres en situación irregular, ya que deja fuera del derecho a la cobertura sanitaria total con derecho a la asistencia con cargos a fondos públicos, a todas las

personas sometidas a alguna de las siguientes situaciones⁽¹⁶⁾, ya que no cumplen con algún requisito imprescindible para ser asegurado y/o beneficiario⁽¹⁸⁾.

- Extranjeras y extranjeros mayores de dieciocho años en situación administrativa irregular y no empadronados.
- Extranjeros y extranjeras mayores de dieciocho años empadronados que carecen de permiso de residencia en España.
- Extranjeros y extranjeras mayores de dieciocho años con tarjeta sanitaria antes de la implantación del RDL-16/2012, a las que se les denegó la segunda tarjeta de residencia por causa de haber agotado las prestaciones por desempleo y encontrarse en paro de larga duración (irregularidad sobrevenida).
- Extranjeros y extranjeras mayores de dieciocho años, especialmente mujeres amas de casa reagrupadas, actualmente con tarjeta sanitaria que verán cancelada su tarjeta de residencia en el momento que sea denegada la de su cónyuge (irregularidad sobrevenida).

Para todas las personas que se encuentren en alguna de las situaciones anteriores, el RDL-16/2012 regula el derecho a la participación dentro del SNS. Tal como indica explícitamente para este colectivo de la población, "*Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:*

1. *De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta situación de alta médica.*
2. *De asistencia al embarazo, parto y puerperio.*
3. *En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles" ⁽¹¹⁾.*

Además, establece cuatro carteras de servicios enfocadas hacia la gestión presupuestaria de los recursos sanitarios y asistenciales del SNS. La finalidad es reducir el gasto sanitario a costa del reembolso parcial o total, por parte de las usuarias y los usuarios cuando usen el SNS. De las cuatro carteras, solo una no exige el pago en el punto de dispensación.

Esta tríada de modificaciones: de titular del derecho a asegurado y/o beneficiario, pérdida de accesibilidad y pérdida de gratuidad, impacta directamente sobre el derecho a la asistencia sanitaria en las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, e implica un cambio de modelo sanitario que elimina la universalidad, la equidad y la gratuidad característicos del modelo anterior a la implantación del RDL-16/2012.

A continuación, siguiendo con el análisis de la bibliografía, se describe más detalladamente las consecuencias, implicaciones y reflexiones relacionadas con cada modificación.

1^{er} Cambio: De titular del derecho a asegurado y/o beneficiario

Este cambio implica que únicamente bajo el reconocimiento de ser asegurado y/o beneficiario será posible obtener la tarjeta sanitaria individual⁽¹⁵⁾. Vincular el derecho a la atención de la salud con el registro en el INSS, supone retroceder en los avances sanitarios y éticos, conseguidos en el derecho para la atención de la salud en España, e implica un cambio de modelo sanitario, de uno que se basaba en el derecho a la atención universal, a otro modelo discriminatorio, inequitativo e injusto y que disgrega a la población^(4,15,16,17).

Relacionar el derecho a la atención de la salud y el acceso a los recursos sanitarios y socio-sanitarios con la condición de asegurado y/o beneficiario, produce la privación del derecho a la atención de la salud de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, en las mismas condiciones que el resto de la población española. Restringir el acceso a la atención de la salud de este grupo de la población a través de esta condición, convierte al SNS en un producto inequitativo ya que no garantiza ni favorece, el acceso a los recursos para toda la población, e incluso propone barreras de acceso para las personas con menos oportunidades de participación y más desprotegidas. Además, no contempla ningún mecanismo de entrada en la condición de asegurado, exceptuando la regularización administrativa de la situación irregular⁽¹⁶⁾.

Otro matiz a destacar es que la justificación de aplicación de las medidas de la reforma sanitaria, se basa en la supuesta insostenibilidad económica del Estado de Bienestar ⁽³⁾. Para rebatir esta idea es interesante destacar los datos y reflexiones de Pérez-Molina & cía (2012), anteriores a la promulgación del RDL-16/2012: *"(...) los impuestos y contribuciones sociales de la inmigración supusieron el 50% del superávit público en el periodo 2003-2006, que el porcentaje del gasto social dedicado a inmigrantes en sanidad y educación está muy por debajo del porcentaje que representan en la población general (...), que los inmigrantes presentan tasas de pobreza notablemente más altas que los españoles y que por último, hay que destacar que la mayoría de los inmigrantes, en plena etapa productiva, proporcionan una aportación neta a las arcas del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Por lo que, la denegación de la atención de la salud en las situaciones que el RDL-16/2012 no contempla, supone una vulneración de los derechos universales injusta y discriminatoria para las mujeres y hombres que encuentran verdaderas dificultades para regularizar su situación administrativa"* ⁽⁸⁾. De los datos analizados, se concluye que la vinculación del derecho a la salud a la condición de asegurado y/o beneficiario, representa una medida injusta para las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular que ha demostrado competencia, que no ha aumentado el gasto sanitario y por tanto, no puede ser la culpable de la cuestionada insostenibilidad del SNS.

Por último, el mensaje que lanza el RDL-16/2012, deja la puerta abierta a la perpetuidad de la estigmatización de las mujeres y hombres inmigrantes, insinuando que forman parte de un colectivo que se desplaza a este país bajo el eslogan del turismo sanitario⁽¹⁹⁾.

2º Cambio: Limitación del acceso a la atención de la salud sólo a través de los servicios de urgencias

En segundo lugar es necesario valorar las consecuencias del cribado que el RDL-16/2012 propone para acceder a las prestaciones del SNS. Los servicios de urgencias son desde la implantación del Decreto, la única vía de acceso a la atención de la salud para la población mayor de edad, inmigrante y en situación irregular.

Ya existe bibliografía que ha estudiado el impacto de la exclusión de la población inmigrante en situación irregular del acceso sanitario normalizado. Esta indica que la restricción del acceso al SNS supondrá un efecto negativo sobre la salud de la población inmigrante, la sanidad y gestión sanitarias, incluyendo el aumento del uso de los servicios de urgencias y el aumento de costes a mediano y largo plazo como consecuencia de la no atención⁽⁵⁾. La capacidad de los servicios de urgencias para responder a la atención asistencial, se verá gravemente comprometida ya que se tendrá que hacer frente a un incremento de la demanda, a una gran diversidad de usuarias y usuarios, y a la ausencia de financiación del tratamiento farmacológico y de dispositivos sanitarios que garanticen la continuidad asistencial para este grupo en desventaja⁽¹⁷⁾. El resultado de esta medida no supondrá una reducción del gasto sanitario, ya que aumentará los costes políticos, administrativos y económicos y favorece la utilización inadecuada del servicio de urgencias que es especialmente caro^(8,15,20,21). Además pondrá en peligro la salud de este grupo de la población, producto del cúmulo de episodios patológicos que puede conducir a un agravamiento o cronificación de las enfermedades que son ocultadas o atendidas con retraso⁽²¹⁾. Estos indicadores apuntan que la atención de la persona inmigrante en situación irregular a través de los servicios de urgencias, debe ser evitada por el bien del paciente y del sistema sanitario⁽²²⁾.

En el sentido de valorar qué significa la limitación del acceso de la población inmigrante en situación irregular sólo a través de los servicios de urgencias, Junyent y Miró (2006) afirman que debido a las condiciones desfavorables desde la llegada a España de la persona inmigrante, la mitad de la población de este sector, desarrolla tuberculosis durante los dos primeros años de estancia⁽²³⁾. Las situaciones de precariedad económica perpetúan las condiciones de pobreza y marginalidad en el país receptor, y constituye un medio propicio para el desarrollo y transmisión de enfermedades importadas. Igualmente, el estudio navarro de Burillo-Putzel & Balanzó (2010), denuncia que debido al aumento de la incidencia de tuberculosis a lo largo de los años es necesario la activación de programas de salud específicos, para su diagnóstico y tratamiento precoz. También las consecuencias de un acceso al SNS a través de urgencias para las usuarias y usuarios afectados por el VIH, puede tener consecuencias indeseables como el incremento de la mortalidad y de enfermedades oportunistas, aumentando las posibilidades de infección de la población y de

transmisión materno-fetal del VIH. La consecuencia económica será el aumento del gasto sanitario al ser necesarios ingresos más frecuentes y prolongados, sujetos a un incremento de la morbilidad aún más en las personas más inmunodeprimidas⁽⁸⁾.

Esta medida fomenta la exclusión social y el aumento de las desigualdades, además de que fomenta reacciones xenófobas por parte de la población protegida por la sanidad pública o con seguro privado, al creer sin datos que lo corroboren, que es este colectivo el culpable de la insostenibilidad de las prestaciones públicas⁽⁸⁾.

La implantación del RDL-16/2012 también produce un impacto ético en las profesiones y los profesionales sanitarios. Parafraseando alguno de los artículos que cuestionan las bases éticas de las medidas adoptadas, el Comité de Bioética de Andalucía (2012) denunció que *"Los efectos sobre la salud de las personas y, potencialmente, sobre la Salud Pública que supondrá el RDL-16/2012, ponen en cuestión la garantía de principios éticos inherentes al modelo de un SNS, como es el principio de Justicia, por cuanto no procura un reparto equitativo de los beneficios y cargas de la atención sanitaria para los ciudadanos, y no facilita el acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos sanitarios, atentando contra la equidad, en una sociedad respetuosa con los derechos universales de las personas"*⁽¹⁴⁾. La aplicación de esta condición supone un paso atrás en el modelo sanitario español guiado hasta hace poco por políticas de salud, que no vulneraban los principios de universalidad y equidad, y que desde la implantación del RDL-16/2012 no previenen las desigualdades sociales en salud sino que las fomenta.

El hecho de negarles la asistencia fuera de los servicios de urgencias compromete al profesional de medicina y enfermería, al tener que tomar una decisión que puede resultar desagradable, de objeción de conciencia o cumplir con la ley incurriendo así, en un delito de omisión de socorro o denegación de auxilio⁽²⁰⁾. El RDL-16/2012 no contempla ninguna fórmula para los profesionales de la salud, que apoye y anime a garantizar la atención sanitaria ciudadana, sin miras de situación administrativa y social y/o edad (las personas inmigrantes menores de edad en situación irregular tienen garantizada la cobertura sanitaria total). De hecho, va en contra del cumplimiento de la

obligación de la atención sanitaria y en especial de la atención enfermera, en cuanto a una igualdad de trato y asistencia para todas las personas según el Código Deontológico.

3^{er} Cambio: Nuevas modalidades en la cartera de servicios

Finalmente, la creación de tres carteras de servicios (una gratuita, otra de pago parcial y otra de pago total) y otra establecida por las CC.AA., reafirma el cambio ideológico introducido con la reforma sanitaria, que rompe con el modelo sanitario gratuito y universal español anterior al Decreto. La implantación de tasas para acceder al uso de los recursos sanitarios impacta directamente sobre la población menos solvente, como son las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular. La diferenciación de la cartera de servicios desvincula el principio de solidaridad del SNS, el cual era una de las claves de nuestro sistema⁽⁵⁾ y como algunos autores indican, es un asalto al universalismo, que fomenta la segregación de la población con enfoques hacia la atención sanitaria privada⁽⁹⁾.

La formación de las carteras de servicios y la tasación de los medicamentos introduce la pérdida de la gratuidad del SNS. Según el RDL-16/2012, el coste de de las prestaciones y en especial de los medicamentos, está en relación con la renta de las usuarias y los usuarios. En el caso de las mujeres y hombres inmigrantes, foco de esta revisión bibliográfica, cabe recordar que su situación administrativa irregular impide que tengan acceso a una renta, por ello, el abono de los medicamentos es total y las repercusiones de la inaccesibilidad por carencia económica, afecta tanto al consumo de los medicamentos menos necesarios, como al de los más necesarios y efectivos ocasionando potenciales efectos negativos⁽⁵⁾.

Los problemas de acceso a estos recursos sanitarios tendrán un impacto mayor en las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, desfavorecidos económicamente y siendo los que tienen una mayor necesidad de asistencia sanitaria pública. La atención sanitaria integral se ve amenazada al desproteger a este grupo de la población, con necesidad de diferentes tratamientos para enfermedades crónicas o transmisibles, a los

que económicamente no pueden hacer frente, lo cual empeora la calidad de vida de la persona y puede suponer un problema de Salud Pública⁽⁹⁾.

Por último, el contenido de las carteras de servicios provoca ciertas incomodidades como que por un lado, no se incluyan los cribados de detección precoz y la medicina preventiva en la cartera básica. Cabe recordar que el RDL-16/2012 indica que "*omitirá la tecnología y los procesos que no demuestren eficacia*"⁽¹¹⁾, por lo que es incoherente que ambos servicios no se incluyan. Por otro lado, el contenido de la cartera suplementaria, como el transporte sanitario no urgente y el material ortoprotésico deberían ser básicos, ya que son imprescindibles para garantizar la continuidad de los tratamientos y/o la rehabilitación.

Objetivo 2. Describir qué cambios se han producido en el uso de los recursos sanitarios públicos en relación con la frecuencia de su uso, el gasto farmacéutico y la obligatoriedad de aceptar previamente la facturación de la atención sanitaria, entre la población inmigrante mayor de edad en situación irregular desde el inicio del RDL-16/2012.

Se han encontrado dificultades para abordar este objetivo debido a la falta de disponibilidad de bibliografía, que evalúe y cuantifique el impacto del RDL-16/2012 en relación con el uso de los recursos, el gasto sanitario y la obligatoriedad de aceptar la facturación previa a la atención sanitaria, y cuyo foco de estudio haya sido específicamente, las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular. Este objetivo no se puede responder con contundencia a partir de la bibliografía existente, debido a que ha transcurrido demasiado poco tiempo para poder obtener datos unificados y contrastados, referidos a la frecuentación y gasto farmacéutico. Aún así, sí es posible divisar algunos cambios producidos por el impacto de las irregularidades en la aplicación del RDL-16/2012, y denunciados por algunos medios y colectivos, sobretodo en lo referido a la facturación previa.

El desconocimiento y la confusión generada entre la población y el personal sanitario sobre la aplicación del RDL-16/2012 de forma diversa en las autonomías, está provocando que se lleven a cabo prácticas que vulneran los derechos de la salud como es la facturación indebida y la aceptación de ésta, por parte de la población en los servicios de urgencias⁽²⁵⁾. Además de las dificultades para acceder al sistema sanitario porque la situación administrativa irregularizada impide tener un acceso normalizado, sumado a las trabas^(6,8,21,24) con las que ya se encontraban anteriormente, ahora también se enfrentan a que sea el personal administrativo en lugar del sanitario quien decida lo que es o no, una urgencia en algunas CC.AA que van más allá de lo que el Decreto contempla⁽²⁵⁾.

Médicos del Mundo (MdM) (2013), afirma tener recopilados casos en todas las autonomías, en los que se ha denegado la atención urgente, incluso en situaciones de embarazo de alto riesgo y tratamiento post-quirúrgico, siendo en Aragón, Baleares, Castilla la Mancha y Madrid donde más casos y más graves se han dado⁽²¹⁾. También se están dando casos en los que las personas inmigrantes en situación irregular que acuden a urgencias, son obligadas a firmar una prefectura por la asistencia sanitaria de forma sistemática⁽²⁶⁾. El resultado es que muchos inmigrantes que desconocen su derecho gratuito a ese servicio o bien, se van porque no pueden hacer frente al pago sin recibir la atención médica⁽²⁷⁾, o firman la prefectura en casos en los que sí se garantiza la atención según el decreto como urgencias o partos⁽²⁸⁾, o en el peor de los casos debido a la ausencia y/o a la inadecuada atención que este grupo recibe en urgencias en el tratamiento de ciertas patologías como la tuberculosis, mueren⁽²⁹⁾. La denegación y las barreras de acceso a la asistencia permitida por el RDL-16/2012, viola explícitamente el derecho a la atención de la salud y atenta contra la vida.

Como se ha comentado, la implantación de la cartera de prestaciones con acceso económico para algunas carteras y medicinas, está afectando al consumo debido a que económicamente son inalcanzables para algunas personas. Así, desde la implantación del RDL-16/2012 el uso de los medicamentos desde los menos necesarios hasta los más necesarios y efectivos son menos consumidos, lo cual produce potenciales efectos negativos⁽⁵⁾.

Objetivo 3. Conocer cuáles son los dispositivos alternativos al SNS que usa la población inmigrante no regularizada que vive en España, desde la implantación del RDL-16/2012.

El abordaje de este último objetivo se ha llevado a cabo principalmente a través del uso de recursos electrónicos y noticias de prensa, debido a que actualmente, no hay evidencia científica publicada por las propias organizaciones, en las bases de datos que relacionen el impacto del RDL-16/2012 con la población mayor de edad inmigrante en situación irregular en España y el uso de dispositivos alternativos al SNS. Por ello, se han utilizado otras fuentes creadas por las propias organizaciones, que denuncian el impacto negativo que el RDL-16/2012 está produciendo sobre el derecho a la atención de este grupo de la población, cuál es la actuación de cada organización y qué dificultades están teniendo para mantener la asistencia de las personas que atienden. La bibliografía consultada es posterior a la entrada en vigor del RDL-16/2012 pero se han encontrado dificultades, debido a que no se ha podido encontrar ninguna fuente que cuantifique si se ha producido un aumento en la atención por parte de las organizaciones hacia las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, de igual manera que en varios de los documentos consultados, no se hace mención a la situación administrativa de las personas inmigrantes atendidas.

Como se ha desarrollado anteriormente, la implantación de las medidas contenidas en el RDL-16/2012 restringe el acceso de la atención dentro del SNS, de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular, limitándolo a que éste se realice sólo a través de los servicios de urgencias, y bajo la obligatoriedad de la prefacturación por el uso de las prestaciones y la atención sanitaria. Ante las dificultades para acceder al SNS entre otras situaciones, la población inmigrante en situación irregular tiene a su disposición otros dispositivos alternativos al SNS, para solucionar las barreras de acceso que el RDL-16/2012 supone, además de que ofrecen otros recursos útiles.

El RDL-16/2012 lanza una llamada de solidaridad a las CC.AA., asociaciones y entidades para velar por la mejor atención de los pacientes, los cuales cataloga como "*el verdadero centro del sistema*", aún cuando los desatiende e invita a que sean atendidos a

través de la beneficiencia^(4,21,25). El uso de sistemas paralelos al SNS surge de la injusticia, la inequidad y la desigualdad en el acceso al sistema.

Desde la aparición del RDL-16/2012, son varias las organizaciones que han criticado la política sanitaria a través de la denuncia de casos atendidos. MdM (2013), se posiciona defendiendo la sanidad con acceso universal y denuncia que las ONG's no deben ni van a sustituir al Estado, lo cual supondría fomentar un SNS con calidad estándar para unos, y otro de beneficiencia con inseguridades para el resto. Las personas inmigrantes deben ser atendidas dentro del SNS en las mismas condiciones que el resto de la población y esto es una obligación y deber del Estado ⁽²¹⁾.

Durante el año 2012 atendió a 19.000 personas inmigrantes, pero ni MdM ni otras ONG's pueden hacerse cargo de analíticas, especialistas, pruebas, derivaciones o prescripción farmacéutica. En relación con el RDL-16/2012, su tarea es de incidencia política por oposición, asesoramiento, acompañamiento, mediación y de denuncia ante la Administración de los casos de vulneración de derecho a la salud que la organización ha ido conociendo. Estas intervenciones han conseguido que decenas de personas sean atendidas con éxito en el SNS de forma gratuita⁽²⁵⁾.

El informe sobre vulnerabilidad social 2011-2012 de Cruz Roja española (2013), señala la asistencia dada a las personas inmigrantes en riesgo o en exclusión que precisaron atención en los casos de VIH, SIDA y drogadicción⁽³⁰⁾. No hace referencia al volumen atendido, ni a la situación administrativa de las personas. Aún así, es de esperar que en el próximo informe, el posible aumento de población atendida se relacione con el impacto generado por del RDL-16/2012 sobre el derecho a los recursos sanitarios en estas patologías.

La Asociación Española de Lucha contra el Cáncer (AECC) (2012), manifiesta que se halla preocupada por la extinción de la cobertura sanitaria en las personas inmigrantes sin documentación y/o cotización, ya que atiende a un gran número de esta población. Ha detectado un incremento de las demandas más básicas y teme un aumento desorbitado al que no puedan hacer frente tanto logística como económicamente⁽³¹⁾. Cubre demandas de transporte sanitario no urgente por medio de ayudas económicas

individuales y de un coche de la Junta Provincial. También destaca que tienen dificultades para cubrir los gastos de carácter retroactivo del material ortoprotésico, por aumento de demanda y demora del reembolso de incluso un año, y que ha aumentado la demanda de ayudas económicas para las necesidades derivadas de la enfermedad.

Recopilando estos datos, parece ser que las barreras de acceso al SNS están produciendo el incremento del uso de otras vías, especialmente en los casos de trámites administrativos por la facturación o la no atención en los servicios de urgencias. Debido a la falta de datos, no se puede asegurar si el desbordamiento de estas asociaciones puede deberse a un aumento asistencial, o bien a un problema de insolvencia debido a ajustes y recortes económicos de las propias asociaciones, o a ambos casos a la vez. Desafortunadamente no se dispone de datos que cuantifiquen el volumen de casos atendidos desde la implantación del RDL-16/2012, ni tampoco de estudios que diferencien la situación administrativa de las personas atendidas.

CONCLUSIONES

Respecto a la implantación del RDL-16/2012, su tríada de titular del derecho a asegurado y/o beneficiario, acceso de la atención a través sólo de los servicios de urgencias para la población mayor de edad inmigrante en situación irregular, y la modificación de la cartera de prestaciones de la cual tan sólo una cartera es gratis, supone la pérdida de universalidad, equidad y gratuidad del SNS, por lo que queda establecido que colisiona frontalmente con el derecho a la salud de las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular en España.

A pesar de que los datos obtenidos apuntan que el Decreto vulnera los derechos de las usuarias y los usuarios, la reciente puesta en marcha del mismo no ha permitido disponer de evidencia científica que cuantifique y valore el impacto total de éste, sobre el grupo de la población foco de estudio en esta búsqueda bibliográfica. Por este motivo, los objetivos relacionados con la disponibilidad de vías paralelas al SNS que son utilizadas por la población inmigrante en situación irregular, y el cambio en el uso de

los servicios y gasto sanitario tras la activación del RDL-16/2012, se ha respondido parcialmente.

En general, los datos obtenidos indican que el RDL-16/2012 compromete el acceso de estas personas al SNS y produce un impacto negativo sobre el derecho a la atención de la salud. Impacto negativo que a la larga generará un aumento del gasto sanitario que podría evitarse a través de un acceso normalizado.

Por ello, es importante iniciar investigaciones cuyo objeto de estudio sean las mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular específicamente, para poder cuantificar el volumen de población afectada y evaluar la eficacia del Decreto. Estas investigaciones facilitarían que fuese visible el impacto negativo del RDL-16/2012 sobre este grupo de la población, para poder denunciar las medidas puestas en marcha y presionar al Estado para que rectifique y facilite el acceso al SNS de forma universal, equitativa y gratuita.

El RDL-16/2012 produce un cambio de modelo sanitario que aleja a este grupo de la población del centro de la asistencia, privándolo del acceso normalizado, además de que rompe con el anterior modelo basado en el mantenimiento de los derechos de universalidad, gratuidad y equidad. Así, el Decreto no garantiza la continuidad de los tratamientos y de los cuidados e incluso, debido a las irregularidades en la aplicación en las CC.AA., se dan casos de negación de la atención o de facturación de la misma en situaciones que el Decreto contempla.

Es competencia del Estado proteger la salud de los ciudadanos, por lo que debería clarificar el contenido del Decreto para garantizar que los derechos de las usuarias y los usuarios no sean sometidos a informaciones inconcretas o mal interpretadas. Las CC.AA. deberían poner en marcha un programa para informar de forma precisa a las usuarias y a los usuarios sobre sus derechos relacionados con el SNS, teniendo en cuenta la variedad lingüística de cada persona, de igual manera que también deberían activar programas dirigidos a las personas que trabajan en sanidad.

Garantizar la atención de la salud a través de los servicios de urgencias exclusivamente es una medida que rompe con la equidad y la justicia, además de que supone hacer un

mal uso del SNS debido a un acceso incorrecto. Se debe tener en cuenta que las características de este servicio no permiten un abordaje integral de las usuarias y los usuarios que responda a sus necesidades, por lo que el interés debiera centrarse en facilitar el acceso a otros servicios como Atención Primaria. Éste es el recurso apropiado para el tratamiento y la detección precoz de patologías con inicio silente, además de que posibilita la realización de estudios patológicos de forma más completa y efectiva. Además, es el entorno adecuado para llevar a cabo programas y/o entrevistas de educación para la salud, tan importantes en el tratamiento de las patologías y/o la prevención de agravamientos.

No se debe permitir la idea de pensar que la disponibilidad de vías paralelas de atención al SNS para este grupo de la población es una suerte o una alternativa, ya que la existencia de éstas es un indicador de desigualdad y exclusión, producido por la desatención por parte del Estado. Además, estas organizaciones no cubren las necesidades de la salud en las mismas condiciones que para las usuarias y los usuarios con acceso normalizado en el SNS.

Por último, los profesionales de la salud y en especial las enfermeras y los enfermeros, tienen un papel fundamental para procurar que la atención sanitaria sea accesible para todas las personas independientemente de su situación administrativa. La respuesta del colectivo sanitario debe apuntar hacia la inserción plena de la población en el modelo sanitario, por lo que considero acertado y necesario que los colegios de enfermería y asociaciones médicas denuncien que el RDL-16/2012 es discriminatorio, y se confronta con la ética y el Código Deontológico profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Rosamaria Alberdi por ayudarme desde el principio para que esta búsqueda saliese adelante a pesar de las dificultades y a mi compañero, Jaume Serra por las reiteradas lecturas y por apoyarme incondicionalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Oliva J. & Pérez G. Inmigración y salud. Gac. Sanit. 2009;23 (Supl 1):1-3.
- (2) Cañada JL. Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria. 2004; (3): 1-8.
- (3) Sánchez A., Simón B. & Lázaro A. Población extranjera y su repercusión en el Estado de Bienestar de una Comunidad Autónoma. Ekonomiaz. N°74, 2ºcuatrimestre,2010.
- (4) Alberdi R. La aportación enfermera: Un compromiso continuado con el cuidado y el derecho a la salud. XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental “30 años de experiencia para mirar el futuro. Marzo 2013. Pág 2-9.
- (5) López-Fernández LA., Martínez JI., Fernández A., March JC., Suess A. & Prieto MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? Gac Sanit.2012; 26(4):298-300.
- (6) Burillo-Putzel G. & Balanzó X. Desmontando tópicos sobre inmigración y salud. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33, N° 2, mayo-agosto.
- (7) Gobierno de Navarra. Inmigración en tiempos de crisis: tópicos y realidades. Boletín del observatorio permanente de la inmigración en Navarra. Julio 2012; (17).
Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/01AF2665-EDBB-4DA0-BCEE-DDCA1A97B488/226594/enfoques17_julio2012.pdf
- (8) Pérez-Molina, JA. & Pulido F. Comité de expertos del grupo para el Estudio del SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 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. 2012; (30): 8, Pág 472-478.
- (9) Minué S. & García JF. ¿Ciudadanos o asegurados?: ¿es importante?. AMF 2012;8(8):422-423.
- (10) Rodríguez E., Lanborena N., Pereda R. & Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco, 2005. Rev Esp Salud Pública.2008; 82(2):209-220.Marzo-Abril 2008.
- (11) 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. Boletín Oficial del Estado de 24 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>.
- (12) Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311 de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424 (112 págs.). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

- (13) Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado de 12 de enero de 2000. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>
- (14) Comité de Bioética de Andalucía. Informe sobre las implicaciones éticas del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril (BOES núm.98 de 24 de abril), de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar. Aprobado en sesión de 11 de junio de 2012. Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/cba-informe_rdl_16-2012-maqueta.pdf
- (15) Asociación Salud y Familia. Impacto de la reforma de la asistencia sanitaria en España sobre la cobertura pública y universal. Asociación para las Naciones Unidas de España.2012. 3 de Mayo. Disponible en: <http://www.anue.org/mm/file/Impacto-reforma-sanitaria.pdf>
- (16) Colegio de Enfermería de Alicante. Asistencia sanitaria pública para inmigrantes no regularizados: un conflicto ético-jurídico. Documento de análisis, reflexión y posicionamiento del Colegio de Enfermería de Alicante. Agosto de 2012. Disponible en: <http://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=bAMUtMILwZ4%3D&tabid=2241&language=ca-ES>
- (17) Col·legi Oficial d'Infermeres de Barcelona (COIB). Anàlisi provisional des de la Direcció de Programes del COIB sobre 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. Barcelona, 5 de juliol de 2012. Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/AN%C3%A0LISI%20RDLL%2016_2012%20MESURES%20URGENTS_MAUQUETAT.PDF
- (18) Gobierno de España. Condiciones del asegurado y/o beneficiario. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Masinformacion/TramitesyGestiones/AsistenciaSanitaria/index.htm?ssUserText=138206#45197
- (19) Junta directiva AEN. Rechazo al Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. Derecho a la salud para todas las personas. Rev. Aso. Esp. Neuropsiq,2012;32(115):668-670.
- (20) Ferreira G. & Ferrández T. Si Hipócrates levantara la cabeza... Sobre la no atención a inmigrantes «ilegales». Aten Primaria.2013;45(1):61-65.
- (21) Médicos del Mundo. La reforma sanitaria y las personas inmigrantes. Resumen ejecutivo. 2013. Disponible en: <http://www.easp.es/es/system/files/Argumentario%20MdM%20Reforma%20sanitaria%20e%20inmigrantes.pdf>
- (22) Parrilla FM., Cárdenas DP., Vargas DA., Martínez S., Díaz MA. & Cárdenas A. Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias. Medicina de Familia (And).2003;(3):195-198.

- (23) Junyent M., Núñez S. & Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. An. Sist.Sanit.Navar.2006;(29), Suplemento 1.
- (24) Regidor E., Sanz B., Pascual C., Lostao L., Sánchez E. & Díaz JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. Gac Sanit.2009; 23(Supl 1):4-11.
- (25) Médicos del Mundo. Médicos del Mundo denuncia el caos existente tres meses después de la entrada en vigor de la reforma sanitaria. Los tres colores del semáforo califican la respuesta de las autonomías a la hora de aplicar la reforma sanitaria. 2013. Disponible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_NP_Presentacion_mapa_semaforo_de_la_salud_4eb7ab68%232E%23pdf
- (26) Prieto I. & García MV. Reacciones a la asistencia sanitaria a inmigrantes después del Real Decreto-Ley 16/2012. Revista de la sociedad madrileña de medicina de familia y comunitaria. Noviembre 2012.; 14(2): 5-6.
- (27) M. González. Salud factura la atención en Urgencias a inmigrantes "sin papeles" pese a ser gratuita. Periódico Noticias de Navarra. Miércoles, 9 de enero de 2013.Disponible en: <http://www.noticiasdenavarra.com/2013/01/09/sociedad/navarra/salud-factura-la-atencion-en-urgencias-a-inmigrantes-39sin-papeles39-pese-a-ser-gratuita>
- (28) Aduriz I. Cospedal cobra a los "sin papeles" 222 euros por ir a urgencias y hasta 6.200 por parir. Diario digital Público. 13/09/2012. Disponible en: <http://www.publico.es/espana/442268/cospedal-cobra-a-los-sin-papeles-222-euros-por-ir-a-urgencias-y-hasta-6-200-por-parir>
- (29) Agencias. Muere en Mallorca un inmigrante sin papeles al que se le negó la asistencia sanitaria. Diario digital Público. 04/05/2013. Disponible en: <http://www.publico.es/454741/muere-en-mallorca-un-inmigrante-sin-papeles-al-que-se-le-nego-la-atencion-sanitaria>
- (30) Cruz Roja española. Informe sobre la vulnerabilidad social 2011-2012. Madrid 2013. Pág. 87-101. Disponible en: http://www.sobrevulnerables.es/sobrevulnerables/ficheros/informes/informe_506/IVS12.pdf
- (31) Fernández A., del Castillo R. & Eguino A. Análisis de las medidas del Real decreto-Ley 16/2012 en las prestaciones sanitarias y su impacto en el colectivo de pacientes con cáncer. Asociación española de lucha contra el cáncer. Inicio: 2012. Actualizado el 31/01/2013. Disponible en: https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_Impacto_RDL16_2012_aecc2013.pdf