



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Ciències Socials

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

El derecho a la asistencia sanitaria en
la población inmigrante en situación administrativa irregular
tras la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012:
una aproximación al caso valenciano



TESIS DOCTORAL

Presentada por:

ANA ISABEL VÁZQUEZ CAÑETE

Dirigida por:

DR. ALBERT MORA CASTRO

DRA. M^a EUGENIA GONZÁLEZ SANJUÁN

València, mayo 2017



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat de Ciències Socials

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

El derecho a la asistencia sanitaria en
la población inmigrante en situación administrativa irregular
tras la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012:
una aproximación al caso valenciano

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Ana Isabel Vázquez Cañete

Dirigida por:

Dr. Albert Mora Castro

Dra. M^a Eugenia González Sanjuán

València, mayo 2017

*A Pilar y a Amparo,
a Toño y a David,
siempre.*

AGRADECIMIENTOS

La realización de una tesis doctoral es el resultado de un conjunto de retos y esfuerzos que van más allá de quien ostenta su autoría, al menos en el presente caso. Por ello, es imprescindible señalar la participación de esas personas que han acompañado el proceso de estudio, investigación y reflexión sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes.

En primer lugar, quiero agradecer la labor de dirección de este trabajo a la doctora M^a Eugenia González Sanjuán y al doctor Albert Mora Castro, si se me permite invertir el orden en reconocimiento a la labor conjunta y comprometida que ambos han realizado. Su acogida desinteresada en la Facultat de Ciències Socials de la Universitat de València, su rigor e ilusión en el proceso de investigación durante estos años, pero también su cariño y paciencia, han posibilitado mi aprendizaje y la realización de este trabajo, y me han enseñado a mirar la realidad y la investigación desde una nueva perspectiva.

En segundo lugar, quiero agradecer su apoyo a los miembros de la Facultad de Trabajo Social de Cuenca, de la Universidad de Castilla-La Mancha, que como compañeros han mostrado su comprensión y respeto en este proceso.

En tercer lugar, por supuesto, quiero agradecer a mi familia su adhesión incondicional. Y al decir familia entiendo que es mucho más que aquella a la que me unen lazos de sangre, sino quienes han acompañado mis ilusiones, mis frustraciones, mis tristezas y mis anhelos, a quienes han ofrecido su casa, su apoyo económico y su escucha paciente, a quienes han perdido su tiempo conmigo, quienes han sabido esperar y han creído en mí, aún más que yo misma.

Y finalmente, agradezco de forma especial a quienes han sido objeto de este estudio, a los “sin papeles”, a los miembros de las entidades sociales y a las trabajadoras sociales, por compartir conmigo sus experiencias y frustraciones, pero sobre todo sus esperanzas. Quiero manifestar mi admiración por las personas migrantes que cruzan fronteras asumiendo violencias, miedos y retos en la búsqueda de un futuro mejor, y por aquellos que alzan su voz en defensa de la igual dignidad de todos los seres humanos, desde la academia, la política o la acción directa. Todos ellos son los que, en este tiempo, me han enseñado que los derechos o son de todos, sin categorías, o no son derechos.

ÍNDICE

PREÁMBULO	15
PRIMERA PARTE. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	25
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y MARCO JURÍDICO	27
1.1. La protección de la salud	28
1.1.1. La salud y sus determinantes	28
1.1.2. El reconocimiento del derecho a la salud	33
1.1.3. Los modelos de protección sanitaria	39
1.2. La protección sanitaria de la población inmigrante: legislación estatal y autonómica hasta el RDL 16/2012	47
1.2.1. La universalización de la asistencia sanitaria en España	47
1.2.2. La regulación de la asistencia sanitaria en la Comunitat Valenciana	63
1.3. Discriminación de la población inmigrante en situación administrativa irregular	70
1.3.1. Reconocimiento y representación social de las personas inmigrantes	71
1.3.2. La particular situación de exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular	80
1.4. La participación de la sociedad civil en la defensa de los derechos	87
CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS Y DISEÑO METODOLÓGICO	101

SEGUNDA PARTE. ANÁLISIS	117
INTRODUCCIÓN. CIFRAS BÁSICAS PARA EL ANÁLISIS	119
CAPÍTULO 3. DERECHO A LA SALUD: RECONOCIMIENTO Y VULNERACIÓN A PARTIR DEL RDL 16/2012	139
3.1. Un punto de inflexión en la garantía del derecho a la salud	140
3.2. El mecanismo de exclusión sanitaria	144
3.3. La justificación económica del RDL 16/2012	151
3.4. Valoraciones críticas del RDL 16/2012 desde las instituciones y la sociedad civil	157
CAPÍTULO 4. EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LA COMUNITAT VALENCIANA	169
4.1. La aplicación del RDL 16/2012	170
4.1.1. La situación de urgencia: el “efecto mostrador” y los límites de la asistencia sanitaria	173
4.1.2. La facturación de la asistencia sanitaria en urgencias	182
4.2. El Programa Valenciano de Protección a la Salud	189
4.2.1. Deficiencias en el diseño e invisibilidad del Programa	193
4.2.2. Barreras administrativas	201
4.3. El acompañamiento en los centros sanitarios	210
CAPÍTULO 5. CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO	219
5.1. Efectos sobre las condiciones de salud de la población	220
5.2. Uso de alternativas en el cuidado de la salud	225
5.3. Incremento de la vulnerabilidad del inmigrante irregular	230
5.4. Efectos sobre la garantía del derecho a la salud	234

CAPÍTULO 6. LA ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL: EL OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA	241
6.1. Identidad y estructura de ODUSALUD	242
6.1.1. Génesis y objetivo	242
6.1.2. Composición y dinámicas de participación	253
6.1.3. El modelo de gobernanza	262
6.2. Estrategias de respuesta	268
6.2.1. El registro de incidencias como diagnóstico de la exclusión	269
6.2.2. La incidencia política de ODUSALUD	274
6.2.3. La atención a la población excluida	289
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	295
EPÍLOGO	303
BIBLIOGRAFÍA	309
Referencias bibliográficas	311
Referencias jurídicas	335
Artículos en prensa	341
Otras fuentes (webs, blogs, etc.)	349
ANEXOS	
I. Instrumentos utilizados en el trabajo de campo	355
II. Composición de la muestra	362
III. Listado de entidades de ODUSALUD	363
IV. Listado de precios de servicios de asistencia sanitaria	366
V. Notificaciones de liquidación por tasas sanitarias en los hospitales valencianos. Febrero 2014	367
VI. Registro de Incidencias. ODUSALUD	375
VII. Rutas o Guías Jurídicas de ODUSALUD	378

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.	Derecho a la protección de la salud para la población indocumentada en los países de la UE 27 y Suiza.	45
Tabla 2:	Ámbitos de observación.	104
Tabla 3:	Distribución de entrevistas realizadas.	105
Tabla 4:	Tipología de entidades de ODUSALUD que han participado en el estudio.	106
Tabla 5:	Grupo 1. Entrevistados miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD.	107
Tabla 6:	Grupo 2. Personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria entrevistadas en el estudio.	111
Tabla 7:	Grupo 3. Trabajadores Sociales de Salud entrevistadas.	113
Tabla 8:	Síntesis de las fuentes utilizadas en el estudio.	115
Tabla 9:	Evolución de la población extranjera entre 2003-2016 (València, a 1 de enero).	120
Tabla 10:	Principales nacionalidades de los extranjeros con residencia efectiva (València. 2015).	121
Tabla 11:	Principales grupos de edad de la población extranjera (València. 2015).	122
Tabla 12:	Población extranjera por tiempo de residencia y área geográfica (nacionalidad) (València. 2015).	123
Tabla 13:	Población extranjera con mayor tiempo de residencia (Principales nacionalidades ≥ 4 años) (València. 2015).	124
Tabla 14:	Barrios con mayor porcentaje de población inmigrante y nacionalidades más frecuentes (València. 2015).	126
Tabla 15:	Población extranjera en España y en la Comunitat Valenciana. 2008-2016.	127
Tabla 16:	Evolución de las concesiones de nacionalidad por residencia en la Comunitat Valenciana.	128
Tabla 17:	Extranjeros con certificado de registro, tarjeta de residencia o con autorización de estancia por estudios en vigor en la Comunitat Valenciana y sus provincias. 2011-2016.	129
Tabla 18:	Evolución de la tasa de paro por nacionalidad en España y la Comunitat Valenciana (1 ^{er} Trimestre).	131
Tabla 19:	Población extranjera de terceros países en situación de irregularidad documental en la Comunitat Valenciana (2015-2016).	133

ÍNDICE

Tabla 20: Personas a las que se retira asistencia sanitaria (RDL 16/2012). Comunitat Valenciana.	134
Tabla 21: Tasa de riesgo de pobreza después de las transferencias sociales (< 60% de la renta media equivalente) (% de población de 16 y más años). España.	136
Tabla 22: Riesgo de exclusión social de los hogares en España y la Comunitat Valenciana (%). 2013.	137
Tabla 23: Titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública en España (a partir de lo establecido en el RDL 16/2012, el RD 1192/2012 y la normativa complementaria).	148
Tabla 24.: Grupos vulnerables frente al PVPS.	202
Tabla 25: Vulneración del derecho a la salud reflejada en los Informes de ODUSALUD.	273
Tabla 26: Composición de la muestra de personas entrevistadas.	362

PREÁMBULO

En los últimos años, las políticas de inmigración e integración en la Unión Europea han ido virando hacia posiciones menos garantistas con los derechos de las personas inmigrantes. Estas políticas, a modo de fronteras internas, establecen diferencias entre individuos de orígenes y nacionalidades diversos, y tienden a excluir a determinados grupos de personas del contexto social en el que se encuentran.

Uno de los ejemplos más evidentes que han tenido lugar en España es la sustracción del derecho a la asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación administrativa irregular establecida a partir de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones¹ (en adelante RDL 16/2012). Los cambios establecidos por esta norma están referidos fundamentalmente a la titularidad del derecho a las prestaciones sanitarias del sistema público y las condiciones de acceso para los extranjeros en España, así como a la cartera de servicios y prestaciones y el copago farmacéutico. Esta medida, que se justificó por una “grave dificultad económica sin precedentes” del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por la “pérdida de eficacia en la gestión de los recursos” plantea un nuevo modelo de acceso a las prestaciones sanitarias.

En el marco de las medidas de ajuste económico, el gobierno español ha señalado que, durante el año 2012, se dieron de baja 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros no residentes (Reino de España, 2013), como consecuencia inmediata de la exclusión sanitaria de los servicios públicos de salud de los irregulares establecida en el RDL 16/2012. Asimismo, en diferentes momentos el gobierno ha ofrecido distintas cifras sobre las tarjetas retiradas, sin que se haya indicado cuál es la base del cálculo realizado ni concrete qué número de tarjetas corresponde a personas que habrían abandonado el país (algunas estimaciones hablan de medio millón de tarjetas), a nacionales

1 Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones (BOE, de 24 de abril de 2012, núm. 98, pp.31278-31312).

de Estados miembro de la Unión Europea (UE) o a personas en situación administrativa irregular (Médicos del Mundo, 2014a; Moreno, 2015).

Sin embargo, las condiciones actuales de la sociedad española hacen muy difícil optar al permiso de residencia y de trabajo, tanto por las rígidas condiciones administrativas que se exigen como por la dificultad de obtener un contrato de trabajo en el deteriorado mercado laboral, por lo tanto, la relación que se establece entre la situación de irregularidad y las prestaciones sanitarias hacen muy difícil que ese colectivo pueda acceder a los servicios públicos de salud. Se trata de un colectivo que ha quedado excluido de la asistencia sanitaria pública y relegado a los márgenes de la sociedad española en el ámbito de la salud (REDER, 2016a).

El RDL 16/2012 ha sido cuestionado desde diferentes ámbitos a nivel internacional tanto por Naciones Unidas por como por instituciones del ámbito europeo, y a nivel nacional ha recibido el rechazo de organizaciones médicas, científicas y entidades no gubernamentales. Además, se ha producido una amplia respuesta ciudadana que se ha concretado en la puesta en marcha de iniciativas en defensa del derecho a la salud de carácter universal (Suess, Ruiz, Ruiz, y March, 2014). La limitación para los inmigrantes irregulares en el acceso al sistema público sanitario, como consecuencia de la aplicación de la nueva normativa, ha marcado un punto de inflexión en el modelo de asistencia sanitaria pública en España y han sido valoradas como algo injusto, ineficaz y peligroso para la salud (Médicos del Mundo, 2014b), así como una medida inmoral que atenta contra los principios éticos del personal sanitario (Porter y cols., 2015). Igualmente, la exclusión sanitaria es vista como un “ataque frontal al derecho a la salud, especialmente a las bases para la universalización del mismo”, ya que supone una vulneración del contenido mínimo del derecho a la salud desde los estándares internacionales, sin que exista una justificación fundamentada de estas medidas restrictivas (Solanes, 2014, p. 133) y, a juicio de Mora (2013a), “es un ejemplo de acción política discriminatoria que institucionaliza la violencia hacia colectivos concretos de población” (p. 1042).

Realizar un acercamiento a esta realidad, como se pretende en este estudio, es relevante por varias razones. Por un lado, la importante presencia de inmigrantes en la sociedad actual reclama una respuesta por parte de los poderes públicos y por parte de la ciudadanía. Y, por otro lado, la salud es un ámbito fundamental en el desarrollo de la vida humana y la falta de un compromiso explícito frente a las necesidades que plantea puede tener consecuencias significativas tanto en los individuos afectados como en el conjunto de la sociedad.

Efectivamente, los movimientos migratorios tienen efectos relevantes en las sociedades de tránsito y destino. En España, la llegada de ciudadanos extranjeros ha experimentado una rápida evolución, especialmente desde el año 1985, y con una mayor

intensidad y en menor tiempo que en otros países del entorno europeo. Este incremento se debe, entre otros motivos, a la demanda de mano de obra poco cualificada dirigida a sectores como la agricultura, la construcción, los cuidados personales y domésticos, favorecida por el auge económico y la búsqueda de empleo por parte de personas procedentes de territorios como África subsahariana, norte de África, países latinoamericanos, Europa del Este o China, pero también ha supuesto un cambio en las pautas demográficas y ha tenido un papel relevante en el crecimiento económico, al tiempo que ha aportado diversidad y enriquecimiento a la sociedad, (Cuadra, 2010; Simó, Méndez y Fabuel, 2012).

Entre las repercusiones de la migración en España, Mora (2011a) identifica cinco tipos de impacto. En primer lugar, sobre el mercado de trabajo, donde ésta pasó a ocupar nichos abandonados por la población autóctona (construcción, servicios y trabajos domésticos), con peores condiciones laborales, y propiciándose “la aparición de un mercado de trabajo segmentado que inserta de maneras diferentes a las personas en función de su origen nacional y situación administrativa” (p. 9). En segundo lugar, ha tenido un efecto directo sobre la economía y, de manera más visible, sobre la economía informal, principal foco de atracción de los “sin papeles” y ha favorecido el crecimiento del tejido comercial y urbano en determinados barrios, los comercios de carácter étnico o la dinamización del mercado de viviendas de alquiler (p.11). En tercer lugar, ha tenido un impacto en los servicios públicos, donde la llegada de inmigrantes no se ha visto respaldada con una mayor inversión pública en servicios de salud, educativos o sociales, generándose como consecuencia un conflicto social en torno a unos recursos cada vez más escasos y ahondándose la percepción de este colectivo como amenaza (p.12). En cuarto lugar, se han producido cambios demográficos significativos como el rejuvenecimiento de la , la cobertura de la tasa de reemplazo y el aumento de la población activa (p. 13). Un quinto y último impacto, la rápida incorporación de la inmigración dificulta el proceso de configuración de la sociedad española como sociedad de acogida, condicionada también por los discursos está referido a la convivencia en la diversidad que presentan al “otro” como una amenaza y que, con frecuencia, provienen desde el ámbito de la política o los medios de comunicación y afianzan los tópicos sociales preexistentes, generando un contexto propicio para el conflicto (p. 14).

Efectivamente, la llegada de extranjeros a España se ha producido en un periodo de tiempo relativamente corto, y esta incorporación ha ido creciendo y diversificándose. En el año 2002, sumaban 1,7 millones de personas, aproximadamente el 4,4% del total en España, y en 2010 alcanzaban los 5,4 millones, representando el 11,6%. Sin embargo, a partir de ese momento se ha producido una progresiva reducción de los extranjeros en España, situándose en el 10,1% de la población en el año 2014, cerca

de 4,7 millones de personas, y en el 9,5% en 2016, unos 4,4 millones (INE, 2017a). La disminución de extranjeros empadronados puede explicarse por varios motivos, por un lado, la adquisición de la nacionalidad española, por otro lado, la salida del país por retorno al lugar de origen o por continuar el proceso migratorio en otro destino y, finalmente, la baja en el padrón municipal.

En relación a las personas en situación administrativa irregular, no es fácil encontrar datos ni realizar una estimación precisa. Además de que las estadísticas oficiales carecen de la suficiente actualización (Solanes, 2015), la situación de irregularidad hace difícil identificar y cuantificar a los “sin papeles”, por lo que no es posible obtener información fidedigna sobre este colectivo a partir de fuentes directas.

El Proyecto Clandestino², basándose en diferentes fuentes, como el padrón, los permisos de residencia y regularización, y las estadísticas oficiales de empleo, estimaba que en 2005 en España, este colectivo superaría la cifra de 1.200.000 personas, mientras que en 2008 su número habría descendido aproximadamente a 354.000 personas (Clandestino Project, 2009, p. 74). Más recientemente, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2016, p. 123) ha situado la cifra de personas irregulares en España en 2015 en torno a 387.000, basando sus cálculos en los datos de ciudadanos empadronados no comunitarios y en los de ciudadanos con certificado de residencia proporcionados por el Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). Sin embargo, ASTI-Alicante señala que la cifra a 1 de enero de 2015 sería de 170.032 personas (2015, p.17), una cifra considerablemente inferior, haciendo también un cálculo estimado a partir del padrón y del registro de permisos de residencia y de asilo (OPI).

En relación a la Comunitat Valenciana, ámbito geográfico donde se enmarca esta tesis, ASTI-Alicante calcula que la población inmigrante en situación administrativa irregular a 1 de enero de 2015 sería de 43.283 personas; número algo inferior al que se ha obtenido en el presente estudio para el 1 de enero de 2016 a través de diferentes fuentes estadísticas y que sería de 49.201 personas³, una cifra también estimada.

2 El Proyecto Clandestino ha tenido por objetivo el análisis y seguimiento de los movimientos de inmigrantes irregulares (datos, estudio de tendencias, etc.) en algunos países del entorno europeo, entre los que se encuentra España, y algunos países de tránsito, para ayudar en el diseño de las políticas públicas. Es una iniciativa de carácter interdisciplinar y ha estado financiado por la Comisión Europea. Puede consultarse más información en la web del Proyecto (<http://clandestino.eliamep.gr>).

3 Para realizar esta estimación se ha hecho uso de varias fuentes estadísticas. Por un lado, los datos del padrón continuo que proporciona el INE. Por otro lado, las cifras que proporciona el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a través del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI, 2017) sobre los nacionales de terceros países con permiso de residencia en el Régimen General, con permiso de residencia por el Régimen de libre circulación de la UE (familiares, etc.) y con permiso de residencia por estudios. Y finalmente, las cifras que ofrece el Ministerio sobre los solicitantes de asilo (Ministerio del Interior, 2015).

Al mismo tiempo, la salud juega un papel esencial en el desarrollo de los individuos y de las sociedades y, además, el colectivo inmigrante es uno de los más vulnerables por su mayor exposición a peores determinantes sociales de la salud, como menores ingresos económicos, precariedad en el empleo y peores condiciones de vida (Vázquez, Vargas, y Aller, 2014). Por ello, el acceso a los servicios públicos de protección de la salud no constituye por sí mismo la garantía de ese derecho, sino que se requiere además una adecuada intervención en el conjunto de aspectos que condicionan la salud de la población y sobre los que los gobiernos también tienen responsabilidades (vivienda, condiciones de vida, medio ambiente, etc.). Como consecuencia de lo anterior, se podría afirmar que la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria no tiene capacidad por sí sola para equilibrar los niveles de salud entre distintos colectivos y distintas clases sociales (Cockerham, 2002), pero también es cierto que garantizar la asistencia en función de la necesidad y no de la capacidad de pago de los individuos y familias, constituye un requisito de justicia social y es la mejor estrategia en la lucha contra la desigualdad (Puyol, 2012).

El derecho a la salud, vinculado a la dignidad de la persona, está reconocido en numerosas declaraciones de carácter internacional que España ha ratificado, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1966), la Carta Social Europea (1961) o la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000). En el contexto nacional, la protección a la salud está reconocida en el artículo 43 de la Constitución, que establece la competencia de los poderes públicos en la organización y tutela de la salud pública, a través de políticas preventivas y prestación de servicios. Aunque no tiene el reconocimiento como derecho fundamental, sí exige a los poderes públicos el desarrollo de políticas que permitan hacerlo efectivo (Solanes, 2014). A partir de acuerdos políticos e institucionales, y con un modelo basado en la descentralización territorial en las Comunidades Autónomas (CCAA), las políticas públicas en España han posibilitado el ejercicio del derecho a la salud alcanzando una protección de carácter universal, entendida ésta como “la extensión de la acción protectora con un contenido homogéneo financiado públicamente para todos” (Sevilla, 2006, p.7). Esta universalización se hizo efectiva también a la población extranjera que viviera en España, a partir de la Ley Orgánica 4/2000 (en adelante LODYLE)⁴, que en su artículo 12.1 reconocía, inicialmente,

4 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre; por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre; por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre; por la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio; por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril; por la Sentencia 17/2013, de 31 de enero, del Tribunal Constitucional; por la Ley Orgánica 4/2013, de 28 de junio; por la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo y por la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de

el derecho a la asistencia sanitaria con independencia de la situación administrativa y ha permanecido así hasta el RDL 16/2012.

Por todo ello, partiendo de la universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos para todas las personas (NNUU, 1993) y del principio de “no regresión” en la garantía de derechos, algo a lo que se ha comprometido el Estado español a través de la ratificación de los tratados internacionales, no resulta congruente que un derecho que ya había alcanzado el carácter de universal en España, pueda ahora restringirse, como contempla el RDL 16/2012 (Mora, 2015). Durante el periodo de expansión de la economía española que ha requerido la llegada de mano de obra inmigrante, la protección a la salud ha sido considerada un instrumento de integración y cohesión en la sociedad (Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, 2011). En cambio, el contexto de crisis económica es utilizado para justificar un desigual reconocimiento de este derecho en función de la situación administrativa de los ciudadanos que se encuentran en España.

20

García Roca (2010), llama la atención sobre cómo las migraciones constituyen un lugar donde poder ver reflejadas las condiciones de una sociedad, tanto sus contradicciones como sus oportunidades. Este autor, citando a Horkheimer (1986), hace referencia a cómo para conocer la esencia más profunda de la sociedad, incluso aquella que parece más oculta, es importante desplazarse a la periferia y conocer sus límites. Y es ahí, en los límites, en los bordes de la sociedad, donde quedan las personas inmigrantes en situación administrativa irregular. Aguilar (2014) también incide en este planteamiento y señala que “la inmigración refleja, de forma aumentada y exacerbada, la imagen de nuestra propia realidad social” (p.45). Por su parte, Sayad (2010) advierte que contemplar la inmigración sólo desde una perspectiva económica, en función de su utilidad como mano de obra en las sociedades de recepción, supone un riesgo porque olvida otro tipo de análisis de carácter ético y político.

Desde un planteamiento que coincide con la universalidad de los derechos humanos y la igualdad en el reconocimiento de todas las personas en la sociedad en la que viven, la investigación que aquí se presenta aborda las consecuencias de la pérdida del derecho a la protección pública de la salud de la población inmigrante en situación administrativa irregular a consecuencia del RDL 16/2012.

La investigación se ha desarrollado en la Comunitat Valenciana debido a que en ella confluyen tres elementos que favorecen el acercamiento al objeto de estudio: la experiencia de la Comunitat como región receptora de inmigración, el desarrollo de un

programa específico de asistencia a las personas excluidas por el RDL 16/2012, y una respuesta “contundente” por parte de la sociedad civil a la exclusión sanitaria.

El primer factor a tener en cuenta es que la Comunitat Valenciana es un territorio con una amplia trayectoria de recepción de inmigrantes. Esta región se encuentra en el corredor de la costa mediterránea, caracterizado por su dinamismo económico y por poseer una gran concentración de población, lo que ha favorecido las oportunidades de empleo, que se conjugan en el sector agrícola, un tejido industrial desarrollado y un pujante sector turístico, aunque la distribución por nacionalidades de los extranjeros que residen de forma habitual en la región es dispar entre las tres provincias (Torres y Moncusí, 2015). Pero, además, València configura, junto con Madrid y Barcelona, el grupo de áreas metropolitanas de gran recepción de inmigración extracomunitaria en España, a las que se añaden otras ciudades como Sevilla, Bilbao, Málaga o Zaragoza (p.152). En concreto, en la ciudad de València, con cerca de 800.000 habitantes, hay una presencia importante de población extranjera que se sitúa en el 11,9% en el año 2015 y en el 12,2% en 2016 (INE, 2017b), siendo superior a la del territorio español que ha sido del 9,6% para 2015 y del 9,5% para 2016 (INE, 2017a). Estos aspectos conducen, previsiblemente, a una mayor incidencia de la exclusión sanitaria que en otros lugares.

Un segundo elemento tiene relación con el hecho de que, además de la aplicación del RDL 16/2012 en la Comunitat Valenciana, las autoridades regionales han puesto en marcha un programa específico de atención sanitaria dirigido a los “sin papeles” excluidos del sistema público: el Programa Valenciano de Protección de la Salud (PVPS), que establece un elemento diferencial en el nuevo marco de acceso a las prestaciones sanitarias.

Y, como tercer y último aspecto, la exclusión sanitaria de los “sin papeles” ha generado una respuesta en la sociedad civil a través del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD), que aglutina a un importante número de entidades sociales y ha desarrollado una labor de denuncia, reivindicación e incidencia a favor del reconocimiento del derecho universal a la salud.

Al mismo tiempo y dado que, al ser la capital de la región en esta ciudad se concentran las principales acciones de denuncia política y actividades de carácter reivindicativo desarrolladas en torno a la defensa del derecho universal a la salud, la investigación se ha centrado en la ciudad de València ya que ofrece un marco de estudio de especial interés.

El objetivo general de la investigación es conocer las consecuencias de la exclusión sanitaria de la población inmigrante que reside en situación administrativa irregular en la Comunitat Valenciana. Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

1. Describir el marco de protección del derecho a la salud de la población inmigrante en España y la Comunitat Valenciana a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012.
2. Analizar el acceso de las personas inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud en la Comunitat Valenciana a consecuencia del RDL 16/2012.
3. Identificar las estrategias y prácticas desarrolladas para facilitar el acceso de la población excluida a los servicios de salud.
4. Indagar sobre los efectos que la exclusión del sistema público de salud tiene sobre las condiciones de vida de la población extranjera en situación irregular.
5. Analizar la experiencia del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD) como respuesta ciudadana ante la exclusión sanitaria de la población inmigrante

22

Para Laparra y cols. (2007) la exclusión es un fenómeno complejo, que conjuga la existencia de diferentes dimensiones y factores, e incluye también un componente subjetivo, que debe ser tomado en cuenta en el acercamiento a la realidad. En consecuencia, es relevante acceder a esa perspectiva subjetiva y comprender las vivencias de quienes la sufren y de quienes se enfrentan a ella cotidianamente. Por ello, se ha desarrollado un estudio que combina el uso de diferentes metodologías que permiten conocer, por un lado, el nuevo marco de protección de la salud, y, por otro, la situación de exclusión de los “sin papeles” y el cómo y el por qué de la respuesta ciudadana.

La investigación se estructura en dos partes diferenciadas: la primera pretende sentar las bases del estudio y la segunda presenta los resultados obtenidos en el mismo. Por ello, en la primera parte, el capítulo 1 aborda un marco de referencia de carácter conceptual, teórico y jurídico sobre el derecho a la salud, el reconocimiento y exclusión de los inmigrantes en las sociedades de acogida, y el papel activo de la sociedad en la transformación social. A continuación, el capítulo 2 presenta el planteamiento metodológico desarrollado en la investigación.

En la segunda parte, tras una introducción que permite conocer la realidad de las personas de origen extranjero en València en el momento del estudio y una aproximación a los datos de la población excluida, se analizan los resultados obtenidos. En primer lugar, a partir de un análisis sociojurídico, el capítulo 3 aborda el nuevo marco de acceso a las prestaciones sanitarias para las personas en situación administrativa irregular establecido en el RDL 16/2012, en qué elementos se justifica la exclusión sanitaria y cuáles son las principales reacciones producidas (objetivo 1). A continuación, a partir del acercamiento a las experiencias y percepciones de las personas entrevis-

tadas, se plantea el análisis del resto de los objetivos. Así, en el capítulo 4 se presenta el modo en el que la población irregular accede a los servicios públicos de salud según el nuevo marco establecido en la norma estatal y en el Programa Valenciano de Protección a la Salud (objetivo 2). Posteriormente, en el capítulo 5, se trata de mostrar los efectos y consecuencias que la exclusión sanitaria tiene sobre las personas excluidas (objetivo 4). El capítulo 6 presenta los resultados obtenidos en relación a la respuesta de la sociedad civil valenciana a través del análisis de la experiencia de ODUSALUD (objetivo 5). En lo referido a las estrategias y prácticas desarrolladas en el acceso a los servicios públicos de salud (objetivo 3), los resultados se presentan enmarcados en cada uno de los ámbitos donde se han identificado, a lo largo de los capítulos 4, 5 y 6. Finalmente, en el capítulo 7 se recogen las principales conclusiones que se derivan del análisis realizado.

Es relevante tomar en cuenta que, tras las elecciones autonómicas de mayo de 2015, se han producido cambios, tanto en el gobierno de la Comunitat Valenciana, como en otras comunidades autónomas, que han tenido repercusiones directas en el reconocimiento de la asistencia sanitaria pública a los “sin papeles”. Por ello, se ha incluido un Epílogo en el que se incorporan algunos de los elementos que han dado continuidad a la realidad estudiada.

PRIMERA PARTE

**PLANTEAMIENTO
DE LA INVESTIGACIÓN**

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y MARCO JURÍDICO

En la presente investigación confluyen tres realidades diferenciadas. En primer lugar, la protección a la salud así como la evolución de la garantía de este derecho en España y la Comunitat Valenciana; en segundo lugar, el reconocimiento de los derechos sociales a la población inmigrante en la sociedad de recepción, especialmente cuando se encuentra en situación administrativa irregular; y en tercer lugar, el papel de la sociedad civil en la defensa de los derechos y en las transformaciones relevantes en la sociedad. A continuación, se abordan los principales referentes de carácter conceptual y teórico, así como el marco jurídico que delimitan estos ámbitos.

La salud de las poblaciones ha sido una preocupación constante ya desde finales del s. XIX y, de forma más acusada en el s. XX tras la II Guerra Mundial. Por ello, ha sido considerada como uno de las necesidades fundamentales de la persona y su protección a través de los servicios de salud como una herramienta fundamental para el desarrollo y la justicia social⁵ (OMS, 1978), al tiempo que se ha reconocido que el acceso a este tipo de servicios constituye uno de los determinantes sociales de la salud (WHO, 2011). Si bien la protección de los ciudadanos ha ido adquiriendo un mayor protagonismo, la atención ofrecida a los extranjeros ha sido particularmente compleja, al tratarse de ciudadanos a los que se les reconoce diferente cualidad jurídica a la de la población autóctona, y sin ningún tipo de reconocimiento en el caso de aquella que se encuentra en situación administrativa irregular. Desde finales del siglo XX los movimientos migratorios internacionales han alcanzado una gran importancia tanto en número como en el papel que juegan en las sociedades modernas. Como consecuencia, ha sido necesario replantear el reconocimiento de los migrantes en los contextos de recepción.

5 Esta perspectiva se recoge en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata, en 1978.

1.1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Para abordar el ámbito de la protección a la salud se realiza una aproximación a los diferentes elementos que la delimitan, como su conceptualización y contenido, la perspectiva de la salud como derecho y los cuestionamientos que se plantean ante su reconocimiento, así como los distintos sistemas de protección de la salud en el contexto occidental.

1.1.1. La salud y sus determinantes

La salud hace referencia no sólo a la presencia o ausencia de enfermedad o a la alteración de aspectos biológicos, sino a un conjunto de condicionamientos y características que se relacionan con el bienestar de las personas. Por eso, su abordaje, además de los parámetros de carácter biomédico, debe contemplar perspectivas más amplias y, por ello, también las ciencias sociales han abordado la relación entre la salud y la enfermedad desde diferentes ópticas.

Desde una perspectiva sociológica, surge el interés por el estudio de cómo la salud determina la capacidad de las personas para poder desarrollar su vida de forma cotidiana y constituye un elemento esencial para que los individuos y las sociedades puedan tener un desarrollo adecuado. Así, la percepción de salud no se relacionaría tanto con la ausencia de problemas como con la capacidad o no para realizar adecuadamente las actividades que se desean, poniendo especial atención a los aspectos sociales de la salud y la enfermedad, así como a la conducta social que se relaciona con ellas. No existe un modelo único que explique los comportamientos de las personas en la búsqueda de asistencia médica, aunque entre las variables que determinan este tipo de elecciones se encuentran la autopercepción de la gravedad de los síntomas y la capacidad para pagar los servicios. Igualmente, en la percepción de la enfermedad juegan un papel esencial las redes sociales personales que influyen tanto en la consideración de los síntomas como en los procesos de búsqueda de ayuda. Esto se debe a que la conducta frente a la enfermedad es adquirida por la socialización y las experiencias vividas, donde el entorno social juega un papel determinante. Desde esta perspectiva se realiza un abordaje orientado a cómo la ausencia de salud viene determinada por la confluencia de estilos de vida no saludables, conductas de alto riesgo y, fundamentalmente, determinados factores sociales que condicionan la salud de las personas, de los grupos o de la sociedad en su conjunto (Cockerham, 2002).

Desde un enfoque antropológico, la salud y la enfermedad constituyen un binomio en el que confluyen aspectos biológicos referidos al funcionamiento del cuerpo, aspec-

tos psicológicos y culturales sobre la experiencia particular de la enfermedad, así como elementos referidos al papel de la salud y la enfermedad en el contexto sociocultural específico (Comelles y Martínez, 1993). Elementos como hábitos dietéticos, rasgos culturales o cuidados materno-infantiles entre otros, tienen su raíz en las particularidades del lugar de origen de la población y constituyen condicionantes de la salud (Allué, 2000; Jansá y García de Olalla, 2004).

La propia existencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya muestra el papel relevante que la comunidad internacional otorga a la salud. Esta Organización en su Constitución de 1946, reconoce el logro del estándar máximo de salud como uno de los derechos fundamentales de cada persona, con independencia de su raza, religión, opción política o condición económica y social (OMS, 1946)⁶, y definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad” (p. 1). Esta concepción recoge la preocupación no sólo por los aspectos orgánicos y biológicos, sino también por los ámbitos humanos y sociales y su trascendencia en la mejora de las condiciones de vida de las personas. De forma progresiva, en el marco de las diferentes conferencias de la OMS, se han incorporado otros elementos que deben ser tomados en consideración ante el objetivo de alcanzar óptimos niveles de salud, tanto a nivel individual como de la sociedad en su conjunto. Entre estos aspectos, como se puso de relevancia en la Conferencia de Alma Ata (OMS, 1978), se ha reclamado una perspectiva que supere la centralidad de la tecnología médica y tome en cuenta parámetros de justicia social y de participación comunitaria, reconociendo el importante papel de la atención primaria y de los sistemas sanitarios en este propósito. Igualmente, en la Conferencia de Ottawa (OMS, 1986), se ha señalado la importancia de factores como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, el ecosistema estable, la justicia social o la equidad, considerándolos como prerrequisitos para la salud (Lema, 2012).

El llamado Informe Lalonde (1981) constató la existencia de un conjunto de factores con gran incidencia en la vida de las poblaciones. Entre estos factores se hace referencia a la biología humana, comprendiendo los aspectos físicos y mentales que se desarrollan en el cuerpo como consecuencia de la biología básica del ser humano, incluyendo la herencia genética y los procesos de envejecimiento, y los diferentes sistemas complejos internos (esquelético, nervioso, muscular, endocrino, digestivo, etc.); por otro, a los modos de vida, que constituyen el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las que el individuo tiene un mayor control; y finalmente,

6 La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Salud, celebrada en Nueva York el 22 de junio de 1946, y entró en vigor finalmente en 1948.

al entorno o medio ambiente, que corresponde a aspectos externos que inciden sobre el cuerpo humano, y sobre los que la acción individual es limitada, como la disponibilidad y acceso al agua, la alimentación, la calidad del aire, o condiciones saludables. Estos factores junto con la acción de los sistemas sanitarios ejercerían un papel determinante en la consecución de la salud.

Al mismo tiempo, diferentes estudios realizados en torno a la salud de las poblaciones han evidenciado la existencia de desigualdades en las condiciones de salud entre grupos humanos que no están directamente relacionados con las elecciones de los individuos, sino con las condiciones de vida. Así, en Gran Bretaña, en contextos de igual acceso a servicios públicos de salud, se ha constatado la existencia de diferencias en el estado de salud, que tienen que ver directamente con el llamado gradiente social de salud relacionado con la posición social, mostrando que el origen de esas diferencias se encuentra en el entorno social. Otros estudios realizados en contextos donde conviven grupos de población de diferente origen étnico, han puesto de manifiesto que las principales desigualdades en la salud de las personas no tienen un origen genético ya que, aunque éstas existen, las principales diferencias se relacionan fundamentalmente con la estructura de clase, con los factores sociales, económicos, políticos, que afectan a las clases más desfavorecidas en las sociedades desarrolladas y en especial a las minorías (Cockerham, 2002; Giddens, 2010).

Los avances en el estudio de la salud revelan que ésta no es el resultado de la suma de características personales y elecciones o comportamientos individuales. Es decir, además de las características de los propios individuos, las desigualdades sociales, entendidas como las “diferencias sistemáticas en el estado de salud entre distintos grupos socioeconómicos” (Whitehead y Dahlgren, 2010, p.14) predisponen la salud de las poblaciones. Factores como el estrato socioeconómico, su relación con la posibilidad de movilidad social, el uso diferente de servicios sanitarios, la prevalencia de factores de riesgo (tabaquismo, alcohol, falta de ejercicio físico, etc.), el grado de apoyo y soporte social, el nivel de estrés en el trabajo o la susceptibilidad generalizada a la enfermedad, configuran las condiciones y oportunidades de vida (Cockerham, 2002; Benach y Muntaner, 2005; Boixareu, 2008; Hernández-Aguado, Santaolaya, Campos, 2012)⁷.

Dahlgren y Whitehead (1991) señalan que estos determinantes sociales se sitúan en diferentes estratos, desde los más cercanos al individuo, como la edad, sexo o la

7 El Informe sobre la salud mundial 2000 de la OMS, señala los diez factores de riesgo para la salud tanto a nivel mundial como regional, de los que, además, se conocen los medios para ofrecer una solución. Muchos de estos factores se relacionan con situaciones de pobreza y dan lugar a más de la tercera parte de la mortalidad mundial: bajo peso, prácticas sexuales de riesgo, hipertensión arterial, tabaquismo, alcoholismo, agua insalubre y saneamiento e higiene deficientes, carencia de hierro, humo de combustión de sólidos en espacios cerrados, hipercolesterolemia y obesidad (OMS, 2002).

genética, a aquellos que dependen de la estructura socioeconómica de la sociedad. El modelo de análisis utilizado por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, identifica una serie de factores estructurales e intermedios que se sitúan en el origen de las desigualdades en salud que se producen en el país. Entre los factores estructurales se señalan el contexto socioeconómico y político que determina las políticas públicas, así como las relaciones de fuerza y uso del poder que se establecen entre los distintos actores económicos y sociales; junto con estos, se encuentran los ejes de desigualdad que definen la estructura social y determinan las oportunidades (clase social, género, edad, etnia, territorio, etc.). Estos ejes de desigualdad posibilitan que un grupo dominante adquiera privilegios respecto de otros, por lo tanto, está referido al concepto de discriminación. Por otro lado, los factores intermedios de las desigualdades de salud están determinados por esta estructura social, y se refieren tanto a los recursos materiales (condiciones de empleo y precariedad, carga en los cuidados familiares, nivel de ingresos económicos, calidad de la vivienda y el entorno residencial), los procesos psicosociales como el estrés, el apoyo social o el tipo de acontecimientos vitales, las conductas que inciden en la salud y el propio sistema de salud, ya que un menor acceso a los servicios de asistencia o una menor calidad de los mismos tiene como consecuencia mayores problemas en la salud y el bienestar de los diferentes grupos sociales (Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010; Aldasoro y cols., 2012; Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Gerjón, Cabeza, y Borrell, 2014).

Del mismo modo La Parra (2002) señala que existe una importante relación entre el estado de salud y la posición socioeconómica, determinada por aspectos como la clase social, el género, la étnica, la edad, o el lugar de residencia, que establecen las condiciones en las que vive la población que se encuentra en riesgo social, y delimitan las posibilidades vitales de las personas. Además, entre las causas que explican una peor situación de salud, este autor también señala varios factores que se relacionan con la situación de vulnerabilidad y pobreza: en primer lugar, una percepción de salud de carácter funcional, vinculado a la capacidad de realizar tareas productivas; en segundo lugar, este concepto funcional responde a una situación de precariedad económica, por lo que la falta de salud es percibida también como un riesgo económico inasumible; en tercer lugar, el éxito de las intervenciones médicas, con frecuencia, está determinado por las condiciones de vida personales (habitabilidad de la vivienda, imposibilidad hacer frente al coste de los tratamientos, u otros problemas sociales); en cuarto lugar, la existencia de responsabilidades y cargas familiares frente a las que no existe una red de apoyo ante una situación de enfermedad; y en quinto y último lugar, la existencia de una relación de dependencia económica o emocional (p.264).

El colectivo de inmigrantes es especialmente vulnerable al efecto de los determinantes sociales en la salud, porque experimentan con mayor frecuencia situaciones que ponen en riesgo sus condiciones vitales y laborales. De hecho, la propia OMS (2008) ha puesto de manifiesto que las diferentes facetas y riesgos que están asociados al proceso migratorio condicionan los resultados sanitarios, por lo que la migración podría considerarse en sí misma, un determinante social para la salud.

Diferentes estudios señalan la existencia de desigualdades en la salud entre las personas inmigrantes y las autóctonas. Para Porthé y cols. (2009) la desigualdad de los inmigrantes es consecuencia de la posición que este colectivo ocupa en la sociedad, es decir el estatus de inmigrante constituye el eje mismo de la desigualdad. Las consecuencias derivadas de la precariedad laboral “extrema” (inestabilidad, ausencia de empoderamiento, desprotección legal, elevada vulnerabilidad jurídica y legal, bajos salarios, ausencia de derechos laborales, largas jornadas y trabajo acelerado), agravada entre los trabajadores irregulares que se encuentran en la economía informal, reflejan situaciones de carga física y psíquica que revierte en un aumento de la morbilidad psiquiátrica, prevalencia de enfermedades crónicas, riesgo de trastornos mentales y peor salud percibida. Hernández y Jiménez (2009) señalan que las personas con menos ingresos acumulan más problemas de salud, como los relacionados con la salud autopercebida, las limitaciones en salud y problemas de salud mental diagnosticados. Si bien las desigualdades de salud de origen socioeconómico se producen por igual entre autóctonos e inmigrantes, el nivel de salud de ésta última se deteriora aún más por la posible existencia de barreras en el acceso a los servicios sanitarios y las condiciones laborales. García y cols. (2009) señalan como factores de la vulnerabilidad de la población inmigrante una situación de mayor necesidad económica, inseguridad y miedos derivados de la irregularidad y el desconocimiento de los derechos, y una pequeña utilización de los sindicatos; como consecuencia son objeto de situaciones de abuso y fraude por parte de empleadores, situación que se agrava entre los “sin papeles”. En el sector doméstico, con una práctica totalidad de contratación femenina, es donde concentran las mayores anomalías en cuanto a temporalidad y precariedad; así, la salud laboral o la prevención de riesgos pasa a un segundo o tercer plano. Asimismo, De Haas (2007) señala que, frente a las barreras existentes, este colectivo se ve obligado a escoger entre las necesidades a las que se debe dar respuesta y que, ante la falta de una red social de apoyo, se agravan las condiciones de riesgo. En definitiva, se trata de barreras que, si bien afectan al inmigrante, dependen del contexto socioeconómico e institucional en el que éste se encuentra. A este conjunto de factores, se le añade el estrés generado por el propio proceso migratorio, cuyos efectos son especialmente graves entre los grupos con mayores necesidades de salud (menores, mujeres y ancia-

nos) y entre las personas que no pueden acceder a los servicios de salud, como es el caso de los “sin papeles” (Schultz, 2014).

Desde la perspectiva de la salud mental, el proceso migratorio es un factor de riesgo, especialmente cuando la persona es vulnerable, bien por falta de salud, sufrir discapacidad, o si el estrés provocado es muy alto y, aunque el estrés y el duelo migratorio forman parte de la experiencia de migrar, se producen casos en los que se convierte en una crisis permanente, es lo que Achotegui ha denominado el síndrome de Ulises (Achotegui, 2009). Entre los estresores que caracterizan este síndrome se encuentran la ruptura del apego, la desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio y la falta de oportunidades, la lucha por responder a las necesidades básicas de supervivencia, y el miedo provocado por los riesgos de este proceso (viajes, mafias, expulsiones, carencia de derechos, etc.). Otros factores potencian estos estresores, como son la coexistencia de varios de ellos, la cronicidad de la situación o la ausencia de autoeficacia, el déficit de apoyo social o la asistencia inadecuada de esta enfermedad en el sistema sanitario y asistencial. Achotegui (2012), señala además que las migraciones que tienen lugar en el s. XXI se desarrollan en condiciones especialmente difíciles que empeoran los estresores que afectan a la población migrante, a una situación ya crítica se ha añadido el estrés social, provocado por las barreras sociales, la falta de oportunidades, la persecución o la exclusión social, unos factores que además tienen un carácter estructural y responden al modelo social, económico y político.

1.1.2. El reconocimiento del derecho a la salud

El reconocimiento del derecho a la salud se concreta en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. En su formulación se reconoce como una realidad compleja formada por diferentes elementos y relacionada con otros derechos:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (art. 25.1).

En sí, el derecho a la salud no garantiza un resultado de ausencia de enfermedad, sino que hace referencia al uso de medios para la protección de la salud, tanto en la asistencia médica como en la garantía de condiciones saludables (acceso a agua potable, salud ambiental, salud laboral, etc.), o la protección en caso de enfermedad. Esto supone el reconocimiento de que la salud, y la asistencia médica como medio de obtenerla, confluyen en el logro de una vida adecuada, además de encontrarse vinculada

estrechamente con otros derechos reconocidos en esta Declaración, como el mismo derecho a la vida. Como ya se ha indicado anteriormente, si bien el derecho a la salud no se reduce a la asistencia médica, ésta aparece como uno de los principales elementos integrantes del derecho (Lema, 2009; 2012).

El derecho a la salud se recoge expresamente en el Pacto Internacional de Derechos Económicos sociales y Culturales (PIDESC) (NNUU, 1966a) que, junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (NNUU, 1966b), recogen el catálogo de derechos humanos, precisándolo y desarrollándolo. E igualmente, el derecho a la salud se encuentra reconocido en los diferentes sistemas internacionales de protección de los derechos de carácter regional, en el ámbito europeo, americano y africano⁸, que han venido a conformar el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (Rodríguez de las Heras, 2012). Asimismo, la comunidad internacional ha refrendado la igual consideración de todas las personas y que “todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”, como se recoge en la Declaración de la Conferencia de Viena (NNUU, 1993, núm. 5).

El PIDESC contempla expresamente el derecho a la salud en el art. 12, donde se indica que “los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Implica el compromiso de los Estados en su garantía, sin discriminación por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”. E, igualmente, establece su obligación de adoptar las medidas necesarias para “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (CESCR por sus siglas en inglés), encargado de desarrollar este Pacto, interpreta el contenido de ese artículo a través de la Observación General nº 14 (CESCR, 2000). En este documento se hace mención a que el contenido del derecho a la salud está referido a la atención oportuna en salud, a la atención al conjunto de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana y que constituyen determinantes básicos para la salud (alimentación, vivienda, acceso a condiciones sanas en el trabajo el medio ambiente y agua potable, etc.), así como a la participación de la población en la toma de decisio-

8 El derecho a la salud aparece recogido en los diferentes sistemas regionales de Derechos Humanos. En el sistema europeo aparece recogido tanto en la Carta Social Europea de 1961 (art. 11, 13 y 19.2) como en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2007 (art. 31.3 y 35). En el caso del sistema americano, se refleja en diferentes declaraciones: Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre (artículo XI) y el Protocolo de San Salvador (artículos 11, 15.3b y 17). E igualmente en el Sistema Africano: Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (artículos 11 y 16).

nes. Igualmente, entraña libertades (el control del propio cuerpo y la salud) y derechos (acceso a un sistema de protección de la salud). La garantía de protección del derecho debe reunir unos requisitos esenciales de disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud), accesibilidad (no discriminación y accesibilidad geográfica, económica y a la información), aceptabilidad (servicios respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados) y calidad. Todos estos aspectos permiten considerar el derecho a la salud como un “derecho inclusivo” que contiene factores que promueven las condiciones de vida dignas para los individuos, así como su participación en la toma de decisiones relacionadas con este ámbito (Solanes, 2015, p. 342).

Al mismo tiempo, conlleva la obligatoriedad de los poderes públicos en ese compromiso. La Observación nº 14 especifica tres niveles de obligaciones: respetar, proteger y cumplir. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de cualquier acción que suponga “denegar o limitar” el acceso al disfrute del derecho o a los servicios de salud, a cualquier persona, incluidos los inmigrantes en situación irregular. La obligación de proteger implica que los Estados deben impedir que terceros interfieran en las garantías del derecho, incluyendo la obligación de “velar porque la privatización del sector de salud no represente una amenaza”. Por su parte, la obligación de cumplir supone facilitar, proporcionar y promover el derecho. Esto último requiere la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales o de cualquier otro tipo para hacer efectivo el derecho, así como la promoción y el mantenimiento y el restablecimiento de la salud. El reconocimiento y el ejercicio del derecho a la salud implica, por tanto, la existencia de un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, es decir facilidades, bienes, servicios y condiciones adecuadas. Por tanto, los Estados deben adoptar las medidas “para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental” (Observación nº 14, núm. 34-37).

No obstante, pese al reconocimiento internacional del derecho a la salud, diferentes planteamientos cuestionan el nivel de las obligaciones de los Estados respecto a su protección. Aspectos como la diversidad de elementos que integran la salud, o la formulación del derecho en términos de posibilidad, como es el alcanzar el nivel más alto posible de salud, son entendidos desde la perspectiva de que los Estados puedan tener un cierto margen de actuación o que se trate de un derecho que pueda no ser considerado de “obligado cumplimiento” (Mediano, 2009).

Entre los cuestionamientos existentes, por un lado, se hace referencia a que los derechos recogidos el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Cultu-

rales (PIDESC) tienen una diferente cualidad jurídica que los reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. La diferencia se sitúa en que los derechos civiles y políticos son considerados derechos de libertad y de dignidad, por lo tanto, de cumplimiento inmediato, mientras que los derechos económicos, sociales y culturales son considerados derechos de igualdad y se entienden obligaciones de cumplimiento progresivo. Esta perspectiva incide en el análisis del papel que desarrolla el Estado en el reconocimiento de esos derechos para hacerlos efectivos. Los derechos civiles y políticos están delimitados conceptualmente, implican mayoritariamente obligaciones de abstención para los poderes públicos –no suponen la intervención directa- y tienen una dimensión individual. Por el contrario, los derechos sociales tienen una formulación menos concreta, implican la actuación de los poderes públicos –lo que representa una inversión económica en ocasiones cara y compleja- y tienen una dimensión colectiva, lo que hace más difícil su protección (Pisarello, 2009).

36

Este planteamiento se apoya en la Observación nº 3 sobre La índole de las obligaciones de los Estados Parte (CESCR, 1990), instrumento de desarrollo del PIDESC, que hace referencia a una realización paulatina de los derechos recogidos en este Pacto y toma en cuenta las restricciones derivadas de la limitación de los recursos de los Estados para poner en marcha los servicios de atención. Considera que, si bien el logro de los derechos sociales se realiza de forma progresiva, la adopción de medidas para alcanzarlos debe ser inmediata. Es decir, existen obligaciones que no pueden ser pospuestas, como la garantía del ejercicio de los derechos “sin discriminación” (pto.1), o la obligación de adoptar medidas concretas para el desarrollo de los derechos (pto.2). Esta obligación implica adoptar medidas legislativas que permitan el desarrollo de políticas públicas y medidas judiciales que garanticen que estos derechos puedan ser justiciables, aspectos que se concretan en el desarrollo de sistemas de protección.

En relación a esto, Cockerham (2002) subraya que el principal escollo para el reconocimiento pleno del derecho a la salud, se encuentra en el conflicto existente en las sociedades modernas entre el reconocimiento de los principios democráticos, que defienden la igualdad y el reconocimiento de derechos, y el sistema económico, que origina desigualdad en la producción, intercambio y consumo de bienes y servicios. En referencia a Turner (1998), Cockerham señala que la asistencia sanitaria puede situarse como ejemplo de ese conflicto. Existen planteamientos que defienden que ofrecer este tipo de servicios a la población requiere un alto coste (formación y sueldos de profesionales, equipamientos, tecnología e innovación, etc.), por lo que podría ser considerado un producto de consumo, un privilegio. Debido a esto, la mejor forma de apoyar a las clases desfavorecidas es proporcionarles empleo y que ellas asuman sus propios gastos en salud. Aun así, la asistencia sanitaria no puede plantearse como un producto,

ya que existe la obligación moral de la sociedad en la distribución de la riqueza, pero, sobre todo, porque la enfermedad, como ya se ha señalado, no es producto único de la responsabilidad individual. Si bien existen comportamientos de riesgo que, en parte, pueden responder a decisiones individuales (tabaquismo, sedentarismo, etc.), la enfermedad y las necesidades que esta conlleva tienen complejas y múltiples causas, al tiempo que pueden tener consecuencias graves, por lo que la asistencia sanitaria no debe negarse de forma sistemática. Por tanto, la obligación ética de proporcionar acceso equitativo a la asistencia sanitaria supone dar prioridad a la responsabilidad social por encima de la responsabilidad individual, superando el conflicto entre el sistema de clases capitalista y los derechos sociales de los ciudadanos.

En respuesta a los planteamientos que defienden la diferente cualidad jurídica de los derechos sociales, Del Real (2013) considera que tanto por su vinculación con la dignidad de la persona, igual que el resto de los derechos humanos, como por su “cualidad vital”, el derecho a la salud debe ser reconocido como fundamental para las personas. Para este autor, existen tres dimensiones que permiten identificar los derechos fundamentales: que posean una dimensión o pretensión moral, que esta dimensión moral haya alcanzado su reconocimiento en el ordenamiento jurídico, es decir, que tenga dimensión jurídica, y que al mismo tiempo posea una dimensión de eficacia. Lema (2009) respalda este argumento indicando que la titularidad del derecho a la salud tiene carácter universal porque implica aspectos como el derecho a no recibir un daño, el derecho a la protección y promoción de la salud a través de la salubridad, el medio ambiente y la seguridad, por parte del Estado, y a la asistencia sanitaria. Del mismo modo, su valor es independiente del contexto cultural del que se trate, por lo tanto, la titularidad de esos derechos también debe ser entendida como universal en cualquier lugar de residencia, ya que no tendría sentido entender que la persona pierda esa titularidad por el hecho de cambiar de contexto (p.173).

Lema (2009) presenta otro conjunto de argumentos que abordan la relación entre el derecho a la salud y la justicia social, y la responsabilidad de los Estados. En un primer lugar, la propuesta libertaria (Nozick, Engelhardt, von Hayek, Buchanan) defiende la libertad y la propiedad individual como valores supremos, también sobre el propio cuerpo; la salud y la enfermedad son fruto del azar y no pueden vincularse con la justicia, por lo que el papel del Estado debe limitarse a garantizar el derecho del individuo a no ser dañado y a adquirir libremente los servicios sanitarios en el mercado. En segundo lugar, la propuesta utilitarista (Arnsperger, Van Parijs) señala al mercado como actor preferente en la respuesta a las necesidades individuales, y cuya acción queda delimitada por el Estado al establecer seguros obligatorios que ofrezcan ventajas a la mayor parte de los ciudadanos y eviten el despilfarro ocasionado por el posible des-

conocimiento de los pacientes. Y, finalmente, la propuesta del liberalismo igualitario (Dworkin) se sustenta sobre el principio de igualdad moral respecto a la vida y la salud como principales bienes; reconoce que se pueden producir desigualdades en el acceso al mercado, por lo que es preciso establecer unos criterios que favorezcan la equidad en el uso de los recursos, como puede ser el uso de los llamados seguros prudentes que podrían tender a la cobertura universal.

Por su parte, Dalli (2015) aborda el análisis de los argumentos que cuestionan la universalidad de este derecho, desde la perspectiva de hacia quién debe ir dirigida la protección pública como garantía del derecho tomando en cuenta que, en un contexto de escasez y falta de capacidad de pago, podría no ser posible ofrecer atención a todos. Por un lado, se plantea la lógica de conceder al mercado un papel preponderante en la satisfacción de las necesidades en salud y reservar la protección pública para los grupos personas que no puedan acceder a él, como un nivel de beneficencia. En respuesta, Dalli señala que la salud es un bien demasiado importante como para dejarlo en manos del mercado, pudiendo ser cubierto a través de sistemas redistributivos que no supongan una carga desproporcionada para ningún grupo de población. Por otro lado, se encuentran los planteamientos de quienes defienden el reconocimiento de la titularidad de los derechos sociales sólo a los individuos que poseen un estatus específico en la sociedad, basado en la nacionalidad, la residencia legal u otras variables⁹. Sin embargo, restringir esta protección sólo a quien posee un determinado estatus implica la exclusión de quien no lo posee aunque resida en el mismo territorio, cuando la ciudadanía social es señalada como un estatus conformado por el acceso a los recursos básicos en el ejercicio de derechos y deberes y conforma una sociedad de iguales. En esta misma línea Añón (2002) señala que la inclusión en una sociedad sólo es posible sobre la base de la ciudadanía social, que se sustenta en el reconocimiento de los derechos sociales, que a su vez hacen referencia a objetivos de justicia social y

9 Un ejemplo de la relevancia de estos planteamientos teóricos en la vida pública, ha sido lo ocurrido entre el Reino Unido y la UE durante el año 2016. Con el fin de conseguir el apoyo de la ciudadanía en la permanencia de este país en la Unión Europea, el entonces Primer Ministro de Reino Unido, David Cameron, firmó un acuerdo que recogía, entre otros compromisos, un menor reconocimiento de los derechos sociales para los trabajadores extranjeros en ese país, a pesar de que tuvieran residencia legal. Es decir, los derechos sociales se convierten en moneda de cambio, prevaleciendo los intereses económicos sobre los derechos inherentes a las personas. (Ver: La UE sella un nuevo pacto con Reino Unido tras un maratón negociador. Pérez, C. El País. (2016, 20 de febrero). Recuperado de http://elpais.com/internacional/2016/02/19/actualidad/1455872429_141482.html). Finalmente, el Reino Unido ha optado por salir de la UE en un referéndum celebrado el 23 de junio de 2016 y uno de los argumentos utilizados, al menos públicamente, ha sido el riesgo que supone la inmigración para el Estado de Bienestar británico (Ver: Brexit: preguntas y respuestas. El Mundo (2016, 16 de febrero). Recuperado de <http://www.elmundo.es/internacional/2016/06/16/57625b1c46163f932d8b45e4.html>).

de protección de las necesidades. En definitiva, Dalli (2015) pone de relevancia que los derechos sociales, como es el caso de la salud, no deben ser contemplados sólo para quienes reúnen ciertas características, como es el supuesto de vincularlos exclusivamente a una identidad o rasgo específico, estas acciones pueden ser discriminatorias, ya que las necesidades e intereses que protegen los derechos sociales son universales. Más bien, la protección de los derechos sociales debe ir dirigida para el conjunto de personas que habitan en un mismo territorio.

Finalmente, otro tipo de planteamientos se refieren a cómo las dimensiones que conforman la salud requieren la participación del Estado en la protección de este derecho. Franco-Giraldo y Álvarez-Dardet (2008) destacan que el derecho a la salud tiene una triple connotación: como derecho fundamental relacionado con el derecho a la vida y vinculado al conjunto de derechos humanos; como derecho asistencial porque está condicionado por el acceso a los servicios asistenciales; y, por último, como derecho colectivo, ya que en su relación con la salud pública involucra aspectos referidos no solo a la acción inmediata sobre la enfermedad, sino también a la intervención sobre la calidad de vida de las personas. Igualmente, Tarantola y Gruskin (2008) plantean que la salud y los derechos humanos forman parte de una misma realidad, ya que la salud es el principal componente del bienestar que al mismo tiempo es el prerrequisito fundamental para el desarrollo y el progreso. Esta interdependencia queda de manifiesto por el impacto sobre la salud cuando se produce el incumplimiento de uno o más derechos. Sin embargo, las personas más vulnerables a las violaciones o negligencias en el cumplimiento de sus derechos son, a menudo, las que carecen de poder suficiente para denunciar las consecuencias de estas vulneraciones sobre su bienestar o su estado de salud. Por ello, estos autores defienden el desarrollo de políticas públicas e intervenciones que garanticen la adecuada atención en salud dirigidas a tres ámbitos diferentes: de un lado, las políticas públicas que inciden directamente sobre la salud; por otro lado, la interacción entre los profesionales en salud, los expertos en derechos humanos y las comunidades afectadas y, finalmente, la participación de la población en los asuntos públicos.

1.1.3. Los modelos de protección sanitaria

Junto con los debates sobre la responsabilidad de los Estados en la garantía del derecho a la salud se han desarrollado diferentes modelos de protección sanitaria. Como se ha señalado, la mejor estrategia para garantizar la equidad en salud es la eliminación de las desigualdades en la exposición a la enfermedad, a través de políticas vinculadas a la mejora de las condiciones de vida, de trabajo y de oportunidades, incidiendo en

las diferencias originadas por la clase social, la ocupación, el género o la etnia (Bleda, 2006). Por tanto, el logro de la salud no sólo tiene relación con la asistencia sanitaria o médica, sino con las formas y estructuras que tienen los Estados de proveer el bienestar integral de personas y grupos humanos, y podría entenderse que vincular el derecho a la salud exclusivamente con el acceso a los servicios de salud es una visión reduccionista del mismo. No obstante, el acceso universal e igualitario a las instituciones de protección de calidad resulta una exigencia imprescindible como herramienta para garantizar el derecho a la salud a las personas y grupos (OMS, 1978; Lema, 2009, 2012; Puyol, 2012), ya que condiciona el tipo de respuesta que se ofrece a las necesidades sanitarias, proporciona mejores posibilidades para la recuperación y la realización de otras actividades humanas, y limitan el efecto negativo de otros determinantes sociales (Boixareu, 2008; Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010). De hecho, la capacidad de pago origina las diferencias socioeconómicas en el uso de los servicios de salud (Cockerham, 2002). Por ello, aunque es imprescindible impulsar la salud y la equidad en todas las políticas públicas (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012), en opinión de Navarro (1998) la asistencia sanitaria pública tiene un efecto redistribuidor y de equilibrio en la sociedad más fuerte que las transferencias sociales y o la educación, ya que permite el acceso a estos servicios de colectivos que de otro modo no podría acceder a ellos.

Whitehead y Dahlgren (2010) analizan tres tipos de acceso a los servicios públicos. El acceso geográfico, que viene determinado por la disponibilidad de servicios y sus características en un territorio específico y pone en evidencia cómo en entornos desfavorecidos los servicios son escasos y están peor dotados. Por otro lado, el acceso motivado por la capacidad económica de las personas y familias, ya que la necesidad de afrontar el pago de la asistencia médica, pruebas diagnósticas o tratamientos hace que los pacientes demoren la solicitud de asistencia, y provoca el endeudamiento¹⁰; relacionado con esto, señalan el riesgo de la existencia de sistemas paralelos de atención gratuita dirigidos específicamente para grupos con mayores niveles de pobreza, porque generan estigmatización y no contribuyen a la equidad. Finalmente, el acceso cultural tiene que ver con la aceptabilidad y el respeto, tanto desde el punto de vista de las barreras idiomáticas y comunicativas, o las prácticas culturales, como de las formas de trato y relación. Junto con el acceso a la atención en salud, las condiciones en las que se produce la recuperación, relacionadas con las condiciones socioeconómicas, también comprometen el adecuado logro de la salud. Para Whitehead y Dahlgren la equidad real en la asistencia sanitaria debe garantizar el igual acceso geográfico, eco-

10 Whitehead, Dahlgren y Evans (2001) hablan de la trampa médica de la pobreza.

nómico y cultural para todas las personas que tienen igual nivel de necesidad en salud.

Sin embargo, las desigualdades económicas que enfrentan algunas poblaciones les impiden acceder a los servicios de atención y tiene consecuencias importantes para las personas y para los grupos sociales. En esta línea, se ha introducido una nueva perspectiva en los estándares de salud promovidos por la OMS dirigida a eliminar las desigualdades socioeconómicas que enfrentan las poblaciones. Parte de la concepción de que la salud debe estar garantizada de tal modo que la enfermedad y su tratamiento no suponga un quebranto económico para la economía familiar. El concepto de Cobertura Sanitaria Universal (CSU, UHC por sus siglas en inglés), derivado de este planteamiento, supone que todas las personas puedan tener acceso a los servicios de salud que su situación requiera, sin que eso constituya un riesgo para la economía personal o familiar, es decir, con independencia de su capacidad de pago (WHO, 2011). Implica una acción dirigida a reducir las diferencias económicas, de modo que todas las personas puedan tener el mismo tipo de protección y servicios sanitarios de calidad, a partir de acciones como la limitación de los pagos directos, el impulso de pagos anticipados obligatorios, la creación de consorcios de riesgo y la provisión de cobertura a quienes carecen de recursos para realizar aportaciones a partir de los ingresos generales del Estado (Oxfam Internacional, 2013).

La creación de servicios públicos es un modo de materializar y de concretar las responsabilidades de los poderes públicos ante las necesidades de la sociedad en diversos ámbitos, como la educación, la salud, la vivienda o los ingresos económicos (Pisarello, 2009). En concreto, los sistemas de salud han tenido una evolución diferente según en el grado de protección que establecen, su configuración jurídica, el modo de financiación y los medios de los que disponen.

Así, se puede hablar de diferentes modelos de sistemas de protección. En EEUU se ha desarrollado un modelo de provisión del mercado basado en seguros privados, pero que tiene importantes problemas por el aumento de los costes, la falta de equidad en los servicios sanitarios, y la inadecuada distribución de estos servicios, además que deja sin protección a colectivos especialmente vulnerables (Cockerham, 2002). Navarro (2010) señala que a pesar de ser el sistema sanitario con mayor nivel de inversión (16% del PIB), sus resultados muestran un alto índice de muerte por falta de aseguramiento sanitario (más de 100.000 muertes al año), y en muchas ocasiones, la cobertura de las pólizas es insuficiente, lo que provoca la bancarrota de muchas familias, que se ven obligadas a pagar más del 10% de sus ingresos anuales en gastos sanitarios. Además, la reforma sanitaria que se ha llegado a plantear en este país no supone una respuesta global al problema, ya que, aunque plantea limitaciones a los seguros privados, como la prohibición de excluir de la protección a determinadas patologías o enfermos, sigue

basándose en el mismo modelo existente a partir de la extensión de un seguro mínimo obligatorio y no implica que la administración pública asuma la protección de la salud, una reforma que está siendo desmontada.

En Europa se han desarrollado desde el s. XX lo que Lema (2012) denomina dos modelos clásicos de protección pública en el ámbito de la salud, se trata del modelo Bismarck y el modelo Beveridge. Denominados así por los respectivos impulsores de cada uno de los modelos, responden a coyunturas históricas concretas en las que importantes grupos de población se encontraban en situación de vulnerabilidad, y se han mantenido en el tiempo y han expandido su protección en las sociedades donde se han desarrollado. El modelo Bismarck se puso en marcha en Alemania a finales del s. XIX con el fin de garantizar la asistencia médica a las clases pobres y trabajadoras, como respuesta a los desafíos del movimiento socialista de la clase obrera organizada. Supone el antecedente al modelo de seguridad social, de amplia protección en el que se ofrece asistencia médica, seguro de accidentes laborales, enfermedad, invalidez o vejez. A partir de la unificación del sistema de seguros sectoriales ya existentes se trasladó la responsabilidad de esta gestión a la administración pública (bien al Estado o a las administraciones locales). En este modelo de seguridad social los trabajadores y sus familias acceden a un seguro que ofrece protección a cambio de una cotización periódica de su salario. En algunos casos, la prestación se realiza con un formato de reembolso, en el que los beneficiarios pagan la factura y después se reembolsa su cuantía. En estos casos, la prima del seguro está en función de los ingresos, pero no de factores de riesgo como puedan ser la edad o el historial médico. La gestión puede realizarse desde el Estado o desde los sindicatos, según el modelo desarrollado en cada país, sin embargo, hay grupos que quedan sin cobertura, por lo que ha sido preciso desarrollar mecanismos de inclusión. Este es el modelo desarrollado fundamentalmente en Centroeuropa (Alemania, Francia, Bélgica, Holanda o Austria). Por su parte, el modelo Beveridge se desarrolla en Gran Bretaña en los años 40 del s. XX y surge por una preocupación práctica desde los poderes públicos por la salud de los grupos más pobres, que en realidad constituían la mitad de la población del país. Se plantea la necesidad de ofrecer tratamiento a los ciudadanos sin excepción y sin barreras que puedan limitar esa atención, por lo que garantiza un acceso universal a los servicios públicos y reconoce como titulares a todos los habitantes del país, sustentándose en la estructura impositiva a partir de impuestos directos. Este modelo, se identifica claramente con el Estado de Bienestar, en el que los servicios son mayoritariamente públicos y la prestación gratuita y está extendido en los países nórdicos europeos, Irlanda y el sur de Europa.

El establecimiento de un sistema de protección pública, en sus diversas formas, concreta el compromiso entre las diferentes clases sociales y el Estado para garantizar

la redistribución del crecimiento económico producido desde mediados del siglo XX y garantizar unos niveles de paz social aceptables, a partir del reconocimiento de la ciudadanía social, utilizando la terminología de Marshall (Lema, 2012). Así, Porter (1999) reivindica la ciudadanía de la salud (health citizenship) que señala las implicaciones entre los derechos y obligaciones en el marco del “contrato social” en el ámbito de la salud, entre el Estado y la sociedad civil en las democracias modernas.

Para Castel (2010) la protección social tiene una gran importancia en la garantía de cohesión de una sociedad porque se basa fundamentalmente en la solidaridad. La inseguridad social que puede provocar el azar vital, a través de la enfermedad, o un accidente, o la dificultad en el trabajo, sitúa a la persona en condiciones de vulnerabilidad. La ciudadanía social que se reconoce a través de los sistemas de protección permite controlar ese riesgo. Históricamente, el desarrollo progresivo de los grandes sistemas de protección se debe a un compromiso social entre las necesidades del capitalismo industrial, es decir entre los intereses del mercado y los intereses del mundo del trabajo. Este compromiso social ha sido puesto en entredicho por la creciente presión del capitalismo financiero, fundamentalmente a partir de los años 70, y ha llevado aparejado una dinámica de re-individualización tanto de las tareas y trayectorias laborales como de las dinámicas sociales. Si bien esta individualización tiene consecuencias positivas, como la expansión de las oportunidades personales, también tiene unas consecuencias negativas que se silencian y que recaen directamente en las personas que no han logrado adaptarse a esta realidad, y que, por lo tanto, quedan excluidas del proceso. Castel habla de tres consecuencias o rupturas fundamentales de esta transformación. Por un lado, la ruptura del estatus del trabajo, ya que se ha roto la estabilidad en la duración del empleo que llevaba aparejada la garantía del derecho al trabajo y a la protección social que aparece vinculada a él. La otra ruptura viene relacionada con el estatus del individuo. El ser ciudadano lleva implícito la adquisición de los derechos y la garantía de su protección, lo que Castel llama propiedad social, con independencia de las clases sociales. Por lo tanto, la pérdida derechos, fruto de ese proceso de individualización, genera exclusión en los intercambios sociales y desigualdad entre los individuos. Finalmente, la tercera ruptura se establece en la protección social, ya que este proceso aboca a la consideración de una protección de mínimos sociales. Se produce en un contexto donde la sociedad, que en general es relativamente rica, no acepta la existencia de personas en situaciones de profunda carencia, por tanto, se trata de ofrecer una mínima protección a los grupos sociales que se encuentran en una situación de déficit para evitar la situación de necesidad absoluta. Si bien ofrece respuesta a la necesidad más perentoria, supone una regresión de la protección social construida sobre la desigualdad y no sobre una sociedad de semejantes.

En España, el desarrollo del modelo del Sistema Nacional de Salud, basado en la Atención Primaria y el acceso universal y gratuito, ha incidido de manera positiva en la respuesta a las necesidades de atención de los individuos, mejorando el acceso y la calidad de la salud por varios motivos: constituirse en puerta de entrada desde el ámbito local más cercano al ciudadano, tener un carácter comunitario y favorecer las relaciones con otros actores tanto del mismo sistema como de fuera. Asimismo, la financiación a través de los impuestos y el uso según la demanda de los ciudadanos, ha mejorado progresivamente la respuesta a las necesidades de salud, así como la eliminación de las desigualdades en el acceso al sistema que afectaba a diversos colectivos (Navarro, 1998; Hernández-Aguado, Santaolaya, Campos, 2012). De este modo, también el acceso universal de los extranjeros a los servicios públicos de salud ha supuesto una actuación positiva en la reducción de las desigualdades en salud, al evitar barreras discriminatorias, y ser una medida integradora y no estigmatizante (Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010). A pesar de ello, también se ha constatado la existencia de desigualdades en salud, relacionadas principalmente con determinantes como la clase social, el género, la etnia, el territorio o el país de origen que se han puesto de manifiesto claramente entre la población inmigrante originaria de los países menos desarrollados, con peores condiciones de vida y de trabajo (Oliva y Pérez, 2009; Hernández-Aguado, Santaolaya, Campos, 2012). Sin embargo, al optar por políticas de austeridad frente a la crisis económica, la restricción que afecta a los sistemas de salud tiene consecuencias directas sobre los colectivos en mayor riesgo social, como clases desfavorecidas y minorías étnicas, bien sea a corto, medio y largo plazo, (Pérez, Rodríguez-Sanz, Domínguez-Gerjón, Cabeza, y Borrell, 2014).

En el caso de la población inmigrante, los países europeos han desarrollado modelos de protección diferente a partir de los sistemas sanitarios existentes en cada país, tanto en la cobertura que ofrecen como en el modo de financiación de los servicios de salud. Con anterioridad a la crisis económica, Cuadra y Cattacin (2011) identifican tres niveles de protección del derecho a la salud para los "sin papeles". Estos tres niveles corresponden, en primer lugar, a aquellos países en los que no se reconoce este derecho y para recibir asistencia es necesario el pago por adelantado; en segundo lugar, a países en los que se reconoce un derecho mínimo que corresponde a la asistencia en urgencias; y, en tercer lugar, a los países en los que existía un reconocimiento del derecho a través de la garantía de acceso a los servicios de urgencia como también a la atención primaria y especializada. No obstante, en cada uno de los países se establece una forma de acceso diferente en función del modelo de financiación del sistema sanitario, como aparece en la tabla 1:

Tabla 1: Derecho a la protección de la salud para la población indocumentada en los países de la UE27 y Suiza

		MODELO DEL SISTEMA PÚBLICO	
		Financia a través de Impuestos	Financia a través de Seguros
TIPO DE ACCESO	Sin derecho	Finlandia Irlanda Malta Suecia	Bulgaria República Checa Letonia Luxemburgo Rumanía
	Derecho mínimo	Chipre Dinamarca Reino Unido	Austria Bélgica Estonia Alemania Grecia
	Reconocimiento del Derecho	España Italia Portugal	Hungría Lituania Polonia República Eslovaca Eslovenia
			Francia Países Bajos Suiza

Fuente: Cuadra y Cattacin (2011).

La crisis económica y financiera producida a partir de 2008 ha tenido una repercusión importante en toda la sociedad, pero de forma más acusada entre los inmigrantes en situación administrativa irregular, tanto por el aumento de la precariedad socioeconómica, como por la reducción de los servicios de protección fruto de las políticas de reajuste económico.

En el marco europeo, la repercusión en el acceso a la salud para el conjunto de la población ha sido diferente en cada país. En un análisis comparativo entre los diferentes Estados de la UE, Laparra y Pérez (2012) señalan que el año 2010 ya se ponían de manifiesto las diferencias en el acceso a la salud entre los países europeos. Así, en países con copago en la asistencia sanitaria, un importante número de hogares tenían dificultades para acceder al médico por motivos económicos. En Portugal, un 62,4% de los hogares no podían acudir al médico por esa causa y en los hogares italianos este porcentaje asciendía al 49,9%, mientras que en Alemania se situaba en el 17,5%. Por otro lado, países con un modelo de protección similar como Reino Unido y España, donde el acceso en ese momento era gratuito, tenían los porcentajes más pequeños, ocupando España el segundo puesto con un 2,7% de hogares que no acudían al médico

por motivos económicos. Sin embargo, coincidiendo con el proceso de crisis económica, en España han aumentado los problemas de salud, en especial los relacionados con la salud mental, habiendo aumentado los trastornos del estado de ánimo un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%, siendo el desempleo uno de los factores de riesgo más importante (Gili, García, y Roca, 2014). Y, al mismo tiempo, la crisis disuade del uso de los servicios sanitarios entre las clases sociales más vulnerables, aún entre quienes pueden acceder a esos servicios (Urbanos y Puig-Junoy, 2014).

Y en lo que respecta a los inmigrantes, las medidas adoptadas a raíz de la crisis económica, como el recorte del gasto público, así como el incremento de la llegada de refugiados y solicitantes de asilo a las fronteras europeas, ha tenido su reflejo en los cambios producidos en los niveles de cobertura sanitaria para los extranjeros en muchos de los estados de la UE. En el caso de países como Bélgica, Países Bajos, Alemania, Grecia o Reino Unido, estas medidas se han endurecido, dificultando el acceso de este colectivo a los servicios de salud públicos, mientras que en Francia y Suecia ha habido mejoras para algunos grupos, aunque en sí mismas no garantizan la protección a la salud. Los inmigrantes en situación administrativa irregular y colectivos especialmente vulnerables como mujeres embarazadas o menores de edad, ven amenazada su salud tanto por la falta de asistencia sanitaria como por las condiciones de vida en las que se encuentran (Chauvin, Simonnot, Vanbierviet, Vicart, Vuillermoz, 2015). En la práctica, en la mayor parte de los países se ha limitado el acceso a los servicios públicos de salud y sólo incluye la asistencia en urgencias y determinadas situaciones especiales. Es el caso de países como Bélgica, Alemania, Italia, Suiza o España. Como consecuencia se produce una sobrecarga en los servicios de urgencia, el aumento de los costes del sistema, tiene un efecto negativo en el logro de los objetivos de salud (morbilidad, mortalidad o desigualdades en salud) y aumenta también la tensión sobre los profesionales de la salud y se generan conflictos éticos por la denegación de la protección a la salud. En los países señalados, se han desarrollado iniciativas para ofrecer asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa irregular, en coordinación con las autoridades locales y regionales en ocasiones con la ayuda de organizaciones sociales. Si bien estas medidas se muestran más cercanas, creativas y adaptadas a la realidad y aun reconociendo el importante papel de las autoridades regionales y locales, éste debe ser complementario. Es esencial que la garantía de la protección universal del derecho a la salud para los inmigrantes irregulares corresponda al Estado central para que pueda haber una misma protección coherente y homogénea (PICUM, 2014).

La realidad de los movimientos migratorios y las obligaciones en la protección de la salud, señalan la necesidad de que el reconocimiento de este derecho se sustente

en unos vínculos entre los ciudadanos y los Estados que reconozcan las características vitales como la situación de riesgo y vulnerabilidad, las condiciones de vida y, fundamentalmente, la realidad de vecindad, y no tanto en las consideraciones jurídicas vinculadas con la pertenencia a un estado-nación.

1.2. LA PROTECCIÓN SANITARIA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE: LEGISLACIÓN ESTATAL Y AUTONÓMICA HASTA EL RDL 16/2012

El Real-Decreto Ley 16/2012 rompe con un marco de protección universal y de acceso gratuito de la población inmigrante a los servicios públicos de salud en España, con independencia de su situación administrativa. A continuación, se pretende conocer ese marco previo identificando los pilares que han sustentado esa universalidad como realidad sociojurídica. En primer lugar, se expone la evolución de la protección de la salud en España que ha incorporado a los extranjeros en situación irregular y, posteriormente, cómo se desarrolla este marco de protección en la Comunitat Valenciana, dado que tiene asumidas las competencias en salud, reconocidas en su Estatuto de Autonomía.

47

1.2.1. La universalización de la asistencia sanitaria en España

Además de la ratificación de los acuerdos internacionales, la garantía de la protección a la salud ha tenido un reconocimiento progresivo en España a lo largo del siglo XX hasta alcanzar un modelo de carácter universal y garantista que ha incluido también a los extranjeros que se encontraban residiendo en España, con independencia de su situación administrativa. Esta evolución ha favorecido que la cobertura sanitaria pasara del 81,7% de la población en 1978 al 99,5% en 2005, incluyendo a nacionales y extranjeros (Cuadra, 2010).

El modelo de protección actual es fruto de la conjunción de diferentes formas de aseguramiento apoyadas en un sistema de cotizaciones de carácter laboral, que ha evolucionado a un modelo garantista con una financiación impositiva, lo que ha permitido que la asistencia sanitaria fuera una prestación “no contributiva y universal” (Criado, Repullo, y García, 2011).

Su desarrollo ha estado determinado por un amplio marco normativo fundamentado en la Ley 14/1986¹¹ General de Sanidad, por la evolución y expansión del modelo

11 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp.15207-15224).

de protección a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) y por la transferencia de las competencias en materia de salud entre las diferentes CCAA. Se podrían identificar cuatro fases en la evolución de la protección a la salud en España (Sevilla, 2006; López-Fernández, y cols., 2012). Aunque existen algunos antecedentes en el s. XIX, se puede considerar como primera fase de este desarrollo el período comprendido entre las tres primeras décadas del s. XX. En esta época surgen de manera incipiente seguros sociales, como el Retiro Obrero o el Seguro de Maternidad, que conviven con servicios de carácter privado, ya que la salud de los individuos era considerada un tema particular al que se le daba respuesta de manera autosuficiente y privada. Por ello, a pesar de la creación en 1908 del Instituto Nacional de Previsión, embrión del sistema de protección a la salud, éste tiene un carácter privado y la responsabilidad del Estado se restringe a aspectos de salud pública y a la atención de los colectivos necesitados a través de la beneficencia. Una segunda fase tuvo lugar durante la II República, en la que se pretendió la extensión de la protección de la salud a toda la población, intento que quedó truncado por la Guerra Civil.

Una tercera etapa se inicia a partir de ese momento y se extiende hasta la Transición democrática. Se trata de un periodo en el que de forma progresiva se pone en marcha un sistema de protección a la salud que conjuga tres modelos: los servicios privados, la beneficencia regulada por la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944¹², y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dirigido a la protección de los trabajadores (asegurados) y las personas que de ellos dependen (beneficiarios). Este proceso llega a su culmen con la Ley sobre Bases de la Seguridad Social¹³, aprobada en 1963 y que entró en vigor en 1967. Esta norma recoge la experiencia del SOE y armoniza la cobertura sanitaria para los trabajadores a través de la coexistencia de regímenes diferenciados de cotización y coberturas (trabajadores por cuenta ajena, trabajadores públicos, fuerzas del orden y otros). Entre los años 60 y 70 del s. XX se produjo un reconocimiento de la plenitud del derecho de la protección de la salud a través de la cotización a la Seguridad Social por parte de los trabajadores. Por lo tanto, las prestaciones sanitarias quedan vinculadas con el ámbito laboral, aunque a partir del sistema fragmentado heredado del proceso anterior.

Una cuarta etapa se inicia en la Transición democrática y que, a partir de los Pactos de la Moncloa de 1977, se caracteriza por la expansión del sistema público y su armonización y estabilización, y la progresiva extensión de la protección a los diferentes

12 Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. (BOE, de 28, de abril de 1980, núm. 102, pp. 9159 – 9159).

13 Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. (BOE, 30 de diciembre de 1963, núm. 312, pp. 18181-18190).

colectivos de la sociedad española, planteamiento respaldado años después también por los Pactos de Toledo en 1995. Se trata de un periodo determinado por el reconocimiento de la protección a la salud a los ciudadanos en la Constitución Española de 1978 (art. 43), que también establece la responsabilidad de los poderes públicos para tutelar y gestionar la salud pública, a través de las competencias asumidas por las CCAA:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

El reconocimiento de este derecho se realiza de manera diferenciada del derecho a la Seguridad Social (art. 41), por lo que se podría afirmar que ya desde el inicio del periodo democrático, la protección a la salud aparece desvinculada de un modelo de aseguramiento a través del empleo. Asimismo, la ratificación por parte del Estado español de tratados internacionales vinculados a los derechos sociales donde se hace mención expresa al derecho a la salud, supone un compromiso específico por su reconocimiento y garantía¹⁴ y vincula a los poderes públicos porque implica el desarrollo de políticas para el ejercicio y la garantía del derecho. Sin embargo, a pesar de este reconocimiento constitucional, la consolidación definitiva del derecho a la salud en España se ha realizado a través del ámbito legislativo y las políticas públicas de salud, que han favorecido la expansión del Sistema Nacional de Salud, y la inclusión progresiva en este sistema de los diversos grupos de población, permitiendo que el acceso a la salud adquiriera la condición de universal en una transformación progresiva, así como su financiación pública (Solanes,2014).

A partir del RDL 36/1978¹⁵, de 16 de noviembre, que recoge lo acordado en los ya citados Pactos de la Moncloa, se produce la separación entre diferentes servicios de protección social y se crea el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) referido a las prestaciones sanitarias; el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) referido a las prestaciones vinculadas al empleo, jubilación, etc., y el Instituto de Servicios Sociales (IMSERSO), referido a la protección social. Esta distinción de funciones es esencial en el

14 Tratados ya mencionados anteriormente, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Carta Social Europea, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, etc. El PIDESC, de 1966, ratificado por España en abril de 1977, y de su Protocolo Facultativo, como instrumento de supervisión y desarrollo del Pacto. Este Protocolo fue aprobado en Nueva York el 10 de diciembre de 2008 y ratificado por España el 23 de septiembre de 2010, entrando finalmente en vigor en mayo de 2013.

15 Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (BOE, de 18 de noviembre de 1978, núm. 276, pp.26246-26249).

diseño del modelo sanitario y su posterior evolución, ya que se pasa de una perspectiva bismarkiana o de seguridad social, a un modelo de sistema nacional de salud, de tipo Beveridge, decisivo para la universalización de la asistencia sanitaria (Lema, 2014).

La Ley General de Sanidad recoge los principios constitucionales que posibilitan el ejercicio del derecho a la salud, así como el desarrollo de un nuevo modelo de atención a partir de la creación del SNS. Sin embargo, no incide en la diferenciación con la Seguridad Social al estructurar la protección a la salud, por lo que, de algún modo, se consolida “la superposición de sistemas existentes en relación con la protección sanitaria” (Sevilla, 2006, p. 15). A pesar de ello, se establecen las bases de la universalización de la sanidad que se concreta de forma progresiva con la extensión de la cobertura a los ciudadanos sin recursos¹⁶ y el cambio en la financiación de la asistencia sanitaria, que de depender de las cuotas de los trabajadores pasa a estar financiada directamente por los presupuestos del Estado. Este cambio se materializó a partir de la Ley 24/1997 de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social y la Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de presupuestos generales del Estado para 1999¹⁷. De este modo se daba cumplimiento a la separación de las fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud y de la Seguridad Social, como se había acordado en los Pactos de Toledo, y se facilita el proceso de universalización y gratuidad del sistema público.

Diversos autores señalan la desvinculación de las cotizaciones laborales a la Seguridad Social y la financiación del Sistema Nacional de Salud a partir del sistema impositivo, como uno de los elementos esenciales que permiten la universalización del derecho a la salud en España y la gratuidad en el acceso a los servicios públicos (Sevilla, 2006; Lema, 2014). De este modo los ciudadanos contribuyen a su financiación a través del sistema impositivo según su capacidad, en base a los principios de igualdad y progresividad (Solanes, 2014).

Junto a las transformaciones señaladas, la universalización se hizo efectiva también para la población extranjera que viviera en España, con independencia de su situación administrativa, en el marco de la legislación de extranjería, a partir de la LODYLE en el año 2000, aspecto que es abordado posteriormente en este mismo capítulo.

16 Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes (BOE, de 9 de septiembre de 1989, núm. 126, pp.28657-28658). Se trata de una legislación confusa, ya que nunca ha existido un reconocimiento de la gratuidad de las prestaciones sanitarias como tal, sino a partir del establecimiento de diferentes catálogos de prestaciones que se reconocían gratuitas (Criado, Repullo y García, 2011).

17 Ley 24/1997 de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social (BOE nº 169, de 16 de Julio de 1997) y Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999 (BOE, 16 de julio de 1997, núm. 169, pp. 21781-21787).

Paralelamente, el reparto competencial que se establece en el modelo autonómico del Estado español, provoca que la gestión de las políticas de salud quede transferida a los gobiernos regionales. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁸, tiene como objetivo garantizar la equidad, calidad y participación ciudadana en el ámbito de la salud, a partir de la distribución de competencias asumidas por las CCAA, así como establecer las bases para la coordinación de los diferentes servicios de salud regionales.

Por otro lado, a pesar de que la Ley 14/1986 se orientaba hacia el establecimiento de un sistema de protección de carácter universalista, no se produce una ruptura con el modelo anterior, debido por un lado a que las prácticas organizativas permanecían vinculadas a la Seguridad Social, y por otro, a los desequilibrios institucionales y los cambios constantes de ciclo político. Por este motivo, quedaban resquicios a través de los que determinados colectivos no recibían la protección del SNS. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública¹⁹, que modifica parcialmente la Ley 16/2003, se plantea para revertir esta situación, fijando la universalidad de la protección a partir del criterio de residencia en España (Moreno, 2015). De este modo, la Ley 16/2003 y la Ley 14/2011 complementaron la Ley 14/1986 ampliando progresivamente la protección a la salud (Solanes, 2014).

Criado, Repullo y García (2011) también coinciden en señalar la existencia de elementos de especial relevancia que han posibilitado este modelo de carácter universal y que, en la práctica, se encuentran interrelacionados. Por un lado, y como ya se ha señalado, la financiación del SNS con independencia de la cotización laboral como aporte de los trabajadores. Por otro lado, la Ley 14/1986 señala como titulares de esta protección ya no a los asegurados, sino directamente a las personas, españoles y extranjeros residentes en el país (art. 1 pt.2 y 3). Y finalmente, los autores señalan que este reconocimiento se concreta al establecer la tarjeta individual sanitaria²⁰ de la que es titular cada persona y que, con independencia de las diferentes modalidades de acceso, supone una garantía de igualdad ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones.

18 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567-20588).

19 Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE, 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593-104626).

20 La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece en su artículo 57 que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la Tarjeta Sanitaria Individual como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular. Esta tarjeta individual permite la gestión de los datos personales y clínicos de cada paciente y, al mismo tiempo, le garantiza el derecho de asistencia sanitaria pública. Tiene diferentes denominaciones en cada comunidad autónoma (en la Comunitat Valenciana se denomina Tarjeta SIP, en referencia al Sistema de Información Poblacional).

La evolución de la protección de la salud en España parece marcar una tendencia hacia la extensión de la protección desde el modelo de aseguramiento hacia la protección de carácter universal. A pesar de los esfuerzos de los legisladores por establecer la universalidad de la protección a la salud, para Lema (2012) el sistema anterior de seguridad social desarrollado en España ha dejado en herencia un vínculo que permanece entre el derecho a la asistencia sanitaria y la Seguridad Social, es decir, el empleo. El RDL 16/2012, que se abordará posteriormente en este estudio, retoma este vínculo con consecuencias muy importantes sobre la población en general y de manera específica sobre algunos grupos especialmente vulnerables. La aplicación de esta norma podría constituir la siguiente etapa de la protección a la salud en España.

A pesar del amplio desarrollo normativo y la protección de carácter universal que se ha pretendido, y al igual como se ha señalado en relación al reconocimiento del derecho a la salud a nivel internacional, en el contexto español también se han puesto de manifiesto argumentos que, desde el punto de vista constitucional, cuestionan el derecho a la salud como de igual consideración y protección, que los derechos civiles y políticos. Pisarello (2009) señala cuatro tipos de argumentos o razones que defienden la diferencia entre estos derechos.

Un primer grupo de argumentos, señalan, desde una perspectiva teórica, que el derecho a la salud, dentro del catálogo de derechos sociales, económicos y culturales, tiene diferente cualidad respecto a los derechos civiles y políticos y, por lo tanto, defienden que el Estado no tiene la misma responsabilidad en su protección.

Desde una perspectiva dogmática, otro grupo de argumentos hacen referencia a la posición del reconocimiento de los derechos sociales en el entramado constitucional que les otorgaría carácter de “simples derechos de configuración legal” (p.143). La situación específica del derecho a la salud en el articulado constitucional ha provocado un amplio debate en España, ya que, tal y como recoge el art. 53, se trata de un principio que informa la legislación positiva y no tiene el reconocimiento de derecho fundamental, pero, al mismo tiempo se encuentra conectado con otros preceptos constitucionales fundamentales como la igualdad (art.9.2) o el derecho a la vida y la integridad física y moral (art. 15) y debe ser contemplado en relación al conjunto de los derechos humanos en el marco constitucional²¹. En relación a esto, García Schwarz (2014) se-

21 Solanes (2014, p.3) añade que el artículo 43 de la Constitución Española que establece el derecho a la protección a la salud constituye un “precepto constitucional que como tal ha de informar el conjunto de la legislación positiva” y que debe contemplarse teniendo en cuenta el artículo 10.2, así como el artículo 51 que protege la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los consumidores y usuarios, evitando una visión compartimentada de los derechos humanos. Por su parte Lema (2014) señala que el “Tribunal Supremo ha calificado la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo (Sentencia de 9 de febrero de 1996) y ha afirmado que la omisión de la asistencia sanitaria supone una infracción del artículo

ñala cómo el reconocimiento de un derecho como fundamental implica la atribución de un contenido mínimo y ciertas obligaciones para los poderes públicos. Entre estas obligaciones se encuentran la no discriminación, la no regresividad y la progresividad. Para este autor, el hecho de que un derecho hoy no tenga reconocimiento como fundamental en una constitución no es un requisito imprescindible, debido a los principios de indivisibilidad e interdependencia de los derechos. Por ello, el principio de la no regresividad exige a los Estados no adoptar medidas que debiliten los derechos en un país y cualquier medida regresiva debe estar fundamentada en acciones que reviertan en una mayor protección de los derechos sociales, especialmente para los grupos que se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

Un tercer grupo de argumentos que señala Pisarello (2009), desde las razones de tipo político, consideran que la defensa de los derechos sociales desde el poder judicial otorgaría a éste un papel decisivo en la definición de las políticas sociales, lo que afectaría al principio democrático y la acción de la sociedad. Y como cuarto y último grupo de argumentos, las razones de tipo sociológico se relacionan con una tradicional preferencia del poder judicial de no confrontar el poder político y su tendencia a mantener el orden establecido, así como la existencia de cierta homogeneidad en la procedencia social de los jueces.

Para Pisarello, todos estos planteamientos carecen de la suficiente consistencia como para afirmar la primacía de unos derechos sobre otros. Tanto los derechos sociales como los civiles y políticos comparten su presencia en el texto constitucional, lo que da indicio de su carácter fundamental. Asimismo, todos se encuentran vinculados a los mismos valores de dignidad, igualdad y libertad, y obligan a la participación de los poderes públicos, con independencia del coste económico, tanto si precisan de una intervención directa como si deben abstenerse de hacerlo. En cuanto a la precisión de su contenido, también todos comparten el hecho de poseer una parte plenamente delimitada y una parte interpretable y, en cualquier caso, no ponen en entredicho la división de poderes ni la participación de la sociedad. En definitiva, la justiciabilidad de los derechos supone una pieza esencial de un modelo democrático, pero no es la única vía para garantizarlos, sino que “la existencia de derechos sociales robustos depende más de un desarrollo político y administrativo adecuado y de una incisiva presión ciudadana y popular que de lo que efectivamente puedan hacer los tribunales” (p. 163).

Además, para autores como Criado, Repullo y García (2011), es necesario abordar nuevos planteamientos, ya que algunos aspectos de la Ley 14/1986 como marco a

43 de la Constitución (Sentencia de 19 de junio de 1990)” (p. 7).

partir del cual se ha desarrollado la universalidad aportan fragilidad al sistema, dada la evolución social producida en España. Para estos autores sería necesario “vincular el derecho a la salud y la asistencia sanitaria al concepto de ciudadanía, manteniendo un sistema público y gratuito, logrando la universalidad a partir de la unicidad del aseguramiento, la garantía de igualdad y la accesibilidad de los servicios” (p. 445).

En el ámbito específico de la garantía del derecho a la salud a los inmigrantes en el Estado español, Mora (2013b) sugiere el uso del marco de medición del alcance de los derechos elaborado desde Naciones Unidas para identificar en qué medida se realiza ese reconocimiento, sobre todo tomando en cuenta que la garantía de derechos constituye un elemento fundamental para la integración. Este sistema de medición estaría conformado por tres tipos de indicadores: estructurales, de proceso y de resultados, según las dimensiones que se pretenden analizar.

Los indicadores de resultado se refieren a la “ratificación y adopción de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales básicos” para la realización de ese derecho (p.75). Como se ha señalado previamente, España ha ratificado los compromisos internacionales que luego han sido trasladados a la legislación estatal, desarrollándose un amplio marco genérico de protección a la salud. En lo que se refiere a la protección y atención a la salud a la población inmigrante en el marco del sistema público, ha estado determinada por la legislación en materia de extranjería y migración, así como en los planes de inmigración, y no por la legislación sanitaria (Terraza-Núñez, Vargas, Rodríguez, Lizana y Vázquez, 2010; Mora, 2013b). Ahora bien, las políticas públicas referidas a la inmigración han evolucionado de forma progresiva respondiendo a las características de los movimientos migratorios y a los cambios políticos y sociales producidos en el país²². Miravet (2009) identifica tres fases en este proceso. Un momento inicial o embrionario hasta 1985, en el que no existe un reconocimiento claro a los extranjeros. Una segunda etapa en la que se produce la transformación de España en un país de inmigración y que tiene lugar entre 1986 y 1999. Y finalmente se produciría una etapa de consolidación de la inmigración a partir del año 2000. Estos tres momentos se diferencian entre sí por el volumen de la inmigración recibida, pero sobre todo por las “percepciones sociopolíticas del fenómeno migratorio (...), y por las prioridades de la agenda gubernamental en las coyunturas concretas” (2009, p. 390) en las que han sido aprobadas las diferentes normas y planes de integración. Se trata de una muestra de la vinculación existente entre las políticas de integración puestas en marcha y la interpretación que en cada momento se realiza sobre el fenómeno migratorio.

22 Este proceso se enmarcaría en lo que Lorenzo Cachón (2011) denomina “la constitución de la España inmigrante” que responde a los profundos cambios sociales producidos en España y que convierten a la inmigración en un hecho social, por su novedad y amplitud.

La Ley Orgánica 7/1985 de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España²³ constituye un punto de partida de las políticas referidas a la inmigración en España y pone el punto final al proceso embrionario. Considerada la primera ley de extranjería en nuestro país, tanto ella como el reglamento que la desarrolla fueron cuestionados por el tratamiento policial del fenómeno migratorio y por su regulación restrictiva en materia de derechos de los extranjeros (Pajares, 2009). En este marco, la atención sanitaria a los extranjeros es considerada una competencia estatal y sólo se reconoce el derecho a la salud a quienes se encuentran en situación administrativa regular, manteniendo la relación entre este derecho y la posesión de un empleo.

A partir de la última década del siglo XX, coincidiendo con el incremento de inmigración en España y después de un periodo en el que las medidas adoptadas se centraban en el control del flujo migratorio, se producen iniciativas de carácter legislativo e institucional que tienden a formular una política de inmigración más activa, que contemple la integración de los extranjeros como un elemento esencial en la sociedad (Pajares, 2009). Ejemplo de esto serían la creación de la Comisión Interministerial de Extranjería, el Foro Permanente de la Inmigración o el Observatorio Permanente de la Inmigración, y la puesta en marcha del Plan para la Integración Social de Inmigrantes (PISI) en 1994. En este tiempo también se realizó el reconocimiento expreso del derecho a la atención sanitaria a los grupos especialmente vulnerables, como los menores “residentes” en España, en la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor²⁴. Igualmente, el hecho de que no se contemple el acceso a las prestaciones sanitarias de los adultos en situación administrativa irregular, propicia el desarrollo de una red paralela de asistencia sanitaria a este colectivo a través de entidades del tercer sector y organizaciones no gubernamentales (González-Galiana, 2008). Algunas de estas acciones han sido subvencionadas por el Estado y se han desarrollado en coordinación con las administraciones públicas, sin embargo, “la delegación de competencias puede resultar problemática cuando de lo que se trata es de garantizar el disfrute de un derecho fundamental” (Mora, 2013b).

23 Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (BOE, 3 de junio de 1985, núm. 158, pp. 20824-20829), ya derogada. El reglamento que desarrolla esta Ley se recoge en el Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 7/1985 (BOE nº 47, de 23 de febrero de 1996). Esta norma ha sido derogada por la LODYLE.

24 Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE, 17 de enero de 1996, núm. 5, pp. 1225-1235). Para garantizar la protección real y evitar interpretaciones restrictivas, este primer planteamiento de atención a los menores “residentes” como población especialmente vulnerable, se modificó en la posterior LODYLE por el de menores “que se encuentren” en nuestro país.

El cambio más sustancial se produce en España a partir de la LODYLE que establece el acceso a la atención de salud, en las mismas condiciones que los españoles, para todos los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio de residencia habitual (art. 12.1). Así, garantiza el acceso a la atención del sistema público de salud a este colectivo en condiciones de universalidad, bien vinculado al empleo para quienes se encuentran en situación administrativa regular como era hasta ese momento, o bien vinculado a la inscripción en el padrón del municipio donde la persona resida de forma habitual, con independencia de su situación administrativa²⁵. Para que esto fuera posible se había producido un cambio fundamental en la gestión del padrón municipal facultando a los Ayuntamientos a incluir en el registro local a los vecinos que habitan en el término municipal, incluyendo a los extranjeros en situación administrativa irregular²⁶. La adopción de medidas de este tipo supone un reconocimiento formal al papel de la inmigración en el territorio español.

56

A partir del nuevo escenario establecido por la LODYLE, durante la primera década del s. XXI el desarrollo institucional y el diseño de las políticas públicas tiene como objetivo establecer un marco de intervención dirigida a favorecer la integración de los inmigrantes en España, a través de planes y programas, que da continuidad al proceso iniciado en la década anterior. Según el análisis que plantea Mora (2013b) podrían considerarse indicadores de proceso, ya que materializan “el desarrollo de medidas concretas dirigidas a hacer efectivo ese derecho” (p. 79). El Programa Global de Regulación y Coordinación de Extranjería e Inmigración 2001-2004 (Programa GRECO) se dirigía más hacia el control que hacia una perspectiva de integración (Laparra y Martínez de Lizarrondo, 2008) y, al igual que le ocurrió al anterior PISI, carecía de un presupuesto para su desarrollo, lo que cuestiona su efectividad real en la integración (Pajares,

25 La LODYLE introduce el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles para todos los extranjeros que se encontraran en España inscritos en el padrón del municipio de residencia habitual (art. 12.1). Este artículo no ha sufrido modificaciones en las sucesivas reformas de esta Ley, hasta la entrada en vigor del RDL 16/2012.

26 Resolución de 21 de julio de 1997, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal (BOE, de 25 de julio de 1977, núm. 177, pp. 22875-22887): “Empadronamiento de extranjeros. El control de la permanencia en España de ciudadanos extranjeros corresponde al Ministerio del Interior, que se sirve para ello del Registro de permisos de residencia regulado por el artículo 13.2 de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, reguladora de los derechos y libertades de los extranjeros en España. El Ayuntamiento ni interviene en la concesión de los permisos de residencia ni es competente para controlarlos. Su obligación es reflejar en un registro, el Padrón, el domicilio y las circunstancias de todas las personas que habitan en su término municipal. Y de la misma manera que no debe controlar a través del Padrón la legalidad o ilegalidad de la ocupación de la vivienda, tampoco debe realizar ningún control sobre la legalidad o ilegalidad de la residencia en territorio español de ninguno de sus vecinos” (Anexo pto.5).

2009). Además, en el último caso, la filosofía que respalda el Programa GRECO se dirigía más hacia el control que hacia una perspectiva de integración (Laparra y Martínez de Lizarrondo, 2008). En el ámbito específico de la salud, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2006 incorpora acciones específicas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones en riesgo de exclusión, y de modo específico a la población inmigrante, aunque este tipo de acciones no se recoge en planes posteriores (Mora, 2013b).

Por su parte, el Plan Estratégico de Ciudadanía (I PECEI 2007-2010) establecido posteriormente, ha estado dirigido a la integración efectiva de los inmigrantes. Desde un punto de vista formal, esta medida ha favorecido la conexión entre la acción estatal y las políticas de integración autonómicas (Laparra y Martínez de Lizarrondo, 2008). La propuesta de integración que plantea se enmarca en la perspectiva asumida desde la Unión Europea, entendiéndola como “un proceso bilateral que comporta el reconocimiento de condiciones de igualdad y por tanto de la capacidad como agentes de los propios inmigrantes, que no son –no deben ser– meros sujetos pasivos de esas políticas” (de Lucas, 2012, p. 19). A pesar de la existencia de este planteamiento en el contexto europeo, España ha sido el primer país de la UE en adoptar un plan global orientado a la integración de esta colectivo. Otros Estados han adoptado políticas migratorias similares, pero responden a planteamientos más locales o relacionados con ámbitos específicos como la mejora de determinados barrios urbanos en el caso de Francia y Alemania o la mejora de las administraciones locales de los servicios de salud y los centros educativos en Suecia (Cachón, 2013).

El I PECEI constituye un marco político para abordar la integración de y con los inmigrantes, que a partir de unos principios políticos de carácter inclusivo establece estrategias de cooperación entre las diferentes administraciones públicas y la sociedad civil organizada (Cachón, 2009). Entre las diferentes propuestas recogidas en el I PECEI se incluyen algunas dirigidas a hacer efectiva la igualdad entre inmigrantes y españoles en el ámbito socioeconómico, que es uno de los más importantes en la esfera de las políticas redistributivas. Se trata en concreto de “desarrollar acciones en los pilares básicos del Estado de Bienestar, como son la educación, el empleo, la salud, la vivienda y los servicios sociales” (p.26). En este proceso, por tanto, el acceso a la sanidad es señalado como una de las claves fundamentales. De hecho, se reconoce el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud como un condicionante de la incorporación de los inmigrantes a la sociedad de recepción, hecho que en su momento fue valorado positivamente por el Consejo de Europa (ECRI, 2011)²⁷. Entre sus objetivos se señalan

27 La Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI por sus siglas en inglés) en su informe

la garantía del derecho a la protección a la salud de la población inmigrante, la mejora en los diagnósticos e identificación de las necesidades sociosanitarias de este colectivo, así como la adecuada formación del personal sanitario en este ámbito.

El II PECI 2011-2014, orientado a mejorar la inclusión social, al referirse a la garantía del derecho a la salud a las personas de origen extranjero, incide en la mejora de la capacidad de gestión y actuación de los centros sanitarios en contextos de diversidad y la mejora de los sistemas de gestión, conocimiento e información. Este Plan coincide con un cambio de ciclo de la migración en España que tiene entre sus características un aumento del nivel de asentamiento, así como del número de familias y personas con doble nacionalidad, aunque éstas aún son percibidas como inmigrantes. Asimismo, propone un enfoque centrado en conceptos como ciudadanía, interculturalidad o democracia, orientado hacia una mayor inclusión social, al tiempo que mantiene un concepto de integración como un proceso bidireccional, continuo y dinámico en el que juegan un papel activo todos los ciudadanos e instituciones, siguiendo las líneas que ya había planteado el I PECI (2007-2010) y las perspectivas europeas sobre inmigración (Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, 2011). A pesar de ello, el II PECI no ha llegado a desarrollarse.

El reconocimiento de la protección a la salud de carácter universal a la población inmigrante ha sido valorado positivamente por diferentes autores. Para Malgesini (2002) la extensión de la cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud a través de un modelo gratuito y universal a todas las personas que residen en España, con independencia de su situación administrativa, es un logro muy relevante. Esta autora señala que, siguiendo el planteamiento clásico de Thomas Marshall sobre el reconocimiento de la ciudadanía, ésta estaría vinculada también al reconocimiento del acceso a los servicios públicos a los ciudadanos. Por lo tanto, la extensión de la protección del Sistema Nacional de Salud a los inmigrantes es un paso en el reconocimiento del derecho a la salud y, en definitiva, de esa ciudadanía.

A pesar de que la LODYLE establece la garantía del acceso al sistema público y de los planteamientos de los diferentes planes ya señalados, en España se han puesto de manifiesto diferencias en este acceso e incluso la existencia de barreras en el mismo, aún antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012. Se pone de manifiesto, por tanto, que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria no garantiza por sí mismo ni el acceso a los servicios sanitarios, ni la equidad en salud (Terraza-Núñez y cols., 2010). Correspondería, por tanto, el análisis de los indicadores de resultado que “describen

de 8 de febrero de 2011, valoró positivamente que el Plan Estratégico de Ciudadanía e Inclusión (I PECI) incluyera la salud como un área de intervención en las políticas dirigidas a la integración de la población inmigrante (ECRI, 2011, pp. 21-22 y 37).

los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de este derecho” (Mora, 2013b, p. 82).

Hay estudios que muestran la heterogeneidad del uso de los servicios sanitarios por parte de los inmigrantes, aunque, en líneas generales este colectivo ha tenido un menor acceso al SNS que los españoles. Así parece indicarlo el hecho de que el gasto imputable en salud a los inmigrantes haya sido inferior a su peso proporcional en la población total (Blanco y Hernández, 2009; Regidor y cols., 2009). Inicialmente, esta diferencia puede ser explicada por el “efecto del inmigrante sano”, ya que personas que migran son, generalmente, aquellas que se encuentran en mejores condiciones de salud para afrontar los retos que supone un proceso migratorio y por lo tanto realizan una menor demanda de los servicios de salud. Sin embargo, de forma progresiva se establece una diferencia que guarda relación con los diferentes niveles de renta, lo que podría estar relacionado con las condiciones laborales en el lugar de destino, y con la existencia de barreras en el acceso a los servicios sanitarios (Hernández y Jiménez, 2009). En consecuencia, algunos colectivos inmigrantes podrían haber recibido una menor atención sanitaria de la que su nivel de necesidad requeriría, mostrando falta de equidad del sistema (López y Ramos, 2009).

Entre las barreras que se han puesto de manifiesto, cabe señalar aquellas de carácter administrativo. Una de las más relevantes es la imposibilidad de realizar el empadronamiento en el municipio de residencia, requisito imprescindible para el reconocimiento del derecho a la salud. En esta situación se han encontrado las personas inmigrantes que carecen de documentación que acredite su identidad (algunos inmigrantes irregulares o solicitantes de asilo) o aquellas personas que no disponen de un domicilio estable debido a la excesiva movilidad por la búsqueda de empleo (trabajadores temporeros). Al mismo tiempo, entre la población inmigrante han existido reticencias al empadronamiento dado que la policía puede tener acceso a los datos del Padrón e identificar a los “sin papeles”²⁸. Este hecho constituye un elemento di-

28 La posibilidad de acceso de la policía a los datos del padrón municipal se establece en la Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal (BOE, de 21 de noviembre de 2003, núm. 279, pp.41193-41204). Así “Introduce una habilitación genérica de acceso al Padrón Municipal a favor de la Dirección General de la Policía con el objeto de mejorar el ejercicio de las competencias legalmente establecidas sobre el control y permanencia de los extranjeros en España. Esta habilitación se formula en términos de reciprocidad con el Instituto Nacional de Estadística, al establecer la obligación de la Dirección General de la Policía de comunicar al Instituto Nacional de Estadística, con el fin de mantener actualizado el contenido del Padrón, los datos de los extranjeros de que tenga constancia

suasorio para las personas afectadas que puede llevarles a permanecer ocultas ante el riesgo de recibir una orden de expulsión. Y finalmente, un aspecto que constituye una discriminación aún más clara en el acceso a las prestaciones sanitarias, es que se han producido casos de ayuntamientos que han denegado el empadronamiento a ciudadanos extranjeros en situación administrativa irregular incumpliendo así con sus obligaciones jurídicas²⁹.

Igualmente, también se han detectado carencias en el acceso a los servicios sanitarios por causas relacionadas con el funcionamiento del propio sistema. El desconocimiento del modelo organizativo, los trámites y procedimientos que se desarrollan en los servicios públicos de salud, con frecuencia constituyen un límite en el acceso, que requiere de medidas de apoyo. Y, al mismo tiempo, entre los profesionales que realizan la atención se han detectado dificultades idiomáticas y de comunicación o gestión de la diversidad, pero también la existencia de visiones estereotipadas hacia el inmigrante que impiden una adecuada atención (Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, 2011).

Algunas entidades sociales presentaron en 2012 el Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (VVAA., 2012), con motivo del examen periódico que este Comité realiza a nuestro país. En el llamado Informe Sombra se señalaba la existencia de dificultades normativas, imposición de requisitos, protocolos establecidos y modos de funcionamiento del sistema sanitario, falta de información y formación en los profesionales, etc., que provocaban limitaciones a la población inmigrante en España en el disfrute efectivo de este derecho. Asimismo, se indica que organizaciones sociales como Médicos del Mundo habían detectado que, con frecuencia, “las personas inmigrantes reciben instrucciones erróneas o insuficientes sobre los trámites requeridos para solicitar la Tarjeta Sanitaria, y los requisitos para obtener dicha tarjeta varían según la comunidad autónoma” (p.40). Igualmente se hace referencia a situaciones en las que se ha negado la tarjeta sanitaria a personas que cumplen los requisitos, aunque si éstas acuden acompañadas por representantes de organizaciones sociales para hacer una reclamación sí se facilita la correspondiente tarjeta³⁰. Situacio-

que pudieran haber sufrido variación en relación con los consignados en aquél” (Disposición adicional).

29 En algunas localidades españolas, los gobiernos municipales han denegado el empadronamiento a la población inmigrante en situación administrativa irregular. Es el caso, por ejemplo, de Gandía en la Comunitat Valenciana, donde se ha tratado de impedir el empadronamiento de inmigrantes “sin papeles”, y también en Torrejón en la Comunidad de Madrid o Vic en Cataluña. Ver: El Ayuntamiento de Gandía no empadronará a los inmigrantes irregulares. El Mundo (2012, 5 de mayo) Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/05/05/valencia/1336215980.html>.

30 Estas barreras y vulneraciones del derecho a la salud de la población inmigrante irregular que ya eran patentes antes de la entrada en vigor del RLD 16/2012, aparecen reflejadas en el Informe Sombra. Su denominación se debe a que se trata de un informe presentado por organizaciones españolas el 15

nes de este tipo cuestionan el cumplimiento del Estado español con sus obligaciones de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud de todas las personas, sin regresividad ni discriminación.

Junto a los aspectos señalados, otros factores generan dificultades en la adecuada atención a los inmigrantes, ya que en el ámbito sanitario se ponen en relación las diferentes percepciones y formas de concebir la enfermedad con los modelos de respuesta que pueden tener vinculados con la etnicidad y las diferencias culturales (Caramés, 2004). El distinto origen cultural de pacientes y de profesionales y las diferencias culturales que se ponen de manifiesto, suponen retos importantes en la atención en los centros sanitarios. Estas diferencias se producen en las relaciones entre el profesional y el enfermo/a, ya que se establece un encuentro entre dos mundos con el fin de obtener la curación (Boixareu, 2008). Al mismo tiempo, entre los extranjeros se han detectado dificultades idiomáticas y de comunicación, una gran variabilidad en los comportamientos o uso inadecuado de los servicios (Blanco y Hernández, 2009; Regidor, y cols., 2009). Pero también entre los profesionales sanitarios se reproducen conductas automatizadas poco adaptadas a la realidad de los pacientes, carencias formativas e insuficientes habilidades para el logro de una comunicación efectiva (Abad, Garrido, Fuentes y García, 2008; Vázquez-Cañete, 2012). Para la adecuada asistencia sanitaria se requiere una comunicación efectiva entre pacientes y profesionales sanitarios que va más allá del conocimiento de una lengua común, y que incluye la comunicación no verbal variada y compleja (Fernández-Juárez, 2006).

La coexistencia de pacientes y profesionales de la salud de diversas nacionalidades y orígenes en el sistema público español, ha incorporado la perspectiva cultural como modo de garantizar la adecuada accesibilidad a la atención en salud. Donabedian (1988) señala que la accesibilidad está referida a la relación entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, situación en la que influyen una gran diversidad de factores que tienen que ver tanto con aspectos temporales y geográficos como con factores de carácter socio-organizacional (componentes étnicos, religiosos, económicos, etc.). Se trata por tanto de la necesidad de realizar el ajuste entre las dos realidades, que precisa una mirada hacia la diversidad, conjugando la pluralidad y el reconocimiento mutuo, la incorporación de formas de actuar que garanticen una atención integral y que tome en consideración la diversidad cultural en el contexto sanitario (Mora, 2005).

de marzo de 2012, ante la visita del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a España, con motivo del 5º Informe periódico de este Comité, y que se contrapone al informe oficial presentado por el Gobierno de España (VVAA., 2012).

Para ello, además de sistemas de traducción lingüística, en algunos servicios sanitarios se han puesto en marcha dispositivos de mediación intercultural, que posibilitan la comprensión entre las personas de diferentes culturas, ya sean nuevas como en el caso de la migración, o no, como el caso del colectivo gitano (Richarte y Die, 2008). Se trata de favorecer una atención culturalmente sensible, entendida como aquella intervención que tiene como objetivo “enlazar culturalmente usuarios e instituciones sanitarias” (Sepilli, 2000, p. 35). En el ámbito sanitario, los servicios de mediación han ofrecido respuesta a las barreras generadas por la diferencia cultural en un contexto de atención normalizada. Para Terraza-Núñez y cols. (2010) la mediación constituye una respuesta adecuada, ya que favorece la resolución de problemas que van más allá de la traducción idiomática, abarcando la satisfacción de los pacientes y la mejora en la utilización de los servicios.

No obstante, es una realidad que no se corresponde con la totalidad del territorio español. Como se ha señalado ya, aunque la gestión de la migración formalmente es una competencia del Estado central, el hecho de que determinadas áreas que desempeñan un papel importante en el proceso de integración (educación, empleo, sanidad, servicios sociales, etc.) estén asumidas por las CCAA ha supuesto que se hayan producido diferencias territoriales en el modo de gestionar la migración y la diversidad que ésta conlleva (Laparra y Martínez de Lizarrondo, 2008). Este esquema de distribución competencial se estableció cuando la inmigración tenía un peso poco relevante en la sociedad española, pero en la práctica supone que “el Estado deja entrar y las administraciones autonómicas y municipales integran” (Miravet, 2009, p. 387).

Algunos gobiernos regionales han puesto en marcha planes dirigidos a mejorar la integración de los inmigrantes en los que se ha reconocido el papel del acceso a los servicios públicos de salud. En ellos ha prevalecido el principio de igualdad de derechos que se ha concretado en la garantía de igualdad de acceso a la atención sanitaria, en la misma línea de lo que establece el PEI. Debido a ello, se establecieron como prioritarias las acciones dirigidas a mejorar el acceso (difundir información, mejorar la comunicación y simplificar la burocracia); las orientadas a adaptar los servicios a las personas recién llegadas (mejora de infraestructuras y calidad, adaptación de planes, incorporación de guías de actuación y sistemas de información adaptados); la promoción de la salud a través de la inclusión de los nuevos pacientes en programas ya existentes (vacunación, etc.); o la incorporación de nuevos programas adaptados a la nueva realidad (captación activa de pacientes, atención a adultos mayores extranjeros, educación para la salud, etc.). Igualmente, se establecieron acciones dirigidas a conocer las nuevas necesidades en salud (estudios de determinantes sociales, buenas prácticas, etc.) y a la formación y la mejora de las competencias culturales de los profesionales sanita-

rios (Terraza-Núñez y cols., 2010). La mayor parte de estas acciones diseñadas a nivel autonómico se han basado en la mejora del acceso y el conocimiento del sistema por parte de la población, aunque no ha habido un aumento real de la oferta de servicios (Cachón, 2009).

Además, algunas CCAA han reconocido el derecho de acceso a las prestaciones sanitarias en el marco de un sistema público de carácter universal en sus respectivos Estatutos de Autonomía, lo que incluye también a los extranjeros que residan en esos territorios con independencia de su situación administrativa. Es el caso de Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León o Cataluña (artículos 23.1). Igualmente, hay comunidades que han incluido este reconocimiento a partir de normas específicas en materia de salud como Andalucía, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco o la Comunitat Valenciana (Foro para la Integración Social de los inmigrantes, 2012).

En el siguiente apartado se aborda cómo ha sido la política pública desarrollada en la Comunitat Valenciana para la protección de la salud de los inmigrantes con anterioridad al año 2012, con objeto de conocer el contexto en el que irrumpe el RDL 16/2012.

1.2.2. La regulación de la asistencia sanitaria en la Comunitat Valenciana

Como se ha señalado anteriormente, la distribución de competencias entre el Estado español y las CCAA ha diferenciado las políticas migratorias propias del gobierno central, referidas al control de fronteras, flujos migratorios y regulación de las condiciones de permanencia en el país, de las políticas sociales competencia de las CCAA³¹, que organizan los diferentes sistemas de protección social e inciden en las condiciones de vida de las personas. A continuación, se aborda el proceso desarrollado en la Comunitat Valenciana desde que asumió las competencias en materia de salud en el año 1982 hasta la entrada en vigor del RDL 16/2012. En la práctica, esta comunidad autónoma llegó a extender protección a la salud más allá de lo establecido en el marco estatal a través de la LODYLE, ya que se llegó a garantizar el acceso a los servicios públicos también para los extranjeros que no estuvieran empadronados.

La Comunitat Valenciana incorpora las competencias en materia sanitaria en su Estatuto de Autonomía³² en el año 1982, asumiendo la gestión de las instituciones

31 Según la Constitución Española de 1978, las CCAA asumen competencias en diversas materias, entre las que se encuentran la asistencia social y la sanidad (art. 148) aunque al Estado le corresponde la regulación de las bases y la coordinación general en esta última. Al mismo tiempo, las competencias referidas a nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo, entre otras, son exclusivas del Estado (art. 149).

32 Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana (BOE, 10 de julio de 1982, núm. 164, pp. 1-28).

sanitarias públicas (art. 54), junto con otras materias de la política social, como educación, vivienda, cultura o servicios sociales (art.49 y 53). El gobierno regional, partiendo del marco fijado por el Estatuto, comienza a establecer las primeras normas relativas al ámbito sanitario³³ y la administración regional asume las competencias en esta materia de manera definitiva en el año 1988, tras la entrada en vigor del Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunitat Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud³⁴. Desde ese momento se produce el desarrollo de una estructura normativa que permite la configuración del Sistema Valenciano de Salud, con la creación de entidades, organismos y servicios públicos³⁵. En relación a la atención de la población inmigrante, el Estatuto de Autonomía establece como competencia de la Comunitat Valenciana la protección de los derechos y la atención social de los inmigrantes que residan en el territorio autonómico (art. 10) así como la colaboración con el gobierno central en lo referente a políticas de inmigración (art. 59.5).

El Decreto 88/1989, de 12 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Valenciano de Salud a determinadas personas que carezcan de suficientes recursos económicos³⁶ y no tengan la condición de beneficiarios de la protección de otro sistema de cobertura sanitaria pública establece, para poder recibir la protección del sistema público, un

33 Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell de la Generalitat, que delimita la atención primaria de la salud en la Comunitat Valenciana (DOCV, 28 de abril de 1986, núm.369, pp. 1542-1551).

34 Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunitat Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (BOE, 30 de diciembre de 1987, núm. 312, pp. 38171-38176).

35 La configuración del Sistema Sanitario de la Comunitat Valenciana se produce a partir de sucesivas normativas. Entre ellas la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana (DOCV, 14 de febrero de 2003, núm. 4.440, pp. 4173-4198) que estructura la organización de los servicios públicos, crea la Agència Valenciana de Salut, establece la ordenación de los servicios en departamentos de salud y define el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana como un instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario regional. Los Planes de Salud de la Comunitat Valenciana (2001-2004; 2005-2009 y 2010-2013)) se encuentran disponibles en <http://www.san.gva.es/web/sdg-i-d-i/planes-de-salud>. Otra de las normas que configuran el sistema valenciano es la Ley 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana que regula las actuaciones relacionadas con la salud pública y el desarrollo de intervenciones de carácter comunitario (DOCV, 23 de junio de 2005, núm. 5034, pp. 22642-22674). Y finalmente, el Decreto 74/2007, de 18 de mayo, regula la estructura, organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria (DOCV, 23 de mayo de 2007, núm. 518, pp. 20785-20802).

36 Decreto 88/1989, de 12 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Valenciano de Salud a determinadas personas que carezcan de suficientes recursos económicos (DOCV, de 23 de junio de 1989, núm. 1092, pp.4349-4350). No debe confundirse con el RD 1088/1989, de 8 de septiembre, que extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes a nivel estatal.

límite de ingresos económicos fijado en el salario mínimo interprofesional, así como la necesidad de estar empadronado en un municipio de la Comunitat Valenciana, al tiempo que otorga al Servicio Valenciano de Salud el reconocimiento de este derecho. Sin embargo, no hace referencia expresa sobre la nacionalidad de las personas a las que se reconoce este derecho, ni sobre su situación administrativa en el país. La puesta en marcha del Sistema de Información Poblacional (SIP) en 1999, permitió la creación de un registro de datos de identificación y localización de pacientes, asignación de recursos y acreditación de las prestaciones sanitarias. Este sistema adjudica a cada persona un número intransferible, número o código SIP³⁷, que permite el registro de cada paciente y el seguimiento de toda la información clínica del mismo. La Tarjeta sanitaria recoge este número identificativo SIP e incluye la acreditación del derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos de su propietario y así se señala en las diferentes normativas autonómicas posteriores relacionadas con el derecho a las prestaciones sanitarias. Por este motivo, la Tarjeta SIP adquiere una especial relevancia para los pacientes en el acceso a los servicios públicos y el reconocimiento del derecho a la salud a cada persona, como se ha señalado.

Con posterioridad, la ya citada LODYLE, permite a los gobiernos regionales ofrecer las prestaciones sanitarias con cargo a fondos públicos a los inmigrantes que se encuentran empadronados en su territorio, con independencia de su situación administrativa. Apenas un mes después de la entrada en vigor de la norma estatal, la Generalitat Valenciana extiende esta protección también a quienes no están empadronados, carecen de recursos y se encuentren en la Comunitat Valenciana superando los límites establecidos por el propio Estado español. De este modo, el Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunitat Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria³⁸, enmarca esta atención en la legislación estatal, extendiéndola a los casos de extranjeros no empadronados que carezcan de recursos económicos (art. 2). Para el reconocimiento de esta asistencia se establece la Tarjeta Solidaria que tendrá duración de un año prorrogable. Asimismo, esta norma resalta el papel de los trabajadores so-

37 Decreto 126/1999 de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de Sanidad (DOCV, de 23 de agosto de 1999, núm. 356, pp. 14841-14844). El código y la tarjeta SIP en la Comunitat Valenciana es el equivalente de la Tarjeta Sanitaria Individual utilizada en todo el territorio español, empleando una denominación específica en cada Comunidad Autónoma.

38 Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunitat Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria (DOCV, 28 de febrero de 2000, núm. 3.697, pp. 3215-3217.). En la práctica, la Tarjeta Solidaria ofrece una cobertura mayor que la tarjeta sanitaria ordinaria, ya que ofrece las prestaciones farmacéuticas con carácter gratuito.

ciales y de las ONG legalmente reconocidas en el ámbito sanitario en la elaboración de los informes preceptivos para la obtención de estas tarjetas (art.5).

La Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario Público de la Comunitat Valenciana³⁹ consolida el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y regula las condiciones de acceso universal al SNS dentro del ámbito de la comunidad autónoma. En principio, este reconocimiento a través de los servicios públicos es una competencia estatal, pero debido a la complejidad de la legislación existen diferentes modelos de aseguramiento. En el caso de la Comunitat Valenciana, esta ley extiende la protección de la salud, creando un grupo específico de protección autonómica que incluye a grupos que no tienen cobertura por otra modalidad. En concreto se hace mención expresa a los ciudadanos extranjeros:

“La Conselleria de Sanidad acreditará el derecho a la asistencia sanitaria a los extranjeros que se encuentren en el territorio de la Comunitat Valenciana cuando justifiquen la ausencia de recursos económicos suficientes y no puedan acreditar el requisito de residencia en la misma (tarjeta solidaria)” (art. 9.2).

En el diseño de las políticas sanitarias posteriores, se mantiene un especial interés por los inmigrantes, como queda de manifiesto en los diferentes Planes de Salud de la Comunitat Valenciana⁴⁰. En estos planes se señala de manera especial el papel de la inmigración en el cambio demográfico experimentado en la comunidad autónoma y en la necesidad de ofrecer atención especial a grupos desfavorecidos y en situación de necesidad social (Conselleria de Sanitat, 2006).

La entrada en vigor del RDL 16/2012 ha paralizado este proceso de protección creciente, como se verá posteriormente. Sin embargo, es pertinente señalar que la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana⁴¹, habiendo sido elaborada y aplicada con posterioridad a la reforma estatal, no incorpora ningún aspecto relacionado con ella ni hace mención expresa a la asistencia a los inmigrantes.

Por otro lado, la protección a la salud referida a este colectivo en la región aparece vinculada a otras políticas sociales de integración. Es el caso de la Ley 15/2008⁴² o el

39 La Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario Público de la Comunitat Valenciana (DOCV, 5 de junio de 2008, núm. 5.778, pp. 64868-64877).

40 Como se ha señalado, el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana aparece delimitado en la Ley 3/2003 de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, donde se define como un instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario regional.

41 Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana (BOE, 10 de febrero de 2014, núm. 35, pp. 11133-11181).

42 Ley 15/2008, de 5 de diciembre, de la Generalitat, de Integración de las Personas Inmigrantes en la Comunitat Valenciana (BOE, de 10 de enero de 2009, núm.9, pp.3416-3431). El Reglamento de desarrollo

Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008 -2011 y su actualización en el Plan 2014-2017, que definen cuáles son los principios y objetivos de la política de integración a desarrollar por el Consell. Este marco señala la transversalidad de las políticas de integración, al mismo tiempo que diseña las medidas a poner en marcha dirigidas a hacer efectiva esta integración, algunas de especial magnitud como la creación de la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía⁴³ y que participan de forma activa en el proceso de integración de este colectivo⁴⁴.

En referencia a la asistencia sanitaria, en la Ley 15/2008 se señala que la dignidad e igualdad de todas las personas, junto con el reconocimiento de derechos y cumplimiento de deberes, son elementos centrales para la integración y para lograr un buen marco de convivencia. Si bien esta norma señala que el ámbito de la inmigración es una competencia del Estado, asume también que las necesidades de los inmigrantes, competencia de la comunidad autónoma, deben ser atendidas con independencia de la situación administrativa en la que se encuentre. En este marco se contempla la universalización de la asistencia sanitaria como un principio rector de la legislación regional, al tiempo que se contempla como “el primer pilar para la integración al ser el medio para que la persona pueda disfrutar y ejercer sus potencialidades de participación activa en la vida social” (Preámbulo III). Asimismo, se otorga especial importancia al derecho a la salud y la asistencia sanitaria a las personas inmigrantes que se encuentren en la comunidad autónoma. Se reconoce el derecho a la asistencia a través del sistema público en los términos establecidos por la LODYLE de ámbito estatal y la Ley 6/2008

de esta Ley se recoge en el Decreto 93/2009, de 10 de julio, del Consell, que además de desarrollar la citada norma, regula el Compromiso de Integración y el Programa Voluntario de Comprensión de la Sociedad Valenciana.

43 Orden 9/2010, de 25 de junio por la que se desarrolla el Decreto 91/2010, de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía. Se puede acceder a la normativa referida al ámbito de la integración en la Comunitat Valenciana a través de la página web de la Generalitat Valenciana (Recuperado de <http://www.bsocial.gva.es/web/integración-cooperación/legislación>).

44 En la Comunitat Valenciana se han puesto en marcha diversas iniciativas en favor de la integración de la población inmigrante que han contado con la participación tanto de instituciones públicas como de algunas organizaciones de la sociedad civil. Es el caso de los diferentes planes y programas como el Plan Valenciano para la prevención de la discriminación interétnica, la xenofobia y el racismo de 2009; el desarrollo de órganos de carácter consultivo como el Foro Valenciano de la Inmigración o la creación del Observatorio Valenciano de la Inmigración y recursos dirigidos a esta población como la Red de Agencias de Mediación para la Integración y la Convivencia Social (AMICS) y los Espacios Interculturales, enmarcados todos ellos en la Ley 15/2008; o acuerdos institucionales como el Pacto Valenciano por la Inmigración; el Pacto Local por la integración de las personas inmigrantes, firmado por los Ayuntamientos y Diputaciones de Castellón, València y Alicante en 2009; el Pacto Agrario Valenciano por la Inmigración en 2010; el Pacto Valenciano por la Integración de las Personas Inmigrantes también en 2010; o el Manifiesto por un voluntariado interreligioso orientado a la asistencia social en 2012 (Català i Bas, 2009).

de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana, ya citada anteriormente. También en la Ley de 15/2008 de Integración se contempla la tarjeta sanitaria como el documento fundamental que permite el acceso a la asistencia pública, por ello la Administración Regional correspondiente acreditará ese derecho en los casos y modalidad que procedan. Al mismo tiempo, se hace mención expresa a los menores inmigrantes, las mujeres inmigrantes embarazadas y la atención de urgencia, como situaciones de especial protección.

Por su parte, en el Plan Director de Integración y Convivencia 2008-2011 de la Generalitat Valenciana, se recoge el planteamiento de la Ley 6/2008 y pretende promover el acceso a la sanidad pública de las personas inmigrantes y proteger su salud, así como alcanzar la excelencia en el servicio sanitario. Para favorecer la mayor igualdad en el acceso a la salud, se proponen acciones dirigidas fundamentalmente a reducir las trabas administrativas y favorecer la mediación intercultural. El Plan Director de Integración y Convivencia de la Comunitat Valenciana 2014-2017 se sitúa en el modelo de integración que contempla la Ley 15/2008 señalando el carácter transversal de las políticas de integración. Al mismo tiempo, identifica la salud como un derecho fundamental de las personas y señala que “la población inmigrada que se encuentra en la Comunitat Valenciana tiene derecho a la asistencia que le proporciona el Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana, por ello se fomentarán las acciones de información a la población inmigrada sobre los recursos específicos de la salud y sobre las prestaciones sanitarias” (p. 34). Sin embargo, a pesar de que en este Plan se señala la existencia de inmigrantes en situación administrativa irregular en la región⁴⁵, y cuando se publica ya se ha hecho efectiva la exclusión sanitaria a través del RDL 16/2012 y se ha puesto en marcha el PVPS, no se hace ningún tipo de referencia a esta situación⁴⁶. En este caso, al igual que en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, parece que formalmente no se asume la existencia de la exclusión sanitaria, al tiempo que los responsables de la administración regional obvian las medidas que el propio gobierno autonómico ha tomado al respecto.

Además de todo lo señalado, el proceso de expansión del Sistema Sanitario Valenciano y la progresiva ampliación de la cobertura sanitaria en la Comunitat Valenciana, ha tenido consecuencias directas sobre la salud de quienes residen en la región. Para

45 Se señala la existencia de 151.537 personas en situación administrativa irregular en ese momento, aunque no se trate de datos totalmente fiables ya que incluye los estudiantes y personas procedentes de la Unión Europea, cuya situación difiere los “sin papeles”.

46 Este Plan, dependiente de la Consellería de Bienestar Social es aprobado por el Acuerdo de 19 de diciembre de 2014, del Consell (DOCV, 22 de diciembre de 2014, núm. 7428, pp. 30993-31103), cuando el RDL lleva en vigor más de dos años y el PVPS año y medio.

González Sanjuán (2012) se han producido avances muy importantes durante estas dos últimas décadas, en las que se han incorporado al sistema 1,3 millones de usuarios potenciales, fundamentalmente entre el año 2000 y el 2009. Esta progresión es fruto de la afluencia de inmigrantes y también de los cambios normativos señalados que han extendido la protección de los servicios públicos. Pero los avances no se refieren sólo a un aumento cuantitativo de la cobertura, sino que también se reflejan en la mejora de la salud. Así lo reflejan indicadores como el aumento de la esperanza de vida que ha pasado de los 76,5 años a principios de los años 90 a los 81,4 en 2010; la reducción de la mortalidad en casi tres puntos durante estas dos décadas; o la mejora de la salud percibida, que un 76% de la población califica como buena. Estos avances han sido posibles, en parte, gracias al aumento del presupuesto de la Conselleria de Sanitat que ha sido superior al resto de los departamentos de la Generalitat, pasando de un gasto per cápita inicial de 488,6 € en 1995 hasta los 1.108,8 € en el año 2011. A pesar de este importante aumento de la inversión en materia sanitaria, la Comunitat Valenciana se sitúa entre las CCAA que menos han invertido en este ámbito, junto a Baleares y Madrid. González Sanjuán llama la atención sobre el punto de inflexión que se ha producido en materia sanitaria en la región y que puede alterar la tendencia positiva en los resultados de salud. Entre otros aspectos señala la orientación de la política sanitaria, tanto a nivel autonómico como estatal, hacia la austeridad, la eficacia y la eficiencia, que ha provocado la reducción del presupuesto asignado a sanidad a partir del año 2011, la privatización de la gestión sanitaria, así como los recortes introducidos a partir del RDL 16/2012. Este conjunto de medidas, a las que se refiere como “medidas que socavan las bases del modelo de atención sanitaria pública, gratuita y universal” (p. 81) constituyen un retroceso en los derechos sanitarios de la ciudadanía y ponen en riesgo los logros alcanzados.

En definitiva, en la Comunitat Valenciana se ha producido un amplio desarrollo en materia sanitaria, que también ha tenido un efecto directo en la protección a la salud de los inmigrantes con mayor amplitud que lo establecido a nivel nacional. A través del desarrollo normativo y de instrumentos como el Decreto 88/1989, la Tarjeta Solidaria o la propia Ley 5/2008 de Aseguramiento, se ha garantizado el acceso a los servicios públicos de salud a todos los extranjeros con independencia de su situación administrativa, y sin distinción respecto a los españoles.

Este análisis no pretende abordar el éxito o fracaso de las medidas desarrolladas a nivel estatal o en la Comunitat Valenciana, pero sí constata la existencia de un reconocimiento formal y progresivo de la protección pública de la salud de los inmigrantes con independencia de su situación administrativa en el territorio. Desde el inicio de las políticas sanitarias en España a principios del s.XX ha existido una tendencia creciente a extender la cobertura de la asistencia sanitaria al conjunto de la población. Esta

realidad ha quedado también recogida desde los primeros momentos de la transición democrática y se ha consolidado en las estructuras jurídicas y en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, aunque se mantiene latente la relación entre las prestaciones de salud del SNS y el INSS. Esta misma confusión posibilita que el reconocimiento del derecho a la salud pueda desvincularse de la condición de ciudadanía para volver a anclarse en el aseguramiento a través del empleo. A nivel regional, en la Comunitat Valenciana también se ha desarrollado un proceso que ha favorecido la garantía de la protección del derecho a la salud y la expansión del sistema sanitario, lo que ha tenido efectos positivos en la mejora de la salud de los valencianos.

Esta tendencia ha cambiado a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, que establece la exclusión sanitaria, abandonándose los intentos por garantizar el acceso a los servicios públicos de salud de los “sin papeles” tanto a nivel estatal como en la Comunitat Valenciana.

70

1.3. DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

Una vez establecida la importancia de la universalidad del derecho a la salud y del acceso a los sistemas de protección, a continuación se pretende abordar algunos aspectos de la realidad de los “sin papeles” en la sociedad española. La migración ha modificado en las últimas décadas la realidad estable de las sociedades, y la presencia de individuos de características, idiomas y culturas diversas ha cuestionado los modos de vida tradicionales. Pero fundamentalmente, lo que ha constituido un reto es la relación que estos nuevos ciudadanos establecen con los Estados de los territorios en los que se encuentran y cuál es la responsabilidad que éstos últimos tienen sobre las personas. Aspectos como derechos y obligaciones, reconocimiento, participación y protección forman parte de un debate que gira en torno a elementos como la nacionalidad, el permiso de residencia y, fundamentalmente, la situación de irregularidad administrativa de quienes viven en la sociedad de recepción, los “sin papeles”.

Sin embargo, los derechos fundamentales de los individuos hacen referencia a una misma dignidad, consideración y respeto, lo que remite al principio de igualdad y no discriminación reconocido en numerosos compromisos internacionales. A pesar de ello, esa supuesta igualdad se reconoce en función de la nacionalidad y de la regulación de la migración y extranjería que corresponde a cada Estado y, como consecuencia, no todas las personas que residen en el mismo territorio reciben la misma protección por parte de las administraciones públicas (Pérez González, 2012). En la práctica cotidiana

de los Estados se establecen diferencias en el reconocimiento de los derechos y las condiciones que se establecen para su protección, definiendo distintas categorías de ciudadanos. En definitiva, desde los ámbitos de decisión política se generan mecanismos que formalizan la estigmatización y criminalización de las personas inmigrantes (Lucas, 2009a). Por ello, el Relator Especial de los derechos humanos de los migrantes ha planteado la necesidad de vincular el reconocimiento de los derechos a las nuevas identidades que se generan en los contextos de recepción como consecuencia inherente a la condición de migrante con independencia de la ciudadanía (Bustamante, 2011).

1.3.1. Reconocimiento y representación social de las personas inmigrantes

De Lucas (2009b) señala que para comprender la inmigración es necesario conocer su carácter global que tiene su razón de ser en la existencia de la desigualdad y en la búsqueda de libertad, en el derecho de la persona a “elegir el propio plan de vida”. La migración es un derecho fundamental, como reconoce la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art.13.1), que se expresa en tres dimensiones: “el derecho a no emigrar, el derecho a emigrar y el derecho a asentarse” (De Lucas, 2009b, p. 25). No obstante, la percepción y la mirada que se dirige a la migración está conformada no tanto por la realidad del que migra, como por la de la sociedad que recibe.

En el lenguaje cotidiano, tanto en el ámbito político como en los medios de comunicación o en la conversación en la calle, los conceptos de inmigrante y extranjero son utilizados a menudo como sinónimos, mientras que, en otras ocasiones, se utilizan para establecer connotaciones distintivas entre una realidad y otra.

La noción de extranjero es una realidad jurídica relacionada directamente con el concepto de nacionalidad que, a su vez, “es definida como el vínculo jurídico que une a un individuo o a una persona jurídica con un Estado” (Pérez González, 2012, p. 13). No se trata de una característica permanente, en determinadas circunstancias una persona puede cambiar de nacionalidad modificándose así la situación jurídica respecto al país en el que se encuentra. Extranjero es, por tanto, la condición del individuo que no tiene la nacionalidad del territorio en el que se encuentra y su estatus está determinado por el derecho de extranjería del Estado correspondiente. Al igual que la nacionalidad, es una connotación jurídica que puede cambiar y que hace referencia a la persona, sin distinguir su origen o lugar de nacimiento (Malmusí y Jansá, 2007). Aunque la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, garantiza el derecho de toda persona a tener una nacionalidad y el derecho a cambiarla (art. 15), por lo general, las circunstancias para adquirir o perder tal condición dependen de la legislación interna de cada país.

Por el contrario, el término inmigrante carece de una connotación jurídica. Este concepto está referido a personas y familias que se trasladan a otra región o país diferente donde establecen su residencia con el fin de mejorar sus condiciones sociales y materiales, así como sus expectativas de futuro. Así, la inmigración es el proceso por el que las personas no nacionales de un país ingresan en él con el fin de establecerse, aunque el estatus específico de la persona considerada inmigrante, dependerá de la legislación interna del Estado receptor (OIM, 2006).

Si bien el inmigrante es entendido como la persona que se establece en un lugar diferente del de origen, por lo que tiene relación con la condición de extranjero, en la práctica se convierte en un constructo social que no es fácil delimitar, asociado a un conjunto de características que van más allá de la posesión o no de la nacionalidad del Estado en el que se encuentra. Influido por el momento histórico y por las perspectivas ideológicas predominantes, carece de un significado “neutro” en la sociedad. Se trata de una identidad que se reconstruye progresivamente y, si bien el inmigrante se convierte en tal en el momento de llegada a un nuevo territorio, no existe un elemento específico y reconocido que permita establecer cuál es el momento en el que se pierde esa característica, cuál es el límite a partir del cual una persona deja de ser inmigrante en la sociedad de recepción⁴⁷ (Malmusí y Jansá, 2007; Sassen, 2013).

Con frecuencia la noción de inmigrante va asociada a las condiciones de vida de la persona o los grupos, tanto en el contexto del que parten como al que llegan. Mora (2013c) se refiere a los inmigrantes como “aquellas personas que migran buscando mejorar sus difíciles condiciones de vida” y que sin embargo “aparecen como un colectivo imaginado” a partir de estereotipos que ignoran las diferencias y estigmatizan a las personas que buscan mejorar su situación (p.81). Por el contrario, este concepto no se

47 La identidad de inmigrante tiene una doble vertiente, tanto la que le otorgan los miembros de la sociedad de recepción, como la propia identificación o autopercepción del inmigrante como tal. En una investigación realizada en centros sanitarios, algunos pacientes de origen extranjero manifestaban su contrariedad por ser tratados como inmigrantes a pesar de tener nacionalidad española:

«Digo soy libre. Cada uno es libre. Como estoy pagando aquí mi seguridad social, como estoy pagando y tengo derecho como usted. Yo tengo nacionalidad española, llevamos aquí mucho tiempo. Yo soy otra más. Yo soy una habitante más, igual que usted, igual que el otro» (E 4).

Al mismo tiempo, también pacientes de origen extranjero, pero sin nacionalidad española, rechazaban ser considerados extranjeros, ya que, por su modo de vida y el tiempo residiendo en España, se consideraban nacionales:

«Sí. Extranjero (...) Donde tengo mi comida y mi vida y mi familia, es mi país. No soy extranjera. Ya llevo aquí once años, que pienso que no soy extranjero porque ya sé todo lo que hay aquí. El derecho, la ley. Que es mi país porque vivo aquí once años y ya se todas las cosas de aquí de España ¡ya soy como una española!» (E 34).

En cualquier caso, la vivencia de la propia identidad también se encuentra vinculada al lugar de residencia efectiva, el lugar donde se desarrolla lo cotidiano (Vázquez-Cañete, 2012, p. 226).

refiere a aquellos extranjeros que, por ocupar profesiones de élite, por ser adinerados o proceder de países ricos, generan otro tipo de imagen en la sociedad. Desde esta perspectiva, la condición de inmigrante se asimila a la de extranjero trabajador y no con la de aquel de vida acomodada.

Si bien la decisión última de abandonar el propio territorio en busca de una mejora de las condiciones de vida tiene componentes diferentes a los de refugiados y asilados, las razones de la migración son muy complejas y van más allá de una perspectiva individual. Malgesini y Giménez (2000) señalan que la migración tiene relación con el marco individual de decisiones, el proceso familiar-social y el contexto económico, social y político nacional, al tiempo que todos estos elementos están condicionados por la globalización de los procesos económicos y culturales tanto en los lugares de origen como en los de recepción. Martínez Veiga (2007) señala, a su vez, dos vertientes del proceso migratorio. Una de carácter individual, en la que los factores personales determinan la decisión particular de emigrar. Y, por otro lado, el hecho de que estas decisiones individuales están condicionadas por factores de carácter estructural y macro que explican cómo la migración internacional es una consecuencia de la penetración del modelo económico capitalista que crea nuevos mercados, genera dependencia económica y una nueva estructura política global. En cualquier caso, los procesos migratorios se vinculan tanto con los contextos de partida y de llegada como con la realidad política, social y económica a nivel global.

Para Sassen (2013) la migración se encuentra integrada en fases históricas específicas y evoluciona con ciertas pautas geográficas y temporales definidas. Por un lado, las pautas geográficas responden a los nexos de relación establecidos por los lazos coloniales, tanto los tradicionales como los nuevos, o las campañas de contratación promovidas por los países receptores. Y por otro, las pautas temporales responden al sistema económico y social de carácter global, que afecta al país emisor y receptor de población y constituye parte integrante de los procesos de crecimiento de la economía. Igualmente, inciden los contextos de desigualdad entre los diferentes territorios y también una progresiva autonomía de los migrantes en las decisiones sobre su propio proceso migratorio. Sin embargo, una visión a largo plazo permite observar cómo los países receptores de inmigrantes tienden a experimentar un crecimiento económico progresivo. El riesgo se encuentra, por un lado, en la percepción generalizada de considerar la migración, como una clase aparte, no perteneciente al lugar de residencia, lo que deriva en sentimientos de “invasión”. Y, por otro lado, en percibir la inmigración como una acción individual de los inmigrantes a la que sólo se puede responder desde una política de protección de fronteras, como un ámbito de regulación rígida del Estado, mientras que en relación al flujo de transacciones de bienes, capital e información el Estado posibilita

la circulación libre y flexible. Es decir, mientras que para las personas se establece lo que Sassen denomina “síndrome de la Fortaleza Europa”, para el mercado se produce una “desnacionalización parcial del territorio” (p. 201). Como consecuencia, se ignoran los nexos de carácter sistémico que construyen los movimientos migratorios y se considera a los países como meros agentes receptores que adecúan sus políticas de mayor o menor aceptación de la inmigración en base a sus intereses particulares.

Portes (2012) señala tres componentes esenciales que determinan los procesos migratorios: uno, el contexto concreto al que llega la población, delimitado por los gobiernos y sus políticas hacia la inmigración; dos, la sociedad y las condiciones del mercado de trabajo en el lugar de destino; y tres, las características de la comunidad de recepción. El modo en el que se combinen los elementos positivos y negativos de estos tres ámbitos, condiciona las formas de incorporación de las personas y los grupos humanos. Asimismo, la relación que se establezca en el reconocimiento de derechos a los extranjeros en un Estado, generará modelos diversos de integración sociocultural.

74

La existencia de esos diversos modelos de protección e integración ha sido largamente abordada. De Lucas (2012) habla de tipos ideales en los modelos de integración, a modo de “construcciones puras”. Estos tipos ideales, que identifica como asimilacionismo, segregacionismo, integracionismo, pluralismo e identitarismo, muestran sus particularidades en torno a cómo plantean los límites y posibilidades de transformación de los patrones sociales, la estructura de la sociedad de acogida, y la posibilidad de participación de los nuevos vecinos en la toma de decisiones en contextos de multiculturalidad. Estos modelos se han desarrollado en contextos diferentes de recepción de la inmigración a través de la implementación de políticas de integración. Sin embargo, a pesar de las diferentes formas de abordar la integración, todos ellos se han manifestado ineficientes, en mayor o menor medida, para garantizar la igualdad en el acceso a los diferentes niveles de la sociedad. Al mismo tiempo, la mayor parte comparten el hecho de que los conflictos sociales y de convivencia que han surgido en los países donde se han aplicado tienen como trasfondo la existencia de diferencias en el acceso a los servicios públicos, los diferentes niveles educativos, o el limitado acceso a puestos de responsabilidad, directivos o cargos públicos. Es decir, que, aunque teóricamente todas las propuestas a excepción del modelo de segregacionismo, desarrollan planteamientos inclusivos, estos modelos no han logrado hacer efectiva la integración real los inmigrantes en todas las capas de la sociedad (Retortillo, Ovejero, Cruz, Mangas y Arias, 2008).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos formula el derecho de la persona a circular libremente y elegir su residencia en el territorio de un Estado, como ya se ha señalado, pero no establece la obligatoriedad de recibir a los extranjeros en un territorio. En la práctica, los Estados controlan sus propias fronteras y establecen los

requisitos que los extranjeros deben cumplir para residir en su territorio, recibir protección y acceder a las estructuras sociales del país.

Los diferentes gobiernos tienden a establecer una menor protección a las personas extranjeras, basándose en razones políticas y económicas, situación que se agrava cuando se trata de los “sin papeles”. En respuesta a esta realidad, la protección de los inmigrantes en los países de destino ha sido abordada ampliamente en los ámbitos internacionales, desarrollándose de modo incipiente un marco del Derecho Internacional de las migraciones que está conformado por diferentes instrumentos. El principal aporte de este marco es el reconocimiento de la dignidad de la persona como valor fundamental, que remite a la titularidad y el goce efectivo de los derechos humanos en condiciones de igualdad, también para los migrantes, lo que implica superar la concepción tradicional de la soberanía estatal en las competencias sobre el trato y reconocimiento de estos derechos (Pérez González, 2012). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el Convenio número 97 sobre trabajadores inmigrantes (OIT, 1949), en el que se establecía el principio de igualdad de trato con los nacionales del país de residencia, aunque estaba referido a los inmigrantes en situación regular. Esta misma organización trató de extender en 1975 la protección de los derechos básicos a todos los trabajadores inmigrantes, con independencia de su situación administrativa, recogida en el Convenio número 143 (OIT, 1975).

Por su parte, desde Naciones Unidas se elaboró la Declaración sobre los Derechos Humanos de los Individuos que no son nacionales del país en que viven (NNUU, 1985) y la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (NNUU, 1990) y, amparados en este marco, los trabajadores migrantes disfrutarían del reconocimiento de derechos por igual, con independencia de su situación administrativa. Esta última Convención de 1990, constituye un texto de referencia clave porque presenta a los trabajadores inmigrantes como personas y no como entidades económicas y, por lo tanto, titulares de derechos, extendiendo esa protección a sus familias; y porque establece la protección de estos derechos por parte de los Estados en los que se encuentran, con independencia de su condición de extranjeros en ese territorio aún en situación administrativa irregular (Malgesini, 2002). Sin embargo, el hecho de que los principales países de recepción de inmigrantes, como los de la Unión Europea, entre ellos también España, no hayan ratificado esta Convención impide que la protección se concrete en esos territorios y da muestra de un escaso compromiso político con la garantía de los derechos de la población inmigrante⁴⁸.

48 La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias fue aprobada en 1990 y entró en vigor en Julio de 2003 y a 5 de septiembre de 2016, la han ratificado 48 Estados y otros 38 han firmado su adhesión, aunque aún no la han ratificado. Ninguno

En relación a la posible ratificación de esta Convención por parte del Estado español, De Lucas, Ramón y Solanes (2008) señalan que no se trata de extender derechos a las personas indocumentadas de forma injustificada, ni supone dejar de regular los movimientos migratorios y de adoptar medidas contra la inmigración ilegal y el tráfico y la explotación de las personas inmigrantes; sino que, más bien, se trata de defender los derechos humanos de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, como pertenecientes a grupos más vulnerables, ya que “su falta de adecuación a la legalidad administrativa no puede ni debe ser argumento para desproverlos de derechos” (p.30). Estos autores consideran que la ratificación de la Convención constituiría un instrumento garantista de los derechos que ya existen en el ordenamiento jurídico español. Así, señalan que desde una dimensión jurídica las disposiciones contenidas en la Convención son compatibles con las normas que progresivamente se han reconocido en el ámbito estatal y, desde un punto de vista político, el reconocimiento de igualdad de derechos podría constituir una medida que desalentase la inmigración irregular. La regulación española en materia de inmigración tiene como referente la LODYLE, sin embargo, la regulación del estatus jurídico de la población inmigrante en España, a juicio de Solanes (2011), ha estado determinada por sucesivas disposiciones legales, solapadas en el tiempo, de progresivo carácter restrictivo y con un formato cuestionable, con derogaciones parciales, reglamentos y diversas instrucciones y órdenes. Este carácter restrictivo ha aumentado las dificultades para el acceso y la permanencia en el territorio español de forma regular, al mismo tiempo que los vaivenes del mercado laboral han convertido en irregulares a un número importante de personas. Igualmente, las condiciones para obtener autorización de residencia o trabajo en circunstancias especiales, como es la de arraigo social, una de las más utilizadas, se encuentra también vinculada a la situación nacional de empleo, por lo que el mercado laboral se convierte en un determinante de la condición de regularidad o irregularidad y, por lo tanto, de los flujos migratorios en España. Para esta autora, la integración de este colectivo se encuentra directamente vinculada al ejercicio de sus derechos y en España esta posibilidad viene determinada por la situación administrativa, por lo que la irregularidad impide el ejercicio de los derechos, el acceso a los sistemas de protección y, como consecuencia, la irregularidad conlleva la invisibilidad de esta población.

Al mismo tiempo, Solanes (2009) señala que se ha producido un cambio importante en la selección de los inmigrantes en Europa. Desde un modelo de inmigración

de ellos forma parte de la Unión Europea, aunque la han ratificado Albania y Bosnia y Herzegovina, y la han firmado Montenegro y Serbia, países que se encuentran en proceso para su posible entrada en la UE. Puede consultarse más información en https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-13&chapter=4&clang=_en.

no cualificada, con una perspectiva de no permanencia (trabajador huésped⁴⁹) se ha planteado un sistema dual de integración: los trabajadores deseados (altamente cualificados) con un estatus específico; y en el inmigrante económico no deseado, prescindible en tiempo de crisis económica y al que se le exigen mayores requisitos para su permanencia. Así, la existencia de un modelo dual, en el que se diferencia al nacional y al inmigrante “deseado” (cualificado) del inmigrante económico “no deseado” supone “la sumisión del Estado de Derecho a la anarquía del mercado” (2009, p. 92). En definitiva, las respuestas jurídicas y políticas a la inmigración, con frecuencia subrayan la diferencia y justifican la subordinación de unos individuos respecto de otros, presentando a inmigrantes y refugiados como una realidad “ajena” (De Lucas, 2015).

En definitiva, es muy difícil lograr el éxito en unas propuestas de integración cuando subyacen mecanismos discriminatorios en función del origen. Aguilar (2014) habla de la existencia de una discriminación dirigida hacia los inmigrantes, que se produce en una doble dirección. De una parte, la discriminación institucional que se manifiesta a través de las políticas y los procedimientos dirigidos a determinados colectivos y que les impide situarse en posiciones de igualdad, al tiempo que se reproduce a través de los discursos y el accionar político; los comportamientos desarrollados por los funcionarios de la Administración, responsables de aplicar la ley; o bien a través de los marcos legislativos y jurídicos que determinan el acceso a los bienes y servicios públicos y orientan la acción de los profesionales. Y, de otra parte, la discriminación que se produce en el ámbito laboral, en el que se ponen de manifiesto diferencias entre las posibilidades de los trabajadores en función de su origen y no de su cualificación. Así, los inmigrantes son dirigidos hacia los empleos de baja cualificación y remuneración, fundamentalmente en el mercado informal, por lo que son objeto de una mayor vulnerabilidad social y sufren mayores tasas de desempleo. Al mismo tiempo, para Aguilar (2011) la interacción que se produce entre el racismo institucional y la ciudadanía, contribuye a la construcción de significados en torno a la inmigración. Las políticas públicas, sustentadas sobre una perspectiva de cierre de fronteras, configuran al inmigrante como personificación de la pobreza y la fragilidad, figura antagónica del modelo de ciudadano europeo. De este modo, se justifican los “modelos de gobierno en distancia” (p. 146), en los que se admite la atención a este colectivo desde las entidades sociales, fuera de lo público, al tiempo que los modelos de implícitos de intervención desde lo social, como marco de interpretación y comprensión de la realidad, se impregnan de “valores, presupuestos y estereotipos que pueden alimentar nuevas formas de racismo y que nos impiden reconocer las reales necesidades de las personas” (p. 147).

49 Se trata de un concepto planteado por Castles (2006, citado en Solanes, 2009, p. 75).

Herzog (2009) también llama la atención sobre la importancia del papel del discurso público en la construcción de la identidad del inmigrante en la sociedad de recepción, que termina legitimando la diferencia. Así, hace referencia a la exclusión discursiva, que constituye una “clasificación, adscripción y devaluación de ciertas características colectivas” que permiten “ser considerado como no relevante para la participación en un contexto social” y justifican un trato diferenciado (p. 47).

A esto se le añade la perspectiva de una situación de competencia por unos recursos que son presentados como escasos por el discurso oficial. La inmigración ha surgido como un nuevo sujeto en el marco de los sistemas de protección social y el reconocimiento de derechos implica su participación en el disfrute de recursos y servicios públicos; no es extraño que surja cierta preocupación por el uso compartido de esos recursos, fundamentalmente en contextos de vulnerabilidad o riesgo social, pero constituye un riesgo cuando esta visión es fomentada artificialmente sin presentar, al mismo tiempo, el papel de las personas inmigrantes también como contribuyentes en la sociedad (Ruiz, 2007).

A este respecto, Mora (2010) señala que cuando el inmigrante es señalado como una amenaza tanto para la seguridad como para los bienes que son considerados propios se instaura el discurso del miedo. A partir de aquí las políticas migratorias restrictivas quedan legitimadas como una estrategia de supervivencia en el interior de la sociedad. Y ante la situación de carestía, el discurso de la desigualdad tiende a culpabilizar al excluido de la situación en la que se encuentra. Este tipo de acciones son expresión de lo que La Parra y Tortosa (2003) denominan “violencia estructural”, definida como:

“La existencia de un conflicto entre dos o más grupos de la sociedad (normalmente caracterizados en términos de género, etnia, clase, nacionalidad, edad u otros) en el que el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de una de las partes y en perjuicio de las demás, debido a los mecanismos de estratificación social” (p. 57).

La diferenciación que se establece a partir de los actuales procesos de gestión de la migración, entre autóctonos e inmigrantes, y las diferentes posibilidades de participación y protección, terminan delimitando los espacios de inclusión. Estos límites establecen una frontera en el espacio social, en el que determinados ciudadanos reciben la acción del Estado y otros son legítimamente apartados. Así, como un “principio ordenador del mundo”, las fronteras se hacen flexibles y delimitan quién puede pasar al espacio social y con qué derechos. El control fronterizo se establece en el acceso a lo público, a las instituciones y al espacio social, un “sistema de exclusas que fija a de-

terminados hombres y mujeres a determinados espacios sociales y laborales” (Malo, 2006, p. 9)⁵⁰.

Igualmente, de Lucas (2015) señala cómo, apoyado en el terrorismo (a partir de 2001) y la crisis financiera y económica (a partir de 2008), se ha reconstruido el discurso del miedo al otro, que posibilita el levantamiento de muros y fronteras de diferentes modos. A partir de la “ideología del muro”, como viejo “resorte del miedo” (p.33) se reestructuran las fronteras, tanto las físicas que convierten a los Estados en fortalezas, como las fronteras internas de la democracia, que estrechan el pluralismo que puede ser aceptado para mantener la cohesión, y que ensancha la brecha social y la desigualdad, como herramienta frente a la amenaza. De este modo, los argumentos que exacerban la seguridad y priorizan la perspectiva economicista, convierten a la inmigración en un problema.

La posición que un individuo tiene respecto al Estado, a través de la ciudadanía, marca una situación de pertenencia o exclusión. El concepto tradicional de ciudadano de Marshall, y el reconocimiento de los derechos sociales desarrollado durante el siglo XX, vinculaba la titularidad de los mismos a los ciudadanos, entendiéndose que la protección de los derechos humanos correspondía a los diferentes estados. La relativa movilidad humana y el desarrollo económico no cuestionaba el reconocimiento de la ciudadanía, vinculándola a la nacionalidad. Sin embargo, el final del s. XX y el inicio del s. XXI, marcados por el proceso globalizador de la economía, han generado unos amplios movimientos migratorios que cuestionan el modelo tradicional de ciudadanía y evidencian la dualidad en el trato a los migrantes, que convierte a los inmigrantes en ciudadanos sin Estado y sin pertenencia (Laparra y cols., 2007; García Roca (2010).

Por tanto, la presencia de extranjeros en el territorio de los diferentes Estados, obliga a establecer los mecanismos que determinen la inclusión de esas personas en el ámbito de la ciudadanía, a “encontrar el equilibrio entre el universalismo de los derechos y el particularismo de la pertenencia que define la ciudadanía” (Mezzadra, 2005, p. 98). La protección creciente que se había extendido durante unos años garantizando los derechos sociales, políticos y económicos a la población inmigrante en algunos países de la UE, podría constituir lo que Soysal denomina un “modelo postnacional” de pertenencia (1994 y 2000, citado en Mezzadra, 2005); es decir, el estatuto de persona reemplazando a la ciudadanía como origen de los derechos humanos, de carácter universal.

50 Un ejemplo de cómo este riesgo también se percibe entre algunos profesionales, son las declaraciones del presidente de la Asociación Médica Británica (BMA) ante el anuncio del Reino Unido de cobrar por la atención en urgencias a los turistas no comunitarios: “El deber de un doctor es tratar a los pacientes que lo necesitan y no ejercer como agente de frontera”. Ver: El Reino Unido cobrará mínimo 76 euros por urgencias a turistas no comunitarios. El Mundo (2015, 31 de octubre). Recuperado de <http://elmundo.es/sociedad/2015/10/31/56348635e2704ef57b8b45b1.html.com>.

Son diversos los autores que señalan la necesidad de ‘recrear la ciudadanía’ vinculada al lugar de residencia efectiva, al ejercicio de vecindad (García Roca, 2010). Los movimientos migratorios actuales cuestionan los vínculos tradicionales de pertenencia social y política entre los ciudadanos y el Estado, al tiempo que, la integración que ha formado parte de la política migratoria tanto en el conjunto del Estado español, como en algunas de las CCAA (entre ellas la Comunitat Valenciana) debe ir más allá de unas claves culturales y laborales. Es preciso establecer políticas, en muy diversos órdenes: empleo, salario, educación, salud y también en el ámbito político, que inciden directamente en las desigualdades de la vida social, dirigidas hacia la redistribución, el reconocimiento y la representación de la inmigración en la sociedad de recepción y la posibilidad de ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos (de Lucas, 2009b; Cachón, 2010; Solanes, 2011).

1.3.2. La particular situación de exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular

80

El resultado de la incorporación de los inmigrantes a la sociedad de recepción está condicionado por el estatus jurídico de la persona en ese territorio. En ese sentido, carecer de autorización para residir o trabajar en el lugar donde se vive provoca mayores limitaciones en el acceso a las estructuras y servicios de protección social y, como consecuencia, una menor garantía de los derechos sociales.

La situación administrativa irregular viene determinada por la presencia en un territorio sin la autorización legal de ese Estado y puede estar sujeta a diferentes tipos de tratamiento o de sanción, incluida la orden de expulsión (Vogel, 2009). Portes (2012) señala la relevancia de algunos aspectos importantes referidos a este colectivo. La migración es el resultado de un proceso que involucra las necesidades, demandas y características tanto de los Estados que expulsan población, países empobrecidos, como de los de recepción, que demandan trabajadores. Pero, fundamentalmente, la inmigración irregular es un “desplazamiento de mano de obra barata”, un desplazamiento de trabajadores en busca de oportunidades laborales, que no tiene por qué ser una situación permanente, ya que se produce un complejo proceso que tienen que ver con las oportunidades de trabajo y salario en el país de recepción y con las posibilidades de consumo y reinversión en el lugar de origen. La irregularidad, además, tiene que ver con las contradicciones que acompañan al desarrollo: la atracción de la modernidad de la civilización urbana y la difusión del consumo a través de los medios de comunicación social, la desigual distribución del crecimiento económico al interior de las sociedades, y la división entre las clases sociales, entre dueños de capital, empresas competitivas, obreros nacionales, obreros deslocalizados, etc.

En el contexto de la inmigración, diversos autores ponen de relieve la categorización que se produce entre los ciudadanos en función del estatus jurídico que poseen y las posibilidades de acceso a los recursos públicos, en función de los criterios de nacionalidad y de estatus legal.

López Sala (2006) señala que en el territorio de la UE se ofrecen diferentes oportunidades vitales en el disfrute y ejercicio de derechos y de participación social a los inmigrantes, lo que genera una estructura de desigualdad social y económica. Los procesos de inclusión y exclusión consecuencia de las políticas nacionales propician un sistema de estratificación cívica, en palabras de Lockwood (1996), donde el primer nivel de diferenciación se establece para los nacionales de estados miembros, que pueden disfrutar del acceso al mercado laboral, los derechos económicos, sociales y familiares. A continuación, los nacionales de terceros países, que ven condicionada su situación a la política de extranjería del Estado en el que se encuentran, una política fundamentalmente de carácter laboral, por lo que el acceso a los derechos va a depender de la posibilidad del inmigrante de incorporarse al mercado de trabajo. Sin embargo, los Estados dirigen la mano de obra extranjera hacia áreas económicas de su interés, por lo que el mercado laboral se convierte en un “agente determinante” en el acceso a los derechos. Y, en el último escalón del sistema se sitúan los “sin papeles”, con un mínimo de derechos reconocidos y un limitado acceso a los servicios de protección, teniendo un estatus deficitario.

Por su parte, Morice (2007) señala que la irregularidad es el último extremo de una escala “en la que las leyes, las prácticas administrativas y las ideologías construyen y sitúan a los grupos jerarquizándolos entre sí” (p.57), y donde a los “sin papeles” se les somete a una situación permanente de sospecha. Asimismo, la discriminación construida en torno a la migración sume al colectivo de irregulares en una precariedad jurídica y económica, limitando sus posibilidades de vida. Morice señala también que la condición de irregularidad está constituida por tres elementos: la dependencia, que se materializa en la vinculación permanente con otras instancias para subsistir (administraciones, organizaciones sociales, abogados, etc.), inferioriza al inmigrante irregular y subordina la acción del derecho a la lógica de los favores; la deuda, tanto económica como moral, que somete a la persona a situaciones de explotación; y, finalmente, la reclusión, como resultado de la limitación de los desplazamientos y del uso de los servicios por la inseguridad que provoca la irregularidad y en la que los controles de identidad juegan un papel fundamental y que, como consecuencia, produce “un estrechamiento del campo de acción en el que se puede asegurar una autonomía” (p. 59).

A este análisis, Achotegui (2012) añade además una realidad propia de las migraciones actuales, que es el establecimiento de diferencias entre el mismo colecti-

vo inmigrante. Así se distingue entre, por un lado, los regularizados, grupo “privilegiado” porque formalmente gozan de derechos y oportunidades, aunque en esta categoría se pueden incluir una gran diversidad de realidades, desde aquellos que proceden de países de rentas altas, a los procedentes de países extracomunitarios e incluso los inmigrantes en situación de exclusión social, pero en posesión de una autorización de residencia y de trabajo; por otro lado, los “sin papeles”, que se encuentran en la mayor indefensión porque además de estar al margen de la sociedad sufren el acoso y la amenaza constante de expulsión; y, finalmente aunque no por ello en el último puesto del escalafón, quienes tienen papeles pero pueden perderlos, cuya subsistencia depende de la burocracia y la renovación de papeles, por lo que viven en la inseguridad permanente. La incertidumbre, la inseguridad y la irregularidad tienen consecuencias directas sobre la vida de las personas, que se hacen especialmente graves en los “sin papeles”: las rupturas familiares, ya que la irregularidad impide la reagrupación familiar; la exclusión social estructural que minimiza las oportunidades de participación en la sociedad para estas personas; y finalmente la criminalización del inmigrante, que responsabiliza a la persona de su propia situación.

Para La Spina (2016) la estratificación en la condición de inmigrante se construye a partir de normas jurídicas, en virtud del acceso al trabajo y la residencia, y la condición de irregularidad constituye el “prototipo de exclusión” (p. 193). La principal vulnerabilidad del inmigrante no viene determinada por el hecho de migrar, sino que se establece a partir de la configuración que se establece en las normas jurídicas y que limita el acceso a los derechos en condiciones de igualdad.

La consideración de inmigrante indocumentado o irregular, lleva implícito un componente simbólico de exclusión que se acrecienta de forma progresiva. El empleo de los conceptos ilegal o irregular con frecuencia implica un uso del lenguaje para señalar una presencia cuestionable en el entorno social: no tienen derecho a estar aquí. Un lenguaje que afecta a la imagen social los “sin papeles”. Mora (2010; 2013a) señala que la categoría de inmigrante irregular se construye a partir de un conjunto de significados sociales, mediante un proceso de inferiorización que permite la eliminación del reconocimiento y de los derechos, como es el caso de un menor acceso a los sistemas de protección, y normalizando así la desigualdad en el imaginario colectivo. A ello ha contribuido un discurso creciente dirigido a presentar la inmigración en Europa como una amenaza, un foco de riesgo, que al tiempo que aumenta los prejuicios justifica las restricciones. Una amenaza que se presenta a través de varios argumentos. De un lado, el riesgo que supone para el estándar de vida y la cohesión de las sociedades europeas la presencia de individuos procedentes de países pobres, frente a los que la única respuesta puede ser el control de la inmigración irregular. Y de otro, la extensión

del discurso sobre la seguridad y el miedo hacia el inmigrante, que justifica las acciones restrictivas.

Se trata de una realidad motivada, en ocasiones, por la acción pública, como es el caso de las prácticas de control e identificación selectiva relacionadas con la apariencia física por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. De hecho, en un estudio realizado en el año 2013 (García Añón, Bradford, García Sáez, Gascón y Llorente, 2013), se ponía de relevancia que las personas inmigrantes y miembros de minorías étnicas son objeto de controles policiales en la vía pública con mayor frecuencia que otros grupos de población. Así, en los dos años anteriores a dicho estudio, las personas con rasgos físicos no caucásicos nacidas fuera de España habían tenido hasta cuatro veces más posibilidades de ser paradas que otros colectivos, produciéndose esta situación en mayor medida entre gitanos, magrebíes y africanos de piel negra; sin embargo, si se trata de comprender la utilidad de este tipo de controles, hay que señalar que no han demostrado tener eficacia en una mejor identificación de delitos u otras infracciones, por lo que podría tratarse de una muestra de un trato discriminatorio hacia determinados grupos de extranjeros (p. 217-218). Actuaciones de este tipo, ponen de manifiesto cómo la política migratoria actual está centrada en el control de la irregularidad y la eficacia en la expulsión (Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, 2016). Como consecuencia, favorecen la ocultación y la invisibilidad de los “sin papeles” y la propia situación de irregularidad conduce a quien la sufre a vivir en condiciones de clandestinidad.

El inmigrante económico no deseado se convierte en un elemento prescindible en la sociedad, utilizado como pieza rentable, al tiempo que constituye una amenaza para el estándar de vida, la cohesión y la estabilidad social y económica, así como para el orden y la seguridad, en las sociedades estables y organizadas, lo que hace prioritaria la necesidad de control (de Lucas, 2009b; 2015)⁵¹. A este planteamiento ha contribuido el diseño de las políticas europeas que expulsa al inmigrante irregular de la universalidad

51 De Lucas (2009b) señala que la criminalización de los inmigrantes tiene muchos instrumentos, entre ellos la Directiva de Retorno establecida en la UE en se sitúa en esta línea (Directiva 2008/115/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, relativa a normas y procedimientos comunes en los Estados miembros para el retorno de los nacionales de terceros países en situación irregular. DOUE n. 348, de 24 de diciembre de 2008), ya que, al establecer las expulsiones y la posibilidad de internamiento en los Centros de Internamiento de Extranjeros, convierten en delincuentes a las personas indocumentadas, ante una falta administrativa. Al mismo tiempo que constituye una herramienta de control de los flujos migratorios, también lanza un mensaje a la opinión pública sobre la acción que los Estados realizan con el fin de proteger a la sociedad de la inmigración descontrolada. Por eso, al tiempo de utilizar la inmigración con fines políticos, se traslada una visión simplista de los movimientos migratorios que identifica inmigración irregular y delincuencia: “equipara a quienes son sujetos de una irregularidad administrativa con los autores de delitos” (p.37).

de los derechos humanos, al tiempo que fomenta una cultura de odio que se concreta en una legislación que etiqueta al inmigrante irregular como delincuente. Se trata de un planteamiento a favor de la consideración del inmigrante como enemigo y objeto de las políticas de control, en el marco de un paradigma securitario, que permite conductas policiales amenazadoras y coactivas (Pomares, 2014).

Santamaría (2002, p. 72) llama la atención sobre las formas de problematizar las actuales migraciones de carácter internacional ya que se “piensa y trata a los inmigrantes” en términos de problema y amenaza. Como consecuencia, se impone a la población inmigrante una marca que los relaciona con desórdenes y riesgos y se produce un distanciamiento en la sociedad, legitimando políticas migratorias restrictivas y “el orden social que las sustenta”. Para este autor, la construcción del imaginario del no comunitario como categoría social se ha realizado en contraposición y como frontera simbólica de la construcción de la figura del ciudadano comunitario, a partir de la expansión y desarrollo de la Unión Europea. Esta construcción ha sido fruto de actitudes hostiles de determinados grupos sociales, pero también de la construcción de la inmigración no comunitaria como un elemento antagónico y de desasosiego, extendiendo representaciones y prácticas excluyentes tanto en el ámbito jurídico, las políticas públicas, las instituciones, los medios de comunicación o las relaciones sociales. Los discursos sobre la inmigración no comunitaria se desarrollan sobre conceptos como avalancha, diferencia cultural, cohesión o competencia, y suponen una configuración de este colectivo en términos de amenaza (social y cultural) constituyendo un peligro para la sociedad de instalación. Como consecuencia, se legitiman propuestas políticas que plantean límites y que, de algún modo, establecen fronteras de carácter simbólico entre los migrantes y la sociedad donde éstos llegan. Lurbe y Santamaría (2007) insisten en que se establece un distanciamiento con el inmigrante como ajeno por su carácter externo y de distancia, que constituye una realidad considerada inadecuada en la sociedad, y que además toma cuerpo en realidades subjetivas que son percibidas como fuera de lugar.

La consideración del inmigrante irregular como alguien ajeno al entorno social también se basa en la condición de desigualdad en la que se le sitúa. Mora (2015) señala que la desigualdad de los inmigrantes se manifiesta en tres formas diferentes, que además se ha incorporado al imaginario colectivo de la sociedad, quedando normalizada. Por un lado, se produce una desigualdad jurídica, que atribuye derechos en función de la situación administrativa y jurídica, sustentada en la estratificación cívica a la que se ha hecho referencia anteriormente, aunque en este caso, Mora se apoya en los argumentos de Morris (2002). Por otro lado, se produce una desigualdad social provocada por las distintas posibilidades de participación social y acceso a los recursos.

Y, finalmente, una desigualdad económica y laboral, que se manifiesta en la existencia de un mercado segmentado donde el inmigrante sólo tiene cabida en determinados nichos laborales más precarios. La suma de estas tres formas de desigualdad tiene consecuencias directas sobre las condiciones de vida, a la que acompaña el estigma y la exclusión, y la percepción de que el poseedor de determinadas características, en este caso la etnia, el origen, o la situación de irregularidad, puede tener una consideración inferior en la sociedad. Ruiz (2007) señala que esas consecuencias se concretan en ámbitos cotidianos para la persona que se manifiestan desde una perspectiva psicológica (miedo, insatisfacción), la restricción a los servicios y recursos públicos (sanitarios, educativos, sociales), u otras limitaciones en actividades habituales en el entorno social (cuentas bancarias, alquiler), que determinan los modos de vida y la capacidad de integración, “la irregularidad conduce a la invisibilidad social y coloca al inmigrante en una situación de vulnerabilidad y explotación” (p.58).

Aguilar (2010) hace notar, a su vez, que las migraciones internacionales, cada vez más aceleradas y diversificadas y feminizadas se caracterizan también por mantener diferencias a partir de la clase y la etnia, pero también del género, y donde las mujeres migrantes sufren una situación de invisibilidad y desigualdad muy arraigada. En esta estratificación, en la que la mujer migrante sufre discriminación por motivos vinculados al hecho de ser mujer, ser inmigrante y ser trabajadora, el servicio doméstico se convierte en uno de los espacios donde la desigualdad se agudiza. Este nicho laboral, ocupado fundamentalmente por extranjeras “sin papeles” aún un conjunto de condicionantes que favorece su permanencia en este tipo de trabajos, rechazados por muchas mujeres autóctonas por su excesiva dureza. Estos condicionantes, sitúan a la mujer en una posición invisible, vulnerable y desprotegida, y entre ellos se encuentran: la pervivencia de representaciones culturales sobre la mujer que le asignan un rol fundamental de reproducción y tareas relacionadas con el cuidado; las condiciones laborales que no siempre garantizan las condiciones fundamentales, tanto por los salarios y beneficios laborales percibidos, como por la extensión de la jornada laboral; el desempeño de actividades en el ámbito privado del hogar sitúa a la mujer en una posición servil y de riesgo frente a abusos, y donde la privacidad, además, otorga un poder específico a las personas empleadoras. Para Aguilar, el servicio doméstico, ocupado predominantemente por extranjeras en situación irregular representa “una afirmación del rol tradicional de mujer” y, al mismo tiempo, “constituye el último peldaño de la marginalidad, en término de cualificación, estatus y salario” (p. 55).

Para Therborn (2015) la desigualdad tiene una triple dimensión: es de carácter vital, vinculada a la esperanza de vida; es de carácter existencial porque hace referencia al reconocimiento de las personas en el entorno social; y de recursos, relacionado con

la posibilidad de renta, educación o poder. La desigualdad acompañada por la contracción de los sistemas de protección como respuesta a la crisis, cambia la percepción de sobre la población que ha quedado excluida.

Bauman (2000), por su parte, señala que la desigualdad es uno de los argumentos que posibilita la exclusión, porque redefine al pobre alejándolo de la empatía social y expulsándolo del espacio común. La pobreza y la miseria, antes consideradas un problema colectivo, son percibidas como resultado de la acción individual, vinculada a comportamientos conflictivos y delictivos, por lo que la respuesta no se encuentra en la política social, sino en el establecimiento de límites a través de las normas y la justicia. Así, los excluidos son aquellos que ‘se desvían de lo establecido’, de la norma y como tales son presentados en el discurso público (vagos, abusadores de los bienes sociales). Desde este tipo de análisis, la exclusión, impedir el acceso normalizado al contexto social, constituye un acto de justicia, y el establecimiento de límites normativos se convierte en herramienta para este fin: “las fronteras del delito cumplen la función de las llamadas herramientas sanitarias: cloacas a las que se arrojan los efluvios inevitables, pero tóxicos, de la seducción consumista” (p.117).

Laparra y cols (2007) definen la exclusión como:

“Proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad hasta las situaciones de exclusión más graves. Situaciones en las que se produce un proceso de acumulación de barreras o riesgos en distintos ámbitos (laboral, formativo, sociosanitario, económico, relacional y habitacional) por un lado y de limitación de oportunidades de acceso a los mecanismos de protección, por el otro” (p. 29).

En las sociedades de recepción es posible construir la categoría de exclusión en torno al inmigrante como sujeto ajeno, extraño, lo que permite elaborar una distancia suficiente que posibilite la diferenciación en la sociedad (García Roca, 2010), al tiempo que favorece un proceso de naturalización de las desigualdades (Ávila y Malo, 2010), y donde la protección del Estado queda deslegitimada (Zurdo y Serrano, 2013).

El irregular se convierte en ajeno porque no responde a las exigencias de la sociedad y es posible rechazar su presencia en el orden social. Como Beck (2007) señala “los extraños no encajan dentro del pulcro envase donde deberían encajar y de aquí viene la extrema irritación” (p. 51) pero, además son “extraños contruidos burocráticamente” (p.61), fácilmente identificables. Se trata de la construcción de una identidad o categoría administrativa, para quien no tiene pertenencia y queda reducido a “instrumento laboral”, como ponen de manifiesto los procesos de migración selectiva (Solanes, 2009).

La discriminación del migrante no es un fenómeno nuevo ni actual, sino que la distinta consideración del “otro”, del “extraño” se ha venido produciendo históricamente, porque supone un encuentro entre dos realidades diferentes, un “desplazamiento entre dos mundos” como señala Sassen (2013, p. 183). A pesar de ello, la forma en la que se percibe a la inmigración es esencial para poder establecer políticas eficaces. Desde una mirada a largo plazo, a juicio de esta autora, el único camino viable es el de garantizar la estabilidad y la integración de quienes residen en un territorio, ya que “la precariedad de la población inmigrante no es buena; conduce a la discriminación y al odio” (p. 194).

1.4. LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS

El tercer elemento que conforma la realidad abordada en este estudio es el papel de la sociedad civil en la defensa de los derechos y en las transformaciones de la sociedad. En la defensa del derecho a la salud confluyen dos realidades. Por un lado, la participación de la comunidad en las decisiones sobre la salud, que ha sido una demanda ya reconocida en las diferentes Conferencias de la OMS anteriormente señaladas (Alma-Ata 1978, Ottawa 1986, etc.). Y por otro, durante los últimos años, se ha incrementado la participación ciudadana en la defensa de intereses comunes, como la demanda de políticas sociales adecuadas y en la defensa de los derechos sociales a través de diversas formas de organización y donde la defensa del derecho a la salud no ha quedado al margen de esta acción.

Se ha producido un crecimiento de la acción colectiva de la sociedad dirigida a la mejora y regulación de la protección a la salud que ha formado parte de los procesos políticos, como una de las características de la sociedad moderna (Porter, 1999), de ese modo, se ha convertido en un componente fundamental en el desarrollo del derecho a la salud (Tarantola y Gruskin, 2008). De hecho, el papel activo de la sociedad civil, entendida como la acción de los individuos organizados en torno a un accionar político a través de los movimientos sociales actuales, ha adquirido un protagonismo creciente a lo largo del presente estudio.

Desde el año 2012, en España ha habido una creciente respuesta de la ciudadanía, principalmente a través de organizaciones profesionales y organizaciones sociales, plataformas, etc., que defiende el derecho de acceso a los servicios de salud públicos en el marco del reconocimiento de los derechos humanos. Los ciudadanos reclaman, además, un mayor debate y participación de la ciudadanía en las políticas públicas de salud (Suess y cols., 2014).

Pueden entenderse diversas formas de participación de la sociedad civil. En primer lugar, la participación de carácter económico formada por factores como la producción, la distribución y el consumo de bienes. En segundo lugar, la participación política en la que confluyen elementos referidos al ejercicio de la autoridad, la opción entre alternativas y la soberanía popular, dirigida a la toma de decisiones de gobierno, aunque esa acción política se realice a través del ejercicio del voto. Y, finalmente, la participación social que supone la responsabilidad social de los individuos y contribuye al interés general (García Roca, 2004, p. 65). La ciudadanía se configura a través del reconocimiento del estatus de la persona y el sentido de pertenencia (ser parte de algo), y se construye a partir de la posibilidad de intervenir y contribuir en la vida pública (tomar parte), de modo que ciudadanía y participación se encuentran entrelazadas y se definen mutuamente (García Inda y Martínez de Pisón, 2001).

88

Ya en su momento Tocqueville (2008) señaló que la participación de la sociedad civil a través de la asociación de individuos tiene una función esencial en la comunidad, ya sea de carácter político, económico o social. Desde una perspectiva política, la asociación supone la adhesión de individuos diversos a un grupo específico de doctrinas, con el compromiso de participar en su defensa y en el logro de los fines que éstas determinan. Este tipo de asociaciones contribuye a la democracia, porque, según este autor, constituye una forma de limitar la tiranía ejercida por la mayoría. Por su parte, la asociación de carácter civil no tiene carácter económico ni político, sino que busca a través de la moral y la inteligencia favorecer el bien común.

El concepto de sociedad civil ha formado parte imprescindible en el desarrollo de la democracia, a pesar de cierta indefinición y ambigüedad en su evolución histórica. A partir del concepto de polis griega y la cive latina en su origen, la sociedad política, la sociedad civil o la sociedad ciudadana constituyen conceptos semejantes para referirse a una misma realidad, “la asociación de los individuos o de los grupos de los que se compone una ciudad” (Pavón, 2009, p. 65). En su definición confluyen dos aspectos esenciales: por un lado, la ciudad misma como entidad política, con cuerpo jurídico, asimilable al Estado; y, por otro, los ciudadanos, como sujetos que ejercen sus derechos en el gobierno de esa entidad política, la ciudad Estado. Para Pavón la evolución histórica de este concepto se produce a través sucesivas rupturas o transmutaciones que, de forma progresiva, llevan a la sociedad civil a diferenciarse de otros poderes de la sociedad, como el eclesial y el estatal.

La sociedad civil podría considerarse como el ámbito de las sociedades modernas que “engloba las relaciones entre los ciudadanos y sus prerrogativas privadas” frente a la esfera pública en la que se sitúa el Estado (Pérez Díaz, 2006, p. 697). Por eso, la sociedad civil, referida a la comunidad política, ha mantenido cierta confusión entre

lo privado y lo político a lo largo de su historia. Así, Pérez Díaz señala cómo desde una primera concepción liberal, para Locke la sociedad civil se refiere a las relaciones que se establecen entre los individuos y las instituciones que ellos mismos crean frente a otros poderes gubernamentales o eclesiásticos, y un modelo cívico de gentes libres contrapuesto a los despotismos o a las sociedades bárbaras. Hegel, por su parte, diferencia entre Estado, como sociedad política, y sociedad civil, entendiendo que ésta última tiene que ver con los intereses particulares, mientras que el ámbito público es considerado como algo de carácter universal. La perspectiva marxista, para la que la sociedad civil permite la legitimación de la hegemonía de las clases privilegiadas, mientras que el Estado arbitra la relación entre intereses diferentes y termina legitimando a las clases dominantes. El concepto de sociedad civil ha recobrado la atención de los científicos sociales en los últimos años del siglo XX y principios del XXI en la que se conjugan el interés por las nociones individualistas y la influencia de las transformaciones sociales del momento: la sociedad masa, el cosmopolitismo, los monopolios y oligopolios, la burocracia estatal, la cultura mediática, o los cambios en las relaciones entre lo público y lo privado de las últimas décadas.

Marbán (2001), a su vez, plantea la sociedad civil como una diferenciación entre la acción del Estado y la acción de los ciudadanos, con independencia de aquel. Por ello, identifica cuatro perspectivas específicas en su evolución: por un lado, el planteamiento de Hobbes que diferencia la sociedad civil organizada por la ley, en contraposición a la sociedad natural propia del hombre rudo; por otro lado, Hegel y Marx la sitúan como el elemento central en la economía de mercado, que busca intereses particulares, y que debe transitar a una sociedad civilizada; la perspectiva que plantea Etzioni, a su vez, presenta la sociedad civil como una realidad necesaria que permite defender la autonomía de los individuos y su libre asociación frente a los mecanismos estatales; y finalmente Marbán hace referencia Gramsci que se refiere a la sociedad civil como una realidad deseable que actúa como fuerza de equilibrio entre el espacio público burocratizado y la esfera privada centrada en el mercado. Marbán señala la existencia de la sociedad civil como una realidad en la que se contraponen el Estado, la comunidad y el mercado, y en la que prevalecen los rasgos de voluntariedad, responsabilidad y participación en causas sociales, con la participación de bienes mixtos (privados, públicos o solidarios). Resalta, además, cómo la concepción y constitución de la sociedad civil se configura según el contexto específico en el que se desarrolla, constituyéndose de diferente modelo en los países del norte o del sur de Europa, así como en Norteamérica.

Para Ibarra (2005), el concepto de sociedad civil está referido a las organizaciones cuya acción incide en el ámbito político, de diferentes modos, pero que operan con plena autonomía respecto al Estado. Se trata de un concepto dinámico referido a los

grupos sociales organizados que proceden unidos a modo de red para la satisfacción de intereses concretos, tanto propios como de carácter externo, y que, a su vez, establecen relaciones con otros grupos sociales y con las instituciones políticas. Sin embargo, un mero tejido asociativo no es lo mismo que la sociedad civil, requiere la relación entre las diferentes redes y la existencia de capital social. La acción asociativa alcanza cotas de sociedad civil cuando se dirige a alcanzar intereses de carácter general y establece relación con las instituciones políticas, es decir, actúa en la construcción del ámbito democrático.

Igualmente, para Putnam (1994) las demandas y la interacción social que se producen en el entorno determinan la acción de las instituciones públicas, existiendo así una conexión entre las prácticas de la sociedad y las prácticas políticas. Sin embargo, lo que configura la acción de la sociedad civil es el capital social entendido como “las redes sociales y las normas de reciprocidad asociadas a ellas” (2013, p. 14). Su existencia ofrece beneficios tanto de carácter individual como colectivo, a semejanza del capital físico y humano (herramientas y conocimiento), porque favorece la reciprocidad en el entorno social

Es un hecho que los cambios sociales están producidos por la acción conjunta de diferentes agentes, a través de las redes que se establecen entre los diferentes miembros y grupos sociales. Estos cambios pueden producirse desde arriba, por la acción de los grupos de poder, o bien desde abajo, por la acción de la gente corriente, de esa sociedad civil. Los movimientos sociales, como acción colectiva realizada desde abajo para producir un cambio, tienen un papel fundamental en la transformación social (Sztompka, 1995).

La acción de estos movimientos surge a partir de la identificación de necesidades e intereses relacionados con valores fundamentales y el bienestar colectivo y, aunque ha tenido un gran protagonismo en la sociedad desde el s. XIX, los objetivos han sido diferentes según el momento histórico. Los primeros movimientos sociales reconocidos como tales, los hoy llamados viejos, se desarrollaron en el s. XIX polarizándose fundamentalmente en torno a dos objetivos: el movimiento obrero y los movimientos nacionalistas. En el s. XX los nuevos movimientos surgieron alrededor de los años 60 defendiendo ámbitos como los derechos civiles, al ecologismo, el feminismo, el pacifismo o la libertad de orientación sexual. Los llamados movimientos novísimos tuvieron su nacimiento y expansión en la década de los años 80 del s. XX en torno a la solidaridad y la cooperación internacional, el antirracismo o el apoyo a los grupos marginales. Desde finales de la década de los noventa del s. XX han tenido su expansión los movimientos antiglobalización, donde confluyen acciones diversas contra los efectos negativos de la globalización económica, política y cultural (Ibarra, 2005).

Las múltiples manifestaciones de la acción colectiva de la sociedad surgidas en los primeros años del s. XXI son abordadas desde diferentes perspectivas y en función también de los aspectos en los que incide el análisis o los que los propios movimientos desarrollan.

Giddens (2010), por su parte, considera que los movimientos sociales son un intento colectivo de defender intereses comunes mediante la acción concertada que tiene lugar fuera de la esfera de las instituciones formales. En ocasiones, con el fin de promover un ámbito de interés general, se sitúan en los límites de las leyes y normas sociales, como ha sido el caso de los antiguos movimientos sindicales y de trabajadores de finales del s. XIX, o la lucha por los derechos civiles y el movimiento feminista de los años 60 y 70 del s. XX, los grupos ecologistas de los años 80 o la reivindicación por los derechos de los homosexuales en los 90. Para Giddens, los movimientos sociales actuales son el resultado del malestar social o la tensión existente entre las expectativas sociales, y al mismo tiempo, el apoyo que reciben es una forma de situar los asuntos morales o de justicia en la discusión pública, lo que en definitiva revitaliza la democracia. Para ello, realizan acciones de carácter simbólico, directo y no violento, que les permiten adoptar una posición moral frente a la acción del Estado; adoptan formas de organización flexible opuestas a las estructuras rígidas antes consideradas esenciales; se asientan sobre una base formada por las clases medias, más allá de la lucha de clases; e incorporan nuevos temas a la discusión política relacionados con la calidad de vida como bien común, como es el acceso a determinados derechos o el reconocimiento de colectivos sociales. Sztompka (1995) coincide en esta misma forma de caracterizar los movimientos sociales actuales, pero resalta que, si bien el objetivo es producir un cambio en la sociedad, lo que les caracteriza y, a su vez, los diferencia de otros agentes, es que este cambio se produce desde dentro de la sociedad, se trata de “la sociedad cambiando a la sociedad” (p.307)

Desde este tipo de perspectivas, los actuales movimientos sociales se sitúan en un espacio intermedio entre los intereses privados de quienes los promueven y la pretensión de que estos intereses sean asumidos por las instituciones públicas y la sociedad, a modo de mejoras democráticas. La movilización política incorpora nuevos ámbitos de interés, creando nuevos significados y demandas ante los procesos de decisión política. Así, uno de los aspectos más importantes de estos movimientos es su capacidad de producción simbólica, que se elabora y negocia a partir de las prácticas sociales cotidianas, lo que genera la propia identidad colectiva y le permite buscar su propia legitimidad ante la sociedad. La movilización hacia la que tienden los nuevos movimientos sociales sería una forma de ampliación de las esferas de la ciudadanía, que desplaza el conflicto social desde la lucha de clases que tenía lugar en la sociedad industrial, a

la defensa de los intereses de los sectores marginados y lucha por la inclusión social. Constituye así una nueva forma de acción colectiva o la transformación de la perspectiva tradicional de la ciudadanía, a favor de una perspectiva más global (Tejerina, 2005).

Otra perspectiva en el estudio del cambio social a partir de la acción de los movimientos sociales, se ha centrado en el análisis de la construcción de la acción colectiva, en torno a una conciencia política compartida, se plantea desde el análisis de los marcos interpretativos. Es decir, cómo se construyen esas identidades a partir de la elaboración de significados compartidos que legitiman y motivan esa acción. Los marcos interpretativos se sitúan como procesos culturales que median entre la estructura y la acción, ayudan a interpretar problemas, definir dificultades y descubrir formas alternativas de acción. Estos modos de interpretación de la realidad son construidos de forma activa por los miembros de los grupos o movimientos sociales, que identifican ventanas de oportunidad sobre las que es posible incidir para lograr un cambio, una transformación (Gamson y Meyer, 1999). Desde esta perspectiva se plantea que los movimientos sociales buscan en el contexto en el que se desarrollan elementos que les permitan construir su propia identidad, como marcos de interpretación de la realidad, que sean compatibles con sus propias características y, al mismo tiempo, les ayuden a identificar las imágenes que “les permitan definir lo que es la injusticia, lo que es una violación del ‘deber ser’” frente a las que tomar postura (Zald, 1999, p. 377)

Los movimientos sociales se constituyen así en elementos de participación directa de la ciudadanía estructurada en grupos, con capacidad de transformación de la realidad y con un mayor dinamismo que los partidos políticos. Buscan nuevas formas de hacer política priorizando el papel de la sociedad civil frente a otros intereses, como puedan ser los económicos. En cualquier caso, como acción colectiva, los movimientos sociales abordan un proceso de elaboración de la propia identidad, que le ofrece cohesión y que se conforma a través de la horizontalidad en la toma de decisiones con una estructuración mínima, y de la existencia de redes solidarias, en la que diversos movimientos tienden a identificarse con los objetivos comunes. Esta identidad se construye fundamentalmente a través del discurso, da sentido a las acciones y a la forma de percibir el mundo. Esto no implica una homogeneidad, pero sí posibilita la cohesión entre los diferentes agentes a través de intereses, valores y una memoria compartidos (Ibarra, 2005; Della Porta y Diani, 2011).

Como Ibarra (2005) mantiene, la acción de estos movimientos tiene un impacto tanto interno como externo. A nivel interno, la propia acción modifica las alianzas establecidas, así como las estrategias que utiliza el colectivo para alcanzar apoyos. Las consecuencias de su acción modifican también la estructura organizativa, y puede reforzar la cohesión y la solidaridad, al tiempo que se obtienen unas determinadas ganancias,

que no tienen por qué ser de carácter material, sino relacionadas con el valor de la experiencia en la lucha social. En cuanto al impacto que la acción colectiva tiene en el exterior, éste puede ir en varias direcciones. Por un lado, lograr una respuesta en las instituciones políticas, que puede ser gradual, desde establecer una demanda, obtener el acceso a las instituciones donde las reivindicaciones son consideradas, provocar un cambio sustancial con consecuencias positivas en la dirección esperada, e incluso el acceso al ámbito de decisiones políticas, junto con el resto de los actores sociales y políticos. Por otro lado, provocar un cambio en los actores políticos, a través del cambio de agendas con la introducción de la propia demanda, la modificación de las estructuras organizativas, la adecuación de discursos políticos o el cambio en la acción de otros actores. Y, finalmente, obtener el impacto en la sociedad a través de un cambio en la cultura social y política que tiene su reflejo en cambios materiales concretos en la dirección esperada.

Por su parte, Castells (2015) señala que los movimientos sociales son fruto de la injusticia que se produce en las sociedades y, aunque tienen múltiples causas, “son la fuente del cambio social” como manifestación de la “aspiración de justicia de las personas” (p.33) que buscan un cambio en las instituciones y en las estructuras sociales. Las nuevas manifestaciones del s. XXI, además, han constituido un espacio público de debate que se traslada al ámbito político y, el hecho de que esto se produzca en el espacio digital, favorece que el intercambio de información, la comunicación y el debate se produzcan de forma autónoma. Este autor señala elementos característicos de estos movimientos sociales: en su origen juega un papel fundamental la acción de los individuos, ya que las prácticas reales están desarrolladas por personas concretas, así como de las emociones que se convierten en motor de la acción (miedo-ansiedad; entusiasmo-esperanza); se produce una articulación entre las ideas y motivaciones de los diferentes individuos, a la que Castells se refiere como “interconexión a través de la empatía cognitiva” (p. 36), que permite compartir ideas y propuestas generadas a partir de la experiencia; gracias a las redes digitales, esta interconexión se realiza de manera horizontal a través de múltiples canales; y finalmente, para lograr un impacto real es necesario transformar las líneas de pensamiento, reprogramar las dimensiones que se pretende abordar, bien sea la política, la economía, la cultura o cualquier otra, lo que requiere a su vez “activar las conexiones entre distintas redes de cambio social” (p. 38). Castells llama la atención sobre que la influencia de los movimientos sociales en la política es real cuando los líderes políticos asumen las reivindicaciones, pero puede tratarse un apoyo limitado por los propios intereses políticos. Por eso, el cambio realmente se produce cuando hay una transformación en la conciencia de las personas y, como consecuencia, un cambio de las demandas sociales, a las que los líderes polí-

ticos tratarán de dar respuesta, en definitiva “la herencia de un movimiento social la constituye el cambio cultural que ha producido mediante su acción” (p. 301).

En esta misma línea se pronuncia Castel (2010) cuando se refiere a que, en determinadas áreas, especialmente aquellas referidas a la protección social como las que son objeto de los nuevos movimientos sociales, el papel de la sociedad civil es importante pero sólo puede ser eficaz cuando llega al nivel del Estado, porque este es el único con facultad suficiente en la toma de decisiones y por lo tanto con posibilidades para la transformación social. En definitiva, la capacidad de la acción colectiva debe ser tal que logre realmente un impacto en las instituciones de decisión política para poder ser considerada exitosa.

Diferentes autores que abordan la respuesta de la sociedad y las acciones encaminadas a la transformación social en la actualidad señalan que los nuevos movimientos sociales, producidos desde finales del s. XX y el s. XXI tienen características específicas que los identifican (Gamson, 1992; Rebollo, 2003):

- Un posicionamiento ético frente a hechos o realidades que, tras su diagnóstico, son valorados como injustos. Se trata de un posicionamiento crítico ante una realidad o las consecuencias de unos hechos, bien sobre grupos específicos de población o sobre la sociedad en general o en defensa de unos determinados valores.
- La identificación como grupo en torno a un objetivo en común. La asociación de personas, entidades o realidades que comparten un objetivo en torno al cual se establece un reconocimiento mutuo, se comparte la pertenencia y los elementos que legitiman para actuar, aportando un sentido de identidad.
- Finalmente, la capacidad para realizar una acción colectiva como una acción consensuada y mantenida a lo largo del tiempo que pretende ser extendida en el entorno social en el que se produce, una reacción ante lo que es considerado injusto.

Para Ariño (2004) a finales del s. XX se ha producido un auge de los movimientos participativos y asociativos que han incidido de manera importante en la sociedad y que han sido interpretados de diferente modo. Por un lado, han sido considerados como nuevas formas de participación democrática que complementan la democracia representativa. Por otro lado, el auge de estas entidades y el compromiso directo de gran parte de ellas en la acción solidaria al tiempo que se produce la crisis del Estado de Bienestar, se ha interpretado como una forma de paliar los efectos perversos del mercado, ante la debilidad del Estado de Bienestar trasladando a la sociedad civil las

responsabilidades públicas y legitimando la posición neoliberal. Y, finalmente, un último planteamiento considera que el aumento del asociacionismo y el desarrollo del denominado tercer sector es el campo propio de la sociedad civil y aporta un equilibrio entre la tradicional contraposición entre lo público y lo privado, necesario en las sociedades modernas complejas. Ariño, sin embargo, considera que estas perspectivas son válidas para una parte del movimiento asociativo, pero no son generalizables, sobre todo debido a la heterogeneidad de las entidades que lo componen, su fragmentación, así como a la pluralidad de motivos e incluso a la carencia de un proyecto político, elementos que también deben ser tomados en cuenta. Asimismo, este autor señala que se debe reconocer también la existencia de otros aspectos relevantes como: las realidades que tienden a la articulación, que es el caso de la proliferación de plataformas y coordinadoras; la demanda de espacios de participación ciudadana como foros y consejos participativos; el creciente uso de un vocabulario en torno a la solidaridad y la responsabilidad comunitaria; un fuerte sentido de la autonomía y de la crítica política; y, finalmente, la influencia de las organizaciones en los cambios de las preferencias de los individuos.

Sin embargo, la participación social tiene manifestaciones diferentes y no todo puede ser considerado como una acción de la sociedad civil organizada como viene exponiéndose. A partir de diferentes estudios realizados en la Comunitat Valenciana entre los últimos años del s. XX y los primeros del XXI sobre entidades vinculadas al voluntariado social, Ariño (2004) destaca que “el sector público tiene una presencia insuficiente en relación con diversas carencias y vulnerabilidades y algunas de sus prestaciones son escasas y de deficiente calidad” (p. 93). De alguna manera, este hecho justifica el desarrollo de entidades, llamadas del tercer sector, que pese a su heterogeneidad representan a una sociedad articulada en torno a la lógica social: voluntariedad, libertad de pertenencia, altruismo, diferenciación del Estado y del mercado (una percepción también compartida por García-Roca, 2004). Ariño señala, además, que entre estas entidades se producen relaciones débiles, en ocasiones enfrentadas por la obtención de financiación pública y con trayectorias divergentes, por un lado, la orientación hacia la prestación de servicios y por otro la relacionada con la defensa de determinadas causas como el asociacionismo vecinal, la acogida a inmigrantes o los derechos humanos. En este contexto, también se pone de manifiesto la presencia de determinadas entidades en el ámbito público, que podrían considerarse de “ciudadanía vigilante”, entendida como aquella que delimita simbólicamente un territorio social y defiende el derecho de sus actores frente a la administración pública. Para este autor (2004), la existencia de una “ciudadanía asociativa” que pueda vincularse a la participación democrática requiere de dos condiciones: “a) una interpenetración del Estado y de la

sociedad, en la que las asociaciones no aparezcan como exteriores frente a la sociedad política, y b) un reconocimiento por parte de las asociaciones de su responsabilidad en la definición de los valores de la esfera pública y las carencias de las reglas democráticas” (p. 101). El autor concluye señalando que en el contexto valenciano se produce una realidad múltiple en la que coexiste una perspectiva de ciudadanía activa junto con una actitud de rechazo al discurso político, una heterogeneidad de estructuras y formas de gestión, recursos económicos disponibles e incluso matriz ideológica que, se asemeja más a una respuesta solidaria que a una sociedad civil vertebrada. En esta línea, Cucó (2004) señala que muchos de los grupos y entidades solidarias existentes son fruto de la globalización y la reestructuración del capitalismo, fundamentalmente a finales de los años 80 y los años 90. El surgimiento de este tipo de grupos está motivado por las agresiones sufridas por el Estado de Bienestar por parte de la economía neoliberal, en los que la acción benefactora del Estado ha quedado disminuida y se ha generado un nuevo discurso de solidaridad entre la sociedad civil.

96

En esta línea, Gadea (2005) también sugiere la diferenciación entre las diferentes formas en las que se establece la relación entre las instituciones políticas y los ciudadanos en la construcción de lo público, que, como se ha indicado, ha sido conceptualizado de diferente modo según la perspectiva teórica de referencia o las dimensiones objeto de análisis. La acción ciudadana, a juicio de esta autora, hace referencia a los mecanismos de participación institucionalizada en las políticas públicas, por parte de los ciudadanos, más allá de los procesos electorales. Estas formas de participación son consecuencia de la crisis del modelo democrático actual en los que se ha producido un alejamiento entre los ciudadanos y las élites políticas, un proceso en el que éstas han perdido su capacidad para mediar entre las estructuras políticas, sociales y económicas de la sociedad, crisis que se concreta en el ámbito de la representación, de la gobernabilidad y de la legitimidad en la esfera pública. Como consecuencia surgen nuevos actores en forma de “organizaciones no gubernamentales y no lucrativas, que cumplen generalmente un doble papel: de un lado, la mediación de intereses más o menos generales, de otro la producción de bienes y servicios” (p. 11). La confluencia de estos dos factores, la crisis de la democracia representativa y la mayor participación de los ciudadanos y las organizaciones sociales, “han generado una reformulación del concepto de lo público que deja de identificarse exclusivamente con lo estatal” (p. 13) e incorpora la participación ciudadana como una nueva dimensión en la relación entre el Estado y la sociedad. Sin embargo, no es posible identificar de la misma manera diferentes manifestaciones de la participación de la ciudadanía en el ámbito público, como puede ser la participación electoral, la cooperación en tareas sociales o voluntarias o las acciones de protesta. Por eso, Gadea define la participación ciudadana como:

“Una acción, un conjunto de actividades que los individuos llevan a cabo para intervenir en la gestión de los asuntos públicos. Se trata, además de una acción que se ejerce a través de mecanismos institucionalizados, es decir, organizados como un sistema de reglas que regulan cierto tipo de acciones y relaciones sociales” (p. 16).

Además, en su estudio sobre determinadas modalidades de participación ciudadana en la Comunitat Valenciana, Gadea identifica una serie de riesgos que afectan a este tipo de acciones. Por un lado, señala que cuando el protagonismo de las acciones es liderado por la administración pública se corre el riesgo de que se produzcan límites a la participación, bien por la inestabilidad de los programas o bien de las personas que los lideran. Por otro lado, si no existe una demanda ciudadana, la participación puede convertirse en una mera prolongación del ámbito público, al tiempo que, además puede establecer un control sobre las acciones. Igualmente, es relevante el lugar en el que se integra la participación ciudadana respecto al ámbito público, ya que puede limitar sus posibilidades de incidir en la toma de decisiones, por ejemplo, si esa participación se relega al ámbito exclusivamente técnico.

Desde la perspectiva del movimiento asociativo protagonizado por el colectivo inmigrante, Albert y Gadea (2009) señalan que su aparición en el contexto valenciano se relaciona con los diferentes momentos migratorios que ha experimentado la Comunitat, pero también con la garantía de cierta estabilidad jurídica, laboral y residencial de la población. Así, estas autoras señalan que las primeras asociaciones surgen en los años sesenta del s.XX con un marcado carácter benéfico, mientras que en la década de los noventa se produce un incremento muy notable, coincidente con la expansión de todos los movimientos asociativos en España, y que esa expansión ha continuado de manera creciente en la primera década del s.XXI. Muchas de las organizaciones han surgido como una forma de institucionalización de redes informales ya existentes, o bajo el auspicio de organizaciones autóctonas, bien organizaciones sociales, sindicatos o administraciones públicas; sin embargo, los factores que favorecen la cohesión son la nacionalidad, el área geográfica de origen, la étnica o la religión. Aunque las acciones que desarrollan pueden ser múltiples (asistencia, cultural, lúdica, promoción, etc.), el interés de estas asociaciones se divide entre una orientación de carácter interno, con el objetivo de ofrecer lugares de encuentro, y una orientación hacia el exterior, dirigida a la reivindicación de derechos y la visibilización de los diferentes colectivos en la sociedad. En relación a esto, Albert, Moncusí y Lacomba (2011) señalan que este doble interés de las asociaciones de inmigrantes genera una “contradicción: la de mantener su carácter más reivindicativo o actuar como centros de servicios al colectivo” (p.114), pero constatan la necesidad de obtener visibilidad y reconocimiento social y político, así como de participar en la sociedad.

Por su parte, la Fundación CeiMigra (2014) indica la existencia de 413 asociaciones de inmigrantes en abril de 2013 en toda la Comunitat Valenciana, de las que más de la mitad se sitúan en la provincia de Valencia. Si bien, al igual que otros autores, las características y objetivos son muy heterogéneos, responden a las necesidades e intereses de sus miembros, así como al contexto social, económico y político del momento. En su Informe, CeiMigra señala la importancia del capital social en el desarrollo y expansión de las asociaciones, y que diferencia entre, por un lado, capital social de vínculo, establecido entre la propia organización y sus miembros y que responde a los fines y objetivos propios; por otro lado, el capital social de puente, que se establece en la relación con otras entidades, bien por intereses compartidos o bien por los servicios que se prestan, como es el caso de la relación que se establece con organizaciones pro-inmigrantes; y, finalmente el capital social de acceso, que se refiere a la participación como sociedad civil en los ámbitos de poder y “representa el nivel más alto de participación de la sociedad civil organizada” que aspira a poder “participar de una manera más directa en la toma de decisiones acerca de los asuntos públicos que le son de interés” (p. 171), condicionada, en ocasiones, por el tipo de cultura política de participación existente, tanto entre los miembros de la entidad como en el propio entorno social. Un ejemplo de esta realidad puede ser la existencia del Foro Valenciano de la Inmigración, en el que están representadas diferentes organizaciones de inmigrantes, aunque su funcionamiento ha sido cuestionado.

Por su parte, para Mora (2011b) la participación política de la inmigración es necesaria en el proceso de integración, como medio para tomar parte en los procesos de decisión. Si bien la acción política puede adoptar diversas formas, las asociaciones de inmigrantes pueden constituir una vía para esa participación. Aunque Mora señala la existencia de riesgos como la utilización de estas organizaciones con fines políticos por parte de otros agentes del entorno, la dependencia de fondos públicos que limitan su libertad de acción o el clientelismo.

En cualquier caso, los modelos democráticos de participación social incorporan la diversidad de contextos, instituciones y discursos en torno a la justicia social (Alberich, Amezcua, y García-Mendoza, 2014). Dentro de las diferentes formas de acción de los grupos y colectivos, la incidencia política podría ser considerada una herramienta fundamental en la transformación de aspectos clave de la sociedad, porque está dirigida a incidir directamente en la definición de las políticas públicas y la toma de decisiones. Para Vidal y Mundó (2011), la incidencia política realizada desde el sector no lucrativo de la sociedad, tiene por objetivo cambiar “lo que es” por “lo que debería ser” (p. 10). Supone la puesta en marcha de acciones dirigidas a la mejora social, la búsqueda del bien común y no el interés particular, e implica la existencia de una ciudadanía corres-

ponsable, activa, implicada y con opiniones sobre la realidad, en contraposición a una ciudadanía de tipo clientelar, que con una actitud pasiva y siendo mera receptora de servicios, se limita a reclamar y exigir. Este tipo de incidencia basa su legitimidad en aspectos de carácter moral, por su compromiso con valores públicos y universales; de carácter legal, por su respeto a las normas sociales; político-social, respaldado por la existencia de bases sociales amplias; y de carácter técnico, por su reconocida experiencia y trayectoria en la acción desarrollada. Para estos autores se trata, en definitiva, de una participación política desde una posición privilegiada, porque se realiza desde estructuras más o menos formales, que representan a amplios colectivos de la sociedad, y que defienden intereses políticos, pero sin un interés electoralista. Representan así un compromiso activo con valores compartidos por la sociedad y con la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS Y DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente capítulo se presentan las hipótesis que orientan la investigación y la metodología empleada para su contrastación. Para tratar de comprender el alcance de la realidad de la exclusión sanitaria de la población inmigrante en situación administrativa irregular y dar respuesta a los objetivos planteados, se ha abordado el estudio de la realidad desde la triple perspectiva que la conforma. Por un lado, describir el nuevo marco de protección de la salud establecido a partir del RDL 16/2012. Por otro lado, profundizar en el conocimiento de la exclusión sanitaria de los “sin papeles”, que se concreta en el análisis de cómo este colectivo accede a los servicios públicos de salud en los supuestos en los que éste se reconoce, como es la situación de urgencias y el PVPS, las estrategias desarrolladas para acceder a los mismos ante las limitaciones surgidas, así como los efectos de esta exclusión. Y finalmente, como un tercer elemento, la reacción de la sociedad civil organizada, a través de la experiencia de ODUSALUD que ha desarrollado una acción de respuesta frente a las dos realidades señaladas.

A partir del estudio teórico y el acercamiento inicial al campo, se establecieron las siguientes hipótesis de investigación:

- En la Comunitat Valenciana la aplicación del RDL 16/2012 ha supuesto el fin de la universalización de la asistencia sanitaria, como reconocimiento del derecho de toda persona a la protección de la salud.
- La población afectada por la exclusión sanitaria encuentra múltiples barreras en el acceso a los servicios públicos de salud aún en los casos en los que el acceso está reconocido.
- La población afectada por la exclusión sanitaria trata de dar respuesta por ella misma a sus necesidades en salud, a través de alternativas que se muestran ineficaces para garantizar un buen estado de salud.

- La sociedad civil organizada en torno al Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana obtiene logros concretos en la defensa de los derechos.

Para abordar el problema de investigación se ha realizado un estudio observacional descriptivo basado en la combinación de métodos y de datos de carácter primario y secundario. El acceso a los datos de carácter primario se ha hecho a partir de la metodología cualitativa con objeto de profundizar en las percepciones, comportamientos y experiencias de las personas excluidas de la asistencia sanitaria y en la respuesta de los miembros de organizaciones y colectivos sociales ante la exclusión sanitaria. Por su parte, los datos de carácter secundario se han obtenido a partir de la combinación de diferentes fuentes documentales de carácter jurídico, estadístico, informes públicos y análisis de expertos, así como de noticias aparecidas en prensa e información obtenida a través de las redes sociales (blogs, webs).

El paradigma hermenéutico-interpretativo que subyace al enfoque cualitativo parte de la concepción de que la realidad no se entiende a partir de causas y efectos universales, sino comprendiendo los fenómenos en su tiempo y contexto. Se trata de una perspectiva que, sin pretender establecer leyes, entiende que la realidad social está construida históricamente por la participación de sujetos diversos y busca desentrañar la lógica y el sentido de la acción a partir de palabras, relatos y argumentos rescatando el significado de la trama social (Vélez, 2003). El carácter abierto de este tipo de enfoques otorga especial relevancia a la profundidad en la comprensión del fenómeno y al discurso de las personas, de modo que permite acceder a la realidad desde su perspectiva particular (Ibáñez, 2000). Este modo específico de acercamiento a los fenómenos sociales adquiere especial interés cuando éstos se desarrollan entre personas y escenarios diversos, poco accesibles, y cuando se pretende el conocimiento de experiencias humanas de carácter subjetivo, para lo que se hace necesaria la cercanía al mundo particular de los sujetos en su propio contexto (Ruiz e Ispizua, 1989).

Las técnicas cualitativas utilizadas han sido la observación participante, la entrevista individual y la entrevista grupal. En este ámbito ha sido relevante la implicación de algunas de las personas entrevistadas que, desde un inicio facilitaron el acercamiento al campo de estudio y el acompañamiento a actividades de diversa índole, al tiempo que han permitido la comprensión de las interacciones y acontecimientos que se produjeron durante el trabajo de campo. Asimismo, han posibilitado el acceso a algunos sujetos de interés para la investigación con los que existían dificultades para establecer contacto. Por su mayor conocimiento del campo y su mayor experiencia en el mismo aportan aspectos de relieve al objeto de estudio (Flick, 2007).

El trabajo de campo ha tenido lugar en dos fases. Una primera aproximación al ámbito de estudio realizada durante en el primer semestre de 2014, en la que se estableció contacto con los informantes clave y se participó en actividades desarrolladas por ODUSALUD. Una segunda fase de recogida de datos que ha tenido lugar entre finales del mes de noviembre de 2014 y octubre de 2015, en la que se han realizado las entrevistas y completado la observación directa en el campo.

Como se ha indicado previamente, la obtención de datos primarios ha combinado diferentes técnicas cualitativas siguiendo el procedimiento detallado a continuación.

a) Observación participante:

Esta técnica ha sido utilizada en las asambleas y actividades de ODUSALUD y de algunas entidades que forman parte de este Observatorio, así como en espacios de acogida a inmigrantes, tal y como se detalla a continuación en la tabla 2.

El desarrollo de la observación permite obtener una concepción múltiple de la realidad y facilita la comprensión del fenómeno en estudio en el propio contexto situacional (Aguirre, 1995). Para la participación en estas actividades, en ocasiones se ha contado con el acompañamiento de informantes clave que al tiempo de facilitar el acceso proporcionan información de interés sobre el campo. A partir de una pauta inicial de observación (Ver Anexo I) se han consignado los datos y posteriormente se ha elaborado un registro de cada una de las observaciones. La información obtenida permitió en un inicio orientar el planteamiento de la investigación y progresivamente ha favorecido el conocimiento en profundidad de la realidad observada. Asimismo, ha permitido establecer el contacto con algunos de los representantes de las entidades entrevistados posteriormente.

Tabla 2: Ámbitos de observación

OBSERVACIONES	Asambleas ODUSALUD (3)	<ul style="list-style-type: none"> • 2ª Reunión ODUSALUD. Convocada por ODUSALUD. Celebrada el 21 de enero de 2014, en la sede de Cáritas Diocesana de Valencia (València). • 3ª Reunión ODUSALUD. Convocada por ODUSALUD. Celebrada el 5 de noviembre de 2014 en la sede de CeiMigra (València). • 4ª Reunión ODUSALUD. Convocada por ODUSALUD. Celebrada el 20 de octubre de 2015, en la sede de Cáritas Diocesana de Valencia (València).
	Jornadas de Formación ODUSALUD (1)	<ul style="list-style-type: none"> • II Jornadas de Formación ODUSALUD. Rutas Jurídicas. Convocada por ODUSALUD. Celebrada el 27 de noviembre en la sede del Col·legi Oficial de Médicos de València (València).
	Mesa-Formación entidad (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Debate “Elecciones Europeas: ¿es la salud un derecho?”. Organizada por ODUSALUD. Celebrada el 7 de mayo de 2014. En él participaron representantes de los diferentes partidos políticos que concurrían a las elecciones europeas¹.
	Debate Políticos (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa-Debate “Trabajo Social y el Derecho a la protección a la salud”. Convocada por el Col·legi Oficial de Treball Social de València. Celebrada el 12 de noviembre 2014 en la sede del mismo Col·legi (València).
	Espacios de acogida o encuentro de inmigrantes (2)	<ul style="list-style-type: none"> • SPAI Malvarrosa. 19 de febrero de 2015. • Asociación de Inmigrantes subsaharianos. 21 de febrero de 2015.

b) Entrevistas:

Inicialmente se ha priorizado el uso de la entrevista individual, que posibilita el acceso al conjunto de sentidos e interpretaciones que las personas entrevistadas realizan sobre la realidad. Con el fin de alcanzar este objetivo y facilitar la orientación de las entrevistas, se han diseñado guiones específicos para cada grupo de sujetos entrevistados, a partir de un listado de temas de interés establecido previamente. Dichos guiones han posibilitado la conducción de la entrevista por parte de la investigadora, pero con preguntas abiertas que permitieran al entrevistado/a reflexionar y profundizar en su propio discurso (ver Anexo I).

Por el objetivo y el diseño de la investigación, para la selección de los sujetos a entrevistar se ha establecido un muestreo intencional primándose el interés de aquellos

casos típicos que pudieran ofrecer información representativa (López y Deslauriesrs, 2011). De este modo se ha tomado en consideración que el objeto de interés era una situación específica en la que no se buscaba la generalización, sino un acercamiento a la realidad social a partir de aquellos casos que describan mejor el problema. Para ello se estableció inicialmente una tipología de colectivos identificando como grupos de interés: miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD, personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria y otros sujetos relacionados con el objeto de estudio, como las trabajadoras sociales del ámbito sanitario.

La selección de los sujetos se estableció a partir de un muestreo intencional que abarcara la amplitud del objeto de estudio, seleccionando para ello a personas cuya experiencia facilitara la comprensión de los fenómenos, sus causas y significados, así como las experiencias relevantes en relación al problema de investigación (Runyan, citado en Aguirre, 1995). Con ello se ha buscado garantizar la relevancia de la información así como su accesibilidad. Durante el trabajo de campo se ha entrevistado a 33 personas distribuidas en tres grupos (ver tabla 3)⁵²:

- Grupo 1: miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD.
- Grupo 2: personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria.
- Grupo 3: trabajadoras sociales del ámbito sanitario.

Tabla 3: Distribución de entrevistas realizadas

ENTREVISTAS		
Grupo 1	Miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD	15 entrevistas individuales semiestructuradas
Grupo 2	Personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria	7 entrevistas individuales semiestructuradas 2 entrevistas grupales (7 personas en total)
Grupo 3	Trabajadores sociales del ámbito sanitario	4 entrevistas individuales semiestructuradas

52 La información completa sobre los sujetos entrevistados puede consultarse en el Anexo II.

A continuación, se detalla el proceso seguido para la selección definitiva de los sujetos, así como los procedimientos desarrollados en la investigación.

Grupo 1: Miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD

Para los fines del estudio se ha querido conocer de primera mano la perspectiva de los representantes de las diferentes entidades miembro del Observatorio. Si bien las características, los objetivos y las actividades que desarrollan las organizaciones tienen un carácter muy diverso, todas ellas se han vinculado en torno a la defensa del derecho a la salud de las personas inmigrantes. Dada la heterogeneidad de las entidades se ha tratado de establecer una tipología a partir de los datos disponibles en las respectivas plataformas online. Inicialmente se estableció una tipología de organizaciones en función de sus características y objetivos, resultando entidades tan diversas como colectivos profesionales y sociedades científicas (colegios profesionales, etc.), plataformas reivindicativas, ONG y fundaciones y otras entidades sociales (asociaciones vecinales, de inmigrantes, enfermos, etc.)⁵³. Otros aspectos también podían ser considerados de interés en la selección de las organizaciones, como el papel o responsabilidad que desempeñaba cada organización en el Observatorio (dirección, difusión o gestión) o el tipo de actividades en que participaba (sensibilización y denuncia, formación o acompañamiento). Finalmente, estas particularidades no se han tomado en consideración porque se volvieron complejas y cambiantes en el transcurso de la investigación, ya que en función de los compromisos adoptados por ODUSALUD y de la disponibilidad de las diversas entidades, éstas asumen mayores cotas de responsabilidad o varían su participación en las diferentes actividades. Por ello se ha establecido la tipología que se detalla a continuación en la tabla 4:

Tabla 4: Tipología de entidades de ODUSALUD que han participado en el estudio.

TIPO DE ENTIDAD	Sociedades científicas o profesionales Entidades del Tercer Sector Asociaciones de Inmigrantes Asociaciones de enfermos y familiares Asociaciones de vecinos
------------------------	--

53 El número de entidades miembro de ODUSALUD varía a lo largo del estudio por las sucesivas incorporaciones que se han producido. Al inicio de la investigación el número de entidades era de 56 y a la finalización de este informe es de 87. Puede consultarse el listado de entidades en el Anexo III.

Finalmente se seleccionaron entrevistados que pertenecieran a entidades cuya actividad en el Observatorio pudiera aportar información privilegiada y complementaria, así como que fueran accesibles. Por ello, se incluyó a las entidades que desde un inicio habían asumido la creación y la responsabilidad de ODUSALUD y que se denominan a sí mismas “entidades promotoras”: Médicos del Mundo- Valencia (MDM), la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SVMiC) y Cáritas Diocesana de Valencia. Los representantes de estas entidades fueron entrevistados en primer lugar y algunos de ellos actuaron también como facilitadores en el acceso a otros entrevistados.

Las 15 entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a personas de 14 entidades de ODUSALUD, se hicieron a 9 mujeres y 6 hombres, de edades comprendidas entre los 31 y los 80 años, con profesiones vinculadas al ámbito social como trabajadores sociales, personal sanitario, abogados y otros, como recoge la tabla 5:

Tabla 5: Grupo 1. Entrevistados miembros de organizaciones sociales vinculadas a ODUSALUD.

Nº DE PARTICIPANTES	VARIABLE	CATEGORÍA DE LA VARIABLE
15	Edad	31-80 años
	Sexo	Masculino (6) Femenino (9)
	Ocupación/profesión	Profesionales salud (3) Trabajadores sociales (7) Otros (5)
	Rol en la entidad	Directivos y responsables (9) Técnicos (4) Voluntarios (1)
	Tipo de entidad	Sociedades científicas o profesionales (4) Entidades del Tercer Sector (5) Asociaciones de inmigrantes (2) Asociaciones de enfermos y familiares (2) Asociaciones de vecinos (1)

Grupo 2: Personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria

El siguiente grupo de estudio que se ha considerado han sido las personas extranjeras adultas sin autorización de residencia, es decir inmigrantes en situación administrativa irregular, que se encontraban viviendo en València en el momento de la realización

del trabajo de campo, con el fin de conocer de primera mano la situación que vive las personas excluidas de los servicios públicos de salud.

La exploración inicial mostró la existencia de diferentes particularidades y perfiles dentro de este colectivo que podían generar confusión en la investigación. Para evitarlo, pero al mismo tiempo ofrecer la suficiente diversidad en los sujetos entrevistados que permitiera comprender el fenómeno, se tomaron en cuenta determinadas características de interés:

- Tipo de acceso a los servicios públicos de salud: según el marco vigente durante el estudio, la población inmigrante en situación administrativa irregular podía acudir a los servicios públicos de salud en dos supuestos: ser beneficiaria del Plan Valenciano de Protección a la Salud, por lo que tienen tarjeta sanitaria, o encontrarse en situación de urgencia, por lo que este acceso sólo es puntual.
- Experiencia previa en el acceso a los servicios públicos sanitarios: junto con la falta de acceso actual al sistema, se estimó fundamental recoger la experiencia de aquellas personas que, independientemente de su situación administrativa actual, hubieran tenido previo a la tarjeta sanitaria.

Por ello, se diferenciaron tres categorías entre las personas entrevistadas:

- Personas sin acceso actual ni previo al sistema público de atención.
- Personas sin acceso actual, pero con acceso en el periodo anterior al RDL 16/2012.
- Personas con acceso a través del Programa Valenciano de Protección a la Salud.

Asimismo, se consideró relevante la experiencia de enfermedad que tuvieran las personas participantes en el estudio, ya que permitía conocer la situación vivida y cuáles habían sido los comportamientos y estrategias desarrolladas durante esos procesos, tanto si se había acudido al sistema público como si se habían articulado otro tipo de respuestas. Para ello se trató de abarcar la experiencia de enfermedad crónica, de enfermedad aguda o de enfermedad leve, e incluso la ausencia de una patología concreta.

Como se ha señalado anteriormente, la exclusión sanitaria no afecta sólo a un colectivo específico, sino que se diversifica en una casuística compleja. Por ello, se ha preferido no diferenciar otras realidades con el fin de evitar confusión en el estudio. Es el caso de aspectos como la trayectoria jurídico-administrativa en España, o características sociodemográficas como el sexo o la edad. Si bien se trata de elementos que permitirían profundizar en el conocimiento de la realidad, su complejidad hace difícil

abarcar todos los aspectos en un solo estudio⁵⁴. Sin embargo, sí se ha tomado en cuenta la procedencia geográfica con objeto de favorecer la diversidad en las concepciones y percepciones de los sujetos entrevistados. En consecuencia, se ha delimitado como sujetos de estudio a las personas inmigrantes adultas en situación administrativa irregular prestando atención a aspectos relacionados con las condiciones de acceso a los servicios de salud, la experiencia de enfermedad y la procedencia geográfica, con el fin de favorecer la heterogeneidad entre las personas entrevistadas.

Sin lugar a dudas, el acceso al colectivo inmigrante ha supuesto el reto más importante durante el desarrollo de la investigación. La realidad de los “sin papeles” en la ciudad de València es un espacio no siempre permeable. Se trata de personas que viven de forma cotidiana el riesgo de ser identificadas por las fuerzas de seguridad y ser trasladadas a un centro de internamiento para su posterior expulsión, por lo que sólo son visibles a través de entornos fiables. Por este motivo y con el fin de aportar mayor riqueza al estudio y minimizar el sesgo producido el modo de selección, se trató de diversificar la forma de acceso a este grupo. Para ello, se intentó establecer contacto con personas inmigrantes en situación administrativa irregular por medio de los trabajadores sociales de los centros sanitarios y de las entidades de carácter social que trabajan en este ámbito.

En el primer caso, los trabajadores sociales contactados mostraron interés por el tema de estudio aunque no tuvieron posibilidad de facilitar el contacto solicitado por dos motivos: de un lado, la garantía de protección de datos impide ofrecer datos personales⁵⁵; y por otro lado, los profesionales afirmaban que se había perdido el contacto con las personas excluidas porque había dejado de acudir a los servicios de salud⁵⁶.

En el segundo caso, la coordinación a través de las entidades sociales, ha sido el único modo por el que se ha podido tomar contacto con personas inmigrantes en si-

54 Es el caso, por ejemplo, de la asistencia a las mujeres embarazadas y la asistencia a los menores que han sido objeto de atención específica en el Real Decreto Ley 16/2012, que establece que recibirán asistencia con cargo a los fondos públicos, o el procedimiento de acceso para los ciudadanos comunitarios. Al mismo tiempo, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana ha establecido protocolos específicos de atención para algunos de estos grupos, diferenciándolos del Programa Valenciano de Protección a la Salud. Estas normas y protocolos han generado una casuística diversa y la complejidad cada una de las situaciones merecen un estudio específico, por lo que no se ha abordado aquí, aunque sí se hace alguna breve referencia a ello en el análisis del acceso al sistema público.

55 Para subsanar este hecho, se ofreció poder dar el contacto directo de la investigadora a las personas que pudieran participar en el estudio, pero tampoco se pudo concretar ningún contacto de este modo.

56 Algunos de los trabajadores sociales entrevistados han señalado que, aunque toda la población puede acceder a este servicio, el acceso no se produce por dos motivos: algunas de las personas a las que se les deniega la tarjeta decide no volver a acudir al centro sanitario y, al mismo tiempo, no existe suficiente información en los mostradores de recepción de los centros sanitarios, por lo que no suele indicarse a los afectados que puede entrevistarse con estos profesionales.

tuación administrativa irregular dispuestas a participar en la investigación, aspecto que ha condicionado el número de entrevistas realizadas. Estas entidades han actuado como intermediarias tanto para facilitar el contacto como para despertar confianza en la investigación, garantizando las condiciones de confidencialidad. A pesar de ello, el hecho de que todas las personas inmigrantes entrevistadas hayan sido contactadas a través de entidades sociales puede constituir un sesgo que no se ha logrado resolver en el marco de este estudio.

Como otro elemento de interés, es necesario señalar que ha sido necesaria una constante adaptación a la realidad del propio sujeto entrevistado. La mayoría de los inmigrantes entrevistados manifestaron reservas a participar en la investigación. Si bien inicialmente aceptaban la entrevista, en el momento de su realización se han mostrado reticentes a hablar ampliamente, manifestando recelos ante la posibilidad de que se les pudiera identificar. La experiencia de lo que han vivido y la amenaza permanente de la expulsión genera miedo, desconfianza y les obliga a ocultarse. Esto se ha hecho patente a lo largo del estudio, hasta el punto de que algunas de las personas con las que se había acordado un encuentro, han rechazado finalmente participar en la investigación⁵⁷.

Además de la realización de entrevistas individuales, durante el desarrollo del trabajo de campo se han producido encuentros espontáneos con grupos de inmigrantes en situación administrativa irregular, en los que la conversación se ha dirigido hacia las dificultades de acceso a los servicios de salud y la necesidad de dar respuesta a sus enfermedades. En estas ocasiones se ha profundizado en el discurso de los participantes, logrando que relataran su experiencia. Vallés (1997, p. 293) resalta la importancia de este tipo de entrevistas espontáneas o no planificadas y a las que denomina “entrevista grupal”, señalando que se trata de entrevistas “naturales” o “en situación” que surgen en el contexto del trabajo de campo una vez que se han establecido unas relaciones de confianza con los sujetos. Así, recomienda desarrollar este tipo de técnica en el momento y no trasladar su desarrollo a entrevistas individuales posteriores. El uso de esta modalidad permite establecer una relación menos tensa y más desinhibida, especialmente al abordar temáticas complejas o sensibles, y favorece la participación. Como contrapartida, el uso de esta técnica disminuye la comprensión en profundidad de la realidad, al tiempo que el hecho de que los participantes se conozcan entre sí puede actuar como efecto de control sobre sus propios discursos (Roca, 2004). Des-

57 Más de la mitad de los inmigrantes con los que se ha contactado han renunciado a ser entrevistados, a pesar de que, en principio, sí se mostraran dispuestos a ello y se hubiera concertado una cita. Baste como ejemplo el mensaje de texto recibido: «Ola (Hola) Ana, solo decirte que he pensado mejor lo que me propones y no estoy interesado. Buena suerte con tu proyecto». (Mensaje de texto de una persona inmigrante a la que se le solicitó realizar una entrevista 23/02/2015).

de esta perspectiva y ante las dificultades para realizar entrevistas individuales, se ha considerado de interés incorporar la información obtenida a partir de estas entrevistas grupales espontáneas.

Finalmente, se ha entrevistado a 14 personas inmigrantes irregulares que habían tenido experiencia directa en los servicios sanitarios públicos de València. Se han realizado 7 entrevistas individuales semiestructuradas, a 3 hombres y 4 mujeres, y 2 entrevistas grupales en las que participaron un total de 7 personas, todos ellos hombres. La tabla 6 recoge una síntesis de las características de los entrevistados:

Tabla 6: Grupo 2. Personas inmigrantes en situación administrativa irregular afectadas por la exclusión sanitaria entrevistadas en el estudio.

TÉCNICA	Nº DE PARTICIPANTES	VARIABLE	CATEGORÍA DE LA VARIABLE
Entrevista individual (7)	7	Edad	28-42 años
		Sexo	Masculino (3) Femenino (4)
		Procedencia	Latinoamérica (4) Norte de África (1) África Subsahariana (2)
		Condición acceso	Sin acceso (3) Sin acceso con acceso anterior (3) PVPS (1)
		Experiencia enfermedad	Crónica (2) Aguda (2) Leve (3)
Entrevista Grupal no planificada (2)	7	Edad	25-45
		Sexo	Masculino (7)
		Procedencia	África Subsahariana (5) Asia (1) Europa no UE (1)
		Condición acceso	Sin acceso (5) Con PVPS (1) Seguro privado (1)
		Experiencia enfermedad	Aguda (1) Sin enfermedad (6)
Total participantes: 14 PVPS: Programa Valenciano de Protección a la Salud			

Grupo 3: Trabajadores Sociales de Salud

La posibilidad de entrevistar a otros sujetos que no fueran representantes de entidades o inmigrantes se tomó en cuenta en el transcurso de la investigación. La elección de las trabajadoras sociales de los centros públicos de salud ha estado motivada por su experiencia directa en relación al problema de investigación. Se trata de profesionales en una posición de especial interés, ya que entre sus funciones se encuentra la atención a las personas con dificultades de cobertura sanitaria, de integración cultural u otras, a través de la información del funcionamiento sanitario y sus prestaciones, así como la incorporación de estos colectivos en los programas de intervención en salud (Monrós, 2012).

Como se ha señalado, las trabajadoras sociales de los centros sanitarios se contemplaron en un inicio como una puerta de acceso a los “sin papeles”. Como un hecho lógico, se estimó que, a mayor concentración de población inmigrante, mayores posibilidades de establecer contacto con personas que cumplieran con los perfiles establecidos para ser entrevistadas. Tras diversos intentos se logró contactar con un número reducido de profesionales y el resultado obtenido fue diferente al esperado ya que, aunque no se logró el contacto con personas excluidas, las trabajadoras sociales sí mostraron interés por la investigación. A partir de los condicionantes señalados y tomando en cuenta que estas profesionales tienen acceso a información directa tanto sobre los afectados, como sobre las medidas establecidas por la administración pública, se ha considerado que podían aportar una perspectiva complementaria que facilitó la comprensión del problema.

Finalmente se entrevistó a cuatro trabajadoras sociales que ocupaban en su momento diferentes puestos y responsabilidades en el ámbito de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, tanto en centros de salud de atención primaria, como en hospital y en Servicios Generales. Las personas entrevistadas fueron 2 hombres y 2 mujeres, de edades comprendidas entre los 36 y los 52 años y con un tiempo de experiencia en el ámbito sanitario de entre cuatro y treinta años (tabla 7).

Tabla 7: Grupo 3. Trabajadores Sociales de Salud entrevistadas.

ENTREVISTA	SEXO	EDAD	TIEMPO DE EJERCICIO	TIEMPO EN SERVICIOS DE SALUD	ÁMBITO DE TRABAJO
Ts1	Mujer	+ de 45 años	+ de 20 años	+ de 20 años	Gestión
Ts2	Hombre	36 años	10 años	4,5 años	Centro salud
Ts3	Hombre	+ de 45 años	+ de 20 años	+ de 20 años	Hospital
Ts4	Mujer	52 años	+ de 20 años	+ de 20 años	Centro de salud

Es necesario señalar que en una de las entrevistas realizadas no se autoriza la grabación de la misma, por lo que su contenido se ha recogido a través de anotaciones y no se ha realizado un análisis textual. Asimismo, algunos entrevistados han ofrecido determinada información para una mejor comprensión de los hechos, pero insistiendo en que no debía tomarse nota o recoger esa información por no ser pública, o dejando constancia de que determinada información tenía un carácter interno en el marco de la institución en la que desempeñaban su trabajo.

En el conjunto del trabajo de campo, las dificultades puestas de manifiesto entre los diferentes perfiles de entrevistados han marcado la inclusión de los sujetos en el estudio y el alcance de la información obtenida. Glasser y Straus (1967, citado por Flick, 2007, p. 79) consideran que la selección de casos debía realizarse hasta alcanzar la “saturación teórica”, momento a partir del cual no se obtienen nuevos datos que permitan desarrollar las categorías en estudio. En la presente investigación ha sido posible alcanzar la saturación entre la información ofrecida por los miembros de las entidades sociales. Pero no ha sido así en el caso de los “sin papeles”. Por un lado, la diversidad de situaciones que presenta este colectivo constituye en sí misma una dificultad a la que se añaden las barreras u obstáculos de acceso ya mencionadas. Por estos motivos, entre la población inmigrante y entre las trabajadoras sociales entrevistadas ha prevalecido el interés por la información aportada por casos típicos que pudieran ser representativos del conjunto (López y Deslauriers, 2011).

En relación al proceso seguido, en todo momento se ha priorizado la realización de las entrevistas en espacios que proporcionaran seguridad y confianza a los sujetos entrevistados, pero que al mismo tiempo garantizaran las condiciones de privacidad necesarias. Por ello se han empleado espacios ofrecidos por la Facultat de Ciències Socials de la Universitat de València o por las entidades sociales, además del uso de espacios públicos en ocasiones puntuales. Las entrevistas tuvieron una duración me-

dia aproximada de 45 minutos, aunque algunas superaron largamente este tiempo, fueron grabadas en soporte informático y, para garantizar la participación voluntaria y la confidencialidad, los participantes recibieron información por escrito y firmaron un consentimiento informado (ver Anexo I).

Finalmente, el análisis de los datos primarios recogidos a partir de estas técnicas cualitativas se ha centrado en el estudio del contenido del discurso. En el tratamiento de esta información se tuvo en cuenta la obtención de tres tipos diferentes de datos:

- Datos textuales recogidos a partir de las grabaciones de entrevistas que son transcritas de forma literal.
- Datos de las observaciones realizadas y de conversaciones, comportamientos, etc., que no son de carácter textual y que se recogieron en registros de observación. Aquí también se incluyen las anotaciones referidas a las breves conversaciones informales producidas tras la realización de las entrevistas, o apreciaciones que son registradas de forma inmediata a la realización de las mismas.
- Análisis o reflexiones obtenidas en el marco de la investigación y que, recogidas a partir de notas, se elaboraron con posterioridad en el diario de campo.

La información se codificó en los ejes temáticos establecidos en la investigación y se construyeron unas categorías de análisis a partir de las diferentes dimensiones que aborda el estudio y de la información de carácter emergente en la investigación. A partir de las categorías y códigos establecidos se realizó el análisis de los datos con el apoyo del programa informático de análisis de texto Maxqda 10.

Como se ha señalado, para completar el conocimiento del objeto de estudio se ha utilizado también el análisis de datos de carácter secundario obtenidos a partir de diversas fuentes documentales: documentos jurídicos, informes de instituciones públicas, organismos internacionales y entidades sociales, así como informes de expertos, fuentes estadísticas y noticias aparecidas en los medios de comunicación o redes sociales de diversas características. La búsqueda de noticias se ha realizado a través del programa Proquest y se han identificado 83 noticias relacionadas con los criterios de búsqueda establecidos (inmigración, salud y Valencia) y un parámetro temporal entre abril de 2012 y julio de 2015. También se han identificado otras noticias a través de las diferentes redes sociales de ODUSALUD y de las entidades que participan en el Observatorio, y en otros medios con posterioridad a la fecha de búsqueda. En total, de interés en el estudio, se han identificado 63 noticias en los medios de comunicación y 25 documentos en diferentes plataformas en red (blogs, etc.). A modo de síntesis, en la siguiente tabla 8 se recoge la información sobre la articulación metodológica desarrollada:

Tabla 8: Síntesis de las fuentes utilizadas en el estudio.

DATOS PRIMARIOS	Observación participante	Asambleas ODUSALUD (3) Jornadas de Formación ODUSALUD (1) Mesa-formación entidad (1) Mesa-Debate políticos (1) Espacios de acogida o encuentro inmigrantes (2)	
	Entrevistas semiestructuradas	Individuales (26)	Entidades (15) Inmigrantes (7) Trabajadores sociales (4)
		Grupales (2)	Inmigrantes (7)
DATOS SECUNDARIOS	Documentos públicos	Documentos jurídicos (legislación, sentencias judiciales, etc.) Informes del Defensor del Pueblo (3) Informe del Tribunal de Cuentas (1) Informes organismos internacionales Informes y comunicados de organizaciones profesionales Informes y comunicados de entidades sociales Análisis de expertos	
	Noticias	Artículos en prensa (63)	
	Otras fuentes	Información a través de plataformas en red (25)	

Para finalizar cabe una reflexión sobre las limitaciones que se han puesto de manifiesto en la realización del estudio y que tienen relación tanto con la naturaleza del problema de investigación como con el propio diseño metodológico. La exclusión sanitaria producida a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, así como la respuesta ofrecida por el gobierno valenciano a través del PVPS, se ha realizado, en ocasiones, a través de unos procedimientos de carácter interno y poco visibles. Por otro lado, y como ya se ha destacado, uno de los sesgos más importantes en este estudio puede derivarse del hecho de que sólo se ha logrado establecer contacto con población inmigrante en situación administrativa irregular a través de lo que podríamos denominar “circuitos de solidaridad”, referidos a las entidades que ofrecen atención y protección de diversa índole. Aunque se intentó obtener información a través de otros medios, no se obtuvieron resultados positivos. La mediación a través de las entidades sociales puede condicionar de algún modo la participación de estos sujetos, pero ha permitido minimizar la desconfianza generada por la presencia de la investigadora en el campo, que difícilmente se hubiera alcanzado de otro modo.

SEGUNDA PARTE

ANÁLISIS

INTRODUCCIÓN

CIFRAS BÁSICAS PARA EL ANÁLISIS

Como primer acercamiento al problema de investigación, este apartado presenta una breve descripción de las características de los ciudadanos extranjeros, de modo que permitan contextualizar el escenario y las circunstancias en las que se produce la exclusión sanitaria.

Es necesario indicar que el interés de este estudio se centra en la población inmigrante irregular, sin embargo, como se señaló en un inicio, no es fácil delimitar ni el número de personas que se encuentran en esta situación ni mucho menos sus características. Se trata de una dificultad que es también compartida en otros contextos europeos donde no existe información sistemática ni fiable (Ceriani, Le Voy y Keith, 2015) y sólo es posible realizar estimaciones acerca de este grupo, para el que, además, la misma situación de irregularidad favorece la invisibilización en los registros públicos.

Por ello se realizará una descripción de las principales características de los extranjeros en el contexto de estudio, que permita un acercamiento a su realidad. La información ofrecida está referida a la población extranjera residente en la ciudad de València en el momento de la investigación, con el fin de obtener información más detallada, fundamentalmente a partir de datos del año 2015, que se completará con indicadores relativos a la situación administrativa, el empleo, el acceso a los servicios de salud y los riesgos de exclusión social.

Los ciudadanos extranjeros con residencia efectiva en la ciudad ha aumentado progresivamente hasta alcanzar la cifra más elevada en el año 2009, con 122.628 personas que representan el 15,1% del total de habitantes del municipio, como muestra la tabla 9. A partir de ese año se produce una paulatina disminución hasta 2015, en el que se sitúa en el 11,9%, recuperándose ligeramente al año siguiente, de manera que en 2016 supone el 12,2% de la población municipal, 96.056 extranjeros (INE, 2017 b y c). Esta evolución ha seguido pautas similares a otras grandes ciudades españolas de recepción de extranjeros, como Barcelona o Madrid, aunque éstas siempre han mantenido niveles superiores y se sitúan en un 16,3% en Barcelona y un 12,2% en Madrid, en el año 2015.

Tabla 9: Evolución de la población extranjera entre 2003-2016 (València a 1 de enero)

AÑO	TOTAL	ESPAÑOLA	EXTRANJERA	% POB. EXT.
2003	780.653	723.148	57.505	7,4
2004	785.732	718.148	67.584	8,6
2005	796.549	714.536	82.013	10,3
2006	805.304	707.596	97.708	12,1
2007	797.654	697.964	99.690	12,5
2008	807.200	692.940	114.260	14,2
2009	814.208	691.580	122.628	15,1
2010	809.267	689.498	119.769	14,8
2011	798.033	688.254	109.779	13,8
2012	797.028	689.976	107.052	13,4
2013	792.303	689.189	103.114	13,0
2014	786.424	690.336	96.088	12,2
2015*	786.189	692.942	93.247	11,9
2016*	790.201	694.145	96.056	12,2

Fuente: INE. Sistema de Información Demográfica; *Estadística del padrón continuo.
Elaboración propia

Si bien no puede hacerse una distinción entre inmigrantes regulares e irregulares, según la información disponible en la Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015)⁵⁸, es posible hacer una descripción aproximada acerca del perfil y las características sociodemográficas. Las diferentes nacionalidades existentes muestran cierta heterogeneidad entre los vecinos. En concreto, según la fuente citada y como recoge la tabla 10, los nacionales de países de la Unión Europea corresponden al 38,1%, los ciudadanos de países de América del Sur al 27,7%, de África el 15,7% y, finalmente, de Asia procede el 13,4%.

58 Para la descripción sociodemográfica de la población en la ciudad de València se han utilizado los datos disponibles de la Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València.

Tabla 10: Principales nacionalidades de los extranjeros con residencia efectiva (València. 2015).

CONTINENTE	% SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN EXTRANJERA	PRINCIPALES NACIONALIDADES	
Europa	38,1	Rumanía Italia Bulgaria Francia	Ucrania Reino Unido Alemania Rusia
América del Sur	27,7	Bolivia Ecuador Colombia Argentina	Brasil Venezuela Paraguay
Asia	15,7	China Pakistán	India
África	13,4	Marruecos Nigeria	Argelia Senegal
América Central	3,9	Honduras Cuba	
América del Norte	1,1	EEUU México	

Fuente: Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015). Elaboración propia.

La composición por sexo revela que la proporción de mujeres es inferior a la de hombres: 47,4% y 52,2%, respectivamente, no obstante, existen diferencias según los lugares de procedencia. Mientras que entre los ciudadanos africanos las mujeres representan un 32,8%, para el caso de América del Norte este porcentaje asciende al 64,4%, y a algo más del 54% en el caso de América Central y del Sur. Estas diferencias pueden ser explicadas tanto por el papel de la mujer en las sociedades de origen, lo que puede condicionar su posibilidad de migrar, como por la mayor demanda de mano de obra femenina de determinadas nacionalidades debido al tipo de trabajo que desempeña en la sociedad valenciana, especialmente los relacionados con los cuidados personales y del hogar.

En relación a la edad, se trata de un colectivo fundamentalmente joven. Los grupos con más efectivos entre los extranjeros han sido todos los comprendidos entre los 16 y 64 años de edad, siendo el grupo más numeroso el de edades comprendidas entre los 30 y los 39 años, tanto para hombres como para mujeres (tabla 11).

Tabla 11: Principales grupos de edad de la población extranjera (València. 2015).

GRUPO EDAD	TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%
0-4	5.004	2.624	2,8	2.380	2,5
5-9	3.844	1.927	2,0	1.917	2,0
10-14	3.336	1.734	1,8	1.602	1,7
15-19	4.27.	2.246	2,4	2.024	2,2
20-24	7.155	3.565	3,8	3.590	3,8
25-29	11.155	5.374	5,7	5.781	6,1
30-34	14.296	7.296	7,8	7.000	7,4
35-39	13.847	7.674	8,2	6.173	6,6
40-44	10.511	6.251	6,6	4.260	4,5
45-49	7.655	4.374	4,7	3.281	3,5
50-54	5.042	2.676	2,8	2.366	2,5
55-59	3.333	1.635	1,7	1.698	1,8
60-64	2.050	971	1,0	1.079	1,1
65-69	1.154	500	0,5	654	0,7
70-74	618	265	0,3	353	0,4
75-79	406	184	0,2	222	0,2
80-84	211	93	0,1	118	0,1
85-89	118	42	0,0	76	0,1
90 o más	45	16	0,0	29	0,0

Fuente: Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015)

Respecto al tiempo de residencia, cuyos datos se reflejan en la tabla 12, la mayor parte de los extranjeros que viven en València tienen una larga trayectoria en esta ciudad. De hecho, más del 83% del total de 94.050 personas registradas en el año 2015 residen en esta ciudad desde hace más de un año, y más de la mitad de los nacionales de países europeos, de África y de América del Sur llevan 4 años o más residiendo de forma estable en la ciudad.

Tabla 12: Población extranjera por tiempo de residencia y área geográfica (nacionalidad).
(València. 2015).

	6 m - 1 año					4 a o más						
	TOTAL	%	<6 m	%	6 m - 1 año	%	1-2 a	%	2-4 a	%	4 a o más	%
TOTAL	94.050	100	8.605	9,1	7.274	7,7	11.650	12,4	18.517	19,7	48.004	51,0
UE 28	30.817	100	2.648	8,6	2.050	6,7	3.176	10,3	6.985	22,7	15.958	51,8
RESTO EUROPA	4.973	100	529	10,6	389	7,8	628	12,6	750	15,1	2.677	53,8
ÁFRICA	12.604	100	1.102	8,7	1.077	8,5	1.751	13,9	2.365	18,8	6.309	50,1
AMÉRICA N	1.078	100	163	15,1	111	10,3	203	18,8	208	19,3	393	36,5
AMÉRICA C	3.651	100	438	12,0	396	10,8	599	16,4	891	24,4	1.327	36,3
AMÉRICA S	26.051	100	1.943	7,5	1.652	6,3	2.805	10,8	3.977	15,3	15.674	60,2
ASIA	14.792	100	1.778	12,0	1.598	10,8	2.477	16,7	3.303	22,3	5.636	38,1

Fuente: Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015).

Al mismo tiempo, los ciudadanos que más tiempo llevan residiendo en València en términos absolutos son de Rumanía, Bolivia, Ecuador, China y Bulgaria (tabla 13).

Tabla 13: Población extranjera con mayor tiempo de residencia
(Principales nacionalidades ≥ 4 años). (València. 2015).

	POBLACIÓN EXTRANJERA		RESIDENCIA ≥ 4 AÑOS	
	Total	Nº absolutos	%	
Total	94.050	48.004	51,0	
UE 28	30.817	15.958	51,8	
Rumanía	12.047	6.295	52,3	
Bulgaria	3.219	1.981	61,5	
Francia	2.181	1.116	51,2	
Alemania	1.358	777	57,2	
Polonia	831	461	55,5	
Eslovaquia	114	62	54,4	
Resto Europa	4.973	2.677	53,8	
Ucrania	2.030	1.230	60,6	
Rusia	1.281	480	37,5	
Moldavia	155	106	68,4	
Suiza	116	60	51,7	
África	12.604	6.309	50,1	
Nigeria	2.410	1.246	51,7	
Argelia	2.170	1.179	54,3	
Senegal	1.471	826	56,2	
R. Guinea	293	159	54,3	
América N	1.078	393	36,5	
América C	3.651	1.327	36,3	
El Salvador	112	56	50,0	
América S	26.051	15.674	60,2	
Bolivia	7.419	4.991	67,3	
Ecuador	6.149	4.221	68,6	
Asia	14.792	5.636	38,1	
China	5.826	2.828	48,5	
Filipinas	201	100	49,8	
Japón	128	66	51,6	

Fuente: Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015).

No obstante, es preciso señalar que la antigüedad en el padrón no tiene por qué corresponder con el tiempo de residencia efectiva en el territorio y las cifras indicadas podrían variar. Esto se debe a que el registro de los ciudadanos extranjeros no comunitarios que carecen de autorización de residencia permanente en España caduca a los dos años⁵⁹, debiendo ser renovado. Se trata de una obligación que puede desconocer gran parte de las personas afectadas, por lo que desaparecen del registro municipal y, con ello, pierden la antigüedad y, al mismo tiempo, también la posibilidad de acceder a ayudas y prestaciones, como en el caso de los servicios de salud. No ocurre así para el resto de los ciudadanos, para quienes este registro no tiene caducidad.

Por último, en relación a la distribución de las viviendas ocupadas por extranjeros, se produce de forma desigual entre los 19 distritos y 87 barrios. A fecha de 1 de enero de 2015, la mayor concentración en relación a la población total se produce en los barrios de Els Orriols (21,7%), La Fonsanta (20,7%) y Tres Forques y El Calvari (19,7% cada uno). Por número de personas extranjeras, los barrios más numerosos son Benicalap (4.790 personas), Torrefiel (3.824), Nou Moles (3.737) y Els Orriols (3.454) (tabla 14).

59 Resolución de 26 de mayo de 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 28 de abril de 2005, del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre el procedimiento para acordar la caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente que no sean renovados cada dos años (BOE, de 30 de mayo de 2005, núm.128, pp.18112-18116).

Tabla 14: Barrios con mayor porcentaje de población inmigrante y nacionalidades más frecuentes (València. 2015).

BARRIOS CON MAYOR PORCENTAJE DE POBLACIÓN INMIGRANTE			
Barrio	Población inmigrante	%	Nacionalidades mayoritarias
Els Orriols	3.453	21,7	Ecuador, Rumanía, Pakistán y Bolivia
La Fonsanta	733	20,7	Pakistán, Rumanía, Nigeria y Ecuador
Tres Forques	1.719	19,7	Rumanía, Pakistán, Ecuador y Bolivia
El Calvari	944	19,7	Rumanía, Colombia, Bolivia y Ecuador
La Roqueta	855	19,4	China, Bolivia, Italia y Pakistán
BARRIOS CON MAYOR NÚMERO DE PERSONAS EXTRANJERAS			
Barrio	Población inmigrante	%	Nacionalidades mayoritarias
Benicalap	4.790	12,2	Rumanía, Ecuador, Colombia y Bolivia
Torrefiel	3.824	14,9	Ecuador, Rumanía, Bolivia y Nigeria
Nou Moles	3.737	14,4	Bolivia, Rumanía, Ecuador y Pakistán
Els Orriols	3.453	21,7	Ecuador, Rumanía, Pakistán y Bolivia
Aiora	3.441	13,8	Pakistán, Rumanía, Colombia y Bolivia

Fuente: Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València (2015). Elaboración propia.

Según señalan Torres y Moncusí (2015) la mayor o menor concentración de población en unos barrios específicos no es arbitraria, ya que su distribución en las ciudades españolas responde fundamentalmente a factores socioeconómicos, urbanos y étnicos y, por lo tanto, reflejan las desiguales condiciones de quienes los habitan y las dinámicas sociales que se generan. En el caso de València, muchos de los barrios donde hay una mayor proporción de vecinos extranjeros, como en el caso de Els Orriols, son barrios obreros formados por viviendas construidas en su origen (años 60) para acoger a la migración interna y erradicar procesos de chabolismo y en las que, en la actualidad, se ha producido una sustitución de vecinos de carácter étnico (p. 155). En cualquier caso, la inmigración comparte con los autóctonos que residen en estos barrios, una gran parte de los riesgos de vulnerabilidad socioeconómica, que provienen fundamentalmente del desempleo y la baja cualificación formativa, y que, además,

contribuyen a una mayor estigmatización. Se trata de factores acrecentados por la situación de crisis económica y que han tenido también un reflejo en el deterioro de la calidad de las viviendas y sus servicios, aumento del hacinamiento, así como una mayor sobrerrepresentación de las personas extranjeras en los procesos de desahucio. Paralelamente, los recortes sociales han tenido una gran repercusión en la disminución de los servicios públicos municipales, incrementándose “las tensiones soterradas generadas por situaciones de competencia por recursos escasos como un trabajo, ayudas sociales o acceso a recursos” (p. 171).

De hecho, la realidad de riesgo social de las personas inmigrantes se configura a partir de factores como la situación de irregularidad y la falta de empleo o la mala calidad de éste, factores muy relacionados entre sí, a la que se añade las dificultades en el acceso a los cuidados de salud, junto con el resto de los condicionantes sociales, como se trata de mostrar a continuación desde una perspectiva regional.

La Comunitat Valenciana es una de las regiones con mayor intensidad de recepción de población extranjera en todo el territorio español y, a pesar de que su presencia ha disminuido de forma progresiva, sigue siendo superior a la media nacional como muestran los datos recogidos en la tabla 15.

Tabla 15: Población extranjera en España y en la Comunitat Valenciana. 2008-2016.

	ESPAÑA		COMUNITAT VALENCIANA	
	Total	%	Total	%
2008	5.083.054	11,1	783.109	15,9
2009	5.383.403	11,6	804.182	16,1
2010	5.399.467	11,6	788.189	15,8
2011	5.309.469	11,4	766.786	15,3
2012	5.233.042	11,2	754.979	15,1
2013	5.069.382	10,8	727.963	14,6
2014	4.673.505	10,0	683.216	13,8
2015	4.450.399	9,6	652.496	13,2
2016	4.413.753	9,5	642.967	13,0

Fuente: INE. Cifras de población (2017a). Elaboración propia

Por otro lado, la distribución entre las tres provincias de la Comunitat es desigual, ya que la mayor parte de los extranjeros tiene su residencia efectiva en la provincia de Alicante, el 54,5% en el año 2016, correspondiendo la mayor parte de ellos a ciudadanos de la Unión Europea. Por el contrario, en la provincia de Valencia, donde los extranjeros se sitúan entre el 36,4 % en 2012 y el 33,7 % en 2016, los ciudadanos de terceros países se corresponden con el 56,5 % en 2012 y el 54,2 % en 2016, según las cifras de población ofrecidas por el INE (2017a).

No obstante, es preciso señalar que las variaciones del padrón no siempre se deben a la pérdida real de población, sino que pueden explicarse también por otros motivos. Además de la caducidad en el registro del Padrón ya señalado, el retorno al lugar de origen o la continuidad en el proceso migratorio en otro destino o la adquisición de nacionalidad española, justifican este descenso. En la tabla 16 puede verse la evolución de las concesiones de nacionalidad, siendo 2013 el año en el que se han concedido un mayor número de ellas en toda la Comunitat.

Tabla 16: Evolución de las concesiones de nacionalidad por residencia en la Comunitat Valenciana.

	2011	2012	2013	2014	2015
Comunitat Valenciana	9.953	10.303	21.390	11.037	9.348
Alicante	4.239	3.949	8.520	4.249	4.020
Castellón	1.230	1.986	2.288	1.593	995
Valencia	4.484	4.368	10.582	5.195	4.333

Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración (2017).

Además, entre los años 2012 y 2016 se ha producido un descenso progresivo de los permisos de residencia entre los ciudadanos extracomunitarios (Régimen General) tanto en la Comunitat Valenciana (19.355 permisos menos) como en la provincia de Valencia (12.760 permisos menos) (ver tabla 17). Según estos datos, del total de autorizaciones de residencia en la región, las correspondientes a los ciudadanos extracomunitarios habrían pasado del 37,5% en 2012 al 33,5% en 2016.

Tabla 17: Extranjeros con certificado de registro, tarjeta de residencia o con autorización de estancia por estudios en vigor en la Comunitat Valenciana y sus provincias. 2011-2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Régimen Comunitario						
Comunitat Valenciana	392.412	408.875	416.955	426.614	438.208	450.870
Alicante/Alacant	184.306	193.212	198.238	204.210	211.354	219.342
Castellón/Castelló	62.703	65.112	65.934	66.672	67.402	68.269
Valencia /València	145.403	150.551	152.783	155.732	159.452	163.259
Régimen General						
Comunitat Valenciana	246.303	247.963	242.282	233.580	228.690	228.608
Alicante/Alacant	106.932	106.462	106.379	104.160	103.491	104.415
Castellón/Castelló	34.180	34.013	32.810	31.345	30.013	29.465
Valencia/València	105.191	107.488	103.093	98.075	95.186	94.728
Autorización por estudios						
Comunitat Valenciana	3.917	3.733	3.972	3.984	2.329	3.561
Alicante/Alacant	1.123	725	880	844	641	774
Castellón/Castelló	218	194	180	214	146	176
Valencia/València	2.576	2.814	2.912	2.926	1.542	2.611
Total personas con autorización de residencia	642632	660.571	663.209	664.178	669.227	683.039

Fuente: Observatorio Permanente de la Inmigración (2017). Elaboración propia.

Al mismo tiempo, la autorización de residencia para los ciudadanos extracomunitarios en España se encuentra, por lo general, vinculada al empleo. El periodo comprendido entre 1996 y 2008 se caracteriza por la expansión de la economía española, momento en el que aumentó tanto la creación de empleo como la población activa, que pasó de 16,4 millones a 22,8 millones respectivamente. La incorporación de inmigrantes en edad de trabajar aumentó de forma progresiva en todo el territorio que pasó a ocupar, principalmente, puestos de trabajo en sectores que, por sus peores condiciones laborales, eran menos apreciados por los trabajadores autóctonos (Esteban, 2015, p.75). En los últimos años, la crisis económica que se inició en el año 2008, ha tenido una repercusión muy importante en la destrucción de esos nichos laborales, y un efecto directo en la pérdida de la autorización de residencia. La intensa destrucción de empleo entre los ciudadanos extranjeros se ha producido en los puestos de trabajo más castigados por la crisis, en sectores como la construcción y la industria, y entre perfiles de sexo masculino, joven, nivel educativo medio-bajo y contrato a tiempo completo, y, sin embargo, ha tenido una menor incidencia en los empleos en el servicio doméstico y los cuidados personales, que tradicionalmente están más feminizados (Godenau, Rincken, Martínez de Lizarrondo y Moreno Márquez, 2014).

Efectivamente, la tasa de paro por efecto de la crisis económica ha aumentado de manera alarmante. Como se señala en la tabla 18, mientras que en el primer trimestre de 2008 esta cifra se situaba en torno al 9,6% tanto en España como en la Comunitat Valenciana, en el año 2013 alcanzó su nivel más alto situándose en el 26,9% para el conjunto del territorio español y en el 28,7% en esta región.

Pero la posibilidad de encontrarse o no en paro varía según la nacionalidad, constituyendo un elemento fundamental de discriminación en el empleo para la población extranjera. En todo el periodo analizado, la tasa de paro de los ciudadanos de terceros Estados supera con creces al resto, tanto la de los españoles, la de los ciudadanos de la UE como la media nacional. En especial, resulta llamativo que el año 2014, la tasa de paro de los nacionales de países extracomunitarios ascienda a un 47,5% en la Comunitat Valenciana, casi veinte puntos por encima de la cifra media de la región, mientras que para los ciudadanos comunitarios se sitúe en el 35% y para los españoles en el 25,2%.

Tabla 18: Evolución de la tasa de paro por nacionalidad en España y la Comunitat Valenciana (1er.Trimestre).

		ESPAÑA	COMUNITAT Valenciana
2008	Total de la población	9,6	9,6
	Ciudadanos Españoles	8,7	8,2
	Ciudadanos de Países UE	13,4	13,1
	Ciudadanos de Terceros Estados	15,3	16,8
2012	Total de la población	24,2	26,8
	Ciudadanos Españoles	22,1	24,3
	Ciudadanos de Países UE	32,8	38,2
	Ciudadanos de Terceros Estados	38,7	38,9
2013	Total de la población	26,9	28,7
	Ciudadanos Españoles	25,0	26,5
	Ciudadanos de Países UE	32,9	35,5
	Ciudadanos de Terceros Estados	42,2	41,6
2014	Total de la población	25,9	28,0
	Ciudadanos Españoles	24,3	25,2
	Ciudadanos de Países UE	32,4	35,0
	Ciudadanos de Terceros Estados	40,8	47,5
2015	Total de la población	23,8	24,3
	Ciudadanos Españoles	22,4	22,4
	Ciudadanos de Países UE	27,4	33,8
	Ciudadanos de Terceros Estados	37,3	34,9
2016	Total de la población	21,0	21,8
	Ciudadanos Españoles	19,8	20,4
	Ciudadanos de Países UE	23,9	34,0
	Ciudadanos de Terceros Estados	33,2	26,1

Fuente: INE. Encuesta de población activa (2017d).

Otro de los elementos relevantes vinculado al empleo, es el paro de larga duración. En la región el desempleo de larga duración (más de un año) ascendía al 59,7% en el año 2013 y el de muy larga duración (más de dos años) al 37,3% (FOESSA, 2014). Sin embargo, a pesar de que los datos hablan de cierta mejoría en la ocupación, el daño que se ha producido a las personas inmigrantes que reside de forma estable en España y que junto al empleo ha perdido su autorización para trabajar y residir en España es irreversible, o requiere de un proceso largo y complejo que pasa por la *irregularidad administrativa* y las consecuencias que esta conlleva.

La llamada *irregularidad sobrevenida*, entre cuyas causas se señalan la ausencia de contrato de trabajo y el no disponer del tiempo de cotización necesario (Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, 2016) ha afectado a un importante número de personas inmigrantes, a pesar de que pudieran encontrarse en España de manera regular y con una situación estable. Por ello, al hablar de la situación administrativa irregular, es necesario entender que se trata de un proceso complejo que discurre por cauces diversos y que profundiza la situación de exclusión económica, social y sanitaria de las personas afectadas.

La llamada *irregular sobrevenida* se produce cuando a un inmigrante que había conseguido hace años obtener sus permisos de trabajo y residencia y alcanzar una cierta estabilidad social, no le permiten renovar sus permisos al carecer de una oferta de trabajo firme o no poder acreditar que ha cotizado al menos durante seis meses (o ha cobrado una prestación pública durante ese periodo de tiempo). De este modo se le deniega la renovación de sus permisos y recibe, además, una resolución con salida obligatoria del territorio español que de no cumplirse conlleva la irregularidad. Este proceso afecta a migrantes a los que les costó años obtener sus papeles y estabilizar su situación personal (Ávila, 2012, p. 511).

Es difícil establecer quién se encuentra en situación administrativa regular o irregular, o quién sufre una situación de irregular sobrevenida. De hecho, los cálculos sobre los ciudadanos de terceros Estados en situación administrativa irregular en España son estimaciones que se realizan a partir de diferentes fuentes estadísticas. Por un lado, la Fundación CeiMigra (2016), a partir de datos del INE, señalaba que en los últimos años había tenido lugar una variación importante del número de personas en esta situación en todo el territorio español, con un importante incremento en los años 2012, en el que ascendía a 415.681 personas, y 2013, y donde esta cifra se situaba en las 659.916 personas, mientras que en el año 2015 se producía un descenso hasta las 205.250 personas, datos que, sin embargo, son estimaciones y sólo permiten una aproximación a esta realidad (p.50). Por otro lado, como se ha indicado anteriormente, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2016, p. 123) señala que la cifra de personas

irregulares en España en 2015 se situaría en torno a 387.000, realizando este cálculo a partir de los datos de ciudadanos empadronados no comunitarios y en los de ciudadanos con certificado de residencia proporcionados por el Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI). Y, por su parte, ASTI-Alicante señala que la cifra a 1 de enero de 2015 sería de 170.032 personas (2015, p.17), un cálculo estimado a partir del padrón y del registro de permisos de residencia y de asilo (OPI), y que constituye una cifra considerablemente inferior.

En relación a la Comunitat Valenciana, ASTI-Alicante calcula que el total de extranjeros no comunitarios en situación administrativa irregular a 1 de enero de 2015 sería de 43.283 personas; número algo inferior al que se ha obtenido en el presente estudio para el 1 de enero de 2016 y que sería de 49.201 personas⁶⁰, una estimación también realizada a partir de las estadísticas del padrón (INE, 2017b), del OPI (2017) y del Ministerio del Interior (2015), como se detalla en la tabla 19:

Tabla 19: Población extranjera de terceros países en situación de irregularidad documental en la Comunitat Valenciana (2015-2016).

	1 enero 2015*	1 enero 2016**
Extranjeros empadronados (a)	317.249	318.897
Con permiso de residencia. Régimen General (b)	233.580	228.690
Con permiso de residencia. Régimen de libre circulación UE (c)	35.945	37.569
Con permiso de estancia por estudios (d)	3.984	2.329
Solicitantes de asilo (e)	457	1.108
Total extranjeros de terceros países con autorización	273.966	269.696
Total de Extranjeros no comunitarios sin permiso de residencia a-(b+c+d+e)	43.283	49.201

Fuente: * ASTI, 2015; * Padrón (INE, 2017b), OPI (2017) y Ministerio del Interior (2015).
Elaboración propia.

60 Para realizar esta estimación se ha hecho uso de varias fuentes estadísticas. Por un lado, los datos del padrón continuo que proporciona el INE. Por otro lado, las cifras que proporciona el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a través del Observatorio Permanente de la Inmigración (OPI, 2017) sobre los nacionales de terceros países con permiso de residencia en el Régimen General, con permiso de residencia por el Régimen de libre circulación de la UE (familiares, etc.) y con permiso de residencia por estudios. Y finalmente, las cifras que ofrece el Ministerio sobre los solicitantes de asilo (Ministerio del Interior, 2015).

Al mismo tiempo, el flujo migratorio ha tenido una repercusión importante en el crecimiento de la población protegida por la asistencia sanitaria pública en la Comunitat Valenciana que ha aumentado más del 35% entre la última década del s. XX y la primera del s. XXI (González Sanjuán, 2012, p.68). Sin embargo, en la Comunitat Valenciana aproximadamente el 0,1% de los hogares tenía algún miembro sin cobertura sanitaria en el año 2013, siendo previsible que esta cifra haya podido aumentar debido a la pérdida de la tarjeta sanitaria vinculada al desempleo de larga duración de los inmigrantes (FOESSA, 2014). En la Memoria de Gestión de 2015 de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (2016) se señala que a raíz de la entrada en vigor del RDL 16/2012, aproximadamente 127.000 personas perdieron la tarjeta sanitaria del SNS y, con ello, el acceso a los servicios públicos de salud (p.50). Según la información del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Comunitat Valenciana⁶¹, el 28 de septiembre de 2012 se produce la retirada de la asistencia sanitaria desde el SNS a las personas en situación administrativa irregular que habían sido aseguradas hasta esa fecha, un total de 127.420 personas, una cifra similar, procedentes de diferentes modalidades de aseguramiento, como se señala en la tabla 20:

Tabla 20: Personas a las que se retira asistencia sanitaria (RDL 16/2012). Comunitat Valenciana.

MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO	TOTAL
Seguridad Social Activo	43.680
Seguridad Social Pensionista	780
Prórrogas	64.000
Sin Recursos	16.760
Otras modalidades	2.200
Total	127.420

Fuente: SIP (Servicio de información Poblacional). Comunitat Valenciana.

Según esta información, los dos primeros grupos están constituidos por personas que han tenido el reconocimiento del derecho a la salud a través de la modalidad de cotización a la Seguridad Social y que en el momento de la aplicación del RDL 16/2012 se encontraban en situación administrativa irregular, un total de 44.460 personas. Se

61 Información facilitada, en abril de 2017, por el Servicio de Aseguramiento de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a partir de los datos del Sistema de Información Población (SIP).

trata de una cifra que podría estar haciendo referencia a las personas que han sufrido la llamada “irregularidad sobrevenida”. Si se tiene en cuenta que la salud de la población inmigrante tiende a empeorar con el paso de los años, debido a las condiciones sociolaborales más precarias, la vulnerabilidad en la que se encuentra las personas que han perdido el derecho de asistencia sanitaria es especialmente significativa (Godenau y otros, 2014).

Además de la exclusión que se produce directamente por la retirada o la denegación de la tarjeta sanitaria, se han producido situaciones que en la práctica constituyen la denegación del derecho a la protección a la salud, incluso en los supuestos en los que la asistencia está reconocida. Según el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana, entre noviembre de 2012 y agosto de 2015 se han recogido 1.338 notificaciones sobre la vulneración del derecho a la salud en esta región (ODUSALUD, 2015), de las que el 39% corresponden a la ciudad de València. Del total de las incidencias, el 54% son de mujeres, el 79% personas mayores de 26 años y llama la atención que el 11% de los casos notificados corresponden a menores de edad, cuando se trata de un grupo especialmente protegido y que tiene reconocida la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles. Por su procedencia, los tres grupos más numerosos corresponden a personas de origen latinoamericano (33,2%), la Unión Europea (25,6%) y África subsahariana (14%)⁶². En cuanto a la situación administrativa de las personas afectadas, el 60% de los casos son personas en situación administrativa irregular, pero también se han registrado casos de residentes comunitarios (24%), personas con permiso de residencia o de residencia y trabajo (9%), incluso se han registrado incidencias entre solicitantes de asilo y víctimas de trata (0,1% en ambos casos), así como entre ciudadanos con nacionalidad española (6%).

El conjunto de factores señalados, como efecto del impacto de la crisis y de las medidas de ajuste adoptadas frente a ella, repercuten en las condiciones de vida de los grupos más vulnerables de la sociedad. Así, los datos que proporciona la Encuesta de Condiciones de Vida (INE, 2017e) muestran cómo el riesgo de pobreza ha aumentado progresivamente para el conjunto de la población en España. Sin embargo, ese aumento es mayor para los ciudadanos extracomunitarios, para los que la tasa de riesgo de pobreza ha aumentado en 11 puntos entre los años 2008 y 2015, mientras que el riesgo de pobreza para los ciudadanos de la UE ha disminuido como puede verse en la tabla 21.

62 La mayor presencia de notificaciones de personas de origen latinoamericano es explicada en anteriores informes de este Observatorio porque el uso del mismo idioma favorece la reclamación o la denuncia de cualquier abuso (ODUSALUD, 2012).

Tabla 21: Tasa de riesgo de pobreza después de las transferencias sociales (< 60% de la renta media equivalente) (% de población de 16 y más años). España.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL	18,6	19,1	19,4	19,5	19,7	19,3	20,8	21,0
Española	15,6	16,5	16,7	16,8	16,6	16,5	18,4	18,8
Extranjera (UE)	41,5	35,4	36,4	29,6	36,0	35,1	35,7	33,3
Extranjera (resto del mundo)	44,3	41,5	43,2	48,4	49,9	47,8	55,4	55,3

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida (2017e).

En la Comunitat Valenciana la factura de la crisis económica y financiera se ha concretado también en un aumento de los riesgos sociales. En el año 2015, el 25,3% del total de la población se encontraba en riesgo de pobreza, en torno a 1.257.000 personas, habiéndose producido un aumento de aproximadamente 195.000 personas desde el año 2009 (Llano, 2016, p.170). Según el Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunitat Valenciana, entre 2007 y 2013, la salud, el empleo y la vivienda son los ámbitos que han tenido mayor peso en el aumento de la desigualdad y la exclusión social, tanto a nivel estatal como en autonómico. En ello ha influido tanto la destrucción de empleo, a la que ya se ha hecho referencia, como las medidas de consolidación presupuestaria que han supuesto el retroceso de las políticas sociales, entre ellas el RDL 16/2012. Como consecuencia, en el año 2013, el 26% de los hogares de la Comunitat Valenciana se han visto afectados por procesos de exclusión social y el 23,6% de las personas vivían en hogares con una renta inferior al umbral de la pobreza, uno de los valores más altos del país (LLuch, Esteve, y Gimeno, 2014, p. 14, 22). De igual modo, entre las personas con algún riesgo de exclusión, el 42,6% mostraba dificultades relacionadas con la salud, el 83,2% problemas con el empleo (donde existe una sobre-representación de hogares en los que el sustentador principal es extranjero) y el 66,4% problemas con la vivienda, siendo estos más graves en ámbitos urbanos y en barrios degradados o marginales (FOESSA, 2014, p.33). Además, determinadas características incrementan considerablemente el riesgo de exclusión social de los hogares en la Comunitat Valenciana: mientras que para el conjunto de la población este riesgo se sitúa en torno al 32 %, para quienes poseen una nacionalidad diferente a la UE15 este riesgo asciende al 73%, en el caso del desempleo de larga duración es del 77,1%, o para las personas de etnia gitana asciende al 83,9% (p.81), además de otros factores que muestran el riesgo de exclusión social en los hogares de la región, como recoge la tabla 22.

Tabla 22: Riesgo de exclusión social de los hogares en España y la Comunitat Valenciana (%). 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	ESPAÑA	C.VALENCIANA
Hogar con alguna persona extranjera- no UE 15	49,3	73,0
Hogar con baja intensidad laboral	54,6	70,1
Hogar con alguna persona desempleada	43,7	65,0
Hogar en barrio degradado o marginal	37,4	60,3

Fuente: FOESSA (2014, p. 81)

Aunque en estos datos no es posible diferenciar la población extranjera que se encuentra en situación irregular, en conjunto, los “sin papeles” acumulan muchos de los factores de riesgo de exclusión social que se han señalado (nacionalidad extracomunitaria, sin empleo o de mala calidad, vivienda, falta de acceso a los servicios públicos, etc.) a los que se añade la propia situación de irregularidad administrativa. Un conjunto de circunstancias que, en definitiva, condicionan sus posibilidades de vida y lo convierten en un colectivo especialmente vulnerable en la sociedad valenciana.

CAPÍTULO 3

DERECHO A LA SALUD: RECONOCIMIENTO Y VULNERACIÓN A PARTIR DEL RDL 16/2012

A lo largo del s.XX los Estados han tenido una intervención sistemática en las políticas socioeconómicas y en los modelos de protección social, tanto en la definición de las líneas de intervención como en la ejecución de las acciones (Ballesteros, 2005). Como ya se ha visto, ese proceso ha permitido que el Estado español se convirtiera de forma progresiva en garante de la protección de los derechos de las personas. Sin embargo, las medidas adoptadas como respuesta a la crisis económica actual, y en especial el RDL 16/2012, están suponiendo un cambio de perspectiva.

Una de las principales preguntas de investigación que se ha formulado en la tesis es el modo en el que ha quedado definida la protección a la salud de la población inmigrante en situación administrativa irregular a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, lo que corresponde al primer objetivo de este estudio. Por ello, en el presente capítulo se presenta un análisis de los cambios producidos por esta norma y de su alcance⁶³. Primeramente, se aborda el cambio provocado en la garantía del derecho

63 Aunque posteriormente se aborda el análisis de las diferentes normas que han acompañado al RDL 16/2012, aquí se presenta una breve síntesis de esa modificación. El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, vino a completar el RDL 16/2012, formalizando la vinculación entre la condición de asegurado y al empleo. Como consecuencia, los trabajadores que coticen a la Seguridad Social, así como sus beneficiarios, tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública, en tanto que las personas excluidas podrán suscribir un convenio especial para la asistencia por parte del Sistema Nacional de Salud. A éstos se añadió el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Finalmente, la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, estableció que los españoles desempleados sin derecho a prestación ni subsidio de desempleo, pierden el derecho a la asistencia del sistema público si permanecen más de 3 meses fuera del Estado español. Junto con el cambio de titularidad del derecho a las prestaciones públicas,

a la salud por parte del sistema público que se vincula a la condición de “asegurado” como titular de este derecho; como consecuencia se produce la exclusión de quienes no cumplen esa condición, fundamentalmente inmigrantes en situación administrativa irregular. A continuación, se aborda la justificación que desde el gobierno central se ha ofrecido para este cambio, así como las respuestas que se han planteado desde diferentes instituciones y administraciones públicas.

3.1. UN PUNTO DE INFLEXIÓN EN LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

La entrada en vigor el 1 de septiembre de 2012 del RDL 16/2012 afecta a diversas normas del ordenamiento jurídico español referidas esencialmente al acceso a las prestaciones sanitarias del SNS. El RDL 16/2012, presentado como una medida necesaria y de carácter urgente, ha producido cambios importantes en la protección de la salud entre los que se encuentran la titularidad del derecho a las prestaciones públicas, la exclusión de la población inmigrante en situación irregular, la modificación en la protección a los ciudadanos de la Unión Europea que residan en España y la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. De forma específica restringe el acceso a las prestaciones sanitarias sólo para quien cumple la condición de “asegurado” del SNS. Como consecuencia, se excluye de esa protección a las personas que no cumplen determinados requisitos específicos, lo que supone una disminución de la protección que ofrece el sistema público, así como un retroceso en el proceso de universalización de la asistencia sanitaria y en el reconocimiento del derecho a la salud en España. Innegablemente constituye un punto de inflexión en la garantía del derecho a la salud (Lema, 2014).

Como se ha mencionado, uno de los cambios fundamentales producidos por el RDL 16/2012 afecta a la titularidad del derecho al acceso a los servicios sanitarios con cargo a los fondos públicos y por tanto a la protección del derecho a la salud. De forma concretas se modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 3 establecía la titularidad del derecho a la salud en España del siguiente modo:

“Titulares de los derechos.

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:

otras modificaciones que recoge esta normativa, como las referidas a la cartera de servicios y prestaciones o al gasto farmacéutico, han afectado al conjunto de los ciudadanos.

- a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
- b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos”.

El RDL 16/2012 modifica este artículo y establece que “la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado” (art.1), vinculando esta condición a la situación de empleo o las prestaciones derivadas del desempleo. Igualmente, reconoce la condición de beneficiario a determinadas personas con vínculos concretos con el asegurado: cónyuge o con relación análoga, ex cónyuge a cargo del asegurado, y los descendientes menores de 26 años, o que superando esta edad tengan una discapacidad igual o superior al 65%.

Según se expone en el mismo RDL 16/2012, las modificaciones que incorpora están dirigidas a mejorar la eficiencia sin afectar al carácter esencial del sistema público, que es presentado como universal. De hecho, el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud⁶⁴ (RD 1192/2012) y que complementa el anterior, señala en su Exposición de motivos que la universalidad y la financiación pública son dos aspectos sobre los que se asienta el SNS, haciendo expresa mención a la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS y la Ley 33/2011 General de Salud Pública, que de forma progresiva habían completado un modelo universal. Sin embargo, esta supuesta universalidad quedaría condicionada ahora en varios aspectos que podrían indicar un cambio de modelo:

- a) El establecimiento de la condición de asegurado, recogida en el RDL 16/2012 y el RD 1192/2012, sustituye la lógica de la titularidad del derecho de la persona por el del reconocimiento de una condición específica, por lo que constituye uno de elementos esenciales en esta reforma. La Ley 14/1986 marcó un hito con la creación del SNS, abriendo el camino hacia la universalización de las prestaciones, que se ha ido completando de forma progresiva incorporando a todos los sectores de

64 Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (BOE, 4 de agosto de 2012, núm. 186, pp. 55775-55786).

la población. De este modo la universalidad del derecho a la protección a la salud quedaba vinculada a la nacionalidad o al empadronamiento, es decir a un contexto donde la persona, como titular de ese derecho, fija su residencia y desarrolla un proyecto vital. Por el contrario, el RDL 16/2012 quiebra este sistema al implantar un sistema de “aseguramiento”, que liga este derecho a que la persona demuestre y verifique que reúne las condiciones que se han determinado en la norma, que pueden ser susceptibles de modificación y sin que existan suficientes garantías de protección y de equidad a quienes no los cumplen. En definitiva, se invierte el criterio de titularidad del derecho a la protección a la salud, relacionándolo con el cumplimiento del requisito de asegurado. Para algunos autores, este hecho afecta a aspectos fundamentales del Sistema Nacional de Salud y supone un cambio en el modelo de protección a la salud en España (López-Fernández y cols., 2012; Aguilar y Bleda, 2014; Lema , 2014; Solanes, 2014).

142

- b) Al introducir el concepto de “asegurado” el RDL 16/2012 establece la relación entre prestaciones sanitarias y empleo, por lo que parece supeditar la titularidad de ese derecho a la condición de trabajador como cotizante de la Seguridad Social, a quienes perciben prestaciones económicas vinculadas al empleo y a sus beneficiarios. Sin embargo, la Constitución Española de 1978 ya recoge la distinción entre la protección de la Seguridad Social (art. 41) y la protección de la salud (art. 43), y esta diferenciación se ha ido consolidando en las políticas públicas de forma progresiva y en su financiación (Lema , 2014).
- c) Como se ha señalado anteriormente, si el SNS se financia a través del sistema tributario desde el año 1999, vincular el disfrute de las prestaciones sanitarias con la cotización laboral no parece del todo congruente. Si la participación de los ciudadanos al sostenimiento del gasto público se realiza a través del sistema de impuestos según los principios de igualdad y progresividad (artículo 31.1 CE), parece claro que todos los ciudadanos deberían poder disfrutar de sus prestaciones. El modelo de aseguramiento, por tanto, actúa en la relación existente entre la universalidad y gratuidad de la protección y el aporte del conjunto de los ciudadanos al mantenimiento del sistema sanitario, y excluye del acceso a esas prestaciones a personas que estarían financiándolas a través de los impuestos. El modelo de aseguramiento, por tanto, supone un retroceso a periodos anteriores a la Ley 14/1986 (Defensor del Pueblo, 2012; Terés, 2013; Repullo, 2014; Solanes, 2014, 2015; Moreno, 2015).
- d) Pero además, el hecho de que el reconocimiento y control de la condición de asegurado, así como la gestión de la información sobre los datos de los interesados,

esté a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)⁶⁵, refuerza este hecho, ya que finalmente, es el Ministerio de Empleo y Seguridad Social quien reconoce el derecho a la protección a la salud y supone una recentralización del sistema sanitario (Moreno, 2014). Como ya se ha señalado, y el mismo RDL 16/2012 señala en su Exposición de motivos (III), existe una desvinculación entre la asistencia sanitaria y las aportaciones a la Seguridad Social. Sin embargo, en la práctica, la normativa española no es clara a la hora de diferenciar la Seguridad Social y el SNS y sus respectivas prestaciones y la información que se ofrece a los ciudadanos tampoco es lo suficientemente precisa⁶⁶.

- e) Por último, el RDL 16/2012 y la normativa que lo complementa, introduce una dualización del reconocimiento del derecho, de un lado los asegurados y sus beneficiarios, y de otro, quienes quedan excluidos. Además de un retroceso en la universalización y ser una ruptura con la lógica del derecho a la salud, supone un peligro para la cohesión social en torno al sistema público de salud posibilitando su progresiva degradación (Lema, 2014).

En otro orden de cosas, el RDL 16/2012 plantea una modificación de especial relevancia al diferenciar la cartera de servicios que presta el Sistema Público⁶⁷ con diferentes tipos y formas de acceso. Esta modificación establece la creación de diversas carteras de servicios e introduce la aportación o reembolso por parte del usuario por algunos de los servicios y prestaciones que recibe como es el caso de los productos farmacéuticos. Esta aportación puede ser entendida como un copago ya que como se ha referido anteriormente, los ciudadanos contribuyen al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud a través del sistema impositivo. Si bien puede ser una medida congruente con la pretendida reducción del déficit público, a juicio de Solanes (2014) es una medida comparable con la regresión en el acceso a la protección a la salud, porque la capacidad de pago afecta a la posibilidad de acceso a los servicios. Es decir, si los medios de los que dispone una persona para hacer frente a un pago condicionan el disfrute de la asistencia sanitaria, se establece una desigualdad de carácter económico y

65 Así lo recoge el art. 1.2 del RDL 16/2012.

66 El INSS presenta la asistencia sanitaria como una prestación propia de la Seguridad Social y ofrece la información sobre los requisitos que se deben reunir para la condición de asegurado o beneficiario, así como el procedimiento para solicitar el reconocimiento del derecho a la asistencia pública, la documentación a aportar y los formularios. Igualmente, tras la entrada en vigor del RDL 16/2012, se ha habilitado una aplicación informática donde los interesados pueden consultar si ostentan ese derecho y obtener un documento acreditativo del mismo [Mensaje en blog]. Recuperado de <https://sede.seg-social.gob.es>.

67 Para ello, modifica nuevamente la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en este caso en su art. 8.

social, no natural, en la protección del derecho. Además, se hace especialmente grave en colectivos vulnerables que requieren un mayor uso de los servicios y las prestaciones sanitarias, como pueden ser las personas con enfermedad mental, los enfermos crónicos, los drogodependientes o los enfermos de VIH/SIDA (Pérez-Molina, Pulido Ortega y Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida, 2012)⁶⁸. Igualmente, para López-Fernández y cols. (2012) supone que se establece la carga del copago sobre las personas que tienen una mayor necesidad del uso de los servicios, por lo que, a su juicio, se produce una erosión del principio de solidaridad, esencial en el SNS español.

3.2. EL MECANISMO DE EXCLUSIÓN SANITARIA

El RDL 16/2012 establece de forma directa la exclusión del sistema público de salud de la población extranjera que se encuentra en situación irregular en España. En concreto, la Disposición final tercera de esta norma modifica el artículo 12 de LODYLE, que hace referencia al derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros en España con independencia de su situación administrativa. La nueva redacción elimina esa posibilidad y afirma textualmente:

«Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.»

De este modo, el acceso de este colectivo queda vinculado a la legislación sanitaria, es decir, a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que como se ha señalado ya, ha quedado modificada por el RDL 16/2012, y establece el acceso a las prestaciones sanitarias a las personas que ostentan la condición de asegurado o beneficiario. Los “sin papeles” no tienen posibilidades de acceder a esta condición, por lo que queda excluida del sistema público, algo especialmente relevante al tratarse de un derecho que ya había sido alcanzado (Mora, 2015) y que, además, ya antes de la exclusión sanitaria, constituía un colectivo especialmente vulnerable y en desventaja social que requeriría una mayor protección de los poderes públicos (Regidor, y cols., 2009).

68 En el año 2012 se estimaba que existían entre 2.700 y 4.600 personas inmigrantes irregulares infectados por VIH, de los que de 1.800 a 3.220 conocerían su infección y de ellos sólo el 80% recibirían antirretrovirales. Los efectos de la no atención a este colectivo serían el aumento de la mortalidad, la aparición de las llamadas “enfermedades oportunistas” asociadas, el incremento de ingresos hospitalarios y un aumento de las infecciones y de las transmisiones maternofetales del virus (Pérez-Molina, Pulido Ortega y Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida, 2012).

Al establecer la condición de asegurado para el reconocimiento de las prestaciones sanitarias para los irregulares, supone abandonar la perspectiva que, en su momento, planteó la LODYLE al reconocer esta prestación en función del empadronamiento en el territorio español, es decir, una residencia efectiva. La población extranjera que ya depende del empleo para obtener una autorización administrativa para residir y trabajar en el país, pasa a depender también del empleo para el acceso a las prestaciones sanitarias públicas. Como se ha constatado, se trata de uno de los colectivos más afectados por el desempleo en el contexto de crisis económica, de hecho, el paro entre los extranjeros ha tenido mayor relevancia efecto de la crisis económica y ha afectado fundamentalmente a los ciudadanos extracomunitarios⁶⁹.

Es decir, al amparo de la crisis económica, este colectivo ha sufrido una triple privación: pérdida del empleo, pérdida o imposibilidad de obtener la autorización para residir y trabajar en el territorio español por falta de empleo, y pérdida del acceso a las prestaciones sanitarias públicas como consecuencia de encontrarse en situación administrativa irregular. Tres aspectos que inciden directamente en las posibilidades y condiciones de vida del colectivo afectado y someten a la persona a una situación de irregularidad. Se trata, además, de una realidad especialmente relevante en los casos en los que la exclusión sanitaria se produce en personas con enfermedades agudas, graves o crónicas.

Otro grupo que se ha visto afectado son los ciudadanos de Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y ciudadanos de terceros Estados con autorización para residir en algún Estado miembro de la Unión, que afecta igualmente al cónyuge (o análogo) y los hijos a cargo. El RDL 16/2012 modifica las condiciones establecidas para el acceso a las prestaciones sanitarias, contenidas en la normativa que establece las condiciones de libre circulación y residencia en España de estos ciudadanos⁷⁰. Los afectados deben realizar un proceso administrativo para acreditar documentalmente su derecho a recibir las prestaciones sanitarias del sistema público español. Según la nueva normativa, son necesarios el documento identificativo, el certificado de empadronamiento, el certificado de no superar un límite de ingresos en el país de procedencia y la declaración responsable de no tener cobertura obligatoria de prestación sanitaria acompañada de un documento

69 Aunque se ha señalado anteriormente, cabe recordar que mientras la tasa de paro entre los españoles pasó de 8,7% en 2008 al 25% en 2013, para los ciudadanos comunitarios aumentó del 13,4% al 32,9 % en el mismo periodo y para los ciudadanos extracomunitarios pasó del 15,3% al 42,2% (INE, 2017d).

70 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 (BOE, 28 de febrero de 2007, núm. 51, pp. 8558-8566).

acreditativo de que “no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España” expedido por el país de origen, el llamado Certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria (RD 1192/2012, art. 6 2.d) y e)). Se trata de un procedimiento complejo, ya que en la obtención de la documentación acreditativa se plantean trabas administrativas y limitaciones económicas que dificultan el proceso y, en la práctica ha supuesto la limitación efectiva del acceso a los servicios de salud para miembros de estos colectivos, situándolos, en ocasiones, en una situación de exclusión similar a la de la población inmigrante irregular. En circunstancias similares se encuentran los ciudadanos de los países que tienen acuerdos bilaterales con España que incluyen la asistencia sanitaria (Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez) que tienen que seguir el mismo proceso de acreditación del derecho.

Igualmente se producen otras situaciones de exclusión sanitaria, como los ascendientes de asegurados, que han obtenido su autorización de residencia a través de un proceso de reagrupación familiar en fecha posterior a la publicación del RDL 16/2012, a los que no se reconoce la condición de beneficiarios. Los ascendientes no se encuentran incluidos como beneficiarios del asegurado según el RDL 16/2012, por lo tanto el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) no ha reconocido el derecho para acceder a las prestaciones sanitarias en aquellas situaciones en las que la reagrupación se ha producido con posterioridad a abril de 2012⁷¹. Algunos de estos casos han llegado a los tribunales españoles y, aunque existen sentencias a favor de los afectados, se sigue aplicando una instrucción de carácter interno del INSS, según denuncia la plataforma Yo Sí Sanidad Universal (2016).

El RD 1192/2012 reitera los requisitos para el reconocimiento de la condición de asegurado y beneficiario y establece el límite máximo de ingresos anuales para que aquellas personas que no cumpliendo los requisitos como asegurado o beneficiario y no teniendo derecho a la asistencia por otra vía, puedan acceder a las prestaciones sanitarias, siempre que tengan nacionalidad española, sean nacionales de Estados de la Unión Europea, el Espacio Económico Europeo o de Suiza y se encuentren inscritos en el Registro Central de Extranjeros, o bien sean nacionales de terceros estados con auto-

71 El INSS no reconoce a los ascendientes la condición de beneficiario por lo que no se les permite el acceso a las prestaciones sanitarias [Mensaje en blog] Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/Beneficiarios-Situac30476/177501. Al mismo tiempo, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social establece entre los requisitos para la reagrupación familiar la documentación acreditativa de tener garantizada asistencia sanitaria [mensaje en blog] Recuperado de <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/Ciudadanosnocomunitarios/hoja012/index.html>. Sin embargo, también se han producido varios casos en los que el juez señala que el INSS no es competente para negar la tarjeta sanitaria. Ver: Un juez amplía la atención sanitaria a más inmigrantes. El Mundo (2014, 24 de diciembre). Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/24/5499b884268e3e077c8b4571.html>.

rización para residir en el territorio Español, como indicaba el RDL 16/2012. Este límite queda fijado en cien mil euros anuales, aunque posteriormente este requisito ha sido declarado inconstitucional y nulo por Sentencia del Tribunal Constitucional 139/2016, de 21 de julio de 2016⁷², al considerar que no se puede configurar el derecho a las prestaciones sanitarias públicas en torno a un límite económico.

Igualmente, la exclusión sanitaria se ha dirigido también a los ciudadanos españoles que, encontrándose en situación de desempleo, hayan finalizado su prestación o subsidio de desempleo y residan fuera del país. Según ha establecido la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014⁷³, estas personas perderán el derecho a la asistencia del sistema público si permanecen más de noventa días fuera del territorio español.

Finalmente, el RDL 16/2012 y el RD 1192/2012 recogen la garantía de la asistencia sanitaria en situaciones que señalan como especiales y que afecta a aquellos extranjeros que, no teniendo la condición de asegurado ni beneficiario se encuentren en determinadas condiciones: menores de 18 años, mujeres embarazadas y durante el parto y posparto, personas que sufran una urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica, y personas protegidas como los solicitantes de asilo y las víctimas de trata de personas (RDL 16/2012 artículo 1.3).

La aplicación del RDL 16/2012 y de la normativa que lo complementa convierte el acceso a las prestaciones sanitarias públicas en un reconocimiento otorgado por la administración pública, en concreto desde el INSS, en base al cumplimiento de unos requisitos, provocando una diferenciación que afecta de diferente manera a colectivos específicos⁷⁴. Como consecuencia se establece una compleja tipología en el acceso a los servicios públicos, crea confusión tanto entre las personas afectadas como entre los profesionales del sistema público y, en definitiva, crea desigualdad entre la población en función de su origen, y termina excluyendo a determinados colectivos. A modo de síntesis, la tabla 23 señala los principales grupos incluidos y excluidos en el derecho de acceso a los servicios públicos de salud.

72 STC 139/2016, de 21 de julio de 2016, BOE, 15 de agosto de 2016, núm. 196, pp. 60502-60552.

73 Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. (BOE, 26 de diciembre de 2013, núm. 309, pp. 104609-105136).

74 Ver: Un año de sanidad sin todos. El Mundo (2013, 21 de abril). Recuperado de http://quiosco.elmundo.orbyt.es/ModoTexto/paginaNoticia.aspx?id=14469453&tipo=1&sec=El%20Mundo&fecha=21_04_2013&pla=pla_11014_Madrid.

Tabla 23: Titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública en España (a partir de lo establecido en el RDL 16/2012, el RD 1192/2012 y la normativa complementaria).

ASEGURADOS	BENEFICIARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores afiliados a la Seguridad Social • Pensionistas de la Seguridad Social • Perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social • Desempleados que han agotado la prestación o subsidio • Españoles y extranjeros con residencia autorizada en España, siempre que no tengan derecho a la asistencia por otra vía y no superen los 100.000 euros de ingresos anuales • Menores sujetos a tutela administrativa 	<p>Personas con residencia autorizada y efectiva en España que sean:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cónyuges o parejas de hecho del asegurado • Excónyuges a cargo del asegurado • Descendientes (o asimilados) del asegurado o su cónyuge, de su excónyuge a cargo o de su pareja de hecho, siempre y cuando sean menores de 26 años o, superando esta edad, tengan una discapacidad reconocida en grado igual o superior al 65%
GRUPOS DE PROTECCIÓN ESPECIAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Extranjeros menores de edad • Mujeres embarazadas y durante el parto y posparto • Personas que sufran una urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica • Personas protegidas como las solicitantes de asilo y las víctimas de trata de personas 	
PRINCIPALES GRUPOS EXCLUIDOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Extranjeros adultos sin permiso de residencia en vigor • Españoles en situación de desempleo que residan fuera del país más de 3 meses • Extranjeros con residencia autorizada en España, pero con derecho a la asistencia sanitaria en sus países de origen (ciudadanos comunitarios y nacionales de Estados con acuerdos bilaterales con España) • Personas que, sin entrar en ninguno de los supuestos para acceder a la condición de asegurado o beneficiario, perciban ingresos anuales superiores a 100.000 euros (anulado) • Personas que residen de manera regular en España con posterioridad al 24 de abril de 2012, pero no tienen autorización de trabajo y no reúnen los requisitos de beneficiario, a los que se aplica la normativa interna del INSS <ul style="list-style-type: none"> · Ciudadanos europeos registrados en el Registro General de Extranjeros con posterioridad (afecta fundamentalmente a ciudadanos rumanos) · Extranjeros adultos con permiso de residencia en vigor consecuencia de un proceso de reagrupación o familiar de ciudadanos de la UE · Permiso de residencia por “circunstancias excepcionales” · Personas que han obtenido permiso de residencia pero no de trabajo con posterioridad 	

Por otro lado, el RDL 16/2012 establece una alternativa de acceso al SNS para las personas excluidas de la asistencia sanitaria. Se trata de la posibilidad de establecer un convenio especial de carácter individual para “aquellas personas que, no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título” (Disposición adicional tercera, RD 1192/2012). Su regulación ha sido tardía y no se produce hasta el año 2013 a través del RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y modificación del RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud⁷⁵, y no es hasta el año 2014 cuando el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad regula el contenido y las condiciones del mismo⁷⁶. El convenio se presenta como una vía específica de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS para quién no tienen reconocido ese derecho. Como requisito previo, la persona que lo suscribe debe acreditar una residencia efectiva en España continuada de un año como mínimo, estar empadronada en algún municipio del ámbito territorial de la administración pública competente, es decir la comunidad autónoma, y no tener acceso a la protección sanitaria pública por otro cauce (reglamentos comunitarios, convenios bilaterales, etc.). La suscripción del convenio proporciona sólo el acceso a la cartera común básica de servicios asistenciales, tal y como queda reflejada en el RDL 16/2012, aunque las CCAA podrán incluir otro tipo de prestaciones correspondientes a su cartera de servicios complementaria. Como consecuencia, existen prestaciones como la farmacéutica, a la que las personas que suscriban estos convenios no tendrán acceso⁷⁷. A cambio, el interesado deberá pagar una contraprestación o precio público que cubre el coste medio de la atención, y que varía de los 60 euros mensuales para los menores de 65 años a los 157 euros para las personas de 65 años o más, cantidad que puede verse incrementada en función de la cartera complementaria de la respectiva comunidad autónoma.

75 RD 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y modificación del RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (BOE, 27 de julio de 2013, núm. 179, pp. 55058-55065).

76 La Resolución de 30 de septiembre de 2014, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se aprueba el modelo para suscribir el convenio especial regulado por la Orden SSI/1475/2014, de 29 de julio, establece el contenido del convenio y las condiciones del mismo.

77 Véase: La póliza de Mato no cubrirá los medicamentos de los “sin papeles”. El País (2012, 29 de septiembre). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/09/28/actualidad/1348857542_833344.html.

La aplicación de este convenio en cada uno de los territorios autonómicos del Estado español ha sido dispar. Algunas comunidades han puesto en marcha convenios especiales de este tipo para dar cobertura sanitaria a la población excluida del SNS. Murcia y Madrid se han limitado a adaptar el procedimiento administrativo que fija este decreto. Otras han regulado un procedimiento específico para la formalización de estos convenios como La Rioja, Aragón, Canarias o Comunitat Valenciana, como se señala posteriormente.

A este respecto, el Defensor del Pueblo señala que una propuesta que implique la suscripción de un convenio especial a pagar por el interesado, “resulta en muchos casos poco viable en términos prácticos, por razones económicas e incluso por la propia vulnerabilidad de muchos de los interesados” (Defensor del Pueblo, 2013, p. 263). De hecho esta institución recomienda al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que se facilite el acceso a este convenio a las personas en situación de vulnerabilidad de modo que se elimine de forma total o parcial la carga económica que supone⁷⁸ Como respuesta, el mismo Ministerio propone que las CCAA establezcan ayudas a través de los servicios sociales para hacer efectiva la prestación sanitaria a inmigrantes irregulares, algo que, a juicio del Defensor del Pueblo, supone una contradicción en el discurso oficial: la medida sugerida por el Ministerio implicaría que el gasto de la asistencia sanitaria fuera asumida igualmente por las administraciones públicas, cuando la exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular se ha justificado como una medida de reducción del déficit público (Defensor del Pueblo, 2013).

López Fernández y cols. (2012) señalan que ante situaciones que generan escasez económica, no sólo son relevantes los resultados inmediatos sino el impacto de las medidas a largo plazo. Y señalan que el establecimiento del convenio que plantea el RDL 16/2012 podría provocar la desafección del sistema público por parte de los grupos con suficiente capacidad económica que podrían pretender dejar de financiarlo y decidirse por otro tipo de seguros de salud de carácter privado. De este modo, el SNS quedaría relegado a los colectivos más populares y los pobres, lo que supondrá un retroceso en los derechos y una oportunidad para el negocio de la salud, al tiempo que tampoco garantizaría la protección a los grupos excluidos.

En definitiva, las medidas planteadas por el RDL 16/2012 suponen limitar la garantía de protección del derecho a la salud y en el caso de la población inmigrante irregular, esta protección se reduce a niveles mínimos. A juicio de Mora (2013a) la salud, al igual que el resto de los derechos sociales, no ha logrado alcanzar el reconocimiento

78 Recomendación 167/2013, de 11 de octubre, dirigida a la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre la atención sanitaria a personas que no tienen la condición de asegurados ni de beneficiarios en el Sistema Nacional de Salud (Defensor del Pueblo, 2013).

completo como derecho esencial, por lo que, en un marco de crisis económica, su protección se ve mermada afectando a los colectivos más vulnerables, que son los que reciben en mayor grado los efectos de la exclusión y la marginalidad. Cuando las respuestas que se ofrecen a la desigualdad que produce la crisis se dirigen a reducir la protección pública de las necesidades sociales, se está legitimando la exclusión (Ávila y Malo, 2010).

3.3. LA JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA DEL RDL 16/2012

La reforma sanitaria provocada por el RDL 16/2012 ha sido justificada desde el gobierno como la respuesta a una situación de crisis económica. La propia denominación de la norma incluye la consideración de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”. A continuación, se realiza un análisis de este argumento, mostrando cómo no ha existido, por parte de la Administración central, una información suficiente que justifique esta medida.

Como se ha señalado, la exposición de motivos del RDL 16/2012 plantea que se han producido circunstancias especiales en España que exigen la puesta en marcha de esta medida, como son la “grave dificultad económica sin precedentes” del Sistema Nacional de Salud y la “pérdida de eficacia en la gestión de los recursos” que ha provocado déficit en las cuentas públicas. Igualmente se señala la necesidad de mejorar la coordinación y de hacer frente a los retos actuales. Durante el año 2012, los responsables políticos que han adoptado esta medida⁷⁹ justificaron los drásticos cambios en materia sanitaria por la necesidad urgente de mejorar la gestión de los recursos y reducir el déficit público en un contexto de crisis económica. Así la exclusión de la asistencia sanitaria de los inmigrantes en situación administrativa irregular se ha presentado como ejemplo de ahorro⁸⁰.

El ordenamiento jurídico español contempla la posibilidad de reformas en situación de urgencia y celeridad⁸¹. No obstante, el art. 35 de la Ley 33/2011 General de Salud

79 La reforma sanitaria fue una de las primeras medidas realizadas por el gobierno del Partido Popular, constituido el 21 de diciembre de 2011. El RDL 16/2012 fue publicado en abril de 2012 haciéndose efectiva la exclusión sanitaria a partir del 1 de septiembre de ese mismo año.

80 La Ministra de Sanidad afirmó la voluntad de conseguir un ahorro de cerca de 500 millones de euros con la restricción sanitaria a los “sin papeles”. Ver: El gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes “sin papeles”. El País, (2012, 20 de abril). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/20/actualidad/1334935039_248897.html.

81 Según el art. 86.1 de la CE “En caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos-leyes”. Asimismo, las Sentencias del Tribunal Constitucional 29/1986, de 20 de febrero y 177/1990, de 15 de noviembre establecen el Real

Pública, establece que las Administraciones deberán someter a evaluación el impacto en salud de las normas, planes, programas y proyectos que puedan tener un impacto significativo en la salud, e indica que esa evaluación deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud. Pese a que el RDL 16/2012 afecta a la protección de la salud de manera significativa y se apoya en la necesidad de ajuste presupuestario, el Gobierno central no ha ofrecido informes económicos que respalden la urgencia de esta medida o sobre el posible impacto que pudiera generar y, a este respecto, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2012) señala la necesidad de evaluar el impacto económico de este tipo de medidas y reclama la oportuna valoración y la participación de amplias instancias del país en cambio tan relevante en la protección de la salud.

En la misma línea se han pronunciado organismos internacionales y responsables de los mismos, como la Relatora Especial sobre pobreza extrema y derechos humanos de Naciones Unidas, Magdalena Sepúlveda, que en declaraciones a los medios de comunicación afirmó:

“En la respuesta que el gobierno español nos dio, dice que efectuó una evaluación de impacto. Sin embargo, no nos envió esa evaluación de impacto ni tampoco dice el resultado de la misma. Entonces, la verdad, es que es bastante poco transparente en ese sentido”⁸².

Al respecto, los únicos datos oficiales que se han ofrecido han sido los aportados por el gobierno español que cifró en 873.000 tarjetas sanitarias de extranjeros no residentes legalmente en España dadas de baja durante el año 2012 (Reino de España, 2013, p. 113)⁸³. La retirada de estas tarjetas, que no ha sido cuantificada económicamente, se presenta como un indicador de impacto en la consecución del objetivo de “evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española” (p. 113). Se trata de

Decreto Ley como una acción normativa inmediata y que no requiere informes de órganos consultivos.

82 Ver: El Gobierno español no nos envió evaluación de impacto de las medidas de recorte. Entrevista a Magdalena Sepúlveda, Relatora Especial sobre pobreza extrema de Naciones Unidas. Cadena SER Programa “Hoy por Hoy” (2014, 5 abril) (minuto 00:04:35). Recuperado de http://www.cadenaser.com/sociedad/audios/gobierno-espanol-nos-envio-evaluacion-impacto-medidas-recorte/csccsrpor/20140505cs-crsrdoc_2/Aes/.

83 Igualmente, en el Informe del Gobierno de España de septiembre de 2012, Las reformas del Gobierno de España: Determinación frente a la crisis, se indica que las medidas de racionalización del gasto público en el Sistema Nacional de Salud y en el ámbito educativo, que gestionan las CCAA, persiguen una reordenación más eficiente de los recursos y un ahorro de 10.000 millones de euros, y en concreto en el Sistema Nacional de Salud están dirigidas a la reducción en el gasto en medicamentos y el control de la utilización indebida de servicios sanitarios por parte de residentes extranjeros (Ministerio de Presidencia, 2012).

una información incompleta porque no especifica el tipo de tarjetas que se han dado de baja (personas que han perdido el derecho, personas que ya no viven en España, u otras), al tiempo que señala como una acción fraudulenta el acceso de la población inmigrante en situación administrativa irregular a las prestaciones sanitarias, es decir, se presenta como fraude un derecho que hasta ese momento estaba protegido por la LODYLE (art.12).

Además, incide en el argumento de que este colectivo abusa de los servicios públicos de salud, cuando se ha mostrado de forma reiterada que no es así. De manera genérica, el uso de los servicios públicos de salud por parte de los extranjeros es menor que entre los autóctonos, existiendo menores diferencias en las consultas generales y hospitalización y aumentando el uso de los servicios de especialidades y preventivos por parte de estos últimos. Se han encontrado diferencias territoriales que pueden corresponder a pautas de comportamiento por el origen (Regidor y cols., 2009). Por ejemplo, en la región de Murcia, la utilización de los servicios de salud públicos por parte de los inmigrantes, tanto en consultas externas como de urgencias y hospitalizaciones, era inferior a la de los autóctonos, al igual que el gasto sanitario medio, aunque sí se observaban algunas diferencias en el tipo de comportamiento o en grupos específicos de edad y sexo, como es el caso del gasto sanitario medio de las mujeres africanas que era superior a las latinoamericanas y españolas (López y Ramos, 2009).

Por otro lado, esta mejora de la gestión y eficacia de los servicios a las que hace referencia la exposición de motivos del RDL 16/2012, se apoya en el análisis del Informe del Tribunal de Cuentas de 29 de marzo de 2012⁸⁴. En éste Informe se señala que la necesidad de mejorar los sistemas de gestión y control de las prestaciones sanitarias con el fin de evitar situaciones que “están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”.

Entre los argumentos planteados, se pone de manifiesto la existencia de irregularidades en la gestión de las prestaciones sanitarias del SNS ofrecidas a personas extranjeras. Las irregularidades se relacionan con el gasto que el Estado español realiza en la atención a ciudadanos que tienen derecho a la exportación del derecho a la asistencia sanitaria y con la asistencia sanitaria prestada en España a ciudadanos extranjeros sin recursos económicos suficientes. El primer caso, la exportación del derecho a la asistencia sanitaria, ésta se enmarca en la aplicación de los Reglamentos Comunitarios para los ciudadanos de Estados miembros de la UE, que también afectan a los naciona-

84 Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social. Informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012 y publicado un año más tarde (BOE, 25 de marzo de 2013, núm. 72, pp.60502-60552).

les de terceros países que se encuentren en situación de residencia legal en uno de estos Estados europeos. Asimismo, la exportación del derecho a la asistencia sanitaria se refiere también a la aplicación de los Convenios Internacionales firmados por España, llamados convenios bilaterales, de los que sólo seis prevén la exportación del derecho a la asistencia sanitaria (Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez). Al respecto, es importante señalar que el Informe se elaboró en un momento en el que la población inmigrante en situación administrativa irregular tenía reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en España en las mismas condiciones que los españoles, incluyendo la asistencia sanitaria para personas sin recursos económicos suficientes⁸⁵.

El Informe del Tribunal de Cuentas señala que durante el ejercicio 2009, se atendieron con cargo a los fondos públicos a 453.349 ciudadanos de Estados del Espacio Económico Europeo, Suiza o de algunos de los Estados con los que España tiene suscrito Convenio Bilateral con derecho a asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos suficientes, y el coste estimado de la asistencia sanitaria habría sido de 451.481.202,12 euros para ese año. Respecto al acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos extracomunitarios a través de la figura de persona sin recursos económicos suficientes no es posible obtener datos fiables, por lo que puede existir personas que tengan reconocido el derecho en su país de origen y pueda exportarlo, y también personas que carecen de la mínima cobertura. En total, casi un 9% de los titulares de tarjetas sanitarias procedían de los países de aplicación de los Reglamentos Comunitarios y más del 16% procedían de países con los que España tiene suscritos Convenios Bilaterales que incluyen la asistencia sanitaria⁸⁶. Esta asistencia sanitaria debería haber sido facturada por las CCAA a los respectivos países y, por el contrario, el bajo nivel de facturación realizado ha repercutido negativamente en los fondos regionales disponibles.

El Informe destaca la existencia de irregularidades en el sistema de información y de coordinación entre los diferentes organismos a los que compete su gestión (INSS, TSG, CCAA, etc.) y en los sistemas de facturación de la asistencia sanitaria. La falta de eficacia en la gestión de los recursos ha provocado déficit en las cuentas públicas, una morosidad que no corresponde a los pacientes sino a las entidades aseguradoras o prestadoras del servicio que no han mostrado la suficiente capacidad de coordinación y eficiencia en el cobro del gasto sanitario⁸⁷. Es más, entre las recomendaciones que el

85 Además del art. 12 de la LODYLE, se hace referencia al Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes en todo el territorio nacional.

86 De todos ellos, el 1,27%, 5.764 personas, residían en la Comunitat Valenciana.

87 De hecho, el Ministerio de Empleo, encargado de la gestión de las facturas por la asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social, ha sido incapaz de informar con exactitud si España cobró los gastos de atención a los ciudadanos europeos correspondientes a 2012 y 2013, por tratarse de un dato "inaccesi-

Tribunal de Cuentas realiza al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a las CCAA, figura la modificación del sistema de facturación para adecuarlo a la realidad del gasto, la detección de irregularidades que se puedan estar produciendo en la gestión de datos, así como la mejora de los sistemas de gestión e intercambio de información con los Estados europeos y los países con convenios bilaterales. De igual modo se insta al Ministerio a mejorar el seguimiento y comunicación con los beneficiarios que tienen reconocida la asistencia sanitaria por carecer de recursos económicos, pero no cuestiona en ningún momento la asistencia a la población afectada.

En relación a la gestión de la facturación y la recuperación de los costes de atención a personas que tienen reconocido el derecho de asistencia en los lugares de origen y con los que España tiene acuerdos, bien a través de los Reglamentos Comunitarios o los Convenios Bilaterales, hay autores como López- Fernández y otros (2012) que señalan la necesidad de modificar las normas que regulan el reintegro del gasto sanitario dentro del espacio de la Unión Europea, poniendo de manifiesto que España dispone desde hace tiempo de mecanismos para resolver este tipo de situaciones⁸⁸. Esto permitiría ofrecer una solución al problema de financiación del SNS sin que por ello sea necesario buscar respuestas que culpabilicen y excluyan de la asistencia sanitaria a las personas “sin papeles”.

Respecto a la necesidad de reducir el déficit público a través de este tipo de medidas, el Tribunal Constitucional, en sentencias del año 2012 y 2014, ha señalado que el ahorro económico podría no ser un argumento suficientemente para negar un derecho de especial protección como la salud, además de que la restricción de este derecho puede constituir un riesgo para la salud de los afectados y del conjunto de la sociedad, y que el supuesto ahorro que se persigue puede trasladarse como gasto desde la atención primaria a la atención de urgencias, ya que es el único servicio al que podría acudir las personas excluidas. El Tribunal Constitucional planteaba estas dudas en el año 2012 y 2014 ante un conflicto de competencias entre el Gobierno central y el de la Comunidad Foral de Navarra⁸⁹. Sin embargo, en julio de 2016, la sentencia de este

ble”. Eso a pesar de que ya se había puesto en evidencia la mala gestión de este tipo de atención en el Informe del Tribunal de Cuentas y se habían aplicado las medidas urgentes recogidas en el RDL 16/2012. Ver: El gobierno desconoce si cobró toda la asistencia a los europeos. Cadena Ser. Sociedad (2015, 12 de agosto) Recuperado de http://cadenaser.com/ser/2015/08/11/sociedad/1439279456_939658.html?ssm=14092012-Ser-rs-1-fb

88 El autor pone como ejemplo la Guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA (García-Sánchez, Pinilla, Escudero, García, García, 2011).

89 Auto 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. Conflicto positivo de competencia 4540-2012. Levanta parcialmente la suspensión en el conflicto positivo de competencia 4540-2012, interpuesto por el Gobierno de la Nación en relación con el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Tribunal rechaza el recurso del Parlamento de Navarra en contra del RDL 16/2012, señalando que las medidas adoptadas por el gobierno central estaban justificadas por un contexto excepcional⁹⁰. Según esta sentencia, el derecho a la protección a la salud y la asistencia sanitaria universal que reconoce la legislación española, se entiende en el marco de las normas que determinan las condiciones y términos en los que se accede a esas prestaciones, pero no implica necesariamente su gratuidad. Esta sentencia, que reconoce la existencia de un “giro” en la política sanitaria considera que la universalidad es un objetivo al que tender, que no debe confundirse con gratuidad y en el que las circunstancias económicas adquieren especial importancia.

Un elemento más para cuestionar la supuesta razón económica de esta medida es el uso, entre los argumentos expuestos para justificar el RDL 16/2012, de la narrativa sobre el “abuso” de colectivos sobre el SNS, en torno a dos realidades. Por un lado, el turismo sanitario, que no se ha cuantificado ni analizado de forma precisa, pero que respaldado por el ya citado Informe del Tribunal de Cuentas (2012), muestra la existencia de deficiencias en la gestión de la facturación entre los servicios regionales de salud y el INSS, así como con los países de origen de los extranjeros. Por otro lado, los mecanismos de adecuación del SNS a las directrices europeas exigen ofrecer la misma cobertura a los ciudadanos españoles y a los ciudadanos europeos que residan en territorio español, por lo que la modificación supone la posibilidad de que estos ciudadanos tengan un seguro de enfermedad propio en el caso de que no desarrollen actividades laborales en España. Sin embargo, las explicaciones ofrecidas en torno al “abuso” se dirigieron hacia los extranjeros “en situación administrativa irregular”⁹¹

Auto 114/2014, de 8 de abril de 2014. Recurso de inconstitucionalidad 7089-2013. Levanta parcialmente la suspensión acordada en el recurso de inconstitucionalidad 7089-2013, interpuesto por el Presidente del Gobierno en relación con la disposición adicional de la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra.

90 Tribunal Constitucional. Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos 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. Límites de los decretos-leyes, derecho a la salud y competencias sanitarias, derecho a la protección de datos de carácter personal: nulidad del precepto legal que remite en blanco al reglamento la determinación del nivel de ingresos que no deben superar quienes, sin tener vínculo alguno con el sistema de Seguridad Social, aspiren a acceder a la condición de asegurados. Votos particulares. BOE, 15 de agosto de 2016, núm. 196, pp. 60502-60552.

Ver también: El Constitucional avala el recorte sanitario a los inmigrantes “sin papeles”. El País (2016, 22 de julio). Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2016/07/22/actualidad/1469198956_988423.html.

91 Ver las declaraciones de Rafael Hernando, portavoz adjunto del PP en el Congreso de los Diputados: El Partido Popular afirma que ‘la salud universal no es para todo el Universo’. El País (2012, 13 de agosto). Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/13/andalucia/1344873261_250601.html.

(Moreno, 2015) y, finalmente, en el RDL 16/2012 no se hace ninguna distinción entre el turista sanitario y el inmigrante de escasos recursos económicos que reside de forma efectiva en el país (Porter, y cols., 2015).

En definitiva, se responsabiliza de problemas de carácter administrativo, de gestión y de falta de control, no a quien ostenta esa responsabilidad, que es la administración pública, sino a quien debe recibir la protección de ésta, es decir las personas inmigrantes. De Lucas (2015) señala cómo la crisis financiera se ha convertido en un “argumento apabullante” para responder eficazmente a la crisis migratoria (p.35), pero que afecta gravemente a la cohesión social.

3.4. VALORACIONES CRÍTICAS DEL RDL 16/2012 DESDE LAS INSTITUCIONES Y LA SOCIEDAD CIVIL

Las reacciones que ha provocado el RDL 16/2012 y la normativa que lo complementa son múltiples y variadas. A continuación, se señalan, de un lado, las que ha generado entre diferentes instituciones de carácter internacional; por otro lado, la toma de postura de los diferentes gobiernos de las CCAA tras la entrada en vigor de la norma estatal; por otro, la reacción de instituciones de carácter estatal; y, finalmente, la reacción de la sociedad civil, concretada tanto entre diferentes organizaciones sociales como en diferentes expertos en la materia.

A nivel internacional, diferentes representantes y expertos de la Organización de Naciones Unidas (NNUU) han planteado que los cambios adoptados por España en materia sanitaria no cumplen con las obligaciones derivadas de los derechos humanos en nuestro país y han hecho un llamamiento al Estado incidiendo en los riesgos de la desatención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular.

Ya en 2012, el Consejo Económico y Social de NNUU, en sus Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales a España, recomienda al Estado español que las medidas adoptadas con el RDL 16/2012 no limiten el acceso a los servicios de salud a las personas que residen en su territorio, independientemente de su situación legal, conforme al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el principio de universalidad de los servicios sanitarios, tal como recogen los acuerdos internacionales. Igualmente le insta a que evalúe el impacto de las medidas restrictivas sobre la población con mayor vulnerabilidad y que tome en consideración la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, que aún no ha sido firmada ni por España ni por ningún país miembro de la UE (Comité DESC, 2012).

El Relator Especial de Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas conexas de intolerancia ha señalado que las reformas aprobadas como parte de las medidas de austeridad en España son un “hecho lamentable”, de forma especial el RDL 16/2012 porque “niega a los inmigrantes indocumentados el acceso a la asistencia y los servicios sanitarios de prevención y tratamiento” (Ruteere, 2013, p. 10). Entre sus recomendaciones se recogen la revisión de las reformas sanitarias para garantizar el acceso a la asistencia sanitaria a los inmigrantes con independencia de su situación administrativa.

Este mismo hecho ha sido subrayado por la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre extrema pobreza que, en su visita a España en el año 2014 ya citada anteriormente, calificaba de “inaceptable” esta realidad. En sus declaraciones a los medios de comunicación la Relatora ha manifestado que las respuestas ofrecidas por España para justificar las medidas que ha adoptado el gobierno son insuficientes ya que ignoran principios básicos de derechos humanos y, al mismo tiempo, la justificación ofrecida por la reducción de costes económicos no es adecuada, señalando que la crisis se ha utilizado como excusa para negar el acceso a la sanidad. Igualmente insiste en que cuando hay leyes que limitan el derecho universal una de las consecuencias es la confusión y el desconocimiento que se produce en torno a quién se debe atender, un desconocimiento que se produce tanto entre los propios servicios de salud como entre la población afectada⁹². Y en esta misma línea se han pronunciado algunos países tras el Examen Periódico Universal (EPU) que realizó a España el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas a finales de 2014⁹³. En las distintas recomendaciones se ha urgido al Estado español a ratificar la Convención Internacional sobre la protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares; se señala también la necesidad de prestar especial atención a los efectos de la crisis económica sobre los grupos sociales más vulnerables y garantizar la protección de los derechos económicos y sociales de los inmigrantes con independencia de su situación administrativa; en relación a la salud, se señala de forma expresa la necesidad de garantizar el acceso a la

92 Ver: Entrevista a Magdalena Sepúlveda, Relatora Especial sobre pobreza extrema de Naciones Unidas en la Cadena SER, citadas anteriormente. Asimismo, ver: La ONU ve ‘inaceptable’ la desatención sanitaria a inmigrantes en España. El País (2014, 29 de abril). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/29/actualidad/1398797567_706386.html.

93 Ver: La ONU le saca los colores a España por romper la legalidad en materia de inmigración. El Huffington Post (2015, 22 de enero). Recuperado de http://www.huffingtonpost.es/2015/01/22/onu-espana-devoluciones-e_n_6521316.html. Ver: Sin avances en el derecho a la sanidad a pesar de la presión de la ONU. Diagonal (2015, 22 de junio) Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/global/27166-sin-avances-derecho-la-sanidad-pesar-recomendaciones-la-onu.html>.

asistencia sanitaria a los ciudadanos extranjeros, incluidos aquellos que se encuentra en situación administrativa irregular (Consejo de Derechos Humanos NNUU, 2015).

De igual modo, la oficina regional de la OMS para Europa, pone de relieve que, en relación a refugiados y migrantes, el estatus administrativo determina el acceso a los servicios de salud en cada país. Por ello, recomienda que se garantice el acceso de todas las personas con independencia de sexo, edad, religión, nacionalidad o raza, ya que evita poner en peligro la vida del enfermo, al favorecer una más rápida curación, impide el agravamiento de las enfermedades e incluso la propagación de aquellas que son transmisibles (WHO, 2016).

Desde Europa las reacciones al RDL 16/2012 no pueden considerarse unánimes. Por un lado, la Comisaria Europea de Asuntos de Interior valoraba en el año 2013 que la protección sanitaria de carácter gratuito de los inmigrantes en situación administrativa irregular no estaba contemplada como una política común en la Unión Europea, por lo que desde esa institución no se planteaba realizar ningún tipo de intervención ante la situación provocada por el RDL 16/2012 en España⁹⁴. Poco después, ese mismo año, el comisario europeo de Derechos Humanos insistía en su informe tras la visita a España, en que las crisis económicas no pueden considerarse situaciones de emergencia que justifiquen la restricción del acceso a derechos sociales (Muižnieks, 2013)⁹⁵.

El Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS) dependiente del Consejo de Europa estima que las reformas adoptadas a partir del RDL 16/2012 en España son contrarias al art. 11 de la Carta Social Europea, ratificada por España en 1980⁹⁶, y constituyen una violación del derecho a la sanidad de los inmigrantes irregulares⁹⁷. Señala igualmente, que los estados tienen obligaciones positivas en la garantía de acceso a la asistencia sanitaria de la población inmigrante, con independencia de su situación administrativa, y que la crisis económica no es un pretexto para renunciar a estas obligaciones (Council of Europe, 2014, p. 174).

94 Ver: Europa no intervendrá para garantizar la protección sanitaria de los “sin papeles”. Redacción Médica (2013, 18 julio). Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-comision-europea-no-intervendra-para-garantizar-la-proteccion-sanitaria-de-los-inmigrantes-irregulares-9987&previo=965985>.

95 Ver: El Consejo de Europa asegura que la reforma de Mato socava los derechos humanos. Javier Leo y Enrique Pita. Redacción Médica (2013, 09 octubre). Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-consejo-de-europa-afirma-que-la-reforma-de-mato-socava-los-derechos-humanos-8976>.

96 Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. BOE, de 26 de junio, núm. 153, pp. 14533-14540.

97 Ver: Europa acusa a España de violar el derecho a la sanidad de los inmigrantes. Javier Leo. Redacción Médica (2014, 29 enero). Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/europa-acusa-a-de-violar-el-derecho-a-la-sanidad-de-los-inmigrantes-2865>; Europa advierte a España de que incumple la ley al excluir a los inmigrantes de la Sanidad. El Mundo (2014, 29 de enero). Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/29/52e90265ca4741bf208b4577.html>.

No obstante, a pesar de que en las declaraciones señaladas existe una demanda a favor del reconocimiento del derecho a la salud y un rechazo al RDL 16/2012 y sus consecuencias, no existe un marco normativo internacional ni un esfuerzo de carácter institucional que obligue a España a retomar la protección del derecho a la salud de los “sin papeles”.

A nivel nacional, es importante señalar el papel de las CCAA, entre las que no ha existido un consenso en torno al RDL 16/2012. La existencia de gobiernos de distinto signo político en las diferentes CCAA y la falta de consenso ante la medida adoptada, han tenido como consecuencia que la aplicación de la nueva normativa haya sido diferente en cada territorio. Si bien la creación de programas específicos para la población inmigrante en situación irregular e incluso normas vinculantes ha favorecido la asistencia, ésta tiene un carácter limitado y en muchos casos ha provocado una diferenciación territorial, a la que algunos se han referido como el puzzle de la asistencia sanitaria⁹⁸. Mientras Andalucía y Asturias han mantenido el modelo de cobertura universal y la garantía del derecho de atención a la salud, ofreciendo asistencia sanitaria al conjunto de los ciudadanos, incluidos aquellos que se encuentran en situación irregular, otras comunidades han establecido atención excepcional para algunos casos como enfermedades de carácter crónico, salud mental o de riesgo para la salud pública, este es el caso de Baleares Madrid, Murcia, Rioja o Castilla y León. Asimismo, otros gobiernos autonómicos han puesto en marcha programas especiales para dar respuesta a las necesidades en salud de las personas excluidas por el RDL 16/2012, como Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunitat Valenciana, Extremadura, Galicia o País Vasco. Y, por el contrario, en Castilla-La Mancha se ha realizado una aplicación literal de la normativa nacional. En definitiva, pudiera parecer que el reconocimiento del acceso o la exclusión a las prestaciones sanitarias se convierte en un elemento de confrontación y de generación de espacios de desigualdad entre los diferentes territorios del Estado español (Moreno, 2015).

En definitiva, se ha producido una heterogeneidad de respuestas a la reforma planteada por el gobierno central que pone de manifiesto que esa reforma no se adecúa a las necesidades de la población y así lo han entendido la mayor parte de los gobiernos regionales. Sin embargo, la existencia de estas diferencias supone un acceso desigual al sistema público de salud en función del lugar de residencia, al tiempo que genera confusión entre los afectados y entre los profesionales del sistema público (Médicos del Mundo, 2014a). De hecho, aún en las CCAA donde se ofrece asistencia sanitaria a per-

98 Esta realidad también queda reflejada en los medios de comunicación. Ver: Inmigrante, dime dónde vives y te diré si tienes derecho a pasar al médico. El País (2014, 7 de abril). Recuperado de http://elpais.com/elpais/2014/04/07/planeta_futuro/1396893401_395293.html.

sonas excluidas se ponen de manifiesto barreras en la asistencia como facturaciones o firma de compromiso de pago por la asistencia sanitaria o negación de la asistencia sanitaria. Según el Informe de la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER, 2015), formada por colectivos, movimientos, organizaciones y personas involucradas en la defensa del derecho universal a la salud⁹⁹, la facturación o la firma de compromiso de pago supone el 12% de las incidencias registradas en las comunidades donde existen programas especiales, el 15% de las incidencias en aquellas es donde existen excepciones y el 21% donde no se aplica el RDL 16/2012, mientras que en Castilla-La Mancha, única región donde se ha aplicado el RDL 16/2012 de forma íntegra, este tipo de incidencias constituyen el 15%. Por su parte, los supuestos de negación de la asistencia en urgencias suponen el 1% en las comunidades con programas especiales y el 7% en las que reconocen la asistencia en situaciones excepcionales o no aplican la normativa estatal, mientras que en Castilla-La Mancha constituyen el 8%. Los autores de este informe señalan que estas cifras son evidencia del fracaso de las medidas tomadas en los diferentes territorios, ya que una legislación parcheada genera confusión e ineficacia en las respuestas, por lo que se requiere una apuesta firme por la universalidad.

El RDL 16/2012 también ha sido objeto de debate en el ámbito jurídico, como pone de ejemplo la sentencia 139/2016 de 1 de julio del Tribunal Constitucional, citada anteriormente. Esta sentencia señala que la universalización de la salud no es un derecho fundamental, sino que está planteada como un objetivo, por lo que no implica que la asistencia deba ser gratuita para todas las personas, sino que dependerá de determinadas circunstancias, entre las que destacan las económicas. Por este motivo, el RDL 16/2012 tiene como objetivo proteger un bien que es el sistema sanitario público, que se encuentra en riesgo económico. Algunos de sus miembros este Tribunal han emitido votos particulares en contra de su planteamiento, señalando que, si bien el derecho a la salud no forma parte del núcleo de los derechos fundamentales, sí es un instrumento para lograr algunos de ellos, como el derecho a la vida y a la integridad física; por ello, el RDL 16/2012, supone revertir un derecho social ya alcanzado al tiempo que no toma en cuenta que la situación de exclusión social incapacita a la población afectada a acceder por otros medios a la asistencia sanitaria; y finalmente se señala que se trata de una medida que no está orientada a corregir los problemas del turismo sanitario, por el que el SNS asume el coste de la asistencia sanitaria ofrecida a ciudadanos europeos que la tienen reconocida en sus países. Esta sentencia, que ha sido rechazada por diferentes organizaciones, porque prioriza los criterios económicos por encima de la

99 REDER es una de las redes más amplias a nivel nacional por la defensa del derecho a la salud y contra el RDL. Está formada por más de 300 miembros, entre los que se encuentran personas a título individual, organizaciones sociales y asociaciones profesionales (www.reder162012.org).

respuesta a los derechos sociales, constituye una perspectiva regresiva y restrictiva del derecho a la salud e ignora los compromisos internacionales asumidos por España, así como las recomendaciones de diferentes organizaciones internacionales al respecto (Amnistía Internacional, Centro por los Derechos Económicos y Sociales, Médicos del Mundo, Red Acoge, REDER y semFYC, 2016).

De igual modo, el Defensor del Pueblo ha puesto de manifiesto su preocupación ante las medidas adoptadas. En concreto, desde esta institución se señala que, tras la publicación del RDL 16/2012, ha recibido numerosas reclamaciones y escritos de ciudadanos que planteaban la inconstitucionalidad de esta norma. En ellas se percibe “una sensación de pérdida de derechos que se tenían por consolidados” (Defensor del Pueblo, 2012, p. 203)¹⁰⁰. Esta institución ha reclamado a las administraciones públicas una respuesta ante la situación especialmente grave en la que se encuentra la población afectada por la exclusión sanitaria, en especial, aquella en situación administrativa irregular. Resalta, por un lado, las diferentes particularidades que se ha generado como consecuencia de la confluencia de diferentes normativas (europeos, regularizados, reagrupados, irregulares, etc.) y, por otro lado, que el aumento de requisitos para el acceso a las prestaciones sanitarias afecte a un colectivo que se encuentra en una situación de vulnerabilidad. Por ello, ha recomendado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que se tomen medidas para garantizar el acceso efectivo a la protección de la salud de las personas excluida, especialmente en personas con padecimientos graves, de modo que se garantice el cumplimiento de la obligación de protección a la salud y se evite el incumplimiento por parte del Estado de Convenios Europeos y otros tratados en materia de protección de derechos humanos¹⁰¹. Por ese motivo, ha realizado diversas Recomendaciones a las diferentes administraciones públicas relacionadas con la asistencia sanitaria y la población afectada por el RDL 16/2012 ¹⁰².

100 Esta percepción a la que alude el Informe del Defensor del Pueblo pone en evidencia la falta de consolidación real de los derechos sociales y el desconocimiento existente entre los ciudadanos. La falta de transparencia en el discurso y el quehacer político, junto con una información incompleta y en ocasiones falta de rigor, pueden estar generando una confianza y expectativas en la ciudadanía relacionadas con la garantía de derechos como la protección a la salud que no se corresponden con la realidad.

101 Recomendación 82/2012, de 20 de julio, formulada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tras el examen sobre la constitucionalidad 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 (Defensor del Pueblo, 2012).

102 Son de interés la Recomendación 82/2012, de 20 de julio, formulada al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tras el examen sobre la constitucionalidad del RDL 16/2012; así como la Recomendación 167/2013, de 11 de octubre, dirigida a la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre la atención sanitaria a personas que no tiene la condición de asegurados ni de beneficiarios en el Sistema Nacional de Salud. Tanto estas Recomendaciones como otros aspectos de carácter más general relacionados con la sanidad aparecen recogidos en el Informe que cada año remite la Oficina del Defensor

Desde esta institución se reconoce que, según la Constitución, algunos derechos de los extranjeros en nuestro país pueden sufrir restricciones y limitaciones, entre ellos, el derecho a la salud¹⁰³. Sin embargo, según se indica en el Informe, esto tiene consecuencias importantes sobre la sociedad en su conjunto y señala “la necesidad de impulsar una reforma legal que fijara la asistencia sanitaria como un derecho público subjetivo, personal y no contributivo” (2012, p. 2004). Entre estas consecuencias señala, de un lado, las relacionadas con la salud pública por el riesgo que supone la existencia de enfermedades infectocontagiosas no controladas; las de carácter organizativo por el posible colapso en los servicios de urgencias al ser la única puerta de entrada al servicio público de salud para las personas afectadas; y finalmente las vinculadas a criterios de eficiencia económica ya que los servicios de urgencias son más caros que la Atención Primaria o la prevención. Para esta institución, determinados derechos, como el de la protección de la salud en todas sus dimensiones, deberían pertenecer a la persona en cuanto tal, con independencia de su situación administrativa, como garantía de la vida y de la integridad física. El Defensor del Pueblo hace referencia a que, en los escritos intercambiados con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a partir de las diferentes Reclamaciones, este Ministerio justifica su postura en el hecho de que la Comisión Europea no obliga a ofrecer asistencia sanitaria a la población en situación administrativa irregular, al tiempo que señala que no sería acorde con los acuerdos internacionales realizar acciones que favorezcan las situaciones de ilegalidad o de residencia irregular en España (Defensor del Pueblo, 2012), aunque sí ha actuado en situaciones especiales de carácter humanitario (casos de personas trasplantadas, enfermos con cáncer, enfermedades infectocontagiosas, etc.) (2013). Aun así, desde la Oficina del Defensor se señala que no existe competencia europea en esta materia y por tanto no se ha regulado, pero que la Comisión Europea sí hace referencia a las obligaciones derivadas de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Convenio Europeo de Derechos Humanos que obligan a la protección del derecho a la vida y otros derechos fundamentales (Defensor del Pueblo, 2013), a lo que añade que podría percibirse cierta arbitrariedad en la actuación humanitaria desarrollada ya que no se aplica en todos los casos (2015)¹⁰⁴. A pesar de las diferentes recomendaciones que

a las Cortes Generales. (Recomendación n12007010) Estos Informes y Recomendaciones pueden consultarse en la página web de esta Oficina.

103 En concreto hace referencia al art. 13: “Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley”.

104 El Informe del Defensor del Pueblo hace referencia a la Recomendación 277/2014, de 18 de diciembre, formulada a la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Ministerio de Empleo y Seguridad Social, para dictar instrucciones para garantizar el reconocimiento de la condición de asegurado en el Sistema Nacional de Salud a los extranjeros a quienes se les deniegue la prórroga de autorización de

realiza esta institución, no se encontraron suficientes razones para tramitar un posible recurso de inconstitucionalidad, ni un rechazo formal ni una reclamación contra el RLD 16/2012, al no encontrar suficientes argumentos jurídicos, más allá de indicaciones para hacer frente a las consecuencias de la aplicación de esta normativa (Defensor del Pueblo, 2012).

Por su parte, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (2012) emitió un informe sobre las consecuencias de la modificación legislativa sobre las personas inmigrantes y sus procesos de integración. Por un lado, se señala que la condición de irregularidad no es debida sólo a la decisión individual de la persona que migra, sino que es también resultado del modelo económico español en el que la economía sumergida tiene un papel importante, por lo que implica a sectores empresariales y económicos, y de la situación de crisis económica y financiera que ha tenido unos efectos negativos sobre el empleo, fundamentalmente en los sectores ocupados por inmigrantes, que ha tenido como consecuencia el aumento de irregularidad sobrevenida. Incide en que la exclusión sanitaria supone un aumento del riesgo para la salud ya que la atención a través del servicio de urgencias no ofrece el tratamiento continuado que muchas enfermedades requieren y al mismo tiempo desaparece la prevención y la detección temprana de determinadas enfermedades. Asimismo, la exclusión sanitaria aumenta el riesgo social entre los afectados al eliminar la posibilidad de detectar situaciones de especial vulnerabilidad como son las propias de las personas dependientes, enfermos crónicos e infecciosos, discapacitados, mujeres víctimas de violencia o afectadas por la trata con fines de explotación sexual, etc., y afecta a la salud pública de toda la población por la disminución de la acción preventiva o la falta de diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas. Por ello, el informe llama la atención sobre la mayor efectividad de las políticas de salud que se orientan al conjunto de las personas de una misma área geográfica, al tiempo que alerta de que la normalización de la exclusión sanitaria puede tener un efecto negativo sobre la percepción social de los inmigrantes y por tanto sobre la integración y la cohesión social. Como contrapartida, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes realiza en su Informe una serie de propuestas relacionadas con la nueva normativa, entre las que cabe señalar la necesidad de evaluar el impacto económico de esta medida, la consideración de la obligación de los poderes públicos en la protección del derecho a la salud también de los extranjeros, el desarrollo de medidas que combinen la protección del derecho universal a la salud y la sostenibilidad y eficacia del sistema público, el cumplimiento de las recomendaciones

residencia por razones humanitarias (enfermedad grave sobrevenida), en tanto persistan las circunstancias de riesgo para la vida o integridad física que motivaron su concesión.

internacionales sobre los derechos humanos y de la legislación internacional, europea y estatal relacionada con este ámbito de la protección del derecho universal a la salud.

Por otra parte, desde diferentes ámbitos de la sociedad civil también se ha producido un posicionamiento en contra del RDL 16/2012. Organizaciones profesionales del ámbito sanitario y jurídico y organizaciones sociales de distinta índole han mostrado su rechazo a la exclusión de la sanidad de determinados colectivos como los inmigrantes en situación administrativa irregular e incluso han documentado el impacto de esas medidas sobre grupos más vulnerables (Moreno, 2015).

Es el caso de sociedades profesionales como el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB) que afirma que la restricción del acceso a las prestaciones sanitarias está en contra de los derechos básicos reconocidos por España y vinculados con la dignidad de la persona, el derecho a la vida y a la integridad física y moral, así como el derecho a la igualdad, máxime cuando este derecho ya había sido reconocido a este grupo, con lo que constituye un retroceso en la garantía del derecho (ICAB, 2012). Igualmente, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), se ha posicionado en contra de la retirada de la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares. Entre sus argumentos señalan que el RDL 16/2012 atenta contra un derecho ya reconocido; que se trata de una norma discrecional ya que no está respaldada por informes que evalúen su posible impacto; y que, al mismo tiempo, la exclusión atenta contra principios básicos de la profesión médica, como el deber con los pacientes que deben ser atendidos sin discriminación. Por ello, demandan del Gobierno cambios para la extensión de la asistencia sanitaria a la población excluida más allá de la atención urgente (Grupo de Trabajo de Bioética de semFYC, 2012). Esta misma sociedad lanzó una campaña de objeción de conciencia frente al RDL 16/2012 dirigida a atender este colectivo, ya que entiende que la norma choca frontalmente con el compromiso de los médicos de atender al enfermo¹⁰⁵. Esta misma postura es asumida también por la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria como se muestra posteriormente.

Del mismo modo, se ha producido una amplia respuesta por parte de entidades de carácter social y de plataformas ciudadanas como reacción en contra del RDL 16/2012. Entidades sociales como Médicos del Mundo, la Red Acoge, Cáritas, Amnistía Internacional y otras, de manera individual o a través del establecimiento de redes, han desarrollado acciones públicas, difusión de informes, documentos y campañas de denuncias, para poner de manifiesto su oposición contraria a la exclusión sanitaria y exi-

105 Ver: Atendemos personas, no asegurados. Comunicado de la semFYC ante medidas RDL 16/2012. (semFYC, 2012a) y Campaña de objeción de conciencia contra el RDL 16/2012 (semFYC, 2012b). Asimismo, ver: Rebeldes, objetores y desobedientes. El País (2012, 29 de diciembre). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/29/actualidad/1356819404_912085.html.

gir a los poderes públicos la garantía de la continuidad de la asistencia sanitaria a los inmigrantes con independencia de su situación administrativa¹⁰⁶. La mayor parte de las reacciones se basan en la consideración de que esta situación supone una vulneración de los derechos humanos fundamentales, al tiempo que constituye un cambio en el modelo universal de protección que se ha desarrollado de forma progresiva en España, y no responde efectivamente al fenómeno del “turismo sanitario” que había sido utilizado por los responsables públicos como justificación a esta medida (Suess y cols., 2014).

Pero, además, muchas de estas organizaciones han denunciado reiteradamente las consecuencias que está teniendo la aplicación de esta normativa. Amnistía Internacional señala que la reforma sanitaria es una medida regresiva porque supone un riesgo para los enfermos que no pueden recibir un diagnóstico adecuado o la situación de enfermos crónicos que no reciben el seguimiento necesario (Amnistía Internacional, 2015). Médicos del Mundo denuncia las dificultades de los inmigrantes para obtener asistencia sanitaria en España, donde el 19,4% de los pacientes atendidos en sus centros en el año 2013 eran ciudadanos extracomunitarios, mientras que en el resto de los países europeos analizados este porcentaje alcanzaba el 7% (2014a). De igual modo, señala que en un estudio realizado en sus centros situados en ciudades de varios países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, los Países Bajos, el Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía), la gran mayoría de las personas que han solicitado ser atendidas residían de forma estable en esas ciudades, ya que el 93,6% de ellas llevaban residiendo en ese país un promedio de 6,5 años (Chauvin y cols., 2015).

Igualmente, diferentes plataformas ciudadanas señalan la diversidad en los modos en los que se produce la exclusión sanitaria y la vulneración del derecho a la salud (Red Acoge, 2015). La plataforma REDER confirma este hecho y denuncia que el 42% de las incidencias por vulneración del derecho a la salud que ha recogido entre abril y julio de 2016, más de la cuarta parte de los casos se debían a la imposibilidad de los afectados de aportar las exigencias administrativas que se requieren para acceder a los programas especiales puestos en marcha por las CCAA para contrarrestar el RDL 16/2012 (REDER, 2016a). Por su parte, el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana señala que de forma reiterada se producen incidencias en los servicios de atención pública que vulneran el derecho a la salud y que el cúmulo de dificultades y riesgos percibidos por los afectados genera la propia autoexclusión del ámbito sanitario (ODUSALUD, 2014). Entre las incidencias señaladas se encuentran:

106 Ver como ejemplo el comunicado “Excluidos de la sanidad a los inmigrantes en situación irregular es contrario al derecho europeo” (Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y Center for Economic and Social Rights, 2014).

- privación de la protección a la población inmigrante (diagnósticos, tratamientos y cuidados);
- desinformación entre las autoridades sanitarias, lo que confunde y aleja a la población que acude en busca de asistencia;
- exclusión de personas con el derecho a la asistencia reconocido (niños y mujeres embarazadas);
- exigencia de compromiso de pago previo a la atención;
- riesgo percibido por la facturación de la asistencia sanitaria y las posibles consecuencias de contraer una deuda con la administración.

Finalmente, también entre los expertos en el ámbito de la inmigración y la garantía de derechos se cuestiona la exclusión sanitaria resaltando diferentes argumentos. Por un lado, desde una perspectiva sanitaria, tiene efectos negativos tanto sobre la salud personal, pero también sobre la sanidad pública y sobre la gestión sanitaria, cuyo coste se podría ver aumentado por el creciente uso de los servicios de urgencias, como por los efectos que la falta de atención puede tener a largo plazo (López-Fernández y cols., 2012). Al mismo tiempo, los inmigrantes en situación administrativa irregular están sometidos a condiciones de especial vulnerabilidad por la crisis económica, lo que hace prever un deterioro en las condiciones de salud y de vida de este colectivo (Vázquez, Vargas, y Aller, 2014).

Y, por otro lado, las consecuencias del RDL 16/2012 afectan directamente a la garantía de los derechos sociales. Ortega, Heredia y López, (2013), llaman la atención sobre cómo la asistencia sanitaria forma parte del derecho a la salud y su vínculo con el derecho a la vida, por lo que es un requisito imprescindible para todos los ciudadanos con independencia de su nacionalidad o situación administrativa. Y, al mismo tiempo, su reconocimiento en los tratados internacionales firmados por España, así como su incorporación en la propia Constitución y la legislación estatal, así como en los Estatutos de algunas CCAA, requiere que cualquier modificación deba realizarse con una adecuada tramitación parlamentaria.

En relación a la garantía del derecho a la salud, Mora (2013a) considera que la exclusión sanitaria de los “sin papeles” se sitúa en contra del principio de equidad del SNS y constituye una grave ruptura del Estado español con los compromisos adquiridos a nivel nacional e internacional y con su compromiso en la protección de la salud de los ciudadanos. Para este autor, equivale a un régimen de “apartheid sanitario” al considerar que la salud es un derecho fundamental para la garantía del bienestar y la integración. Una realidad que es especialmente relevante cuando afecta a los colectivos en mayor riesgo de vulnerabilidad y cuando además se trata de derechos que ya

se habían alcanzado, por lo que se trata de una acción que parece responder a estrategias planificadas de discriminación (2015). En esta misma línea, para Solanes(2008) la equidad implica la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones y la protección a la salud, a pesar de ello, el discurso actual de la seguridad en el contexto occidental asocia criminalidad e inmigración, legitimando el endurecimiento de las medidas que excluyen a los inmigrantes (2014). Esta criminalización relaciona inmigración y terrorismo, pero también inmigración y comportamientos fraudulentos¹⁰⁷ o abusivos en el uso de los servicios públicos. Desde la propia administración se produce una criminalización y culpabilización de las personas inmigrantes. Por un lado, se produce un discurso desde los representantes políticos que presenta a los inmigrantes como ciudadanos de segunda y potencialmente peligrosos, y al mismo tiempo, la propia estructura jurídica y normativa los excluye de los bienes de la sociedad.

107 Baste como ejemplo el Informe del Reino de España sobre los ajustes realizados en el año 2012 y que, como se ha señalado, sitúa la reducción de las tarjetas sanitarias como un ejemplo de lucha contra el fraude ya señalado (Reino de España, 2013).

CAPÍTULO 4

EL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LA COMUNITAT VALENCIANA

La reforma planteada por el RDL 16/2012 tiene como consecuencia que la población inmigrante en situación administrativa irregular no pueda acceder a las prestaciones sanitarias del sistema público. Una medida que se concreta en la Comunitat Valenciana con la retirada de 127.420 tarjetas sanitarias. Sin embargo, la norma estatal señala algunas excepciones para situaciones especiales como la atención a menores de edad, mujeres embarazadas y en el caso de situación de urgencia:

“Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica” (RDL 16/2012 Artículo 3 ter).

Además, en la Comunitat Valenciana, se ha establecido un programa especial para ofrecer asistencia sanitaria a las personas extranjeras excluidas del sistema público, el Programa Valenciano de Protección a la Salud (PVPS). Por lo tanto, se ha establecido un marco genérico que permite el acceso de la población inmigrante irregular adulta a los servicios de salud en determinadas circunstancias.

A pesar de ello, tal y como se ha señalado anteriormente, diversos informes de entidades sociales refieren casos de desatención. El Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana, registró 1.338 notificaciones sobre la vulneración del derecho a la salud entre noviembre de 2012 y agosto de 2015 (ODUSALUD, 2015), de las que el 39% pertenecen a la ciudad de València. En la mayor parte de los casos atendidos, se producen varios tipos de vulneraciones sobre la misma persona y suelen combinar la facturación de la atención y la falta de acceso al tratamiento por motivos económicos, lo que agrava los problemas de salud aunque señalan que “cuando coexiste en la misma persona más de un tipo de incidencia, se ha considerado como más

determinante la falta de acceso a la atención médica” (2015, p. 11). La mayor parte de estas incidencias, un 64,4%, están referidas a la falta de acceso a la atención médica, dos terceras partes de las incidencias corresponden a pacientes que no han logrado superar la barrera administrativa; un 18% a la facturación de la asistencia; y un 14,6% a la dificultad de acceso a los tratamientos, fundamentalmente por motivos económicos. Asimismo, las incidencias registradas se producen fundamentalmente en los centros de salud o de especialidades (73%), que son el ámbito más cercano al ciudadano, pero su distribución geográfica no relaciona la vulneración del derecho con una mala interpretación de la norma en determinados centros, sino que más bien refleja una práctica generalizada.

A continuación, se aborda cómo se produce el acceso de este grupo a los servicios públicos de salud en el nuevo marco establecido. Primeramente, a partir de la aplicación del RDL 16/2012 y posteriormente, en qué consiste el PVPS y cómo posibilita la asistencia sanitaria al colectivo excluido; para finalizar este capítulo, se aborda cómo, en numerosas ocasiones, lograr la asistencia sanitaria ha requerido el acompañamiento de personas de entidades y plataformas, como modo de hacer frente a las barreras y dificultades encontradas.

170

4.1. LA APLICACIÓN DEL RDL 16/2012

La aprobación del RDL 16/2012 provocó, en un inicio, un clima de confusión entre los diferentes actores que intervienen en el ámbito de la inmigración en la Comunitat Valenciana.

Tal y como se ha señalado ya, a partir de la Ley Orgánica de Extranjería LODYLE que reconocía el derecho a las prestaciones sanitarias de la población inmigrante en situación administrativa irregular empadronadas en el territorio nacional, la Comunitat Valenciana había desarrollado medidas que se extendían más allá de lo establecido a nivel nacional, reconociendo esta protección a los ciudadanos no empadronados en la región. Por ello, la exclusión sanitaria que plantea el RDL 16/2012 genera una confusión de gran magnitud, especialmente entre los miembros de las entidades sociales que atienden a este colectivo y que tardan un tiempo en comprender el alcance real de la norma, sus consecuencias y la necesidad de ofrecer una respuesta. Así lo señalan algunos de los entrevistados:

«Esta medida es tan absurda que estamos todos chocados. Pasaban meses y nadie sabía muy bien qué hacer, cómo posicionarse en contra, excepto diciendo ‘esto no puede ser’

(...) Tardamos meses en darnos cuenta que se había perpetrado una acción política de mucho calado y muy, muy perjudicial, muy perversa» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

A la confusión interna también se suman las reacciones de las diferentes CCAA a las que se ha hecho referencia anteriormente. La distinta forma de aplicación del RLD 16/2012 en cada región denota la discrepancia entre territorios y entre las líneas políticas de los gobiernos regionales, y así es percibido desde un principio entre las entidades sociales:

«Toda la gestión de esa reforma sanitaria ha estado presidida por la confusión. Primero confusión entre las competencias del Estado y las de las comunidades autónomas. Comunidades autónomas que plantaban cara, otras que inventaban subterfugios, otras que se plegaban» (Centro de promoción de la integración).

Los miembros de entidades entrevistados señalan que el desconcierto también se vive entre los responsables de la administración pública regional que ofrecían declaraciones confusas, que tampoco permitían delimitar cuál iba a ser la posición de la Generalitat ante la medida de exclusión sanitaria establecida por el gobierno central:

«Cuando salió lo que es el Real Decreto salieron diciendo que aquí no se iba a aplicar, que aquí se atendería a todo el mundo. Pero luego las palabras se las lleva el viento y nada, pues eso no fue así» (Organización de acogida a inmigrantes).

Finalmente, el gobierno de la Generalitat Valenciana acaba aplicando la norma estatal y para ello, retira las tarjetas sanitarias (SIP) a los inmigrantes en situación administrativa irregular, en torno a 127.000 (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016, p.50). Esta acción es entendida por los miembros de entidades sociales como síntoma de contemporización del gobierno regional frente al estatal, del mismo signo político:

«Sin duda aquí lo que no se quiere es hacer un ruido en contra de su propio partido a nivel nacional. Por el propio gobierno. Eso es comprensible, que te genere una discusión interna, es decir, "bueno ¿tú no estás en mi partido y no hemos decidido esto?" (...) Aquí en la Comunitat Valenciana, nuestra sensación inicial es que se aplicaba tal cual, que hubo un momento de parón hasta que se arreglaron todas las tarjetas sanitarias y se aclarara realmente dónde estábamos y qué suponía» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

A la retirada de tarjetas sanitarias le sigue la modificación de los sistemas informáticos, impidiendo la asistencia y la derivación de los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas, así como la creación de mecanismos que faciliten la facturación de las atenciones realizadas¹⁰⁸. De este modo se formaliza el proceso de exclusión de este colectivo del sistema sanitario:

«Cada territorio autonómico ha desarrollado sus propias normas complementarias (...) la Comunitat Valenciana, que es un lugar especialmente presto a cumplir las disposiciones legales que coinciden con la forma de pensar de nuestros gobernantes, pues sí que se modificó el sistema informático, el aplicativo de la Seguridad Social que permite efectivamente establecer o denegar estas asistencias sanitarias en función de la aplicación del RDL 16/2012» (Abogado-Organización colegiada).

Igualmente, se incorpora en el ámbito regional las disposiciones adoptadas a nivel estatal como la regulación, en el año 2013, del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria para las personas que no tuvieran acceso al sistema sanitario público, a través del Decreto 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Valenciana a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud¹⁰⁹. Este convenio, que reúne las mismas características que el planteado a nivel nacional, posibilita el acceso al SNS, pero el pago que establece como contraprestación no es asumible por la población irregular, como se ha indicado previamente. De hecho la baja demanda que que ha existido de este tipo de convenios por parte de las personas excluidas del sistema público, es una muestra de su escasa efectividad tanto a nivel estatal¹¹⁰ como en la Comunitat Valenciana¹¹¹, donde sólo 417 personas han formalizado este trámite, según los datos del SIP¹¹².

108 Ver: Sanidad implanta datafonos en 25 centros para el cobro de la asistencia a turistas extranjeros sin derecho a cobertura. Europa Press-Valencia (2013, 15 junio). Recuperado de <http://www.europapress.es/noticiaprint.aspx?ch=00292&cod=20130615122121>.

109 Decreto 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud (DOCV, de 24 de diciembre de 2013, núm. 7179, pp. 36078-36084).

110 Según los datos del gobierno central, tres años después del RDL 16/2012, sólo 730 personas se han acogido al convenio especial en todo el territorio del Estado (Respuesta parlamentaria al diputado Guillem García Gasulla, 184/0669899, BOCG. Congreso de los Diputados núm. D-646 de 14 de abril de 2015, p.397).

111 Ver: Sólo 290 extranjeros pagan 60 euros al mes para tener sanidad pública. El Levante (2015, 31 de marzo). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/03/30/290-extranjeros-pagan-60-euros/1244916.html>.

112 Información facilitada, en abril de 2017, por el Servicio de Aseguramiento de la Conselleria de Sani-

Algunos miembros de las entidades de ODUSALUD han llamado la atención sobre la ambigüedad de la postura de la administración regional ante la exclusión sanitaria. Para los entrevistados, a pesar de que el Estado tiene el papel de asegurador de los ciudadanos, la comunidad autónoma tiene competencia para ofrecer la prestación sanitaria más allá de lo que plantea la norma a nivel nacional. Como ejemplo, señalan que la Comunitat Valenciana había asumido esta competencia en la Ley 6/2008 de Aseguramiento, al plantear un grupo específico de aseguramiento de “protección autonómica”. De hecho, el PVPS, que se analizará posteriormente, podría constituir un ejemplo de ello.

Por otro lado, la asistencia sanitaria en situación de urgencia es la única posibilidad de atención para los adultos que queda afectados por la entrada en vigor del RDL 16/2012 a partir del 1 de septiembre del año 2012. A pesar de ello, desde el inicio de esta medida se detectaron dificultades tanto en el acceso a los servicios y tipo de asistencia recibida, como por la firma del documento de requerimiento de información con compromiso de pago de la asistencia sanitaria y la posterior facturación, aspectos abordados a continuación.

4.1.1. La situación de urgencia: el “efecto mostrador” y los límites de la asistencia sanitaria

El RDL 16/2012 establece que la asistencia sanitaria en situaciones especiales para los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España incluye la asistencia “de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica” (art. 3 ter.). La norma establece así un modelo de atención específico para la población inmigrante adulta en situación administrativa irregular.

Pero, en la práctica, el acceso efectivo y real de este colectivo, cuando acude a los servicios de urgencia, se ve condicionado por diferentes elementos que son señalados por los entrevistados: las trabas en el acceso a los servicios públicos; la falta de criterios para establecer cuándo una demanda se puede considerar una urgencia; y el hecho de que la atención de urgencias no supone una intervención de carácter integral, por lo que, en ocasiones, la asistencia recibida es incompleta.

Para el acceso a los servicios de salud, la organización del sistema público sitúa los puntos de admisión y la gestión administrativa como puerta de entrada. Efectivamente, los mostradores y la gestión administrativa constituyen un punto de acceso al sistema

sanitario, (Velasco y cols., 2006). Se trata de una pequeña pieza, un punto de contacto, con un sistema operativo y experto, que sugiere proximidad y receptividad, al tiempo que permite penetrar en el ámbito de ese sistema, a través de una acción mediadora con el paciente. Pero, al mismo tiempo, los puntos de acceso constituyen espacios de orden, que realizan acciones reguladas normativamente y que, con un pretendido criterio de igualdad, convierten a los pacientes en casos atendidos a partir de protocolos y procedimientos convencionales, como instrumento rígido contra las irregularidades. Como señalan estos autores, los sistemas complejos, como el sanitario, utilizan los puntos de admisión (mostradores, ventanillas, etc.), como zonas de apertura al paciente, al que someten a procedimientos y normas como garantía de buen funcionamiento.

De ese modo, en los mostradores de atención se realizan diversos trámites y procedimientos, como la identificación del paciente, la confirmación del derecho, la solicitud de asistencia o de pruebas diagnósticas. Esta situación, que aparentemente podría estar dirigida a mejorar la gestión de las prestaciones sanitarias, en la práctica se muestra compleja por la diferente casuística, niveles de protección y requisitos administrativos que se han establecido con el fin de acreditar el derecho a la asistencia. Y en la práctica, deja en manos del personal administrativo la decisión última sobre el acceso al servicio y sus condiciones. Los entrevistados señalan que la acción del personal administrativo, en ocasiones sin formación actualizada, supone con frecuencia la denegación de la asistencia o el establecimiento de condiciones como el compromiso de pago por la atención recibida, una situación denominada por algunos entrevistados el “efecto mostrador”.

A partir de la aplicación del RDL 16/2012 se generaliza entre la ciudadanía la idea de que la persona extranjera en situación administrativa irregular no tiene derecho a las prestaciones sanitarias y, en ocasiones, se les ha denegado la atención, incluidos los servicios de urgencia:

«Sí que es verdad que al principio pasaba más. De gente que decía ‘No, no –incluso en los mostradores- usted no está acreditado, a usted no le podemos dar cita con ningún médico’. Esto sí que es verdad que lo comuniqué yo, porque otras compañeras pensaban que podían decirlo a los pacientes. Que no se les podía decir a los pacientes que no tenían derecho a la asistencia sanitaria» (Trabajadora Social Centro de Salud 2).

Aunque esta situación disminuyó progresivamente, igualmente el cumplimiento de los protocolos y el requerimiento de la acreditación administrativa al paciente por parte de los administrativos, surge como una barrera en la demanda y la asistencia de salud. En esta línea, ODUSALUD (2015) señala que la mayor parte de las incidencias

registradas desde la puesta en marcha del RDL 16/2012 están referidas a la falta de acceso a la atención médica (64%), dos terceras partes de ellas tienen que ver con pacientes que no han logrado superar la barrera administrativa¹¹³. También los entrevistados señalan la existencia de dificultades en la atención en urgencias que provienen directamente de la gestión realizada en los puntos de admisión. Como consecuencia, los pacientes no llegan a las consultas.

«Un voluntario [médico] nuestro me decía ‘Yo tengo dada orden en el centro de salud de que cualquier persona que viene a hablar conmigo, pasa a hablar conmigo, que a nadie se le rechaza para hablar. Pero hay veces que a mí no me llega la gente (...) muchas veces está paralizada en el mostrador’» (Trabajadora social- Entidad de promoción de la salud).

El sistema sanitario ofrece el mostrador como lugar de recepción de la demanda de asistencia, pero, finalmente, este procedimiento hace que la toma de decisiones sobre la asistencia sanitaria sea asumida desde el personal administrativo, en función del cumplimiento de los trámites de acceso:

«En nuestro modelo esto es disparatado. La urgencia la decide el administrativo del centro de salud o el administrativo del hospital que son los que previamente deciden si te quedas o no te quedas, si eso tienes que facturararlo o no facturararlo y lo único que hacen es hacer una comprobación a posteriori» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Este modo de proceder tiene un riesgo. El reconocimiento efectivo de los derechos de los diferentes colectivos se produce a través del personal encargado de la gestión administrativa de las prestaciones sanitarias. Pero, la misma confusión existente en la normativa, a la que ya se ha hecho referencia, que además se agrava por las modificaciones autonómicas, requiere una formación continua del personal que realiza la admisión, una formación que no siempre está garantizada o es suficientemente actualizada y precisa. Se trata de una dificultad que, además, se ve aumentada por la existencia de valoraciones personales y prejuicios que estos profesionales puedan tener respecto a la inmigración, pudiendo incrementar las disonancias entre las normativas establecidas y las prácticas desarrolladas. Los funcionarios de ventanilla se encuentran ante un amplio margen de posibilidades en su toma de decisiones que pueden derivar en discrecionalidad, dirigida tanto en la ampliación de la cobertura que establece la normativa, como en una aplicación más restrictiva (Moreno, 2015).

113 La limitación en el acceso en los puntos de admisión se produce en todo tipo de servicios de salud, no sólo en los de urgencias hospitalarias.

En definitiva, los crecientes procedimientos administrativos, así como la necesidad de 'demostrar' que se cumplen los requisitos para acceder a la asistencia sanitaria en situación de urgencia, depositan en el personal administrativo la responsabilidad de puerta de acceso al sistema, por lo tanto, se convierten en garantes del cumplimiento del RDL 16/2012. Y aquí se sitúa otra de las barreras identificadas por los entrevistados en el procedimiento de los puntos de admisión del sistema público. El RDL 16/2012 establece que la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos para la población inmigrante en situación administrativa irregular se realizará en situación de urgencia (art. 3 ter.), sin delimitar cuál es su significado concreto. Algunos entrevistados señalan que se trata de un aspecto clave y que no tiene que ver con ningún requisito administrativo:

«Sensu estricto, una urgencia es lo que el paciente dice que es una urgencia, mientras el clínico no diga lo contrario» (Profesional de la salud- Entidad de promoción de la salud).

176

En el contexto al que se hace referencia, la situación de urgencia es esencial, no sólo por el tipo de respuesta que debe recibir el paciente, sino porque las asistencias no consideradas urgentes pueden ser facturadas. Para las personas entrevistadas definir la situación de urgencia entraña dificultades, por la falta de criterios sobre quién decide cuándo una demanda se puede considerar una urgencia, la diferente interpretación que realizan los actores que intervienen en el proceso (pacientes, personal sanitario o personal administrativo) y también porque es independiente del servicio al que se acuda: centro de salud, hospital, etc. Tanto las trabajadoras sociales como miembros de entidades entrevistados, perciben que la falta de definición tiene como consecuencia distintas formas de actuación y dificulta establecer: cuándo los pacientes pueden acudir a los servicios de urgencia, cuál es la respuesta que deben recibir, quién define la situación de urgencia de un paciente específico, y, finalmente, cuáles son las consecuencias para éste:

«Aquí cada uno interpreta la urgencia como le parece ¿Cómo lo interpreto yo? De la manera más favorable a los ciudadanos, que es lo que cada ciudadano decide y por tanto accede al servicio en función de lo que él interpreta que es urgente o no es urgente» (Profesional de la salud- Entidad de promoción de la salud).

La urgencia médica tiene componentes objetivos relacionados con la gravedad o agudeza del problema de salud, pero también aspectos de carácter subjetivo relacionados con la percepción de una necesidad inmediata de atención. Esta percepción puede estar determinada por la intensidad de los síntomas, o por particularidades de la propia persona, su nivel educativo y cultura sanitaria, su modo de afrontamiento del

modo a enfermar, etc. Si bien pueden existir diferencias entre la urgencia percibida y la gravedad clínica, la determinación de esta circunstancia sólo puede ser realizada por el personal sanitario, no por el administrativo, por lo que el acceso debe garantizarse en toda circunstancia. La urgencia comprende diversidad de situaciones y por ello requiere un sistema organizativo complejo, sin embargo, este sistema debe estar configurado con la visión de que “las urgencias son de las personas y no de las estructuras” (Miguel, Fernández, y Díaz, 2012, p. 139).

La mayor parte de los entrevistados ponen de relieve la autonomía del propio paciente para valorar cuál es su situación de urgencia. Es decir, que se debería tomar como punto de referencia la propia percepción del paciente afectado, considerando que la urgencia es una realidad subjetiva:

«Simplemente una persona que tiene un dolor de muelas que no puede aguantar ¿quién determina que eso no es urgente para la persona? El dolor es muy subjetivo» (Trabajadora Social-Centro de Salud 1).

En la práctica, antes de que el paciente sea atendido por personal sanitario y se pueda realizar una valoración de la situación de urgencia, aquel es recibido en primera instancia por personal administrativo que, cumpliendo normas y protocolos, prioriza la acreditación del derecho a la asistencia o pone como condición la firma de un compromiso de pago por la asistencia recibida:

«Sabemos que hay casos que no se están atendiendo a pesar de ser considerados urgentes por los propios pacientes ¿Y quién decide lo que es una urgencia? Pues el que más lo dice es el propio paciente, por lo menos en primera instancia, luego ya una vez valorada por el médico, puede ser que no sea urgente (...) No podemos dejar en manos de un administrativo de un mostrador el que le deniegue una atención, simplemente porque no tenga sus papeles en regla» (Profesional de la salud- Sociedad científica).

La rigidez de los procedimientos, las carencias formativas de algunos profesionales, y la falta de criterios delimitados en la asistencia de urgencia, generan confusión e impiden una adecuada respuesta a los pacientes. El cúmulo de barreras genera mala atención, más exclusión sanitaria y un efecto disuasorio en quien necesita esa atención, es decir, actúa en contra de la garantía de asistencia en una situación de especial protección que supuestamente es reconocida por el RDL 16/2012:

«Ya no es que la falta de atención suponga un perjuicio para la salud y para la vida, sino cuando hay esa atención, aunque se tenga derecho en urgencias, no se está llevando a cabo

de manera adecuada, y está suponiendo miedo, está suponiendo deudas, está suponiendo ansiedad, y está suponiendo más exclusión» (Organización de acogida a inmigrantes).

Se genera así un efecto perjudicial. Que los servicios de urgencias sean los únicos puntos de acceso al sistema público de las personas excluidas produce su sobreutilización y una mayor presencia de pacientes extranjeros. Ya antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012, este colectivo hacía un mayor uso de los servicios de urgencia, entre otros motivos, porque éstos ofrecen una mayor amplitud horaria compatible con los horarios y las situaciones laborales en las que, por lo general, se encuentran los inmigrantes (Regidor y cols., 2009; Moreno y Bruquetas, 2011). Sin embargo, la utilización de los servicios de urgencia como única puerta de entrada hace aumentar la presión asistencial sobre los mismos. Los entrevistados lo denominan «falso colapso de los servicios de urgencia» (Profesional de la salud- Entidad de promoción de la salud) ya que todas las demandas, sean realmente urgentes o no, sean atendidas o no, se canalizan a través de dichos servicios. La percepción por tanto es de una mala prestación del servicio a causa de la saturación existente en algunos momentos y del abuso de un servicio público por parte de las personas extranjeras:

«Además va a generar malfunción, una percepción por parte del resto de la ciudadanía que tiene que utilizar estos servicios y de los profesionales que en ellos trabaja, de que hay una población que hace un uso inadecuado de esos servicios (...) culpabilizándose y visibilizando la culpabilización para la población irregular que, al fin y al cabo, no hace más que lo que haríamos cualquiera, buscar la mejor forma de solucionar nuestro problema de salud (...) Esto lo hemos provocado nosotros con nuestras normas» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Por otro lado, entre los entrevistados se plantean dudas acerca de cuáles son los límites de la situación de urgencia y el alta médica que se reconocen en el RDL 16/2012 (art. 3 ter.). A juicio de los entrevistados, el alta médica también es objeto de diferentes interpretaciones que pueden constituir barreras en la garantía de la protección a la salud.

Tanto los trabajadores sociales como los miembros de las entidades señalan que, en ocasiones, cuando un inmigrante en situación administrativa irregular acude al servicio de urgencias es atendido en ese momento, pero si requiere intervenciones posteriores, pruebas diagnósticas complementarias, etc., éstas se consideran una asistencia que no corresponde a la situación de urgencia que reconoce la norma. En estos casos, la asistencia en situación de urgencias se convierte en una intervención puntual que finaliza en el 'box'. Según relataba una trabajadora social de un Centro Sanitario, se

han producido casos en los que, si la situación atendida en urgencias requiere la hospitalización del paciente, tanto el periodo de ingreso como las pruebas diagnósticas y el tratamiento posterior no se consideran una 'asistencia de urgencia' por lo que son facturadas en el momento del alta. O situaciones que, aunque reconociendo la gravedad del problema, no son atendidas porque superan la primera atención del servicio de urgencias. Se trata de experiencias traumáticas en las que la persona afectada se ve disuadida de acudir a los servicios de salud para posteriores revisiones u otros procesos de enfermedad:

«Me dijeron 'Bueno, nosotros no podemos atenderte el problema de oncología aquí, tienes que ir a un médico privado o a tu médico de cabecera'. Yo pues expliqué mi situación, que no podía... [la entrevistada rompe a llorar] Pues que no podía ir porque no tengo asignado ningún médico. Que no... o sea que no soy residente para que me atiendan. Y pues ellos como que no... como que 'Bueno, haz lo que puedas y cuando puedas, pero ve a un médico'. Y a mí me duele porque es mi salud. Me preocupa muchísimo estar mal» (Inmigrante venezolana 1).

De esta forma, el modelo de atención a la salud basado en la asistencia en urgencias como el que establece el RDL 16/2012, se muestra limitado para responder a la realidad sanitaria de la población. Si bien puede proporcionar asistencia en situaciones menos graves, tiene un efecto pernicioso en los casos de mayor gravedad que requieren pruebas exploratorias, la atención de especialistas o intervenciones prolongadas, ya que la asistencia es interrumpida al finalizar la asistencia en el servicio de urgencias. Una situación especialmente relevante si se desconoce el alcance real de la enfermedad o cuando esta tiene un carácter crónico, tal y como señalan los entrevistados:

«Es un chico que tiene problemas en la columna, debe tener una escoliosis o algo a lo bestia y no puede tramitar la tarjeta sanitaria. (...) Entonces le atendieron la urgencia en el hospital, pero necesita un corsé. Y pues ahí se queda, sin corsé y con analgésicos para el dolor. Y ya está, y nada más (...) Diabéticos, hipertensos, que como no tienen dinero no se están tomando la medicación, eso está pasando. Que no pueden tomarse las medicaciones, que no pueden acudir a los especialistas porque la asistencia urgente se la dan, pero luego le dicen que no tienen derecho a que le lleve el seguimiento el especialista (...) 'Que es que me detectaron que tenía un pólipo'. Pues ahí está, si no estás acreditada pues no te lo quitan (...) cuando entra en un proceso en la primera atención ya se para, se paraliza» (Trabajadora social-Centro de Salud 1).

Además de la interpretación que puede hacerse de lo que se considera asistencia en una situación de urgencia, el propio modelo de gestión sanitaria y el procedimiento

administrativo vuelve a situarse aquí como una barrera en la atención. En el sistema sanitario valenciano, como en el resto del territorio nacional, la solicitud y realización de pruebas diagnósticas, así como el acceso a los resultados, e incluso la derivación a consultas especializadas, se realiza mediante programas de gestión informática, a través de la asignación del número de historia clínica del paciente¹¹⁴. La retirada de las tarjetas sanitarias impide al facultativo ordenar cualquier tipo de prueba o tratamiento al no poder asignarlas a una historia clínica¹¹⁵. Se trata de hechos detectados tanto entre las entidades de ODUSALUD como entre los trabajadores sociales de los centros sanitarios:

«Como no tienen tarjetas, dentro de lo que es el sistema, todas las pruebas exploratorias, de placas, de tal..., todo eso no les entra. No se pueden derivar porque no tienen tarjeta» (Trabajadora Social-Servicios Generales).

180

En relación con estas barreras, también el Defensor del Pueblo presta atención al acceso de la población afectada por la exclusión al ser atendida en los servicios de urgencia especialmente en aquellos casos de enfermedad grave¹¹⁶. Para esta Institución la atención en los servicios de urgencias debe ser de carácter integral en relación a lo establecido en el RDL 16/2012. Por ello, no resulta coherente el alta de pacientes con enfermedades graves o crónicas tras la atención en urgencias, sin que sean derivados a otro nivel asistencial (Defensor del Pueblo, 2013; 2015).

Asimismo, los entrevistados señalan que las limitaciones de la asistencia sanitaria a partir de los servicios de urgencia también inciden en el funcionamiento y encarecimiento del propio sistema sanitario. Por un lado, desaparece la prevención, con el agravamiento de las dolencias y el sufrimiento de los afectados, se impide el adecuado

114 Por ejemplo, el programa informático ABUCASIS es el sistema de soporte de la gestión del sistema valenciano de salud en los centros sanitarios de atención primaria, tanto a nivel administrativo como asistencial (Dirección General de la Agencia para la calidad, evaluación y modernización de los Servicios Asistenciales, 2003).

115 El marco de acción que plantea el uso de la herramienta informática en los servicios de salud limitó la eficacia de la Campaña de desobediencia iniciada por los médicos de familia, ya que la aplicación no permitía registrar los datos de quienes no tuvieran tarjeta sanitaria en vigor, ni hacer derivaciones ni pruebas de diagnóstico o tratamientos.

116 Recomendación 167/2013, de 11 de octubre, dirigida a la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre la atención sanitaria a personas que no tienen la condición de asegurados ni de beneficiarios en el Sistema Nacional de Salud. Ante las quejas recibidas por el Defensor del Pueblo esta institución transmitió una doble recomendación a la Ministra de Sanidad, de un lado promover fórmulas de suscripción de los convenios especiales de prestación sanitaria en los que existiera una exención del pago, bien total o parcial, y el establecimiento de sistemas que permitieran la atención continuada a personas con enfermedades crónicas o graves. Esta recomendación fue rechazada por el Gobierno de España.

seguimiento de las enfermedades y, además, el diagnóstico de determinadas enfermedades graves se retrasa, encareciendo también su tratamiento.

«Porque si no se atiende desde atención primaria el problema que tenemos es que todo lo que es el periodo previo de prevención, el seguimiento que se hace con esos pacientes no se ve cómo va evolucionando (...). Esa persona, por ejemplo, ingresará porque tiene una tuberculosis. Entonces el tratamiento ¿qué es más barato? ¿Hacerlo desde una atención primaria que el médico lo va a seguir y va a saber esa evolución?» (Trabajadora Social-Servicios Generales).

Para los miembros de algunas entidades, la situación que tiene lugar en los servicios de urgencias y el modelo de gestión, genera la existencia de prácticas negligentes, que también se producen de forma similar en los distintos servicios sanitarios de urgencias del territorio español. En definitiva, se atiende a los pacientes sólo en crisis agudas de la enfermedad, y la imposibilidad de ordenar pruebas exploratorias para confirmar los diagnósticos o de dar continuidad a los tratamientos agrava la situación médica de los pacientes, siendo responsable, en algunos casos, de la muerte de algunos de ellos¹¹⁷. El modo en el que se establecen los sistemas de gestión de la asistencia sanitaria limitan las posibilidades de atención a la población en situación administrativa irregular, como se ha señalado por parte de los entrevistados:

«Este es el quid de la cuestión, entonces esas complejidades (...), verdaderamente suponen un gran conflicto en la medida en la que, como está enfocada con una intención claramente excluyente en cuanto a cómo se han confeccionado los resortes de respuesta sanitaria a todos estos complejos tipos de supuestos, pues lo que ocurre es que fomentan precisamente el desamparo y fomentan precisamente esa inasistencia final. Esa quiebra del derecho a la salud que está relacionado intrínsecamente con el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral» (Abogado- Organización colegiada).

117 Los entrevistados hacen referencia a los casos de inmigrantes como Soledad Torrico o Alpha Pam, que han fallecido tras ser atendidos varias veces en urgencias y no haber obtenido ni un diagnóstico ni un tratamiento adecuado. Ver: Colectivos médicos y sociales exigen derogar la exclusión sanitaria. El País (2014, 1 de abril). Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/09/30/actualidad/1412111070_758373.html. Soledad Torrico acudió a diferentes centros sanitarios de València donde fue atendida por una enfermedad leve, ver: Mi esposa ha muerto porque la ambulancia dijo que por un constipado no venían. El Levante (2013, 24 de febrero). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/02/24/esposa-muerto-ambulancia-dijo-constipado-venian/976997.html>. El caso de Alpha Pam, que murió en 2013 tras acudir reiteradamente a los servicios de salud de Mallorca, se ha convertido además en un símbolo de las consecuencias de la exclusión sanitaria. Ver: Destituido el director del hospital balear por la muerte de un senegalés "sin papeles". El País (2013, 22 de mayo). Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/22/actualidad/1369223735_837035.html. Ver: Muerte accidental de un inmigrante. El caso Alpha Pam. Echave, P. y González, J. [video] Recuperado de <https://vimeo.com/groups/7080/videos/102124641>.

4.1.2. La facturación de la asistencia en urgencias

Como se viene señalando, las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos en España se reconocen a quienes tienen la condición de asegurado, beneficiario, y a quienes se encuentran en los supuestos y situaciones específicas establecidas en la nueva normativa. Como consecuencia, el resto de las asistencias realizadas son consideradas de carácter privado y son facturadas. Formalmente, implica que a ninguna persona se le puede denegar la asistencia, aunque después se le requiera el pago por la misma. Así es entendido también por muchos de los entrevistados:

«Si tú hablas con Aseguramiento Sanitario, con alguien de la Conselleria de Sanidad en Valencia, te dirá que ninguna persona se queda sin atención sanitaria. Lo que no dicen es que las personas que no tienen acceso al sistema sanitario público como beneficiario o asegurado, se les considera pacientes privados. Se les atiende, pero hay un compromiso de pago» (Trabajadora social- Entidad de promoción de la salud).

Sin embargo, la exigencia de pago ahonda en la exclusión por razones económicas de la población inmigrante en situación irregular, ya que supedita el acceso a la asistencia sanitaria a la capacidad económica del paciente o de la familia. Como se ha señalado anteriormente este colectivo sólo puede acceder a empleos irregulares, precarios y, por tanto, con ingresos económicos mínimos e irregulares en su mayoría. Por consiguiente, hacer frente al pago por la asistencia sanitaria es impensable: “Me pasan esa factura que ni la podía pagar, ni podía comprar la medicina” (Inmigrante hondureña). Como consecuencia, no es extraño que el paciente renuncie a esa asistencia sanitaria, aunque pueda tener efectos para la salud personal, tal y como señalaba un miembro de una de las entidades de ODUSALUD:

«A nosotros nos llegó un chico. Estaba programado para ponerle una prótesis de rodilla y había tenido su tarjeta sanitaria. El día que va a ingresar ya para implantarle la prótesis, en el momento que llega al mostrador, le pasan la tarjeta y le dicen que la tarjeta no está activa, entonces ‘Esto le puede costar a usted 6.000€’ ¿Qué hace el inmigrante? Da media vuelta y se va a su casa» (Trabajadora Social-Entidad de promoción de la salud).

La exigencia de la firma, por parte del paciente, de la hoja de requerimiento de información también conocida como compromiso de pago¹¹⁸ por la asistencia sanitaria, aun antes de ser atendido se ha convertido en una práctica común en los servicios de

118 El requerimiento de información recibe diversos nombres y entre las personas entrevistadas en este estudio es denominado compromiso de pago, por eso es la denominación que se utilizará.

urgencia. Se trata de un documento que se presenta en el punto de admisión de los servicios de salud a los pacientes que no acreditan el derecho a las prestaciones sanitarias, en el que se compromete al pago posterior por la asistencia recibida. La firma de este documento es una práctica generalizada, como señalan las personas entrevistadas y como se puso de manifiesto en el Debate público celebrado en el año 2014 y se cita a continuación:

«Soy médico de urgencias hospitalarias y atendemos con mucho gusto a todos los inmigrantes “sin papeles”, tanto para patología urgente como banal, porque no tienen otro acceso a la sanidad. Tengo que decir que todos ellos llegan con un compromiso de pago firmado antes de entrar. Supongo que algunos, antes de entrar decidirán no firmarlos, no lo sé» (Médico de urgencias. Debate).

La firma del compromiso de pago, como práctica habitual en los servicios de urgencia de los centros públicos de salud, constituye por sí misma una barrera de acceso a la asistencia sanitaria por varios motivos:

- a) Los entrevistados señalan que este tipo de prácticas suponen ejercer una violencia sobre los pacientes, ya que se produce cuando se encuentran en una situación especialmente vulnerable por la enfermedad:

«Te dan una serie de papeles, tú te sientes mal, lo único que quieres es que te atiendan, ¡firmas lo que te pongan enfrente! Y no es así, no debería ser así» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

- b) Esta vulnerabilidad se ve acrecentada porque muchas de las personas afectadas tienen un manejo limitado del idioma utilizado y, al mismo tiempo, desconocen el funcionamiento del sistema público, por lo que no siempre tienen capacidad suficiente para entender lo que se les está exigiendo para ser atendidos, ni posibilidad de ofrecer una respuesta adecuada:

«Fueron a urgencias a la antigua La Fe, y desde ahí les obligaron a firmar algunos papeles, y los firmaron, diciéndoles que si no los firman no les podían atender. Entonces ellas lo han firmado y encima no dominan el idioma local, no saben nada, no sabían tampoco lo que estaban firmando, y ahora ya les ha llegado la factura» (Asociación de inmigrantes subsaharianos).

- c) La firma del compromiso de pago se realiza en el momento previo a la atención y si bien la Conselleria de Sanitat tiene unos precios establecidos¹¹⁹, no siempre son accesibles en el momento de la asistencia en urgencias y, fundamentalmente, el paciente carece de un diagnóstico y desconoce cuáles son las prestaciones que va a recibir, ni a cuánto puede ascender la factura final, en definitiva, supone la firma de un documento en blanco sin información suficiente, un compromiso a ciegas:

«Bien que me lo dijeron a mí ‘O firmas el compromiso de pago o te puedes ir para tu casa’. En mi desesperación por el dolor yo, claro, firmé. Lo que no me imaginé es que me iba a llegar una factura por ciento ochenta y ocho euros por una inyección» (Inmigrante venezolana 2).

- d) Cualquier reclamación por la factura recibida se convierte en un proceso complejo, que requiere un peregrinaje entre diferentes instituciones y, finalmente, termina aumentando la factura económica:

«Estar yendo casi siempre a que me ayuden con la factura. Que cuándo [me van a dar] la respuesta. De lanzarme de un servicio público a otro para que lean mi caso y estar así pues... es duro» (Inmigrante venezolana 2).

- e) El miedo al coste de la factura por la asistencia sanitaria en un colectivo en situación de vulnerabilidad social y económica, genera un alto grado de incertidumbre que se une a la situación de urgencia por la enfermedad:

«Estas personas vienen con el temor de cuánto les van a cobrar, de cuándo les van a cobrar. Pero no hay esa información de cómo realmente les van a cobrar o no les van a cobrar. Además de que las personas vienen en un estado también enfermo, vienen con muchos problemas realmente» (Médico de familia. Debate).

- f) Por último, el cúmulo de dificultades que genera la firma de un compromiso de pago tiene como consecuencia la autoexclusión de la población extranjera en situación administrativa irregular, que termina retardando o evitando acudir a los servicios de salud en los siguientes episodios de enfermedad:

119 Se considera precio público de la Generalitat “las contraprestaciones pecuniarias que se satisfagan por la prestación de servicios o realización de actividades (...) efectuadas por la Generalitat o por sus entidades autónomas” (art. 1). Estos precios públicos estarán establecidos por la Conselleria que efectúe los servicios o actividades (Decreto 103/2014, de 4 de julio, del Consell, por el que se regulan los precios públicos de la Generalitat. DOCV., 7 de julio, núm. 311, pp. 16695- 16697). En Anexo IV se reproduce, a modo de ejemplo, el listado de precios públicos por la asistencia sanitaria en un centro sanitario de la ciudad de València.

«Y eso es también un revulsivo, o sea la gente no va porque sabe que se le va a facturar o por lo menos se le va a emitir esa factura, y entonces solamente acuden en casos ya realmente que no, que se encuentran mal» (Trabajadora Social-Servicios Generales).

Se trata, además, de una autoexclusión que no sólo se genera en la persona afectada, sino que también se extiende entre el entorno más cercano, generando un efecto disuasorio :

«La próxima vez se pensará si tiene 40 o 37 de fiebre. Y luego tiene un efecto disuasorio, que yo llamo el efecto dominó. Es decir (...) hay un boca a boca (...) Una vez nos llegó a nosotros una señora que nos decía ‘No, no, yo no voy al médico porque como mi tarjeta no está (...) Mi vecina me ha dicho...» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

En definitiva, todos los entrevistados, en diversos contextos y situaciones, tanto población extranjera como miembros de entidades sociales y trabajadores sociales, señalan que, si bien la firma de un compromiso de pago no conlleva inmediatamente la facturación, tampoco existen garantías para el paciente de que no vaya a ser así, lo que genera inseguridad y la previsión de dificultades en un futuro más o menos próximo y, como consecuencia, la autoexclusión de los centros sanitarios. No se debe olvidar, que para las personas que no pueden acceder a los servicios públicos de salud, la capacidad de pago es uno de los principales impedimentos en la búsqueda de ayuda (Cockerham, 2002).

En la práctica, la facturación de la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias frecuente en los servicios de salud en València. ODUSALUD ha documentado y denunciado la emisión de facturas por asistencias sanitarias realizadas en urgencias, e incluso a menores de edad que tienen reconocida la asistencia en las mismas condiciones que los españoles (ODUSALUD, 2015), y la propia Conselleria ha reconocido esta práctica en los medios de comunicación, aunque como hecho aislado¹²⁰. Pero también se produce en el resto del territorio español¹²¹ y ha sido cuestionado por el Defensor del

120 Ver: Sanidad admite que hay a ‘algún caso’ de cobrar la urgencia a los “sin papeles”. Europa Press- El Levante, (2015, 4 de abril). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/04/04/sanidad-admite-hay-caso-cobrar/1246893.html>. Algunas de las facturas emitidas por atenciones en urgencias fueron reproducidas por los medios de comunicación y varían desde facturas por una asistencia hospitalaria urgente de 132,59€ por una atención a un ictus, a 5.060€ por la hospitalización derivada de la asistencia en urgencias, o 13.000€ por una operación en la que se extirpó un riñón a un enfermo de corazón tras acudir a urgencias. Ver: Sanidad cobra la atención de urgencias a los inmigrantes irregulares. El Levante (2015, 2 de mayo). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/04/02/sanidad-cobra-atencion-urgencias-inmigrantes/1246395.html>.

121 Ver: Un hospital envía una carta de pago a una paciente que falleció en urgencias. El País (2014, 8 de

Pueblo, que considera que puede ser una práctica que condicione en el ejercicio del derecho la asistencia sanitaria de urgencia (Defensor del Pueblo, 2015).

A pesar de estas evidencias, las declaraciones de los responsables políticos valencianos respecto a la facturación en urgencias, ponen en duda que este hecho tenga un efecto real sobre las personas afectadas. Las afirmaciones del Secretario Autonómico de Sanidad, Luis Ibáñez, en el Debate sobre el derecho a la salud celebrado con anterioridad a las elecciones europeas, cuestionaba las denuncias existentes sobre la facturación:

«Sí. Siempre que llega una persona a un mostrador se le hace una factura proforma que no quiere decir que la pague. Lo que está claro es que, si la persona que va tiene recursos económicos, entonces esa persona se le facturará. Pero si no tiene recursos económicos, creo que no me podrán poner muchos ejemplos de ese tema (...) que yo sepa, no hay ninguna persona sin recursos que se les haya obligado a pagar nada y en este sentido, lo que yo también creo conveniente es que tampoco hay que generar temor, porque cuando se genera temor, la persona puede tener resistencias. Yo, como gobierno valenciano, no estoy generando temor. Nadie que haya venido, cuando digo a un centro de salud, a un hospital o a una urgencia, ha tenido luego problemas especiales reales derivado de esa asistencia médica (...) Y estas personas, aunque se le haya presentado factura pues que yo sepa, no han pagado. Porque si no, este debate sería un poco más movidito ¿eh? Hay que decir las cosas como son» (Secretario Autonómico Salud. Debate).

En relación a las declaraciones de este responsable público, llama la atención que ningún momento se ha informado de cuáles son los mecanismos empleados por la administración pública para comprobar los recursos económicos de los que dispone la persona facturada, pero desde la administración regional sí ha requerido el pago de las facturas emitidas por la asistencia sanitaria. En el mes de febrero de 2014, la Conselleria de Sanitat publicó 19 listados con notificaciones de liquidaciones de tasas sanitarias en el Diario Oficial de la Comunitat Valenciana¹²². En estos listados, que corresponden a los departamentos de los hospitales de la región, se exige el pago de las atenciones realizadas a personas que no tenían reconocido el derecho a las prestaciones sanitarias. Si bien no es la primera vez que se produce este hecho, sí resulta llamativo por el elevado número de afectados que se produce tras la aplicación del RDL 16/2012 ,

julio) Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/08/actualidad/1404776607_217573.html.

122 En febrero de 2014 la Conselleria publicó 19 Notificaciones de liquidaciones por tasas sanitarias correspondientes a los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana (DOCV, 5 de febrero de 2014, núm. 7207, pp.2937-3044). Este listado puede consultarse en el Anexo V.

como señalan los medios de comunicación¹²³. Esta situación puede tener un efecto disuasorio en una población de riesgo que opte por no acudir a los servicios de salud y, además, vincula públicamente a este colectivo con un comportamiento fraudulento, al no haber cancelado la deuda contraída en su momento. Para los entrevistados, los responsables sanitarios no han demostrado la capacidad para garantizar que se cumplieran los requisitos establecidos por la norma estatal:

«Cuando se aprobó el Real Decreto, pues aquí en la Comunitat se cumplió la ley a rajatabla y se ha ido más allá y no ha habido un control por parte de la Conselleria de lo que se está haciendo en los centros de salud y en los hospitales. Yo no sé si es intencionado o no, pero el hecho es que se están facturando las urgencias, menores están teniendo problemas para tener la tarjeta sanitaria, embarazadas que también han tenido problemas para acceder a la atención médica. O sea, esto es inadmisibile» (Plataforma ciudadana de defensa del derecho a la salud).

La mayor parte de los entrevistados consideran que la emisión de facturas por parte de la administración sanitaria, como las recogidas en las notificaciones señaladas, es algo poco realista, ya que las personas afectadas cuentan con recursos económicos muy escasos y no pueden afrontar el pago. Aun así, algunos entrevistados indican que hay personas que deciden abonar las facturas, fundamentalmente por no enfrentarse a la administración pública:

«Pues hay gente que quiere continuar peleando y hasta donde haga falta y tal. Hay gente que, también va mucho con el carácter, que se vienen abajo y dice ‘yo no, prefiero pagar como sea, no tengo ganas ya de nada, de pelear más’. (...) A veces la gente decide que no, que irá pagando poco a poco. Que pedirá dinero a quien sea y tal, y que quiere olvidarse y ya está» (Plataforma ciudadana de defensa del derecho a la salud).

Además de las barreras anteriormente señaladas y los efectos que puede tener para la persona el contraer una deuda con la administración, se percibe el riesgo de que la existencia de la deuda pueda tener consecuencias sobre las posibilidades de obtener la autorización de residencia y de trabajo en un futuro, es decir, que la existencia de una deuda suponga un impedimento en la regularización administrativa de la población inmigrante:

123 Ver: Sanidad busca a miles de extranjeros a los que exige sus gastos sanitarios. El País, (2014, 5 de febrero) Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/02/05/valencia/1391626385_730831.htm.

«El problema de que firmen ese compromiso de pago es que, si en algún momento quisieran regularizarse, legalmente ahí tienen una deuda con el Estado español que no les va a permitir poner sus papeles en regla» (Trabajadora social-Servicios Generales).

En la práctica, la deuda a la que se está haciendo referencia es contraída inicialmente con la administración sanitaria, como pusieron de manifiesto las notificaciones de la Conselleria de Sanitat a las que se hizo referencia anteriormente. Así, el Secretario Autonómico de Sanidad en el Debate público, aludió a que la administración sanitaria no tenía relación con la administración de hacienda y que, por lo tanto, las acciones de cada una de ellas eran independientes. No obstante, en ese mismo encuentro, algunos de los participantes indicaron al responsable sanitario que la existencia de una deuda con cualquiera de las administraciones tenía una repercusión directa sobre la persona afectada:

«Aunque ha dicho [el Secretario Autonómico] que cada uno se preocupa de su parcelita, los de sanidad, sanidad. Y los de sanidad parece que están haciendo, según dice, bien. Quiero decirle que cuando se genera una factura se genera una deuda con la administración y la realidad es que eso es una dificultad para solucionar luego otros papeles, otros trámites en las otras administraciones (...) y genera además miedo. O sea, ese compromiso de pago es el que está generando miedo a que las personas se acerquen a los centros de salud, a los centros de primaria» (Médico de familia. Debate).

La información oficial disponible sobre el proceso de arraigo es más bien genérica y no hace referencia a la existencia de deudas con la administración pública, sino a la verificación de los antecedentes penales y al informe que emite la Subdelegación de Gobierno sobre el comportamiento “ciudadano” del solicitante, por lo que no ha sido posible contrastar este hecho. Al mismo tiempo, no se ha tenido conocimiento de ningún caso afectado por esta situación entre los inmigrantes entrevistados. No obstante, tampoco se han encontrado evidencias de que la existencia de una deuda con la administración no tenga un efecto negativo en la regularización de la situación administrativa o en el informe sobre el comportamiento del solicitante. En cualquier caso, se trata de un riesgo que ha sido identificado por la mayor parte de los entrevistados y también en los foros públicos, convirtiéndose en otro elemento más que favorece la autoexclusión.

De este modo, las posibles consecuencias sobre la regularización constituyen una amenaza para quienes aspiran a mejorar su situación, y se hace más palpable entre aquellos que pretenden regularizarse a través de la modalidad de arraigo. Ante el riesgo de ser facturado durante el tiempo de espera hasta reunir los requisitos para solici-

tar este tipo de autorizaciones de residencia, se elige evitar cualquier tipo de asistencia sanitaria, produciéndose una autoexclusión del propio sistema.

«Para conseguir el permiso de residencia, tener una deuda pública es un obstáculo insalvable. (...). Si yo soy un inmigrante en situación irregular, me plantearé si voy a que me atiendan y firmo un compromiso de pago, con antelación y sin presupuesto. Es decir, me comprometo a pagar lo que cueste, no importa cuánto. O si prefiero tener el permiso de residencia. Esa es la disyuntiva en la que se encuentran» (Participante en el Debate).

En definitiva, aunque los irregulares tengan derecho a la asistencia sanitaria en situación de urgencia, las formas de asistencia y las prácticas del propio sistema contribuyen a la exclusión más allá de lo que formalmente ha quedado establecido. El sistema de gestión de la asistencia, la exigencia de requisitos, el compromiso de pago junto a una posible facturación, y el miedo a las posibles consecuencias de todo ello, termina por disuadir a las personas de acudir a los centros públicos de salud.

Para muchos de los entrevistados los modos en los que se ofrece la protección de la salud de la población inmigrante irregular condiciona de diferentes formas las posibilidades futuras de la persona:

«Así que, se está condenando por A y por B, es decir, por vía de la inasistencia sanitaria o por vía del cobro de las prestaciones puras y duras como si fuera un sistema de sanidad privado, cuando en realidad son recursos pagados por todos los españoles con los impuestos de la salud pública, a la exclusión, por un lado, y por el otro, a todo este colectivo, sobre todo extranjeros en situación irregular» (Abogado. Organización colegial).

El RDL 16/2012 constituye, por tanto, un mecanismo que ejerce violencia sobre un colectivo que acumula riesgos sociales y sigue una lógica economicista frente a una lógica de reconocimiento de derechos, primando el privilegio de quien puede acceder frente a la lógica de la equidad. Si bien se recogen condiciones formales para la asistencia, éstas se convierten en un derecho sólo reconocido en el papel, ya que su puesta en marcha no ha logrado garantizar el acceso a la asistencia sanitaria.

4.2. EL PROGRAMA VALENCIANO DE PROTECCIÓN A LA SALUD

Por su parte, el PVPS se ha planteado como un programa específico de atención a las personas que han quedado excluidas de la asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012 y ha estado en vigor entre

finales de julio de 2013 y mediados del año 2015. Se dirige a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la prestación de asistencia sanitaria posibilitando:

- Asignación de profesionales de atención primaria.
- Inclusión en los diferentes programas de prevención.
- Realización de métodos diagnósticos, preventivos y terapéuticos en atención primaria, especializada y salud pública, en el marco de la cartera común básica, tratamiento farmacológico en el proceso hospitalario, y tratamiento farmacológico de carácter ambulatorio con un aporte del 40% del precio público.

Al tratarse de un programa regional, garantiza el acceso al catálogo de prestaciones de la cartera básica obligatoria de servicios sanitarios¹²⁴, pero entre las prestaciones ofrecidas no incluyen los traslados fuera de la Comunitat Valenciana, la atención en otras CCAA ni fuera del territorio español. Este Programa contempla la asistencia sanitaria pública durante un año de duración y puede ser renovado.

Para poder acceder al PVPS, los potenciales beneficiarios deben cumplir una serie de requisitos que deben acreditar documentalmente:

- Extranjeros mayores de 18 años que no estuvieran registrados ni autorizados a residir en España, lo que incluye a ciudadanos de países de la UE y también de terceros Estados.
- Empadronados en algún municipio de la Comunitat Valenciana con, al menos, un año de antigüedad; este requisito no se exige en los casos de enfermedades de declaración obligatoria, enfermedades infecto-contagiosas o enfermedades mentales.
- Sin recursos económicos suficientes, para lo que se establece que la renta de la unidad familiar debe ser inferior a 1,5 veces el valor del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple (IPREM)¹²⁵.

124 El PVPS no hace referencia a otras carteras de prestaciones, como la cartera común suplementaria o la cartera común de servicios accesorios, del SNS, a la que sí tienen acceso los “asegurados” y “beneficiarios”, según señala el RDL 16/2012 en el artículo 2.

125 El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiple (IPREM) es un índice que sirve de referencia para el cálculo de ayudas, becas, subsidios o subvenciones. Puesto en marcha en España en el año 2004 ha sustituido al Salario Mínimo Interprofesional en este tipo de cálculos. La cuantía del IPREM se publica anualmente en la Ley de presupuestos, aunque permanece congelada en 532,52 €/mensuales desde el año 2010. Puede consultarse en la Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016 (BOE nº 260 de 30 de octubre de 2015).

- No tener reconocido el derecho a la prestación sanitaria con cargo a fondos públicos por otros medios, que incluye no exportar el derecho de asistencia desde el lugar de origen o procedencia.
- Y no tener terceros obligados al pago de un seguro de salud.

El PVPS comienza casi un año después de la entrada en vigor del RDL 16/2012 y según recogen los medios de comunicación, el Conseller de Sanitat en ese momento, Manuel Llombart, señala que constituye un cambio de rumbo frente a la exclusión sanitaria, ofreciendo asistencia a las personas que la habían perdido durante ese año¹²⁶:

“El conseller aludió al cambio de rumbo de su departamento después de que el 1 de septiembre de 2012, en aplicación del Real Decreto de sostenibilidad y medidas urgentes aprobado por el Gobierno, se retiradas las tarjetas sanitarias SIP a los inmigrantes irregulares y sin recursos” (Gómez, 2013).

191

Formalmente este Programa representa una oportunidad para la población extranjera en situación administrativa irregular a la que se le había sustraído el derecho a la protección a la salud supone una alternativa a la exclusión sanitaria o a las limitaciones ya señaladas de la asistencia en los servicios de urgencia. Por ello, es inicialmente bien acogido por parte de las entidades sociales:

«Tiene una ventaja sobre lo que era el decir a toda persona se le atenderá en situación de urgencia, y es que se les asigna un médico (...), te hace un seguimiento. Bueno, tienen asignado un médico, tienen asignada la atención por especialidades, las hospitalizaciones y el gasto farmacéutico en las hospitalizaciones, como en todas las hospitalizaciones no se paga, y fuera de la hospitalización se paga el 40% de la atención» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

De la misma manera, para quienes han logrado estar incluidos en él, la posibilidad de acudir al médico y la seguridad que esto ofrece se convierte en un logro que mejora las condiciones de vida:

«La semana pasada me llamaron, gracias a Dios ya me la aprobaron. Ya fui y ya la tengo, ya tengo tarjeta sanitaria. Me dijeron que si me volvía a pasar algo ya tengo que ir y ya

126 Ver: Sanidad cifra en 10.000 inmigrantes los que volverán a recibir asistencia sanitaria gratuita. El Levante (2013, 5 de septiembre). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valencia-na/2013/09/04/sanidad-cifra-10000-inmigrantes-volveran/1029704.html>.

tengo hasta mi médico de cabecera asignado (...) Para mí es el primer logro de estar aquí» (Inmigrante venezolana 2).

No obstante, el PVPS no ha obtenido los resultados que cabría esperarse. Según los datos ofrecidos por el Secretario Autonómico de Sanidad en mayo de 2014, en la Comunitat Valenciana existían 73.890 personas “flotantes” dado que no tenían reconocido el derecho de asistencia sanitaria y sólo 2.890 personas habían accedido hasta ese momento, nueve meses después de haberse puesto en marcha¹²⁷. Según los datos del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Comunitat Valenciana¹²⁸, el PVPS ha estado en vigor desde el 31 de julio de 2013 hasta junio de 2015, y en el momento de su finalización 2.768 personas tenían reconocido el derecho de asistencia sanitaria por esta modalidad y otras 381 estaban pendientes de resolución, por lo que aún no podían acceder a los servicios públicos de salud. Es decir, aproximadamente el 2,2% de las 127.420 tarjetas retiradas a raíz del RDL 16/2012 en toda la Comunitat y el 3,7% de las personas “flotantes” que señalaba el Secretario Autonómico de Sanidad, podían recibir asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos.

Tal y como señala ODUSALUD, entre las incidencias que ha registrado este Observatorio en los dos años de funcionamiento del programa, sólo el 53% de las personas lo había solicitado y de los que lo hicieron sólo el 16% fueron aceptados. Entre las causas de este bajo nivel de cobertura se señalan: los requisitos exigidos que impedían el acceso a determinados grupos de población; de quienes cumplían los requisitos, pocos podían acreditarlos documentalmente por las dificultades administrativas y el coste que requerían; la falta de información y difusión por parte de las autoridades; y finalmente la incapacidad para formar adecuadamente en el Programa al personal de los centros sanitarios para su tramitación (ODUSALUD, 2015).

A continuación, se presenta el análisis de cuáles son las dificultades que los entrevistados señalan en el acceso a la protección de la salud a través del PVPS, estructuradas en dos ámbitos diferenciados: por un lado, las deficiencias relacionadas con el diseño del programa y su falta de difusión y visibilidad tanto entre los potenciales beneficiarios como entre los profesionales de los centros sanitarios encargados de gestionarlo; y, por otro lado, los requisitos que presenta el Programa y que mantienen las barreras en el acceso a la protección a la salud.

127 Esta afirmación la realizó el Secretario Autonómico de Sanidad en el Debate sobre el Derecho a la salud, celebrado 7 de mayo de 2014.

128 Información facilitada, en abril de 2017, por el Servicio de Aseguramiento de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a partir de los datos del Sistema de Información Poblacional (SIP).

4.2.1. Deficiencias en el diseño e invisibilidad del Programa

A pesar de que inicialmente el PVPS fue bien recibido entre las entidades sociales, las personas entrevistadas señalan la existencia de importantes anomalías en el diseño y puesta en marcha del Programa, que dificultan su funcionamiento y ante las que no ven que los responsables sanitarios hayan propuesto soluciones.

Una primera carencia está relacionada con la falta de participación de expertos o colectivos con experiencia en este ámbito, por lo que se percibe que se trata de una medida diseñada en los despachos políticos, que no toma en cuenta aspectos relevantes de las necesidades de las personas y que, finalmente afecta a la garantía de la protección de la salud. Así, se señala que, en anteriores procesos de diseño de las políticas públicas sanitarias, se ha contado con el asesoramiento de diferentes colectivos profesionales vinculados al ámbito sanitario. En el caso actual, se denuncia la falta de coordinación previa con los trabajadores sociales del ámbito de la salud, que tienen un mayor contacto con los más vulnerables y, de forma específica, con la que se encuentra en situación irregular, pudiendo haber ofrecido una perspectiva más ajustada a la realidad, conocimiento de las necesidades que plantea y orientación sobre el contenido adecuado del PVPS para responder ante esta realidad:

«Antes sí que lo tenían en cuenta. La Ley de Aseguramiento Sanitario salió con reuniones de trabajadores sociales sanitarios que decían lo que realmente debería tener a nivel de asistencia sanitaria la población inmigrante. Y tenía lo básico. En estas no. En estas, las instrucciones las hicieron ellos, el Programa salió de ellos. Y cuando ya salió el borrador, eso era ya para salir. Además, te lo dicen, justo, en el mes de julio para salir en agosto» (Trabajadora social-Organización colegiada).

A modo de ejemplo, se alude a los diferentes instrumentos de los que disponían para favorecer esa asistencia antes de la entrada en vigor del RDL 16/2016 y que no recupera el PVPS. Los entrevistados hacen referencia a la extensión de la protección de la salud a través del grupo especial de protección para la población sin recursos (modalidad de atención a las personas sin recursos económicos y a la Tarjeta Solidaria) que permitía ofrecer atención a las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

«Aquí en la Comunitat Valenciana hemos pasado de tener un sistema de protección sanitario que amparaba, con el Decreto 88/89 a todos los inmigrantes, se buscaban cajitas, o sea distintos registros para poder darle la atención sanitaria a cualquiera, a darles a muy poca gente. Incluso quedarse fuera gente con problemas sanitarios, como una adicción, por ejemplo, o cualquier otro tipo de patología como un trasplante, o no poder pagar la medicación» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

Las trabajadoras sociales refieren que constituía un procedimiento muy abierto que permitía a los profesionales la inclusión de los pacientes en la asistencia sanitaria, en función de la valoración social que realizaban, a través de diferentes modalidades de atención que recogía la propia aplicación informática, facilitando la gestión. Se señala también que, de forma paralela, existía un espacio de diálogo al interior de la Consellería de Sanitat donde poder valorar las situaciones que generaban un mayor conflicto. Este modo de proceder permitía adecuar la intervención a las necesidades particulares de la población, favoreciendo tanto a los afectados como a la sociedad en su conjunto. Una de las trabajadoras sociales entrevistadas describe cómo era este proceso:

«En un principio las personas que estaban en situación irregular en la Comunitat Autònoma, el único requisito que debían cumplir era estar empadronados en un municipio de la Comunitat Valenciana por un periodo superior a tres meses. Automáticamente, si acreditaban tener unos ingresos inferiores, no recuerdo exactamente, las cantidades iban variando anualmente, no recuerdo si era el Salario Mínimo Interprofesional o el IPREM, ahora mismo se me escapa. Pero era tan sencillo como: tú a la persona le preguntabas ‘¿cuánto ganas?’ Esa persona podía decirte lo que quisiera, porque no había una forma real de comprobar eso. Por tanto, era ‘¿cuáles son tus ingresos mensuales?’. Además, no lo voy a negar, además siempre acompañábamos para que la persona pudiera tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria. Hemos llegado incluso a ver casos en los cuales te decían ¿cuáles son tus ingresos? Pongamos por caso si eran 631 para una familia de dos miembros y te venía a decir 700 euros al mes, de forma encubierta le decías ‘Bueno, dímelo anual ¿todos los meses ganas lo mismo? Si estás un mes de vacaciones que no vas a cuidar a la persona x ¿cobras o no cobras?’ Para poder de alguna manera garantizarlo. Porque si no, pues tú mismo tenías que firmar ese documento diciendo que no. Hacías un pequeño informe social detallando el por qué pedías para esta persona la inclusión en el derecho y esto era la Unidad de Afiliación y Validación de la Conselleria de Sanidad quien acreditaba finalmente a esta persona (...) Teníamos alguna reunión concreta para personas que estaban en situaciones especiales (...) Pero funcionaba, que es lo que al final... Funcionaba tanto para nosotros como para la sociedad, porque teníamos a toda la población cubierta, entonces teníamos una garantía, que eso es algo que creo que es bastante importante tener, hablando en términos de seguridad de que la persona que tienes al lado está bien» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

A pesar de que el sistema al que se hace referencia ofrecía una protección a la práctica totalidad de la población y no se percibía esta situación como problemática, algunos entrevistados sí cuestionan la amplia protección ofrecida desde la Comunitat Valenciana y señalan la existencia de ciertos comportamientos que debían ser corregidos. Afirmaciones como “No puede ser lo de antes” o “No había despilfarro, pero

sí una tolerancia alta” dan muestra de que se podían estar produciendo una cierta condescendencia ante determinadas situaciones, relacionadas sobre todo con la prestación farmacéutica gratuita. A pesar de que se considera importante una adecuada regulación para evitar los excesos, las personas entrevistadas se muestran partidarias de garantizar la asistencia a todos los ciudadanos y que, de forma especial, se atienda a los colectivos más vulnerables, por lo que consideran necesaria la participación de expertos en el diseño y seguimiento de las medidas. Desde ahí, se percibe que se ha producido una pérdida en la garantía de derechos. Este Programa se percibe formalmente como benevolente porque permite el acceso a la cartera básica de atención, pero, en la práctica, supone un retroceso y un endurecimiento de los requisitos respecto a la situación previa al RDL 16/2012. Se trata además de una realidad que afecta a toda la sociedad porque la pérdida de derechos afecta a todas las personas que conviven en un mismo entorno:

«Han evolucionado a peor porque derechos que estaban adquiridos ya, que era este derecho a tener una tarjeta sanitaria, tu médico de atención primaria, tu enfermero de atención primaria, tus derechos a las vacunas, tus derechos a la atención en cualquier nivel como cualquier español, como cualquier ciudadano, pues ha pasado a nada o a casi nada. Porque hay cosas que sí que te las protege la ley, pero estamos viendo que como encima se hace mal, porque ha habido tanta confusión (...) Claramente porque antes tenían esos derechos y ahora no los tienen» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Una segunda característica, señalada como deficiencia del PVPS entre algunos de los entrevistados, es que se trata de una propuesta sin ningún tipo de garantía jurídica del derecho a la salud. El PVPS surge a partir de una Instrucción de la Secretaría Autonómica de Sanidad, de la Agencia Valenciana de Salud¹²⁹ y, por lo tanto, no tiene ningún rango legislativo. Como consecuencia es un Programa dependiente de la voluntad de los responsables de la Conselleria de Sanitat en un momento determinado y sometido a las líneas programáticas de los diferentes responsables políticos. Así lo señalan miembros de las entidades sociales:

“No tiene la fuerza que puede ser una cosa que se publica en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana. O sea, si se publica una instrucción en el DOGV tiene una fuerza. Entonces para nosotros el Programa tiene el primer inconveniente es que esto pasado mañana, el Secretario Autonómico dice ‘Bueno, se suprime este Programa de los Programas de la Agencia Valenciana de Salud’. Y nadie puede decir nada porque es un Programa interno de

129 La Instrucción del Programa Valenciano de Protección a la Salud se encuentra disponible en http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf.

la Conselleria (...) no tiene rango legislativo, no tiene entidad legislativa. Es ¡Programa!” (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

En relación a esto, también se señala que este tipo de diseño posibilita que haya revisiones frecuentes de los procedimientos internos en su gestión, así como el envío de instrucciones desde la Conselleria. Al hilo de estas valoraciones, y aunque no sea objeto de esta investigación, se señala también el establecimiento de protocolos para la asistencia sanitaria en situaciones especiales que ya están protegidas por el RDL 16/2012, como son los menores de edad y las mujeres embarazadas¹³⁰. Estas instrucciones, que son de carácter interno para los profesionales, realizan diversos ajustes en la aplicación del Programa, lo que genera confusión tanto entre los usuarios como entre los profesionales.

196

«Partiendo de la base de que yo creo que están cometiendo una ilegalidad porque no van... ahora vamos a hacer un protocolo para menores... ahora lo vamos a cambiar... ahora necesitan... ¡Nosotras recibimos instrucciones por correo electrónico!» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

El establecimiento de este tipo de procedimientos, tiene como consecuencia situaciones de desatención a menores de edad y mujeres embarazadas, como ha puesto de manifiesto ODUSALUD (2015), pero, además, traslada a los profesionales de los centros sanitarios la idea de que no se puede atender a estos colectivos sin la documentación correspondiente:

«Ha costado mucho, mucha insistencia y muchas personas (...) hacer conocer al resto de trabajadores y trabajadoras que forman parte de sus colectivos, que cuando se encuentren con una embarazada no le pueden decir porque no tiene tarjeta SIP ‘Váyase usted a su casa’. Y claro, ten en cuenta que esto es muy disperso. Porque la atención sanitaria puede producirse en un hospital, pero también en un centro de salud, pero también puede ser una urgencia domiciliaria, por ejemplo. Entonces ¿qué pasa? ‘Como no tienes NIE, como no tienes tarjeta sanitaria, como no tienes SIP...’, ‘si tengo a mi hijo con fiebre ¿no me atiendes?’» (Abogado-Organización colegiada).

130 La atención a menores de edad y mujeres embarazadas, contemplada en el RDL 16/2012, se ve condicionada con la aplicación de nuevos requerimientos administrativos. Pero, además, implica situaciones complejas señaladas por los entrevistados. Por ejemplo, un entrevistado indicaba que, en ocasiones, se plantea el debate sobre si se debe atender a la mujer embarazada sólo por los motivos del embarazo, o ante cualquier otro problema de salud que esta pueda sufrir (ej. una fractura). O el caso de una madre inmigrante que hacía referencia a cómo la denegación inicial de asistencia sanitaria a su hijo implicó también que no pudiera presentar el informe médico en el colegio y, por lo tanto, tuvo problemas serios para su admisión.

Y como tercera característica, señalada reiteradamente por todos los entrevistados como una deficiencia muy importante del PVPS es su falta de visibilidad. Entre los elementos que ponen de manifiesto esta falta de visibilidad es la poca o nula difusión entre los posibles beneficiarios y la sociedad en general, la falta de formación de los profesionales de los centros sanitarios responsables de la recepción de los pacientes y de la gestión de los procedimientos de admisión, así como la falta de supervisión del funcionamiento de este Programa.

En primer lugar, se señala la fecha de inicio, el 31 de julio de 2013, un periodo vacacional por excelencia en el territorio español, por lo que muchos de los profesionales que deberán gestionarlo, entre ellos el personal administrativo de los puntos de admisión y las trabajadoras sociales, así como entidades sociales, etc., se encuentran fuera de sus lugares habituales de trabajo. Las primeras informaciones son ofrecidas a través de los medios de comunicación¹³¹ y, según señalan las personas entrevistadas, en septiembre se realiza una primera difusión de carácter formal en una reunión dirigida a trabajadores sociales del ámbito sanitario y a representantes de algunas entidades que trabajan con inmigrantes.

A pesar de que en la página web de la Conselleria de Sanitat se ofrecía una breve información sobre la solicitud de este Programa¹³², no se realiza ninguna acción de suficiente calado dirigida a su difusión entre el personal administrativo de los mostradores de los servicios de salud, y mucho menos a su formación en las características del mismo. Estos profesionales ocupan un lugar clave en el sistema público, ya que, al realizar la primera atención a la persona se constituyen en puertas de acceso al mismo.

131 La puesta en marcha del PVPS se recogía en diferentes medios de comunicación presentes en la Comunitat Valenciana. Ver:

Sanidad dará asistencia a inmigrantes empadronados desde al menos hace un año. *El mundo* (2013, 1 de septiembre). Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/09/01/valencia/1378055186.html>.

Sanidad devuelve 15.000 tarjetas SIP que retiró hace un año a inmigrantes ilegales. *El Levante* (2013, 2 de septiembre) Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/09/01/sanidad-devuelve-15000-tarjetas-sip/1029052.html>.

Sanidad cifra en 10.000 inmigrantes los que volverán a recibir asistencia sanitaria gratuita. *El Levante* (2013, 5 de septiembre). Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/09/04/sanidad-cifra-10000-inmigrantes-volveran/1029704.html>.

132 La información sobre el Programa Valenciano de Protección a la Salud (PVPS) ha estado disponible en la página web de la Conselleria. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf. Otra documentación del Programa, han sido el modelo de solicitud, el modelo de autorización para el acceso a datos personales y el listado de documentación a aportar. Recuperado de <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/programa-valenciano-de-proteccioin-a-la-salud>. Los documentos estuvieron a disposición pública durante el tiempo de vigencia del PVPS, sin embargo, desde julio de 2015, este enlace se encuentra inactivo.

«Lo que se le achaca al Programa Valenciano es que no se difundió, que la población no sabe que tiene derecho y que al inmigrante no le está llegando la información, y que incluso al trabajador, al administrativo que está en un centro de salud, que es el que recibe, que va y que ve un SIP antiguo que no te sirve porque no tiene derecho. Que no están informando bien, porque no se está transmitiendo bien la información (...) Hay que exigirle a la Administración que informe a sus trabajadores» (Asociación de enfermos crónicos).

Como consecuencia de la desinformación de estos profesionales, se vuelven reproducir las mismas irregularidades y barreras para los “sin papeles”, del mismo modo que en la asistencia en urgencias:

«Es decir, una persona que en un momento dado podía cumplir los requisitos para entrar dentro del Programa y tener esa tarjeta sanitaria, iba al centro de salud, preguntaba por la tarjeta sanitaria, pedía cita, directamente le decían que al no tener papeles no tenía derecho y la mandaban para casa. Ni tan siquiera le preguntaban más por la situación, ni la mandaban a la trabajadora social para que valorara la situación. Es decir, que había una desinformación» (Organización de acogida a inmigrantes).

Esta misma desinformación tiene lugar también entre los posibles beneficiarios del PVPS. Entre las personas inmigrantes entrevistadas no se tiene conocimiento claro de esta posibilidad de asistencia y quienes tienen algo más de información la han obtenido a través de las entidades sociales de las que reciben apoyo. De hecho, perciben que existen cambios en las condiciones de acceso a los servicios públicos, pero sin distinguir claramente cuál es el marco que lo sustenta:

«Ellos cambian la ley, ahora tengo que tener empadronamiento un año. Si llegado un año, yo puedo pedir tarjeta sanitaria. Ahora mi empadronamiento ha llegado un año, yo pedí eso el mes pasado. Ellos me dicen ‘tienes que esperar dos meses para tener la tarjeta Sanitaria’ (...) No me parece bien, quiero decir ¿por qué antes tres meses y ahora un año? Eso es lo que no me parece bien. Sólo digo eso. Ellos lo que hacen no es normal. ¿Por qué antes tres meses y por qué ahora un año? ¿Por qué?» (Hombre inmigrante de Costa de Marfil).

Desde ODUSALUD se toma una posición activa frente a la invisibilidad del PVPS y formación a los diferentes colectivos de interés. Se han realizado acciones de difusión en los propios centros sanitarios dirigidos a informar a los potenciales beneficiarios y donde, en ocasiones, han recibido el rechazo de los responsables; y han realizado diferentes acciones de formación a colectivos específicos, diseño y difusión de materiales informativos¹³³, etc.

133 Algunas de las entidades que han ofrecido información sobre el PVPS son Médicos del Mundo de la Comunitat Valenciana ofreciendo charlas formativas [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/id.3428>; Jo Sí Sanitat Universal [mensa-

«En un momento dado se fue a algunos centros de salud para ver si permitían colgar, ya que desde Conselleria no lo hacían, el colgar información o difusión sobre el Programa, igual que lo hacen cuando hacen una campaña de vacunación, pues cuando quieren informar de algo tienen medios para informar. Pues esto que se supone que es un derecho para determinada población, pues nada, no nos dejaban tampoco colgarlo porque no estaban autorizados para ello. Entonces veíamos que es algo que tienen ahí, pero que tampoco interesa que se conozca» (Organización de acogida a inmigrantes).

Y, de forma paralela, han exigido ante la propia Administración que asumiera esa tarea que, además, constituía una responsabilidad suya¹³⁴:

«Yo me quejaba muy amargamente en la reunión que tuvimos con el Secretario Autonómico y los directores generales. Nos quejábamos muy amargamente. ¡Es que ni un triste poster! Vamos a ver, cuando no hay voluntad no la hay» (Abogado. Organización colegiada).

La falta de visibilidad del PVPS, la desinformación de los profesionales del sistema público, así como la falta de supervisión de su funcionamiento, fue objeto de controversia en el Debate público a lo que se ha hecho referencia anteriormente. Así, David Muñoz, Coordinador del PVPS en ese momento, puso de manifiesto que se habían realizado diferentes acciones con el fin de dar a conocer este programa. Hizo referencia a la reunión mantenida con los trabajadores sociales, que son quienes tramitan el programa; a las reuniones con miembros de la estructura sanitaria del sistema sanitario valenciano como directores y gerentes de los diferentes centros; a su publicación en la web de la Conselleria reflejando la instrucción del Programa, así como su inclusión en la web informativa interna del sistema (INFOSIP), a la que tenían acceso todos los profesionales¹³⁵. Señaló que en la gran estructura sanitaria de la Comunitat Valenciana

je en un blog]. Recuperado de <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/programa-valenciano-de-proteccion-de>; o el propio ODUSALUD, ofreciendo información [mensaje en un blog] Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/2013/11/preguntas-mas-frecuentes-sobre-el.html>; o preparando materiales específicos Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/2014/03/materiales-informativos-dirigidos-las.html>.

134 Ver: El Programa Valenciano de Protección a la Salud, un parche para la atención a inmigrantes. Redacción. Consalud.es Grupo Mediforum (2013, 28 de noviembre) [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.consalud.es/seenews.php?id=8120>.

135 Sin embargo, llama la atención que en el Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 correspondiente a la Comunitat Valenciana (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) no se hace una clara referencia al PVPS. Y la única referencia al RDL 16/2012 es la relativa a la introducción del sistema de facturación de la administración sanitaria valenciana en abril de 2013 a través de mecanismos de facturación y cobro directo (datáfonos) en los servicios sanitarios. Esta medida está dirigida al paciente extranjero desplazado temporalmente a la Comunitat Valenciana, con el fin de favorecer el pago inmediato a través de la tarjeta de crédito bancario.

existen entre “4.000 o 5.000 operadores que se encuentran en los mostradores”, por lo que consideraba normal que se produjera algún problema. Sin embargo, no hizo referencia ni a la existencia de una acción específica dirigida a estos profesionales, que son quienes realizan la primera recepción, ni a acciones dirigidas a los pacientes, ni otro tipo de difusión activa de este Programa.

En este ámbito, un médico de familia del sistema valenciano de salud se dirigía al entonces Secretario Autonómico de Sanidad, Luis Ibáñez, presente también en el acto, del siguiente modo:

«El PVPS, efectivamente, es una alternativa para las personas que se han quedado sin asistencia sanitaria y que va dirigido a las personas irregulares. La realidad que estamos encontrando es que estas personas cuando llegan al centro de salud se encuentran con una persona en el mostrador que lo primero que les plantea (...). Lo que le quiero contar a Luis Ibáñez [Secretario Autonómico de Sanidad] es que ésta es la realidad que nos encontramos cada día. Es que estas personas a mi consulta ya no suben. No suben porque en el mostrador, nada más llegar, lo primero que se emite es una factura, un compromiso de pago, nadie les dice que a lo mejor son personas que se podrían beneficiar de este Programa (...) En concreto la trabajadora social y yo estuvimos el sábado pasado en locutorios, tiendas, lugares donde hay personas inmigrantes y se sorprendían porque no lo conocen» (Médico de familia. Debate).

Sin embargo, aunque el responsable autonómico mostraba su interés en mejorar la situación, respondía con ironía al comentario, limitando la importancia de esta demanda: «Si es un tema de carteles, pues que todos mis problemas sean poner carteles» (Luis Ibáñez. Secretario Autonómico. Debate). Un hecho que, como ya se ha señalado, nunca se ha producido.

Morice (2007) señala que la falta de información es utilizada por los poderes públicos como una forma de desestabilización de los inmigrantes, al tiempo que “esta información no es objeto de ninguna publicidad fácilmente comprensible, de manera que los “sin papeles” están constantemente sometidos a decisiones arbitrarias cuyo sentido no comprenden” (p. 59).

Ante la situación descrita, los miembros de las entidades y los trabajadores sociales entrevistados señalan entre las causas que han motivado este Programa no se encuentra la garantía del derecho a la salud, sino motivos económicos y garantizar la salud pública:

«El Programa Valenciano..., uno de los motivos por el que se nos ha dicho que sale tan bien es porque económicamente era más caro hacerlo de la otra manera. Porque al final, la atención de urgencias es mucho más cara que la prevención y eso lo sabemos todos. Ahí se

metió un tema de salud pública, que también era lógico que se metiera y (...) dices 'Bueno, pues un parche, pero no es la solución'» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Y, fundamentalmente, los entrevistados cuestionan cuál es la motivación real de los responsables políticos con la puesta en marcha del PVPS. Para algunos constituye una acción de carácter ambivalente, ya que se diseña una propuesta que constituye una pantalla, pero sin hacer esfuerzos porque llegue al colectivo al que está dirigida. En definitiva, dirige un mensaje positivo a la sociedad valenciana que se posiciona contra la exclusión, pero sin ofrecer una postura claramente contraria a esta:

«Tengo entendido que el sistema que tiene la Generalitat para compensar ese efecto excluyente es un sistema que sobre el papel podría ser relativamente bueno (...) pero me da la impresión de que se pasa la consigna de que, bueno, eso está pero que no se aplique. Entonces no se informa, o se pasa la consigna de que no se informe a las personas, a los usuarios de aquello a lo que tienen derecho» (Centro de promoción de la integración).

4.2.2. Barreras administrativas

El otro elemento que limita la acción del PVPS se relaciona con las condiciones y requisitos que deben cumplir los inmigrantes en situación irregular para poder acceder a las prestaciones sanitarias. El hecho de fijar condiciones o establecer protocolos, así como los modos de gestión administrativa de complejidad creciente, muestran su capacidad para impedir el acceso al sistema sanitario de la población extranjera en situación administrativa irregular. Es decir, la burocracia administrativa se convierte en una herramienta para establecer límites y fronteras en el acceso a los servicios públicos de salud.

De hecho, Porter y cols. (2015) señalan colectivos concretos que podrían quedar excluidos de la asistencia sanitaria a través del PVPS, como se recoge en la tabla 24, debido a su imposibilidad de cumplir las condiciones fijadas.

Tabla 24.: Grupos vulnerables frente al PVPS.

Personas sin hogar (imposibilidad de conseguir empadronamiento)
Personas exrecluidas (sin documentación y sin empadronamiento)
Víctimas de violencia de género que no están empadronadas
Solicitantes de protección internacional que carezcan de pasaporte o lo hayan entregado en la Oficina de Asilo y Refugio (OAR) del Ministerio del Interior
Solicitantes de estatuto de apátrida (dificultades burocráticas y administrativas)
Solicitantes de protección internacional y apatridia
Personas con su solicitud de residencia presentada y en trámite
Ascendientes de ciudadanos de la Unión Europea con permiso de residencia
Personas con enfermedades crónicas que no cumplen los requisitos del PVPS

Fuente: Porter y cols. (2015).

Las personas entrevistadas señalan que los requisitos establecidos por el PVPS constituyen en sí mismas barreras para el acceso a este Programa, tanto por la imposibilidad de cumplirlos como por las dificultades que surgen de forma permanente para acreditarlos. Es el caso del empadronamiento, la existencia de intervalos de tiempo en el que la persona queda desprotegida, el periplo que hay que realizar para obtener los documentos acreditativos o la gestión informática que, al igual que en la asistencia en urgencias, bloquea en muchas ocasiones la asistencia a los pacientes.

El PVPS exige el certificado de empadronamiento que garantice la residencia efectiva y continuada en algún municipio de la Comunitat Valenciana al menos durante el año previo a la presentación de la solicitud. Con anterioridad se ha hecho referencia a que este requisito había generado dificultades en la atención a los inmigrantes en el marco de la LODYLE y cómo en la Comunitat Valenciana se había generado un procedimiento para garantizar la asistencia a las personas que no estaban empadronadas y, a juicio de las personas de las entidades sociales, la exigencia del empadronamiento constituye un retroceso. El certificado de empadronamiento histórico implica un registro continuado en el tiempo, que es difícil de conseguir para los “sin papeles”. Por un lado, por las dificultades para tener un domicilio estable bien por la temporalidad de los trabajos o las condiciones de las viviendas:

«No todo el mundo tiene el pasaporte en vigor, y no porque no quiera, sino porque a lo mejor no tiene los medios económicos suficientes para hacer las gestiones oportunas; o no todo el mundo está empadronado, y no porque no quiera, porque a lo mejor vive en una habitación, donde vive no le empadronan, o bien es temporero y trabaja pues hoy durante tres meses en València, pero luego se va a la campaña de Lleida o se va a Andalucía. Es decir, es gente que no tiene por qué tener un empadronamiento continuado» (Organización de acogida a inmigrantes).

Y, por otro lado, el registro de empadronamiento de los ciudadanos extracomunitarios sin permiso de residencia permanente tiene caducidad, sin embargo, no hay garantías de que las personas afectadas conozcan la obligación de renovar el alta en el Padrón municipal. Como consecuencia, se producen periodos en los que estas personas, aun residiendo en la Comunitat Valenciana, no se encuentra empadronadas. Estos vacíos temporales quedan reflejados en el certificado de carácter histórico que se solicita al interesado en el PVPS, por lo que constituye un motivo de denegación:

«El Programa Valenciano, entendemos que para evitar situaciones de movilidad nacional lo que hizo fue poner un año mínimo de empadronamiento en cualquier municipio de la Comunitat Valenciana (...). Aquí se da otro problema en el que no habían reparado muchas de estas personas es que, a nivel de la oficina de empadronamiento, si pasan dos años y estas personas no solicitan el continuar empadronados, se les da de baja. (...). Los inmigrantes en situación irregular tienen que renovar la situación de empadronamiento. La forma de acreditar el tiempo de empadronamiento en la comunidad autónoma era un certificado histórico, en el que viéramos desde cuándo estaban empadronados ¿Qué ocurre? Que muchos estaban empadronados tres meses, cuatro meses, y llevan viviendo en València ocho años. Lo denegaban ¿vale? Ahí han sido muy estrictos» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

Los entrevistados llaman la atención sobre el hecho de que los procesos de enfermedad requieren atención en el momento en el que se producen, por lo que establecer un periodo de un año para poder ser atendido supone alargar procesos de manera innecesaria. Pero, también señalan que este tiempo se dilata con frecuencia por la duración de los procesos administrativos que se suceden desde la presentación de la solicitud hasta que esta es aceptada, o el caso de las personas que se encuentran en trámites para obtener la autorización de residencia en España y no pueden optar al PVPS:

«Hay determinados espacios de tiempo, por ejemplo, cuando una persona está en trámite de la tarjeta de residencia tiene como un lapso de tiempo en el que no puede estar dentro del Programa. Hay muchas lagunas por las que no se puede beneficiar todo el mundo» (E04).

Igualmente, las personas beneficiadas por el PVPS se ven abocadas a estar realizando trámites administrativos de forma permanente, unos trámites que muchas de ellas desconocen. El periodo de vigencia del Programa es de un año y debe solicitarse antes de que este finalice para impedir que la tarjeta quede invalidada. Además, la caducidad de esta tarjeta sanitaria queda condicionada a la vigencia del pasaporte del paciente, de modo que, si éste caduca antes de que transcurra el año, la tarjeta también lo hace, y la persona debe solicitar la renovación en las mismas condiciones ya señaladas.

Se producen casos como el de Hadid, ciudadano senegalés, para quien estos trámites resultan desconocidos y pese a haber obtenido la tarjeta sanitaria a través del PVPS, no ha recibido información suficiente. Él nunca había ido al médico hasta que le detectaron diabetes. A partir de ahí ha estado recibiendo asistencia sanitaria y tratamiento a través del PVPS. En una ocasión, al ir a la farmacia a recoger sus medicamentos le informaron que su tarjeta sanitaria estaba bloqueada debiendo pagar el total del precio establecido, sin reducción de ningún tipo. Ante la imposibilidad de asumir un pago que superaba los cien euros, él acudió a una entidad social desde donde se le acompañó para tratar de ver qué es lo que ocurría y descubrió que la tarjeta sanitaria del PVPS estaba vinculada a la vigencia de su pasaporte, por lo que, si éste caducaba, también caducaba su tarjeta sanitaria, aunque no hubiera transcurrido un año desde su concesión o su renovación. Hadid afirma que en ningún momento se le había informado de esta posibilidad por parte de quienes tramitaron el PVPS. A la complejidad creciente de los requisitos y su tramitación se une la falta de información y seguimiento por parte del servicio público, sin embargo, se traslada al paciente tanto la responsabilidad por no realizar adecuadamente los trámites administrativos, como sus efectos:

«Porque un día mi tarjeta sanitaria está bloqueada. Porque no puedo ir a comprar ningún medicamento (...) Y no tengo dinero para comprar (...) Casi cien euros o más (...) Luego se ha visto que la culpa es mía porque se ha caducado mi pasaporte (...). Si falta un mes o mes y medio para caducar, tengo que venir a solucionar los papeles otra vez para que el tiempo que vaya a caducar este el otro ya haya salido. Porque tenemos que hacerlo, cada tarjeta, cada año. Entonces si esa falta, porque como no tengo papeles, si falta al año, un mes o mes y medio para caducar, tengo que ir, coger el histórico y... y fotocopia de mi pasaporte y la tarjeta sanitaria que tengo, y tengo que ir a darla a trabajo social para que vuelvas a meter» (Inmigrante senegalés).

El funcionamiento del PVPS demanda del interesado la presentación frecuente de documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que el programa establece. Para ello, la persona debe realizar una itinerancia permanente entre administraciones y oficinas que termina dilatando el proceso. Este hecho constituye un reto eco-

nómico para la población extranjera en situación administrativa irregular que además se ve obligada a repetir de forma periódica, por lo que el coste de mantener la documentación en vigor supera, en muchos casos, sus posibilidades, tanto por el precio de los documentos como por los desplazamientos que tienen que realizar a las diferentes oficinas consulares, que no siempre están en València. Se ven por tanto obligados a elegir cuál es el gasto prioritario que deben realizar:

«Tú piensa que si yo consigo 95€ para renovar mi pasaporte, para intentar pedir una ayuda, esos 95€ me sirven para comer, para el bonobús, para completar o reunir el alquiler de donde estoy viviendo. O sea, sacar 95€ a día de hoy a mí me supone un descalabro económico» (Inmigrante colombiano).

Los miembros de las entidades entrevistados y los trabajadores sociales refieren situaciones en las que la tramitación administrativa se convierte en una carrera de larga duración, en ocasiones insalvable. A la que, además, se une las condiciones económicas que se exigen para el reconocimiento de este Programa y que se ha establecido que no deben ser superiores a 1,5 veces IPREM:

«Para poder acceder a la tarjeta sanitaria, sí, hay un límite de ingresos (...). Entonces por cinco o seis euros, pues a uno lo dejan fuera, se supone que con 600 euros tienes que vivir y pagarte un seguro privado» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

Por otro lado, se exige otro requisito administrativo a determinados colectivos como los ciudadanos europeos o de Estados con convenios bilaterales con España que incluyen la asistencia sanitaria (Andorra, Chile, Marruecos, Perú y Túnez).

Para evitar dar cobertura a una persona que la tenga ya garantizada por otro Estado al que se le puede transferir los gastos sanitarios, se exige a los potenciales beneficiarios del PVPS el ya citado Certificado de no exportación del derecho asistencia sanitaria emitido desde el país de origen. Este documento, que se solicita en embajadas y oficinas consulares, según los entrevistados es inaccesible para muchas de las personas, como puede poner de manifiesto el hecho de que el 25,6% de las incidencias recogidas en el Registro de ODUSALUD entre 2012 y 2015 correspondan a personas procedentes de la Unión Europea (ODUSALUD, 2015). El motivo principal es que este documento presenta las mismas dificultades que se han señalado anteriormente para cualquier trámite administrativo que tiene que realizar un extranjero. Toda tramitación supone el traslado a las oficinas consulares situadas en las diferentes ciudades españolas¹³⁶ lo

136 Por ejemplo, la oficina consular de Rumanía más cercana a València se encuentra en Castellón.

que implica un desembolso económico que se añade a las tasas por la tramitación y las traducciones correspondientes:

«Fue a su consulado, que además estaba en València tenía esa suerte, (...) para solicitar su certificado y entonces resulta que eso le costaba 85 euros, más que el pasaporte. Luego hay que mandarlo a Perú para que haga la apostilla del documento (...). Entonces le venía a suponer como unos cien euros conseguir ese certificado, más todo el tiempo que supone hacer un documento aquí, que vaya a Perú, que vuelva de Perú y que tal. O sea que eso sigue dejando fuera de la atención a bastantes personas» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

En la mayor parte de estos países el nivel de cobertura sanitaria es mucho menor que el de España, por lo que muchos ciudadanos no tienen derecho a esa protección y por lo tanto tampoco pueden exportarla.

206

«Hay países como Marruecos, cuya población migrante en España es muy representativa, o Rumanía, donde la acreditación del derecho a la exportación, es decir, de que la Seguridad Social de tu propio país de origen te reconoce cobertura médica, es muy difícil y a veces imposible (...) Los funcionarios españoles o determinados funcionarios españoles, de la administración española, están acostumbrados a pensar que todo el resto del mundo es igual que nosotros o nuestro entorno, y no es verdad, no funciona así. En Marruecos, por ejemplo, muy poca gente tiene acceso a la Seguridad Social, muy poca gente» (Abogado-Organización colegial).

Pero, además, las condiciones de la administración pública en muchos de esos lugares ralentizan e incluso convierten en imposible obtener ese documento:

«Con Marruecos, por ejemplo, es marciano. En Marruecos, si la burocracia de aquí es complicada, me parece que la de allí es ya infinita. (...) Son personas que están aquí, que tienen que pedir a una persona de allí que vaya a una administración en su nombre a pedir un papel (...) muchos de ellos vienen de población rural, que desplazarse a lo mejor a una capital es cuestión de un día entero, para ir, pedir un documento (...) que tampoco tenemos definido cuál es exactamente, que se lo manden, que nos lo traigan, que lo traduzca un traductor jurado, y a partir de ahí poner... Claro, operativamente es fatal. Yo creo que he visto dos documentos de esos en un año y pico» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

Y, al mismo tiempo, los entrevistados señalan la incongruencia de que el modelo de gestión altamente eficiente, modernizado y burocratizado del sistema público español, se convierta en una barrera en el acceso a los servicios públicos, tanto en el PVPS como a través de los servicios de urgencia:

«Tienes que ir dando muchas vueltas para llegar a encontrar la puertecita donde se pueda acoger a esos beneficios del sistema valenciano de la salud. Cuando, si hay un programita que impone lo otro, el mismo programita de forma automática podría beneficiar. O sea, no entendemos muy bien que para el establecimiento de un copago tú no tengas que decir nada, porque tú pasas tu SIP y ahí saben todo y te aplican el que toca, pero para poderte beneficiar del sistema sanitario, cuando tienen los mismos datos, tengas que hacer muchos trámites» (Asociación de familiares de enfermos).

En definitiva, se trata de un programa que, si bien a priori determina una serie de requisitos accesibles, en la práctica éstos se vuelven rígidos y difíciles de conseguir, por lo que la complejidad administrativa del PVPS, en lugar de ofrecer una oportunidad de protección a las personas excluidas por la norma estatal, se convierte en una nueva frontera. Se trata de una realidad que denuncian tanto las entidades sociales que trabajan con inmigrantes como los trabajadores sociales del ámbito sanitario entrevistados.

«La burocracia en determinados pacientes, pues en determinadas personas está generando que no entren, porque necesita mucho papeleo que es difícil de conseguir, porque depende de terceros, no depende de ti y entonces pues también está complicando eso» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Aún antes de la entrada en vigor del RDL 16/2012, la burocratización y el establecimiento de protocolos que han acompañado a la transformación del sistema sanitario español en las últimas décadas ya se había manifestado como una de las barreras que dificultan la asistencia en los servicios de salud a la población extranjera (Vázquez-Cañete, 2012). En el caso del PVPS parece reproducirse e incrementarse estos elementos. Hay autores que utilizan el concepto de burorrepresión al referirse al uso de las herramientas administrativas y burocráticas como mecanismos institucionales de exclusión y control social, ya que constituyen un modo de gestión blanda e invisible del orden social (Oliver, Martín, Maroto y Domínguez, 2015). Así, el uso de las herramientas administrativas en el acceso a las prestaciones sociales, que se manifiesta especialmente en el caso de los “sin papeles”, institucionaliza este modo de control de la pobreza y, aunque puede no estar diseñada inicialmente así, la complejidad administrativa y la carga económica que muchas veces va unida a ella, constituye una forma de disuadir a las personas para acceder a sus derechos (Ávila y García, 2013).

No obstante, también los entrevistados hacen referencia a la existencia de determinados casos individuales e incluso colectivos de enfermos que, a pesar de reunir las condiciones establecidas para la exclusión del sistema público, bien por el RDL o bien por el PVPS, han recibido una especial atención por parte de las autoridades sanitarias

y han sido atendidos a través de categorías específicas dentro del sistema valenciano de salud o bien han sido incluidos dentro de este Programa de manera excepcional. Aunque se ha hecho de manera progresiva, enfermos crónicos de especial gravedad, pacientes oncológicos o trasplantados, a los que se han añadido colectivos con enfermedades de carácter infeccioso como tuberculosis o VIH.

«El colectivo de personas con VIH ha tenido ciertos privilegios, entre comillas, porque es una cuestión de salud pública, no afecta sólo a una persona, porque esta gente no ha querido muertos por SIDA encima de la mesa porque esto hubiera sido un escándalo terrible y porque también había cierta sensibilidad política para que esto se solucionara» (Asociación de enfermos crónicos).

Este tipo de acciones, que son bien recibidas, también cuestionan el hecho de que se pueda atender a determinados colectivos de riesgo, pero no a otros, ya que no se extendió desde un inicio a otros colectivos como los pacientes de salud mental o drogodependientes:

«[A los inmigrantes] Les acreditaban el derecho a la asistencia sanitaria por ser una persona con tuberculosis o con sida, aunque no cumpliera el resto de los requisitos, por una cuestión de salud pública se les daba el derecho a la asistencia sanitaria. Pero dentro de ese grupo especial no están ni los toxicómanos ni los enfermos mentales. Entonces, ahí había problemas» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

La Comunitat Valenciana, por razones de interés social y con carácter excepcional, puede proporcionar asistencia sanitaria a personas que no reúnan los requisitos para estar incluidos en los grupos de aseguramiento a través de la creación de un grupo de protección autonómica¹³⁷. Pero, en la práctica, el uso de esta excepcionalidad parece trasladar un doble mensaje por parte de la administración pública. Se mantiene la situación de exclusión para aquellas personas que no cumplen los requisitos, pero ante situaciones de especial riesgo para la salud pública o de alarma social como puede ser las enfermedades infecto-contagiosas, se establecen medidas de protección, de manera en ocasiones algo arbitraria.

«Entonces te llaman de la Dirección XXX y entonces te dicen que cómo es posible que este chico no tenga. Entonces le das toda la explicación de todo el proceso que ha habido. ¡Ah,

137 Así queda establecido como modalidad de aseguramiento del Grupo 2 "Protección autonómica" que recoge el art. 128 de la Ley 10/2012, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la Generalitat de la modificación de la Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana.

pues esto no puede ser! Pues voy a hablar con la Directora XXX'. Habla con la Directora General. 'Oye que han dicho que le van a poner acreditación como situación excepcional o especial'. Se han inventado una acreditación como situación especial (...). Vamos a ver, cuando reciben presiones se inventan algo para acreditarlos, pero el que se calla la boca, vamos como siempre, el que se calla la boca se va con una mano delante y otra detrás. Así está funcionando. No hay unos criterios objetivos, es a salto de mata» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

Las personas entrevistadas en este estudio, tanto trabajadores sociales como representantes de entidades, señalan que se ha tramitado la asistencia sanitaria a enfermos con patologías especialmente graves a pesar de que no reunieran los requisitos establecidos formalmente, pero al hacerse de manera puntual puede tener un carácter arbitrario, al alcance de quienes logran tomar contacto con las entidades o con los trabajadores sociales en los centros de salud, y cuyos casos son lo suficientemente relevantes como para 'ser estudiados'. No supone el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y mantiene a la mayor parte de la población inmigrante en situación irregular al margen de los servicios sanitarios públicos. Ambos grupos de entrevistados perciben que en muchas ocasiones se trata de una medida para prevenir los posibles efectos mediáticos que podrían tener determinados casos por su gravedad y relevancia social¹³⁸.

«En el momento en el que ha habido casos que por su gravedad o por su trascendencia eran susceptibles de ser prensables, pues en seguida ha habido una devoción y una acción inmediata para resolver ese caso concreto. Nunca el resto de los casos. Nunca la inmensa mayoría de los casos. Siempre y únicamente los casos más graves. Que, por cierto, sí que los han resuelto todos (...) No ha habido nunca, por parte de la administración, ningún problema en resolver ese caso» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

En definitiva, desde el propio diseño del PVPS, su inicio y hasta su implementación, se detectan suficientes carencias como para cuestionar que sea una apuesta clara por ofrecer la protección a la salud de los "sin papeles". El diseño de este tipo de Programas, en los que el interesado debe demostrar que reúne un número determinado de

138 En el curso de la investigación, se ha tenido conocimiento de algún caso que ha recibido el apoyo de los responsables de la Conselleria debido a una situación de salud de especial gravedad. Sin embargo, aunque sí se estableció una comunicación informal con la persona afectada, ésta no quiso participar en el estudio por miedo a unas posibles consecuencias, de las que, según afirma, ya ha sido advertida. De este modo, el apoyo específico a un paciente, si bien favorece la recuperación de la salud física, provoca miedo e inseguridad, por lo que no constituye una protección a la persona, ni mucho menos implica la garantía del derecho a la salud.

requisitos a través de evidencias de carácter administrativo, supone la construcción del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria sobre una urdimbre jurídico-administrativa que limita el acceso real a los servicios públicos. El establecimiento de un amplio abanico de exigencias y requisitos afecta a la capacidad de los posibles beneficiarios para acreditarlos, bien porque no cumplen alguno de los requisitos o bien porque aun cumpliéndolos, no tiene medios para documentarlo, construye nuevas barreras en el acceso a la protección de la salud. El PVPS, por tanto, si bien ofrece una oportunidad para las personas excluidas, se trata de una medida parcial porque vuelve a establecer filtros y prácticas que impiden la garantía del derecho a la salud de los inmigrantes irregulares, unos filtros que, en realidad, pueden ser anulados cuando se pretende evitar una situación de alarma o se apela a la beneficencia.

4.3. EL ACOMPAÑAMIENTO EN LOS CENTROS SANITARIOS

Hasta aquí se ha tratado de mostrar cómo los cauces establecidos para la asistencia sanitaria de la población inmigrante en situación administrativa irregular, tanto en la normativa estatal por el reconocimiento de la situación de urgencia, como en el ámbito específico de la Comunitat Valenciana a través del PVPS, presentan barreras que dificultan el acceso a la salud. Ante este planteamiento las personas excluidas ha buscado formas de acceso a los servicios públicos. A continuación, se aborda cómo el acompañamiento en los centros sanitarios por parte de miembros de entidades sociales se ha convertido en una práctica necesaria para garantizar la asistencia sanitaria a este colectivo¹³⁹. Además, se pone en evidencia que para que este tipo de acciones obtengan un resultado se requiere la participación de profesionales del propio sistema sanitario y que, al mismo tiempo, tiene como efecto negativo la limitación de la propia autonomía del “sin papeles”.

El acompañamiento es entendido como un proceso desarrollado en los centros sanitarios en los que el enfermo, que no ha logrado obtener asistencia es acompañado por otra persona a la que se presupone un mayor conocimiento y manejo de los procedimientos, con el fin resolver los conflictos que pudieran surgir.

139 Esto no es óbice para que puedan existir otro tipo de prácticas pero que no han sido explicitadas en el transcurso de esta investigación. Entre todas las personas entrevistadas, una trabajadora social hizo referencia al uso compartido de tarjetas sanitarias. De este modo, con una misma tarjeta acudían varias personas diferentes a consultas médicas, se les realizaban diversas pruebas diagnósticas o tratamientos médicos, lo que junto a la confusión existente en la historia clínica puede conducir a diagnósticos erróneos. Sin embargo, la persona entrevistada prefirió no profundizar en esta cuestión por considerarlo una práctica muy puntual.

«Los acompañamientos consisten en acompañar físicamente a una persona a su centro de salud o a la trabajadora social. Primero para informarla sobre los derechos que todavía tiene y de los que pues, normalmente, muchas veces no están informados (...). Y luego también, a parte de informarle de todo lo que pueden hacer, por ejemplo, del Programa Valenciano de Protección a la Salud, aquí en la Comunitat, acompañarles al médico, intentar hablar con la gente del centro para que sean atendidos aunque les hayan quitado ese derecho, aunque no se trate, por ejemplo, de una urgencia» (Plataforma ciudadana de defensa de la salud).

En la realización de estos acompañamientos juega un papel determinante la existencia de una red social más o menos cercana que favorezca establecer contactos con las entidades sociales, bien a través de familiares, vecinos u otros inmigrantes. Asimismo, es el modo de acceso al que la mayor parte de los entrevistados se refiere al hablar de cómo las personas que sufren la exclusión sanitaria obtienen atención.

«- Cuando los médicos te dijeron que fueras a un médico privado ¿qué hiciste tú?
- No, me fui a mi casa. Sí. A mi casa y una amiga que tengo, que fue la que me trajo aquí [a la entidad social]» (Inmigrante venezolana 1).

El acompañamiento es llevado a cabo por personal de la entidad o por voluntarios, y se produce cuando las entidades detectan casos en los que la persona no logra obtener la asistencia sanitaria que precisa. Además de las barreras existentes en el propio sistema, los inmigrantes también presenta limitaciones que añaden dificultades: bien por desconocimiento del idioma o del funcionamiento sanitario, bien porque la experiencia de denegación del derecho, los efectos de la exclusión, así como la propia situación de irregularidad, tienen como consecuencia que renuncien a ese proceso. Obtener asistencia, en muchas ocasiones, requiere exigirla, algo difícil para las personas en una situación de doble vulnerabilidad: por la enfermedad y por la irregularidad administrativa:

«Tienes que estar ahí, porque si tú no te pones pesada, significa que realmente no estás enferma. Porque tu situación está fuera de lugar. Eres un indocumentado y nadie puede atenderte realmente si tú mismo no demuestras... no enseñas las ganas... o no llegas a los sitios realmente donde te pueden ayudar» (Asociación de inmigrantes subsaharianos).

La trabajadora social de una entidad de atención a inmigrantes establecía una tipología de los profesionales que se encuentran en el sistema sanitario: aquellos que facilitan por todos los medios posibles la asistencia sanitaria y mantienen una actitud desobediente al RDL 16/2012, el grupo de profesionales que desconocen la situación real de la población excluida y creen que todos los inmigrantes son atendidos, y aquellos

que muestran claramente un rechazo ante la presencia de este colectivo en València e incluso asumen actitudes de carácter racista. Gran parte de los entrevistados señalan que el comportamiento de los profesionales que rechazan a los “sin papeles” se debe al discurso que se mantiene desde los ámbitos políticos, un discurso que penetra en todos los ámbitos de la sociedad y se hace especialmente grave entre quienes actúan como ‘punto de acceso’ en el sistema sanitario:

«Pues hay de todo. Hay profesionales que sí que están sensibilizados, que sí que lo conocen, que sí que reconocen lo que es la exclusión sanitaria e intentan hacer todo lo que está en su mano para combatirla. Es decir, hay médicos que son desobedientes, o personal administrativo o personal sanitario que es desobediente a lo que es Real Decreto y sí que atienden, o intentan buscar los cauces para que las personas sean atendidas y no facturar (...) Porque tienen un deber deontológico de atención, de primar la salud ante otras situaciones más burocráticas o administrativas. O porque creen en lo que es el derecho a la salud o a la sanidad universal. (...). Luego hay gente que lo desconoce y a lo mejor el discurso puede ser que se atiende a todo el mundo, que no hay ningún problema, que todo el mundo es atendido. Pero no ven que hay gente que deja de ir (...). Hay médicos y médicas que en un momento dado dicen ¡no, no, pero si atiendo a todo el mundo! Claro, es todo el mundo que le llega, pero antes han pasado por otros filtros (...) Y luego hay personas, pues que utilizan más el discurso más institucional, o también tienen un sesgo pues de prejuicios, racistas (...). Sí que tiene ahí una base preocupante. Preocupante por lo que digo, con bastante sesgo. No digo que sea la mayoría, ni muchísimo menos, pero con algunas personas sí que se instaura lo que muchas veces se repite en algunos medios de comunicación. E incluso se alienta con estas políticas a través del gobierno. Y es la discriminación y lo que pueda ser el tema de fomentar prejuicios racistas. Entonces, sí que te encuentras a veces con ese discurso (...) Hay gente que tiene esa idea que los inmigrantes no tienen por qué tener derecho a tarjeta sanitaria o que abusan de lo público. Entonces pues eso, a veces se respira. También en los centros de salud, con ciertas personas. Con muchas no, claro. Hay de todo» (Organización de acogida a inmigrantes).

Junto a los acompañamientos, se ha venido produciendo una derivación de los pacientes desde las entidades hacia los diferentes centros de salud con los que se establece una coordinación, fundamentalmente con las trabajadoras sociales. De este modo se garantiza que el paciente sea orientado adecuadamente en el centro sanitario y reciba atención sin que sea necesario un acompañamiento físico, sobre todo teniendo en cuenta que los servicios de trabajo social también constituyen una puerta de entrada al sistema sanitario ya que, a pesar de la exclusión de la asistencia sanitaria establecida en el RDL 16/2012, todas las personas pueden acceder a este tipo de servicio aunque no tenga reconocidas las prestaciones sanitarias:

«La información que pudiera dar una trabajadora social en un centro de salud eso nunca jamás tuvo un precio real (...). La puerta de entrada continuábamos siendo nosotros» (Trabajadora social-Centro de Salud 1).

En el trabajo de campo se ha podido constatar que las entidades de ODUSALUD conceden gran importancia al papel que desempeñan estos profesionales en la información, asesoramiento y gestión de los procedimientos, así como en la identificación de las situaciones de vulnerabilidad del derecho a la salud, por ello se busca una mayor implicación de este colectivo en las acciones a favor de las personas excluidas.

Resulta de interés señalar que desde el Col·legi Oficial de Treball Social de València se han realizado diferentes actividades en defensa del derecho a la salud (como por ejemplo la Mesa-Debate “Trabajo Social y el Derecho a la protección de la salud” realizada el 12 de noviembre de 2014). Igualmente se han emitido informes a la Conselleria denunciando la situación de exclusión y la complejidad de los procesos administrativos que revertían en una menor protección. Algunas de las profesionales entrevistadas afirman que tratan de mantener una postura crítica ante la situación que entienden de vulneración de derechos fundamentales. Denuncian que la Conselleria les ha solicitado que elaboraran informes sociales específicos para que fueran atendidas las personas con una situación de salud especialmente grave, a lo que se han negado por considerarlo un trato discriminatorio:

«Se nos pidió que aquellas personas que viéramos que estaban en una situación muy crítica las acreditáramos con un informe y nuestra reacción fue ‘o todos o ninguno’. La situación de salud es algo mutable (...). Por lo tanto, vamos a tener una cobertura general, generalizada para todo el mundo y no solamente por este tipo de casos porque te vayan a acabar saliendo en prensa» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

Al mismo tiempo, denuncian que existen presiones para que sólo se tramiten los expedientes que cumplieran todos los requisitos, con lo que, en la práctica, se deniega a determinadas personas la posibilidad de solicitar el PVPS:

«Yo no le voy a negar la tramitación a nadie y que les digan, que no se lo dicen por escrito y ahí también están cometiendo una irregularidad. Porque el derecho administrativo dice que tú tienes que denegar lo que deniegues por escrito. A mí me envían un correíto y me dicen ‘Esta solicitud no ha sido aprobada, comunícaselo al paciente’. Y entonces yo tengo que llamar por teléfono y comunicarle que no ha sido aprobada. Entonces les digo [a los afectados] que lo pidan por escrito» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

Por otro lado, en relación a la acción desarrollada por los profesionales sanitarios

del sistema público (facultativos, especialistas, etc.), ésta se produce cuando los cauces normales de coordinación con los servicios públicos resultan insuficientes o fracasan. Se trata de atenciones como consultas especializadas, pruebas diagnósticas o controles periódicos, a pacientes a los que no se les reconoce el acceso a las prestaciones:

«—Cuando te refieres a ‘alguien que nos abra las puertas’ ¿a qué te refieres en concreto?
—Pues me refiero a trabajadores de la sanidad, por ejemplo, que busquen los recovecos, la manera de atender a la gente evitando esa facturación (...). Cuando en urgencias no le van a solucionar porque lo malo es que, si le pasa algo de verdad, o necesita una serie de pruebas, o un tratamiento continuado no se lo van a dar en urgencias. Entonces ahí entra el contactar con médicos, con gente que consigan darles atención, aunque no tengan la tarjeta y consiga un tratamiento continuado y las pruebas que le hagan falta hasta que se cure» (Plataforma ciudadana de defensa de la salud).

214

Se trata de prácticas que requieren que determinados profesionales estén dispuestos a prestar esta asistencia sanitaria fuera de los cauces establecidos asumiendo los posibles riesgos que conllevan. Estas acciones son valoradas positivamente y consideradas justas por los entrevistados, tanto los miembros de las entidades sociales, como los profesionales del sistema público, porque se producen en un contexto de exclusión: “Pienso que la desobediencia, en este caso, es justa” (Profesional de la salud-Sociedad científica). Los entrevistados que hacen alusión a ellas, estiman que forman parte de los principios éticos que deben prevalecer en la asistencia sanitaria, como un modo de garantizar el acceso a los servicios sanitarios que han quedado vetados para la población inmigrante irregular. Así son asumidas como un modo de desobediencia al RDL 16/2012 y de respuesta social frente a lo establecido por los responsables sanitarios:

«La buena praxis de los profesionales no dejó que esto ocurriera porque antepusieron los principios, en este caso de beneficencia y no maleficencia, a lo que se pudiera estar ordenando. Es decir, hubo médicos que, tras su jornada laboral de seis, siete horas, ocho, nueve, las que fueran, tuvieron que dar atención, con el peligro que lleva no registrar esta atención, es peligroso evidentemente, pero sí dar una serie de pautas: ‘Pues usted lo que tiene es una gripe común, que lo que debe hacer es acercarse a la farmacia, aquí tengo unas muestras, tome’» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

Para muchas de las personas excluidas de la asistencia sanitaria, este mecanismo ha sido la única posibilidad de poder acceder a un diagnóstico y un tratamiento médico. Para Fatija así ha sido desde que encontró una entidad que le pudiera ayudar. Llegó de Marruecos en el año 2010, nunca ha tenido permiso de residencia y trabajo y aunque al principio tuvo tarjeta sanitaria la perdió con el RDL 16/2012. Desde que llegó

a España su principal actividad ha sido el cuidado de personas mayores, sin embargo, ninguna de las familias ha estado dispuesta a hacerle un contrato de trabajo. Desde hace tiempo la salud de Fatija se ha deteriorado y tras acudir al servicio de urgencias de un hospital valenciano, donde la atendieron después de firmar un compromiso de pago, y posteriormente le ha llegado la factura.

«—Me dijeron ‘Tú no tienes seguro, tú no tienes tarjeta del médico’

—¿Quién te dijo eso? ¿En el centro de salud?

—Sí. Yo me fui a urgencias y me dijeron ‘Tú no tienes seguro. Tú no’.

—¿Te devolvieron la tarjeta?

—No, no me devuelven, se quedó en el médico. No me quisieron dar, ‘Tú no tienes derecho para ir al médico’

—¿Eso fue en urgencias?

—Fue en urgencias. Ahora tengo muchas facturas para pagar» (Mujer inmigrante marroquí).

A raíz de esta experiencia decidió no volver al hospital porque no podría hacer frente al pago de otra factura. Un día vio un cartel en el que una entidad social ofrecía ayuda a las personas que se encontraran en situaciones como la suya y ella decidió pedirle: «No, esto es muy fuerte, estoy mal, siempre, siempre vomitando. La única solución es venir aquí. La única solución. La única solución». A través de esta entidad, Fatija ha podido acceder a la consulta de un especialista del sistema público, hacerse pruebas y obtener un tratamiento que sigue actualmente. Con cierta periodicidad regresa al centro médico para controlar su enfermedad, aunque siempre fuera de los horarios establecidos formalmente, mientras tramita el PVPS. Ella sabe que, por el momento, le atienden sin tarjeta sanitaria y es prudente a la hora de hablar de su situación, aunque se siente muy agradecida a las personas que le están ayudando, tanto en la entidad como en el centro médico:

«Es muy buena persona. [En el centro de salud] No me dan [cita] para hacerme la prueba. Ella me da la prueba. La médica, amiga de ella, y ahora me ha dicho que tengo microbios en el estómago (...). La médica va a llamarme para darme otro medicamento y hacer otra prueba. Ahora yo espero a ella (...). En urgencias me ha dicho que no tengo derecho para dar el médico, el especialista (...) Porque en urgencias no hace nada, sólo darme medicamento» (Mujer inmigrante marroquí).

La desobediencia de los profesionales sanitarios es una práctica extendida en gran parte del territorio nacional y ha sido también objeto de atención por parte de la Oficina del Defensor del Pueblo, que ponía de manifiesto en uno de sus informes la preo-

cupación por este tipo de formas de atención debido a la dificultad y falta de seguridad que supone la asistencia sanitaria a través de procedimientos no regulados, especialmente en aquellos potencialmente peligrosos (Defensor del Pueblo, 2013).

Al mismo tiempo, el acceso a este tipo de atención no siempre es fácil. En la mayoría de las ocasiones se produce a través de la coordinación establecida por una entidad de carácter social y para ello, es necesario tomar contacto con ella, o mantener una mínima red social que posibilite ese contacto y que aprecie su situación como prioritaria. Por lo tanto, constituye un agravio comparativo con las personas que viven de un modo más aislado:

«A groso modo fuimos de alguna manera solventando los casos más graves con una serie de subterfugios y demás siempre un poco alegales, porque no eran plenamente legales, además generaba un agravio comparativo que no era justo. No podíamos estar dándole a una persona la atención porque tuviera un diagnóstico 'x' y no a otra persona con un diagnóstico 'y', considerado no grave ¿quién considera qué es grave y qué no es grave?» (Trabajadora social-Centro de salud 1).

La mayor parte de los entrevistados, y así también lo ha denunciado ODUSALUD, señalan que sólo se está pudiendo ofrecer este tipo de acompañamiento y atención a una parte mínima del colectivo afectado. Constituye lo que han denominado efecto iceberg¹⁴⁰, ya que no se tiene conocimiento de la situación real de la mayor parte de las personas excluidas del sistema público.

De este modo, la asistencia sanitaria se convierte en una frontera situada al interior del territorio, en la que se deja fuera a las personas que no pueden acreditar cumplir con determinados requisitos. Las fronteras internas del Estado se sitúan, para Pérez (2011) en los puntos de entrada o de expulsión de la sociedad, es decir, aquellos ámbitos que establecen la inclusión o exclusión en la Comunitat y que determinan el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos extranjeros. Como señala la autora, estas fronteras se vuelven flexibles en determinados puntos donde el acceso a los servicios de protección se vuelve permeable, y donde los profesionales y las mismas entidades mediadoras se vuelven imprescindibles, convirtiéndose en verdaderos agentes de fronteras, en porteros (gatekeeper) según el concepto definido por Ticktin (citado en Pérez, 2011).

En la realidad que se está analizando, por un lado, a pesar de que las entidades no quieren sustituir a las administraciones públicas en su responsabilidad de proteger a

140 Ver: Sanidad deja sin asistencia a 213 inmigrantes en los últimos seis meses. El País (2014, 28 de abril). Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1519218487?accountid=14777>.

la población, como se analizará posteriormente, en la práctica asumen ese papel de manera informal e invisibilizada. Y, por otro lado, los profesionales del servicio público se convierten en verdaderos agentes de frontera, bien arbitrando mecanismos que flexibilizan el control y abren brechas en el sistema para el acceso de las personas excluidas, o bien establecen un férreo control a través del cumplimiento estricto de normas y protocolos restrictivos, alentados por prejuicios y actitudes racistas.

Al mismo tiempo, algunos de los entrevistados perciben que el hecho de desarrollar determinadas estrategias y búsqueda de atención que superen las trabas impuestas con la ayuda de estos porteros, convierte al inmigrante en una persona dependiente del profesional o la entidad, que son quienes finalmente logran que se realice la asistencia. Como consecuencia, la personas afectadas dejarían de tener a su alcance la búsqueda de alternativas en el acceso al sistema público, dado que esta es asumida por los miembros de las entidades o por los profesionales del sistema sanitario que, además, son quienes conocen los entresijos de los procedimientos y pueden diseñar las tácticas adecuadas para alcanzar el objetivo:

«Al final, no capacitamos a las personas, sino que las hacemos dependientes, finalmente, de instituciones y de lo que en ese momento tenga o no que dar la institución» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Se trata de un problema circular en el que el paciente al que se deniega la asistencia acude a la entidad en busca de ayuda y ésta, junto con los profesionales sanitarios se convierten en imprescindibles para seguir facilitando el tratamiento necesario. La falta de autonomía de la población excluida, aunque es vivida de diferente modo por cada una de las personas, termina condicionando su vida. La dependencia, manifestada de múltiples maneras y en relación a diferentes instancias (administraciones, profesionales, organizaciones), es uno de los elementos que configuran la inmigración irregular, pero al mismo tiempo que inferioriza e infantiliza al “sin papeles”, también favorece que en la sociedad se extienda una lógica de favor y beneficencia que sustituye a la lógica del derecho (Morice, 2007).

En el caso mencionado de Fatija, el sentirse acompañada por la entidad le supone protección, aunque sujeta a la disponibilidad de quien le presta ayuda. Sin embargo, en otros casos con los que se ha tenido contacto, a pesar de que se busque la ayuda de las entidades para poder dar solución a las dificultades, no es algo deseado:

«Pensaba que ella podía ayudarme. Sí. Y me ha ayudado. Claro, si tengo confianza en ella puede ayudarme (...) Es muy bueno. Pero lo importante es que una persona no tiene que depender de otro. Tienes que depender de ti mismo (...) Si tú sabes que hay algún lugar

donde te puedan ayudar tú tienes que ir. Pero a mí, estas cosas no me gustan (...) porque yo quiero trabajar para cuidar de mí mismo» (Inmigrante senegalés).

Pese al imprescindible papel que en el momento actual realizan las diferentes entidades que apoyan a los inmigrantes, la tutela que ejercen en muy diversos ámbitos también supone limitar su autonomía. El peregrinaje entre instituciones y la servidumbre bien intencionada a la que se somete a este colectivo, constituye un modo de violencia sobre la libertad de la persona:

«Siempre Cáritas se encarga de nosotros (...) Ellos me ayudan (...) Ayudar es una palabra muy buena (...) Pero si yo tengo papel y voy a trabajar, yo me encargo de mi vida. Pero ahora no tengo papel, no tengo trabajo. Cuando estaba en mi país, me encargaba de mi vida. Porque si alguien se encarga de tu vida, tú no puedes hacer todas las cosas que tú quieras» (Hombre inmigrante de Costa de Marfil).

218

En definitiva, el apoyo y la mediación de las entidades y los profesionales sanitarios se convierten en imprescindibles para muchos de los “sin papeles” a la hora de poder acceder a la asistencia sanitaria, pruebas diagnósticas o tratamientos médicos. Sin embargo, se trata de acciones puntuales que rompen las barreras establecidas en el sistema, pero no retornan el derecho a la salud y además les transforma en personas dependientes.

De este modo, se convierte a los inmigrantes que sufren la exclusión en víctimas de la situación creada, que necesitan ser ayudadas –salvadas– como único modo para poder sobrevivir. Pero esto supone una “trampa perversa”, ya que “el victimismo evita cualquier responsabilidad sobre su propia vida y sobre su futuro. Lo cual les hace profundamente débiles” (García Roca, 2010, p. 57).

CAPÍTULO 5

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO

Es pronto para conocer suficientes datos que permitan explicar en profundidad los efectos de la exclusión sanitaria, pero no cabe duda de que el empeoramiento de los determinantes sociales de la salud, como son el aumento del desempleo y el deterioro de las condiciones laborales y de la vivienda, junto con la reducción de las posibilidades de dar respuesta a la enfermedad, que afecta en mayor medida a las personas “sin papeles”, están teniendo un efecto directo sobre esta población (Vázquez, Vargas y Aller, 2014).

Diversas organizaciones han denunciado las consecuencias del RDL 16/2012 en el conjunto del territorio nacional. Amnistía Internacional (2015) señala que se ha puesto en riesgo la salud de las personas excluidas, en muchos casos con enfermedades crónicas o con dolencias que requieren un diagnóstico en profundidad que sufren desatención. Igualmente, la Red Acoge (2015) señala que entre las personas que atienden en sus centros, ha aumentado considerablemente las personas que sufren que no pueden acceder a los servicios públicos de salud, entre los que identifican menores no atendidos, inmigrantes irregulares, personas que han sido facturadas por asistencia en urgencias y extranjeros con autorización de residencia pero que han sido excluidos de la asistencia sanitaria pública. Por su parte, desde la plataforma REDER se ha identificado a casi 2.500 personas que han sufrido situaciones de exclusión sanitaria desde el año 2014. Esta red manifiesta que entre quienes han tenido dificultades en el acceso a los servicios de salud se encuentran casos de cáncer (n40), diabetes (n85), enfermedades degenerativas (n26), problemas graves de salud mental (n38), situaciones potencialmente mortales sin tratamiento o seguimiento (n34) y casos de enfermedades cardiovasculares, hipertensión o VIH. Entre estos casos se encuentran personas excluidas del sistema por la reforma sanitaria por encontrarse en situación administrativa irregular (68%) y también personas que residen legalmente en España por un proceso de reagrupación familiar

(59 casos documentados). Pero también se encuentran personas que, aunque pudieran tener reconocido ese derecho, no reciben información adecuada en los centros de atención e incluso se les deniega como es el caso de menores de edad, mujeres embarazadas, ciudadanos con pasaporte comunitario o con permiso de residencia válido, nacionalizados españoles, solicitantes de asilo o en trámite de permiso de residencia. Es decir, la vulneración del derecho a la salud se produce de diferentes modos y afecta a personas con características muy diversas (REDER, 2015, 2016a, 2016b). En el ámbito de la Comunitat Valenciana, ya se señaló anteriormente que, entre noviembre de 2012 y septiembre de 2015, se habían recogido 1.338 notificaciones sobre la vulneración del derecho a la salud, de las que el 60% pertenecían a personas “sin papeles”, pero en las que también se habían detectado menores de edad, solicitantes de asilo y víctimas de trata y casos de ciudadanos españoles. Las consecuencias de la exclusión se distribuyen entre diferentes ámbitos de la vida personal: retraso en la atención, automedicación, consecuencias para la salud física y psíquica, deudas con la administración y consecuencias en las posibilidades de regularización (ODUSALUD, 2015).

Entre los objetivos de esta investigación se ha planteado conocer cuáles son los efectos que la exclusión en el acceso al sistema público de salud tiene sobre las personas inmigrantes en situación administrativa irregular de la ciudad de València, a partir de la percepción de quienes conviven de forma cotidiana con esta realidad y que ofrecen un conocimiento de primera mano que permite comprender la profundidad del fenómeno y acceder a la perspectiva específica de cada uno de ellos (Ibáñez, 2000). A continuación, se presentan los resultados obtenidos partiendo de la descripción de sus efectos sobre las condiciones de salud, la necesaria búsqueda de alternativas para dar respuesta a las necesidades de los enfermos, su relación con otros determinantes que profundizan la vulnerabilidad en la que se encuentran los “sin papeles” y finalmente, cómo esta realidad termina incidiendo en la percepción sobre la garantía del derecho a la salud y la necesidad de su defensa.

5.1. EFECTOS SOBRE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El proceso migratorio está motivado, principalmente, por la intención de mejorar las condiciones de vida, fundamentalmente vinculadas al empleo, y la mayor parte de los migrantes están preparados para afrontar las dificultades del proceso migratorio. Posiblemente esto explique la afirmación de gran parte de las personas entrevistadas sobre que la población inmigrante en València es fundamentalmente joven, no tiene una salud deteriorada y muestra menores necesidades de salud que el resto. Estas

afirmaciones coinciden con las pautas de comportamiento observadas entre los inmigrantes con anterioridad al RDL 16/2012 (Regidor, y cols., 2009; López y Ramos, 2009).

Además, tanto los miembros de entidades de ODUSALUD como las trabajadoras sociales, hacen referencia a que entre el colectivo inmigrante se producen problemas de salud similares a los del resto de la población, bien sean enfermedades leves, agudas o crónicas, que forman parte de un mosaico variado que incide de diferente modo en cada persona, bien por sus características personales, culturales o por el entorno en el que se encuentra. A pesar de ello, con la expulsión del sistema público de salud aumentan las dificultades para identificar a los posibles enfermos, detectar las enfermedades y emprender el proceso de curación:

«Todo el mundo puede tener una tuberculosis, si vive hacinado, en malas condiciones, mala alimentación. O puede tener pues una gripe, o puede tener... pues un cáncer, de lo que sea ¿por qué no? Una úlcera de estómago o... y ahí están. No sabemos dónde. No lo sabemos. No lo sabemos. Entonces, pues es terrible» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Añadido a esta circunstancia, se ha generado la incapacidad del propio sistema sanitario de realizar el seguimiento de los pacientes y sus diferentes patologías. Ya se ha señalado que la retirada de tarjetas sanitarias no permite el registro del paciente dentro del sistema de gestión, por lo que, además de impedir la realización de consultas, pruebas médicas, derivaciones o traslados a otras especialidades, imposibilita también el acceso a la historia clínica del paciente, aunque la tuviera con anterioridad. Por lo tanto, si bien se pueda realizar la asistencia en urgencias, como establece el RDL 16/2012, se complica gravemente la posibilidad de ofrecer respuestas integrales frente a la enfermedad.

A pesar de unas buenas condiciones de salud iniciales, la falta de acceso a los servicios de salud tiene unas consecuencias inmediatas que afectan a la persona excluida:

- a) La falta de acceso a los servicios de salud dificulta la asistencia preventiva, por lo que se agravan dolencias que inicialmente podrían ser consideradas leves. Así lo señalan las entidades:

«No es una población que generalmente necesite grandes atenciones médicas (...). A veces, puntualmente, pues surge alguna complicación, pero no es habitual. ¡Pero claro! cuando no se tiene la posibilidad de ni siquiera de tener la atención más preventiva, como está pasando ahora, o más, más normalizada, es cuando empezamos a bailar en terrenos ya movedizos ¿no?» (Entidad de acción social).

- b) Enfermedades graves con diagnóstico tardío y enfermedades crónicas sin el control que requieren. El acceso a los servicios públicos de salud de atención primaria posibilita una asistencia inmediata y cercana desde el inicio de la enfermedad, lo que reduce tratamientos y costes. Sin embargo, se señalan experiencias y ejemplos concretos en los que retrasar la atención por falta de acceso al SNS implica el agravamiento de las dolencias y aumento del coste de la asistencia:

«He tenido un caso de una mujer de 20 años, diabética tipo 1, que finalmente ingresó y se le atendió en coma. Lo cual ha supuesto muchísimo más gasto que si yo hubiera podido tener acceso en mi consulta, o hubiera podido administrarle insulina» (Médico de urgencias. Debate).

- c) Pacientes que habían sido atendidos previamente en el sistema sanitario y que quedan desatendidos, a pesar de que puedan sufrir enfermedades de especial gravedad y que requieren seguimiento:

«Gente que han estado muchos años viviendo en España, que se habían regularizado, se han quedado sin trabajo por la crisis económica y han perdido la residencia. Hemos hecho trasplantes a esa gente y, como se ha quedado sin tarjeta sanitaria, y sin estar regularizado, ya no tiene acceso a medicación, por... ¡un trasplante!, que es una medicación supercara, es hospitalaria. Se crean esas situaciones que son tan estrambóticas que realmente es preocupante» (Trabajadora Social-Servicios Generales).

- d) Suspensión de los tratamientos por incapacidad de pago: es el caso de los pacientes crónicos que no pueden asumir el coste del seguimiento de la enfermedad y de su tratamiento, sobre todo cuando los gastos farmacéuticos son continuados. Por ello, se ven obligados a elegir entre los diferentes pagos a los que deben hacer frente (diferentes controles médicos, tratamiento, etc.) y optan por la automedicación, sin ningún tipo de control por profesionales sanitarios, con el riesgo de un empeoramiento de la enfermedad.

«Fundamentalmente nos llegan bastantes pacientes crónicos que, de repente con la nueva legislación, se quedan no sólo sin poder pagar la medicación, incluso aunque la puedan pagar... me decía un diabético 'Bueno, vale, yo puedo ir consiguiendo pagarme la insulina, pero alguien me tendrá que hacer controles de vez en cuando para saber mi situación', porque un paciente crónico necesita lo que es un tratamiento prolongado (...). Dice 'Y entonces claro, si cuando yo tengo que ir a que me controlen el tratamiento, me hacen firmar el compromiso de pago y luego me piden una analítica y

es otro compromiso de pago, pues eso no lo puedo soportar'» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

Las trabajadoras sociales entrevistadas añaden, además, que el problema del copago farmacéutico afecta incluso a quienes tienen acceso a la asistencia sanitaria. Es el caso de los pacientes polimedcados, que no pueden hacer frente al elevado coste que supone y que deciden, bajo el criterio personal, qué tipo de tratamientos son asumidos y cuáles no.

«Gente que ha dejado de tomar la medicación porque no la ha podido comprar a pesar de tener el reconocimiento, porque igual no hay [dinero]. Casos por ejemplo de un epiléptico con un sueldo entre él y la mujer de unos 500 euros. El neuroléptico viene a costar pues ciento y pico, y me decía 'Bueno, pues acabaré dándome cabezazos contra el suelo cualquier día así porque sí, en la calle. Me cogerá una ambulancia, me llevará al hospital, estaré siete días ingresado y eso a lo mejor costará más que cien euros. Pero claro, yo a mis dos hijos no les puedo dejar sin comer por yo tomarme la medicación'» (Trabajadora Social-Centro de Salud 1).

- e) Autoexclusión de los servicios de salud: se produce por causas diversas, pero con frecuencia motivada por situaciones que generan inseguridad y miedo entre las personas excluidas, bien por conocer que la irregularidad implica no recibir asistencia; por haber tenido una experiencia directa negativa en los servicios de salud; por haber sido rechazados en los puestos de admisión; o bien, por haber recibido el llamado compromiso de pago. La consecuencia inmediata es que la población deja de acudir a los servicios públicos de salud ante la enfermedad, lo que genera sufrimiento:

«Esto está generado por el Real Decreto ¿vale? Son casos concretos: hombre con dolor en la pierna, mujer con dolor vaginal, ... quiero decir que son cosas muy concretas que te pone cara al sufrimiento. Entonces cuando ves uno a uno, cuando ves problemas más gordos, porque podríais elegir [en el registro] problemas que tocan, gente que no cobra dinero y no llega a atenderse porque no firma, porque 'No, yo no tengo dinero. Y entiendo que tenga que pagar, pero yo no voy a poder pagar' (...) Quiero decir que todos estos problemas que están generados por el Real Decreto, nadie se los inventa» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

- f) Deterioro de la salud psicosocial: el sufrimiento al que se está haciendo referencia, el elevado nivel de inseguridad y el miedo que esto provoca, afectan directamente al estado de ánimo de las personas inmigrantes que han sido excluidas. Los entre-

vistados señalan que se producen claramente dos situaciones específicas: por un lado, la incertidumbre que genera el desconocimiento sobre el propio estado de salud y su posible gravedad; y, por otro lado, el miedo a las consecuencias a corto o medio plazo de una posible facturación de la asistencia.

«Se les desmonta todo. A lo mejor es gente que está con una diabetes que acaba de aparecer ‘¿Y ahora qué? ¿Y dónde compro esto? ¿Dónde me van a facilitar las agujas?’ (...) Viven con más miedo. Si no tienes seguridad, lo que tienes es miedo (...) Gente que empieza con una diabetes, ahora tengo diabetes, ahora tengo hipertensión, todo esto. Que llevaban un control, control rutinario y a lo mejor trimestral, quitas esto y se lo estás quitando todo, además generas esa inseguridad y ese miedo» (Trabajador social-Centro de salud 1).

En definitiva, la exclusión sanitaria tiene un efecto negativo sobre distintos ámbitos de la salud física y psicosocial de las personas, que provoca sufrimiento a las personas afectadas:

«Pues las consecuencias son todas las relacionadas con la integridad física, psicológica, de salud, y bueno, supone un incremento de estrés, de ansiedad. Supone un deterioro de salud, supone poner en riesgo su vida, supone la automedicación, supone el no saber lo que se tiene. Supone pues eso, un empeoramiento de la salud dado que no pueden entrar dentro de lo que es la asistencia sanitaria normalizada. Es decir, no tienen acceso a un médico de cabecera, entonces, aunque se supone que sí que tienen derecho a lo que es la asistencia en urgencias, claro, a urgencias van cuando realmente se encuentran mal, cuando ya han sufrido un deterioro de la salud, cuando se encuentran realmente mal» (Organización de acogida a inmigrantes).

- g) Consecuencias sobre la salud pública: muchos de los entrevistados señalan que la exclusión sanitaria también incide sobre la salud pública, de manera especial en el caso de determinadas enfermedades infectocontagiosas que no son detectadas, tratadas ni se realiza un seguimiento de la evolución de los enfermos. Por ello, no es una realidad que afecte sólo de manera individual a la persona excluida o a un colectivo específico, sino que tiene una incidencia sobre el conjunto de la sociedad:

«Lo que se ha visto es que desde la aplicación del RDL 16/2012 el impacto que ha tenido en la población, en la extranjera concretamente ha sido que ha desaparecido. O sea, ha habido una bajada muy relevante en cuanto a lo que es la asistencia, en atención primaria no acuden a los centros de salud. Como además no suelen tener dinero, tampoco llevan tratamientos. Se ha detectado, además que, por salud pública, ahora mis-

mo tenemos colectivos que no sabemos dónde están, que pueden haber venido con enfermedades de sus países de origen y que no están controlados, o que han adquirido aquí una enfermedad y que no está controlada, solamente por urgencias» (Trabajadora social-Servicios Generales).

5.2. USO DE ALTERNATIVAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD

La imposibilidad de acceso a los servicios públicos de salud tiene como consecuencia inmediata la búsqueda de alternativas para dar respuesta a la enfermedad. Entre las prácticas identificadas en el ámbito de estudio se señalan el autocuidado, el uso de los servicios públicos como paciente privado a través del convenio especial fijado por la nueva normativa y el uso de servicios privados.

No obstante, en la búsqueda de otros modos de hacer frente a la enfermedad influye tanto la salud de la persona como su propia percepción ante la enfermedad. Uno de los elementos que han señalado las personas entrevistadas es que entre la población inmigrante excluida del sistema sanitario la preocupación por la salud y la enfermedad se sitúa en un plano secundario y sólo se acude al médico cuando la situación se agrava. Dos pueden ser los motivos de esto. Por un lado, la diferente percepción de la salud, condicionada por los aprendizajes previos en el país de origen y las experiencias en el uso de los servicios de salud, su disponibilidad y accesibilidad. Y por otro, el hecho de que, sin restar importancia a la salud, en la vida cotidiana las necesidades prioritarias son las de subsistencia o aquellas que les permiten obtener los medios para ello. Así lo refieren algunas de miembros de las entidades sociales:

«En primer lugar, el idioma, en segundo lugar, el trabajo, en tercer lugar, la salud. Eso son los problemas fundamentales de los inmigrantes. Y eso lo vivimos todos los días» (Trabajadora social-Organización colegiada).

Entre los inmigrantes entrevistados, sólo han manifestado preocupación por la salud aquellos que sufren una enfermedad grave o crónica, el resto muestran una preocupación relativa e indican que realizan un uso de servicios médicos sólo cuando atraviesan una situación clara de enfermedad, siendo otros los ámbitos prioritarios de atención y en ningún caso se hace referencia a comportamientos preventivos. La preocupación por la salud surge cuando existe un impedimento para el desarrollo de una vida adecuada, y la enfermedad adquiere carácter urgente cuando impide el desempeño de una actividad laboral. El papel que se reconoce a la salud y a la enfermedad en la vida cotidiana se circunscribe a la posibilidad de tener las condiciones físicas para

desarrollar una ocupación laboral y poder así mejorar las condiciones de vida. De este modo se manifestaba un inmigrante irregular con una enfermedad crónica que limita su movilidad:

«Yo trabajo a nivel comercial. Y es a nivel que tienes que plantearte que, si haces algo y cobras, o sea estás ganando dinero. Si no, entonces lo que puede pasar es que te ves sin un duro (...). Al estar moviéndome tengo la posibilidad de intentar generar ingresos. A saber, que estoy en la cama, enfermo por la rodilla, por el tobillo, y que no me puedo mover y no puedo andar... entonces no tengo la posibilidad de intentar ganarme la vida. Aparte de que anímicamente, estoy solo aquí [el entrevistado hace un gesto señalando el suelo], anímicamente quieras o no, el saber que no tienes cómo cubrir tus gastos y las cosas necesarias te afecta en el ánimo, se te va la moral por el suelo» (Inmigrante colombiano).

Esta importancia relativa de la respuesta frente a la enfermedad unida a la exclusión sanitaria favorece las prácticas de autocuidado de la salud. Cockerham (2002) señala que el autotratamiento es un modo de respuesta a la enfermedad entendido como el conjunto de prácticas de “prevención, detección y tratamiento de un problema de salud por parte del individuo no profesional” (p.130). Este modo de respuesta es gestionado por el propio enfermo e incluye prácticas variadas que van desde el consumo de suplementos vitamínicos o remedios caseros, el tratamiento de fármacos sin receta, o el manejo personal de las enfermedades crónicas, y los motivos que promueven estas prácticas son cambios en las pautas de enfermedad que acrecientan la necesidad de cuidados, la insatisfacción con los modelos sanitarios y el aumento de la importancia del estilo de vida sobre la salud y la responsabilidad personal en ella.

En el ámbito estudiado, el manejo de la enfermedad por parte del propio enfermo está muy determinado por la falta de acceso a los servicios de salud, como confirman la práctica totalidad de los entrevistados, que además refieren que la población inmigrante busca la atención en los servicios públicos. Entre las prácticas alternativas más desarrolladas se encuentran la búsqueda de información en las farmacias y el tratamiento de fármacos sin receta, así como el manejo personal de las enfermedades crónicas:

«Algunos incluso cuando están un poquito enfermos, en vez de ir a ver un médico de cabecera, no lo tienen, porque no se lo ponen a nadie, como son indocumentados. Entonces se automedican. Toman la medicación que ni siquiera saben realmente lo que sufren, y eso está pasando, lo vemos todos los días» (Asociación de Inmigrantes subsaharianos).

Este tipo de comportamientos, si bien ofrecen seguridad porque la acción de curar no conlleva unas consecuencias como la asistencia en un centro sanitario público, sí

implica aumentar la incertidumbre sobre la propia situación de salud y sobre los posibles resultados de ese tipo de prácticas.

Gonzalo es un enfermo crónico. Es colombiano y vive en España desde hace más de diez años. La pérdida de empleo hizo que también perdiera el permiso de residencia y de trabajo y ahora se encuentra sin acceso a los servicios públicos de salud. Aunque sabe que reúne los requisitos para acceder al PVPS, ha renunciado a solicitarlo porque no puede hacer frente al gasto que le supone la actualización de la documentación que se le exige y el desplazamiento entre las diferentes oficinas. Si bien señala que su enfermedad no es grave, necesita medicarse todos los días y, de forma periódica, sufre periodos de agravamiento de la enfermedad que le dificultan el desarrollo de una vida normal. Acude a la farmacia para conseguir su tratamiento y allí le orientan, pero él es consciente de que este tipo de prácticas no sustituyen al control médico que debería tener, lo que aumenta su inseguridad y sensación de vulnerabilidad:

«Ya sé el medicamento que tengo que tomar. Simplemente voy y lo compro en la farmacia y ya está. Pero no sé si ese medicamento me está haciendo bien, si me está haciendo mal. Igual me tienen que controlar, porque hace más de un año que no tengo ningún tipo de estos ataques de gota que me daban. Porque la última vez fue en el 2013, dos meses que estuve en cama fatal, sin poder ir al médico (...). A nivel personal es muy frustrante (...). Al saber que no puedes hacer los trámites para acceder por ejemplo al tema de salud, te duele algo, oye pues mira, te aguantas. Te acuestas a dormir, te tomas algo para el dolor y ya veremos. Y entonces a mí ya se me ha convertido como en un, no sé, por decir algo, como un estilo de vida (...) Al no tener esa posibilidad de que te hagan análisis, te hagan pruebas médicas a ver qué puedes tener (...) en parte se me ha vuelto, y sé que es un error, resignación. Te resignas. Pues oye, si no hay más te aguantas y para adelante» (Inmigrante colombiano).

Como Gonzalo, algunos de los inmigrantes entrevistados señalan que han generalizado la consulta en las farmacias y la compra de productos sin receta; así como han extremado el cuidado personal, evitando comportamientos que pudieran constituir un potencial riesgo para la salud. El rechazo a acudir a la asistencia sanitaria pública por miedo, provoca reacciones de hipervigilancia, la enfermedad se ha convertido en un ‘miedo que se añade a otros miedos’ que reproduce conductas de prevención y se evita acudir a los centros sanitarios. Unas pautas de comportamiento que además se extienden entre las personas inmigrantes por efecto de los rumores existentes sobre la experiencia de otras personas afectadas.

«Porque se enteraron de que a un compañero le cobraron 400€ por inyectarle un nolotil, una cosa así. Necesita la gente información, porque lo que no puede hacer es aguantarse dolores, automedicarse o conformarse con lo de la farmacia. Para una gripe, vale. Pero si te

duele algo que no sabes lo que es, ya no te vale la farmacia. Pero si te da miedo acercarte, te aguantas» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

Estos rumores no sólo vienen originados por la propia desinformación de los afectados, sino también por la desinformación existente en los centros de salud que genera alarma incluso en los casos en los que se tiene derecho a recibir asistencia:

«Era una chica rumana, fue al Hospital para que le atendieran por un problema por urgencias y tal. Cuando llega al mostrador le dicen que no tiene derecho a la asistencia sanitaria porque su tarjeta está caducada y tal y le van a hacer firmar un compromiso de pago. Hasta ahí, eso es lo normal que está pasando. Pero, según me dice la madre, de repente el señor del mostrador le dice '¿Usted tiene hijos?' Dice 'Sí, tengo una hija' y dice 'Pues su hija está en la misma situación que usted, no piense que se le va a atender sin compromiso de pago'. ¿Qué pasa? Cuando llega la madre y me plantea eso me dice 'Es que, desde entonces, cada día que me levanto le toco la frente a mi hija para ver si está enferma'» (Trabajadora Social-Entidad de promoción de la salud).

Con respecto al uso de los servicios de salud a través del Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS, regulado por el RD 576/2013 y al que se ha hecho referencia anteriormente, aunque no se trata de una situación común, los entrevistados refieren casos de personas que han solicitado información sobre este convenio. La explicación que se da es que quienes manifiestan interés, buscan dar continuidad a la relación médico-paciente establecida previamente durante el periodo en el que tenía acceso a la asistencia pública. Se hace referencia a la adquisición de una 'pauta constante' de atención de determinado facultativo, que puede ir ligado a la relación con los profesionales, al aprendizaje de procesos de prevención a través de los servicios de atención primaria o a la calidad percibida en el servicio.

«La gente además venía con predisposición, además, quería que el doctor 'x' o la doctora 'y' fuera quien continuara viéndoles porque tenían integrado lo que es la atención primaria, algo que, como decíamos de la prevención y demás, muy importante, muy asentado aquí que a veces no valoramos. Y estas personas venían buscando eso. (...). Bueno, aquí tiene. Firme esto, es un contrato privado entre la persona y la Conselleria de Sanidad, por la cual la Conselleria de Sanidad le va a dar atención como paciente privado» (Trabajadora social-Centro de Salud 2).

Al mismo tiempo, las personas inmigrantes entrevistadas también comparan la asistencia recibida en los servicios públicos de urgencia que luego es facturada con los

servicios privados de salud. Para estas personas, los elevados costes que suponen para los afectados son comparables con los servicios privados, pero no se corresponde con la atención recibida y los tiempos de espera:

«Si cuando me hacen una radiografía y luego me hacen una resonancia, me dicen, pues al final de la corrida [de la asistencia], con medicamentos, lo que te ha costado el médico -y eso yendo a La Fe- te sube a ciento y pico euros, doscientos euros, pienso pues que para eso me pago un médico particular, y ya tengo ese servicio incluido. Pero lamentablemente no vas porque no tienes el poder económico para hacerlo» (Inmigrante colombiano).

Respecto al uso de servicios privados de salud, se trata de una práctica común entre determinados colectivos específicos, como son las mujeres empleadas en el servicio doméstico. Es el caso de Yelena que se encuentra en España desde finales de 2013 y está preparando su documentación para solicitar la residencia por arraigo. Desde que llegó ha estado trabajando cuidando personas mayores como interna. Después de una atención en urgencias debida a un dolor por un esfuerzo realizado movilizándolo a la persona a la que cuidaba, recibió una factura. A raíz de eso decidió hacerse un seguro privado y lo contrató a través de la familia para la que trabaja. La posibilidad de recibir asistencia ofrece seguridad a la trabajadora y también al empleador:

«El seguro fue muy factible. Les expliqué que no tenía papeles y todo y me dijeron ‘No importa, si el señor se hace responsable, pues lo toma él y te pone como beneficiaria’ (...) Yo he hablado con muchas personas que han llegado reciente y les he explicado mi caso con eso. Si pueden comprar un seguro mejor, porque el no saber que en caso de que te enfermes tienes donde acudir, eso de verdad te mortifica» (Inmigrante hondureña).

Entre los miembros de entidades sociales se tiene conocimiento de este tipo de procedimientos referidos fundamentalmente a las empleadas del servicio doméstico que estando en situación administrativa irregular no tienen ningún tipo de cobertura. Son los propios empleadores los que contratan el seguro con entidades privadas y luego descuentan la cuantía de la póliza del sueldo de la trabajadora. Se trata de una práctica que deposita sobre la persona inmigrante la carga económica al tiempo que favorece una posición de control por parte del empleador que, sin embargo, en numerosas ocasiones, no facilita un contrato de trabajo que posibilite la regularización. Se trata, con frecuencia, de prácticas de carácter abusivo.

«Los empleadores, cuando se enteran del tema de sanidad, cuando saben que no pueden tener a una persona en su casa sin ningún tipo de seguridad, ¡porque también te puede pasar algo limpiando una casa, o cuidando a una persona mayor levantándola, haciendo

algún tipo de esfuerzo que también puede pasar algo ahí! A varias compañeras les han hecho que ellas paguen su seguro privado. Maphre, Sanitas, aquí está Mupresa, me parece. Que ellos lo contratan, pero se lo descuentan del sueldo a ellas. Y son 60, 70€ mensuales. Y también es otro atropello, y también es otro abuso, porque si las quisieran dar de alta, o pudieran obtener el permiso de trabajo y residencia, ese dinero iría directamente a la Seguridad Social y no tendría que regarse [dispersarse] por otras empresas (...). Muchas se han quedado así, muchas prefieren pagar ese seguro privado con tal de no tener problemas, o con tal de que después cuando ellas quieran ir a denunciar, no les digan 'NIE por favor', o el DNI y que no lo tengan. Y que al final, las expulsadas terminen siendo ellas» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

Se favorece así una situación de riesgos sumados en los que vive los "sin papeles" (condiciones de irregularidad, empleos mal remunerados y sin contrato y con una mínima protección social) que conducen a la desprotección y la aceptación de condiciones abusivas. En definitiva, las alternativas de las que dispone los "sin papeles" frente a la exclusión sanitaria tampoco constituyen una garantía de protección del derecho a la salud ni favorece las condiciones de vida de las personas afectadas.

230

5.3. INCREMENTO DE LA VULNERABILIDAD DEL INMIGRANTE IRREGULAR

La exclusión sanitaria viene a añadirse, además, a otras circunstancias de dificultad y desigualdad que afectan a los inmigrantes en situación administrativa irregular, que lo convierten en un colectivo de riesgo y que coinciden con las señaladas en la introducción al análisis de este estudio. Como consecuencia, aumentan las condiciones de vulnerabilidad social en la que se encuentra:

«Porque es gente, además, con escasos recursos económicos, que muchas veces viven en unas condiciones que..., justamente son colectivos de riesgo y solamente por eso deberíamos estar más encima de ellos» (Trabajadora Social-Servicios Generales).

Entre las situaciones señaladas se encuentra la situación de irregularidad sobrevenida, la precariedad laboral y económica, la falta de redes familiares o sociales cercanas, la especial incidencia en colectivos ya vulnerables previamente y la creciente vulnerabilidad personal ante la situación adversa.

La irregularidad sobrevenida ha provocado que un importante grupo de personas pierda su autorización de residencia y trabajo. Este hecho afecta a individuos y a familias que habían alcanzado una situación estable en la sociedad valenciana y que,

debido a la pérdida del empleo, se han convertido en “sin papeles”, con dificultades para poder recuperar el permiso de residencia y, además, excluidas de los servicios de protección de la salud. La exclusión, por tanto, también afecta a personas que han construido un proyecto vital estable y que, tal y como señalan Simó, Méndez y Fabuel (2012), son también partícipes de la construcción de la sociedad valenciana:

«Ahora te encuentras con gente que después de quince años de estar aquí, que ha perdido el derecho a residencia por culpa de haber perdido su trabajo, después de haber aportado impuestos directos, indirectos, cultura social, aportación individual, de todo tipo, va y se queda sin poder disfrutar del derecho a la asistencia porque se ha quedado sin trabajo. Porque ya no son ciudadanos aportadores y útiles, no son beneficiarios o titulares de una cuenta laboral. Ese es el escenario actual» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

La experiencia que narran algunas de las personas entrevistadas muestran cómo la irregularidad administrativa condiciona las posibilidades vitales. Es el caso de un inmigrante latinoamericano que señala cómo las dificultades de su empleador, un pequeño empresario, impidieron presentar la documentación legal requerida, imprescindible para la regularización administrativa del trabajador, y lo conduce a él nuevamente a una situación precaria:

«La vida me ha sido muy rara. He tenido por un arraigo en el 2002, creo que fue, el permiso de residencia. No lo pude renovar porque mi jefe en ese momento tenía problemas con Hacienda, no podía presentar ese documento, no hubo manera de renovarlo. Me penalizaron y luego volví a tener residencia otra vez, con permiso de trabajo, pero por circunstancias también, casi similares, quien me tenía que hacer la oferta no reunía todos los requisitos y, cuando encontré una persona que me iba a hacer la oferta, por un día no me regularizaron. O sea, pasó Semana Santa, y hubo un lunes que era fiesta, y cuando fui el martes a la Delegación de Gobierno me dijeron que no. Ya llevo nueve años, otra vez indocumentado» (Inmigrante colombiano).

Esta población se une a los colectivos que se mantienen en la irregularidad, y que desempeñan trabajos precarios en ámbitos tradicionalmente ocupados por inmigrantes: puestos de baja cualificación, poco remunerados y en condiciones especialmente difíciles:

«Porque no tienen un salario justo, no se les reconocen sus periodos de descanso como deberían de ser, por ejemplo, los cuidadores de los ancianos, que eso lo vemos nosotros también en nuestras consultas. Personas que están mañana, tarde y noche. Que a lo

mejor tienen una tarde a la semana libre, el resto quédate con el abuelito demenciado, inmobilizado, lo tienes que movilizar tú, con toda la sobrecarga de la espalda y con todo que conlleva (...) en el campo, unos salarios más bajos, y gente que trabaja en sitios que nadie quiere trabajar. Por ejemplo, a lo mejor pues en carreteras, con el asfalto, en los invernaderos en Murcia, yo qué sé, en tantos sitios» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Como consecuencia de la vulnerabilidad en el empleo, los entrevistados señalan que los “sin papeles” vive en una situación de precariedad económica, que le impide hacer frente a las necesidades fundamentales de forma adecuada, lo que repercute en sus condiciones de vida y el estado de salud:

«Su capacidad de consumo de servicios, su capacidad de compra, de alquiler de vivienda, de tener una dieta adecuada, de disfrutar de ocio, todos estos elementos se han perjudicado (...) además, han perdido el derecho a la asistencia gratuito» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

En muchos casos, las condiciones de vida se reducen a cubrir las necesidades más básicas. Hadid, un inmigrante subsahariano al que ya se ha hecho referencia, reside en València desde el año 2010 y nunca ha podido regularizar su situación porque no ha podido conseguir un contrato de trabajo. Después de realizar diversos oficios, en la actualidad subsiste a base de pequeñas tareas, como la vigilancia de coches en los aparcamientos a cambio de propinas y actividades semejantes. Sus ingresos además de mínimos son intermitentes y apenas le permiten cubrir las necesidades más básicas como la alimentación y la vivienda. Además, debe hacer frente a los medicamentos que necesita para una dolencia crónica:

«Lo que ganas es lo que comes y pagas el alquiler. Nada más. Lo que ganas para que pueda pagar el alquiler donde vivo. Porque no puedo irme a la calle. A la calle no puedo ir» (Inmigrante senegalés).

El proceso migratorio tiene como consecuencia la ruptura con las redes familiares o sociales más cercanas. Este tipo de redes constituye un factor de protección frente a la adversidad, pero requieren de un tiempo para su reconstrucción en el nuevo lugar de residencia. Los entrevistados señalan que la existencia de una red de apoyo incide mucho en la capacidad de la persona para hacer frente a su situación en España:

«Y sobre todo el tener un sitio donde estar de inicio. Eso es fundamental. O sea, yo me voy a España porque tengo la prima de una prima de no sé qué más, que vive en València, que

me acoge. Me da una cama, en malas condiciones, es decir, una vivienda donde vivimos cuarenta. O sea, que no es que sean situaciones dignas. Pero tienen un techo. Y a partir de ahí pues yo me muevo, busco trabajo, no lo tengo fácil, no tengo papeles, no. Pero no estoy en la calle. Los que vienen vía patera vienen a un centro y luego del centro los sueltan (...) Entonces ahí la vulnerabilidad» (Entidad de acción social).

Igualmente, entre algunos colectivos especialmente vulnerables de la sociedad también se encuentran “sin papeles” privados de la asistencia sanitaria. Es especialmente grave entre determinados colectivos de riesgo como los consumidores de tóxicos, o los trabajadores sexuales con una alta incidencia de VIH. Pero también entre las personas sin hogar, entre las que, según las personas entrevistadas, está aumentando las personas inmigrantes en situación irregular:

«Tradicionalmente han sido españoles, pero ahora cada vez más hay otras nacionalidades, porque al final la marginalidad, la situación de deterioro físico, social de una persona, afecta igual a un inmigrante que a un español en el tiempo (...). No, no hace falta mucho tiempo para que una persona se deteriore y al final haga de su vida la calle y caiga escalones. Entonces, hay otras nacionalidades, claro que sí. Cada vez hay más inmigrantes, ¿por qué?, por la realidad de estancia de un inmigrante aquí, por las condiciones. ¿Por qué una persona llega a la calle? Por muchos factores: personales, familiares, laborales, de pérdida de bienes, de vivienda. Entonces bueno, pues los inmigrantes tienen todos los boletos, porque generalmente tienen menos arraigo, menos apoyo, la crisis les ha afectado también, pierden derecho de acceso a cosas, entonces es fácil que nos encontremos con perfiles de gente que vive en la calle de la mendicidad y todo este sector que es población inmigrante» (Entidad de acción social).

Asimismo, entre las personas afectadas por la exclusión sanitaria aumenta la inseguridad y la vulnerabilidad personal. Sobre el colectivo se suman un conjunto de riesgos y miedos que limitan la capacidad de respuesta, favorecen actitudes de resignación y de aceptación de la desigualdad:

«A eso se le añaden los otros miedos que tú ya tienes. De que, si te para la policía y no tienes papeles, de que si te llevan al CIE que, si te deportan, que no encuentres trabajo más fácil, que igual tienes a familia, (...) haces una denuncia y te dicen ‘Documentación’, no la tienes. Te asusta todo. Te asusta el hecho de que te puedan detener, te asusta el hecho de que te puedan encerrar en un CIE y de ahí que te deporten. La cadenita de miedos es más larga» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

La falta de acceso al sistema público de salud refuerza las medidas que expulsan a la población inmigrante fuera del contexto social, condenándola a situarse en un espa-

cio poco visible, en los márgenes de la sociedad. Esta exclusión es vista por algunos de los entrevistados como una forma simbólica de expulsión de la sociedad:

«Cuando se excluye a una categoría de población, como la extranjera en situación irregular, entre otras categorías que se excluyen, directamente se le está catalogando que no tiene cabida» (Centro de promoción de la integración).

En definitiva, constituye un límite en la participación de determinados colectivos en los servicios públicos, introduciendo al interior de la propia sociedad las fronteras del Estado. Se institucionaliza una frontera flexible, pero cada vez más impermeable, entre quienes cuentan en la sociedad y quiénes no. Se trata de un sistema de esclusas normativas y jurídicas, que sirven de herramienta para determinar quién puede estar fuera o dentro del sistema. Exclusas como la desregulación del empleo, la pérdida de vivienda, la pérdida de derechos y de protección de los diferentes sistemas públicos a los que, además, las personas inmigrantes ha visto añadida las dificultades crecientes para la regularización administrativa, alejando las posibilidades de mejorar sus condiciones de vida. En la sociedad (española y valenciana) se produce una fractura entre los ciudadanos extranjeros en función de su situación legal. Por un lado, se sitúan quienes han conseguido una autorización de residencia y trabajo permanente o mantienen las condiciones para ello. Por otro lado, se encuentran las personas que bien han permanecido en la irregularidad o han sufrido una irregularidad sobrevenida (Ávila, 2012).

5.4. EFECTOS SOBRE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Las consecuencias de la aplicación del RDL 16/2012 no sólo repercuten de manera directa sobre las condiciones de vida, sino también sobre otros ámbitos que tienen que ver con la cohesión social y el papel que el derecho a la salud tiene en ello. Las personas entrevistadas perciben que la exclusión sanitaria puede tener también efectos a largo plazo sobre el modelo de sociedad, y hacen referencia, en concreto a las diferentes formas de concepción de este derecho social, al cambio de modelo en el acceso a las prestaciones sanitarias y, finalmente, una dualización de la sociedad entre quienes tienen reconocidos los derechos sociales y quienes quedan apartados.

En relación a la concepción del derecho de salud, los miembros de las entidades señalan que existen diferencias en el modo en el que los inmigrantes entienden la titularidad de este derecho y también las actitudes frente a la sustracción del mismo. Por

un lado, indican que en la mayor parte de los lugares de origen no existe este reconocimiento y la población sólo accede a servicios de salud a través del pago directo. Por ello, carecen de una percepción del derecho a la salud y mucho menos de que exista una vulneración del mismo:

«Ellos no tienen una conciencia social como la podemos tener nosotros de que se vulnera algo. Partimos de que proceden de unos países en los que este derecho no existe, entonces no tienen esa conciencia. La población inmigrante que nosotros atendemos (...) no tiene esa conciencia de que se está vulnerando algo, y de que ellos tienen derecho a algo y que se lo tienen que dar. Son más sumisos. El miedo, la prevención a protestar, es decir, es una característica común en ellos. No tienen esa capacidad. Porque ni siquiera son conscientes de que tienen derecho a algo. Es a veces complicado hacerles ver eso, pero porque su cultura y de donde vienen no tienen eso. Entonces, como que ellos lo perciben como algo graciable. Que te lo dan y ¡qué guay! Y, si no te lo dan, pues no pasa nada ya me busco la vida. No lo perciben como algo que les impide a no ser que tú les hagas la reflexión» (Entidad de acción social).

No obstante, junto a esta realidad, también señalan que las condiciones en las que se encuentra las personas excluidas tampoco son propicias para tomar conciencia de las vulneraciones a las que son sometidas. La suma de vulneraciones a las que se ha hecho referencia anteriormente también condiciona el modo de respuesta:

«Es decir, una persona cuando no tiene las necesidades básicas cubiertas, y no se siente ciudadano, no puede tener esa capacidad de sentirse víctima de algo» (Entidad de acción social).

Entre las personas inmigrantes entrevistadas se producen diferentes posturas ante la consideración del derecho a la salud. Por un lado, quienes entienden que encontrándose de manera irregular en España sólo puede limitarse a cumplir las normas, a la espera de poder cambiar su situación personal, como así entiende un inmigrante subsahariano que reside en España desde hace menos de un año:

«Sí. Hay que respetar la ley, todo normal de España. Si tú quieres vivir aquí tienes que respetar la ley de España. Respetar todas las normas de España. Eso es la vida. Si tú vienes a mi país, tienes que respetar si tú quieres vivir ahí... eso es la vida (...) Lo que pasa, en realidad, nosotros estamos aquí. Tenemos que respetar todo lo de ellos. Lo que dicen ellos tenemos que respetar (...) ¿Qué vas a hacer? Tienes que respetar las normas de ellos» (Inmigrante de Costa de Marfil).

Al mismo tiempo, es percibido también como una limitación y una discriminación frente al resto de la población, que no resulta congruente con el desarrollo y el modelo de sociedad española. Así lo señala esta inmigrante que, con una enfermedad que podría ser grave, se le ha negado de forma reiterada la posibilidad de realizar pruebas para un diagnóstico:

«¿Qué supone? Pues supone atraso. Atraso y que las personas no... yo pienso que eso es como una discriminación. Para mí es discriminación (...) denigrante. Sí, esa es la palabra» (Inmigrante venezolana 1).

Pero, por otro lado, también ha habido personas inmigrantes que perciben esta situación como injusta e insuperable, de la que responsabilizan a las autoridades. En conversaciones informales y en las entrevistas grupales, los inmigrantes planteaban la incongruencia que supone que la administración pública conozca y acepte su presencia en el país, especialmente en aquellos casos en los que han sido trasladados a la Península desde Ceuta o las Islas Canarias por las propias autoridades, pero luego no se les dé acceso a los servicios públicos. Algunos de los entrevistados señalan que llegaron a territorio español en patera y fueron trasladados a la Península, algunos de ellos directamente a València, y señalan que la falta de acceso a los servicios de salud constituye una acción política del gobierno que ignora su presencia en el país:

«Hay otros que entran, hay otros que se van, que les mandan a su país. Si aceptan a los que entran, tienen que darles, darles la salud (...) Hay otros que cuando llegan los ponen a Zapadores¹⁴¹ y los mandan otra vez a su país. Pero no es todos. Hay otros que los dejan» (Entrevista grupal 2).

Algunas de las personas entrevistadas denuncian que, al mismo tiempo que se acepta que estén en España, son tratados por el gobierno como si no existieran: «Estoy aquí. Mal, enfermo. Aquí. Camino por la calle, como aquí» (Entrevista grupal 1). Para este grupo, que se conozca y acepte su permanencia en el país y luego se establezcan barreras a su reconocimiento en la sociedad es 'mirar para otro lado'.

Por otro lado, en relación al cambio de modelo de protección pública de la salud, si bien ya se ha señalado anteriormente cómo se produce esta situación, los miembros de las diferentes organizaciones y los trabajadores sociales muestran una posición unánime y consideran que la nueva norma atenta contra la garantía del derecho a la salud, como queda reflejada en las palabras del representante de una de las entidades:

141 "Zapadores" es el Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) situado en la ciudad de València.

«La publicación de esta norma y el desarrollo de esta norma en las comunidades autónomas es un flagrante atentado contra el ejercicio de un derecho, que además asumíamos que estaba universalizado» (Profesional de la salud- Entidad de promoción de la salud).

Se trata además de una medida que retrocede a posiciones ya superadas en un modelo de prestación sanitaria que tendía a la equidad y que, con independencia del número de personas a las que afecta esta exclusión, es una situación de especial gravedad por la denegación de un derecho vinculado al derecho a la vida y la dignidad humana que, en definitiva, implica desprotección:

«Nos pareció que era algo que no afectase a un número enorme de personas, pero sí era precisamente como un atentado muy, muy grave contra la dignidad de esas no tantísimas personas» (Centro de promoción de la integración).

Para algunos de los entrevistados, el RDL 16/2012 supone también un cambio de paradigma en la protección pública de las necesidades de los ciudadanos. La limitación en el acceso a los “sin papeles” sería un primer paso hacia la transformación del sistema público, pero realizado de modo que sea aceptado por la mayor parte de la ciudadanía:

«Es algo de lo que no se habla, o se habla muy poco en los medios, y que consideramos que es un cambio de modelo. De una sanidad universal hemos pasado a una que es en función de si eres asegurado o beneficiario, si tienes derecho o no tienes derecho en función de tu situación laboral y cotización (...). Es decir, ya es algo limitado, no es universal, no es para todos. Y es también, como pensamos, que puede ser la patita dirigida, en cierto modo, hacia la privatización también de la sanidad. Es decir, que vemos que todo está un poco relacionado» (Organización de acogida a inmigrantes).

Es un hecho que la inmigración irregular ha tenido acceso a las prestaciones sanitarias sólo a partir del año 2000, por lo tanto, este acceso sólo ha sido efectivo algo más de una década. Sin embargo, la reacción de las entidades sociales es muestra de cómo el derecho a la salud ha alcanzado un reconocimiento en la sociedad española de derecho fundamental, garantizado para todos los ciudadanos. La exclusión es vista, por tanto, como algo nuevo en un contexto en el que valores como la equidad y la universalidad se habían abierto camino en una sociedad democrática y que ahora son cercenados al amparo de la crisis económica:

«Es un modelo de una tremenda injusticia social que además no habíamos vivido aquí nunca y que rompe por completo con la convivencia democrática y en paz que se supone que

nos habíamos dado en el modelo de la Constitución del 78 ¿no? Eso es lo que realmente está pasando. Y el tema sanitario es un ejemplo muy claro de eso» (Abogado-Organización colegiada).

Y finalmente, para algunos entrevistados entre las entidades sociales y las trabajadoras sociales, la exclusión sanitaria provoca la dualización, una división entre los miembros de la sociedad, a partir de la diferenciación entre ricos y pobres, entre quienes tienen reconocidos los derechos sociales y quienes quedan apartados, que tiene como consecuencia el aumento del estigma de un colectivo que queda configurado como ajeno, que no tiene cabida en la sociedad:

«Sí, la exclusión, la exclusión efectivamente es un estigma. Es decir, no es una exclusión momentánea o superable. Es una exclusión, en realidad es una exclusión de ricos contra pobres. Que es a lo que se tienden en el modelo de sociedad actual. Es decir, los pobres apartados, con un cordón policial para que no me molesten» (Abogado-Organización colegiada).

Además, el establecimiento de normas jurídicas y administrativas que respaldan formalmente esta división, abarcan aspectos más amplios que el acceso a los servicios públicos al tiempo que constituyen fronteras que son interiorizadas por parte de la ciudadanía, normalizadas y, como consecuencia, se corre el riesgo de que quedan legitimadas socialmente. Así queda reflejado en palabras de un facultativo:

«No solamente es la ruptura de un sistema sanitario por el que se ha peleado muchos años, sino también todo lo que genera secundariamente. Es decir, cuando se legaliza una situación, ya se normaliza. Ahora es normal que la gente aborte, cuando no era legal no era normal ¿no? Pues ahora empieza a ser normal que los que son inmigrantes irregulares, pues no tengan derechos, un derecho fundamental. Y eso crea xenofobia. Quiero decir que hay muchas cosas ahí detrás. No solamente es el derecho a la salud, sino todas las cosas que te estás dando cuenta. Ya cuando va alguien a un mostrador para pedir acceso y tiene aspecto de inmigrante, ya genera ‘Ya este..., este no va a traer papeles, a ver cómo...’ Genera un problema, que seguramente no te estás dando cuenta, pero se va metiendo» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Otro de los elementos que refuerzan la diferenciación con la población inmigrante es el discurso político que, en ocasiones, domina el espacio público. Con frecuencia se traslada la idea de que quien está excluido es alguien que se sitúa a sí mismo al margen de la sociedad, porque no reúne los requisitos establecidos, no cumple. Como consecuencia, es alguien que puede ser apartado. Por un lado, los entrevistados hacen

referencia a que entre los responsables de la administración pública se reproduce un discurso que cuestiona la propia existencia de la vulneración del derecho ya que se atiende a todos los ciudadanos¹⁴² y además que los inmigrantes reciben la asistencia sanitaria de manera gratuita:

«El discurso contrario es que todo el mundo tiene derecho y que aquí nadie paga, y si no pagas, no pasa nada y que... ¡No es verdad!» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Y, por otro lado, algunos responsables públicos argumentan públicamente en contra de la protección a la salud de los “sin papeles”, por tratarse de alguien al margen de lo establecido, responsable de su propia situación. Estas eran las palabras del Secretario de Sanitat en el Debate sobre el derecho a la salud:

«Y por qué no los tienen, pues porque no los han tramitado. Es decir, si para entrar aquí hay que tener una entrada, y yo ni siquiera la pido, ni la pago, ni digo a nadie que me la deje, pues no me dejarán entrar. Y aquí hay unas reglas de juego en una sociedad organizada. Y lógicamente cuando alguien se sale de esas reglas de juego, tenemos que intentar crear estos planes especiales, estas atenciones (...). ¿Por qué esa persona no trae papeles? Esa sería la pregunta, dijéramos normal. Un problema que es totalmente de tipo ad-mi-nis-tra-ti-vo” (...) porque no tiene los papeles, que es lo que debería tener. Porque hay cosas que son muy fáciles de solucionar. Aquí estamos hablando, no de un problema sanitario. Estamos hablando de un problema de gestión» (Secretario de Sanitat. Debate).

La construcción de este tipo de discurso dirigido hacia la inmigración irregular, además de reducir las causas y simplificar el conflicto, contribuye a la construcción de una forma de ver a las personas excluidas como quien no está dispuesto a seguir las normas y el modo de vida establecido, alguien a quien es preciso “disciplinar” (Laparra y cols., 2007, p. 24). Se trata de un discurso que diferencia entre nosotros y los otros, al tiempo que se convierte en una justificación de la discriminación, legitimando la diferenciación y la exclusión (Herzog, 2009).

142 Ver: Sanidad dice no tener constancia de los casos denunciados por ODUSALUD y asegura que no niega la asistencia a nadie. Europa Press-Valencia (2014, 25 de noviembre). Recuperado de <http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-sanidad-dice-no-tener-constancia-casos-denunciados-odusalud-asegura-no-niega-asistencia-nadie-20141125191847.html>.

CAPÍTULO 6

LA ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL: EL OBSERVATORIO DEL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD DE LA COMUNITAT VALENCIANA

La exclusión sanitaria de la población inmigrante en situación administrativa irregular ha encontrado eco también entre la sociedad española. Como se ha señalado en capítulos anteriores, organizaciones médicas, científicas y profesionales, así como ONG y entidades sociales de distinta índole han mostrado su rechazo a las modificaciones en la protección de la salud impuestas a partir del RDL 16/2012. Las posturas críticas se han manifestado a través de acciones concretas de repulsa y de protesta, comunicados, campañas, análisis técnicos y elaboración de informes, que comparten la puesta en valor del derecho universal a la salud y la recuperación de su reconocimiento universal (Suess y cols., 2014; Moreno, 2015).

El último objetivo de este estudio pretende conocer cómo es la respuesta de la sociedad valenciana ante la situación descrita a través del análisis de la experiencia del Observatorio del Derecho Universal a la Salud (ODUSALUD). Se trata de una iniciativa surgida en la Comunitat Valenciana que supone un modelo específico de movilización ciudadana que ha desarrollado una incidencia política en distintos frentes de la sociedad. A partir de la iniciativa de las entidades promotoras, ODUSALUD se ha convertido en un amplio colectivo estructurado en torno a dos dimensiones fundamentalmente: de un lado, un posicionamiento público de carácter ético en defensa de la protección a la salud y del derecho universal a la salud; y, por otro lado, una acción en defensa de las personas que han quedado excluidas y a favor del cambio del marco establecido a partir del RDL 16/2012. La construcción del Observatorio sobre estas dos dimensiones le ha dotado de una identidad propia.

En el presente capítulo, partiendo de los datos obtenidos en las entrevistas y observaciones realizadas, se aborda el modo en el que los miembros de las entidades que

conforman ODUSALUD¹⁴³, como actores de este proceso participativo, explican la propia existencia del Observatorio, los elementos que configuran su identidad y estructura de funcionamiento. A continuación, se aborda cuáles son las acciones que, de forma progresiva, han ido desarrollando en defensa del derecho a la salud.

6.1. IDENTIDAD Y ESTRUCTURA DE ODUSALUD

Con el fin de comprender en profundidad qué es ODUSALUD se presentan un análisis de elementos que configuran su identidad común, aspectos como su origen, los objetivos que persigue, su composición y modelo de gobernanza, así como aquellos rasgos que le dan cohesión.

6.1.1. Génesis y objetivo

ODUSALUD surge en noviembre del año 2012 como una acción de rechazo frente a la exclusión sanitaria producida por el RDL 16/2012 y su normativa complementaria. Así lo ponen de manifiesto las personas entrevistadas que señalan, además, que esta movilización ciudadana ha reunido a particulares y a organizaciones de diferentes características de la sociedad valenciana:

«Hay un sector de la sociedad civil que está organizado y que dice ‘¡Esto no!’» (Centro de promoción de la integración).

La publicación del RDL 16/2012 sorprendió a quienes atendían a los inmigrantes, tanto desde el ámbito sanitario público como desde de las entidades del tercer sector. Inicialmente se produce un estado de incredulidad, al que ya se ha hecho referencia, seguido de la reacción de distintas organizaciones con presencia en la ciudad de València y en la región que realizan comunicados y participan en las movilizaciones y campañas de carácter nacional. La mayor parte de las entidades respaldan la defensa del derecho a la salud y rechazan el RDL 16/2012, llamando algunas de ellas a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario (MDM, SVMFiC) o a la desobediencia (Jo sí Sanitat Universal). Sin embargo, según señalan las personas entrevistadas, perciben que estas acciones en contra de las medidas del RDL 16/2012 no obtienen un resultado

143 Como ya se ha señalado anteriormente, durante el proceso de investigación se han incorporado de forma progresiva diferentes entidades al Observatorio (ver Anexo III). Como consecuencia, en los discursos que son recogidos de forma textual, las personas entrevistadas hacen referencia al número de entidades que forman parte de ODUSALUD en el momento de la entrevista.

inmediato al tiempo que generan un enfrentamiento con los responsables políticos que cuestionan su modo de actuar:

«Recibí una llamada de la Conselleria diciendo ‘¿Sabéis lo que estáis haciendo? Esto os puede llevar a los tribunales’. Se pusieron en un plan que la contestación fue inmediata ‘Oye, perdona, yo soy libre de hacer lo que quiera, eso lo tengo muy claro, y mis principios éticos van por encima de esto. Cuando quieras, vamos a donde quieras’. Fue una situación, un poco, de un enfrentamiento duro, porque planteaba un encontronazo» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Los entrevistados señalan que, por el contrario, sí perciben desde un inicio el apoyo de instituciones de distinta índole de la sociedad civil, desde el ámbito profesional, universitario, etc., así como de organizaciones sociales que respaldan las iniciativas de protesta. El rechazo a las nuevas medidas es compartido entre las entidades que trabajan con la población más vulnerable y que, muchas veces, atienden a los mismos colectivos: inmigrantes, personas sin hogar, mujer prostituida, etc.; y comparten también la percepción de riesgo que supone y las mismas inquietudes en relación a quienes se les ha sustraído el derecho a la salud, así como la necesidad de una defensa clara de este derecho. Comienza así un proceso de encuentros y reflexiones con el fin de hallar posibles respuestas y de este modo se consolidan los primeros pasos hacia una acción colectiva.

En las reuniones iniciales, que se realizan aún antes de que entre en vigor la nueva normativa y que suponen de algún modo un primer embrión de ODUSALUD¹⁴⁴, se llama la atención sobre la gravedad del ataque al derecho a la salud. Así, se señala que la modificación impuesta supone una “importante ruptura” con los compromisos internacionales por parte del Estado español y con las propias normas internas, por la expropiación del derecho a la salud al colectivo de inmigrantes irregulares, lo que puede tener importantes consecuencias (Mora, 2013a).

De forma progresiva, las entidades sociales detectan que aumentan las dificultades en el acceso a los servicios públicos de salud por parte de los inmigrantes irregulares:

144 Un ejemplo de esto fue el Panel de Expertos “Derecho a curar, derecho a ser curado”. El derecho a la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular organizado por el Instituto de Derechos Humanos de la Universitat de València y Médicos del Mundo. Este encuentro se celebró el 6 de julio de 2012, con el objetivo de analizar el nuevo escenario que ofrecía la entrada en vigor del RDL. En él participaron representantes de diferentes instituciones y organizaciones de la sociedad civil: Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria, Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia, Cruz Roja de Valencia, Cáritas Diocesana de Valencia y Sociedad de Trabajo Social. El panel contó también con las ponencias marco de Ildefonso Hernández, Catedrático de Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández y participante en los trabajos de elaboración de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, y Antonio Bayón, médico de familia (Mora, 2013a, p. 3).

tarjetas sanitarias anuladas, denegación de la asistencia, etc., una situación que afecta precisamente a los colectivos que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad. Igualmente, los facultativos de los centros sanitarios detectan que los pacientes inmigrantes dejan de acudir a las consultas de atención primaria:

«Los médicos de familia ¿qué perciben? Pues que de repente hay gente que estaban atendiendo de origen inmigrante, que de repente no pueden, no van. No tienen acceso. De repente han desaparecido del sistema informático, no acceden» (Entidad de acción social).

Ante una realidad que se percibe como injusta y, además, de carácter creciente, los distintos miembros de estas organizaciones comparten la necesidad de una actuación conjunta que aúne la defensa del derecho universal a la salud como valor fundamental. Esta necesidad de unificar las acciones es corroborada desde diferentes entidades que ofrecen atención a los inmigrantes y que denuncian la gravedad de la situación a la que se está abocando a este colectivo¹⁴⁵.

A partir de ese momento, las tres entidades que inician este recorrido se convierten en las promotoras del Observatorio, liderando el proceso de creación y expansión, así como una gran parte de las acciones desarrolladas. Estas entidades son la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFiC)¹⁴⁶, Médicos del Mundo de la Comunitat Valenciana (MDM)¹⁴⁷ y Cáritas Diocesana de Valencia¹⁴⁸, que con estructu-

145 Representantes de diferentes organizaciones reclaman la necesidad de trabajar desde la base y crear vínculos entre quienes ofrecen atención a la población inmigrante como forma de respuesta al racismo institucional ejemplificado en la "política que limita los derechos de los inmigrantes" (l'Andana Audiovisual, 2013).

146 La SVMFiC es una sociedad colegiada formada por médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria que tiene aproximadamente unos 1.600 socios en la Comunitat Valenciana. Se encuentra federada a la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) con la que ha participado en las diferentes acciones y campañas de protesta frente al RDL. A nivel estatal, esta sociedad aglutina a uno de los grupos más amplios de médicos y tiene como compromiso ético la defensa del derecho a la salud. Entre las acciones desarrolladas a raíz del RDL se encuentra el documento de análisis *Atendemos personas, no asegurados*, elaborado por el Grupo de Trabajo de Bioética, o la Campaña de Objeción de Conciencia (<http://www.svmfyc.org/index.php>).

147 MDM tiene por objetivo la defensa del derecho a la salud, público y gratuito, por lo que atiende situaciones de exclusión generalizada pero fundamentalmente las relacionadas con la salud. Es una organización de socios y voluntarios con 12 sedes autonómicas en el territorio español, además de estar vinculada a una amplia red internacional. En la Comunitat Valenciana la sede central se encuentra en la ciudad de València y existe una representación en Alicante. Ha desarrollado diversas campañas de denuncia a nivel nacional que se han promovido también en el ámbito regional: *Nadie desechado*, *sanichollo.es* y otras (<http://www.medicosdelmundo.org>).

148 Cáritas Diocesana de Valencia es un organismo de la Archidiócesis de Valencia dependiente de la Iglesia Católica, dirigido a la atención de las personas en situación de vulnerabilidad a través de una amplia red de voluntarios, colaboradores y técnicos a nivel provincial. Ha participado en las diferentes iniciativas realizadas frente al RDL 16/2012, tanto desde su propio ámbito como en la acción de la federación estatal

ras y objetivos diferentes, han encontrado un nexo común en la defensa del derecho a la salud de las personas más vulnerables. Uno de los aspectos que más han resaltado los entrevistados es el logro que supone establecer una acción conjunta a partir de entidades que se reconocen como diferentes:

«A mí me parece muy relevante también decir que, si alguien ve cosas comunes entre MDM, la Sociedad de Médicos de Familia y Cáritas Diocesana, que venga y me lo cuente» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Pese a estas diferencias, los entrevistados insisten en que para que el Observatorio se hiciera posible han coexistido tanto la implicación de cada una de las entidades, como el compromiso personal de sus respectivos representantes, así como la afinidad establecida entre ellos.

«Entonces en una reunión que tuvimos a tres bandas, y fue a tres porque en ese momento, bueno porque contactas a nivel personal, entonces dices, 'bueno, vamos a ver esto qué generará» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Una afinidad que también se extiende entre los diferentes miembros del Observatorio y actúa como herramienta de cohesión interna, en torno a unos fines compartidos.

Por otro lado, desde un inicio el Observatorio ha tenido un objetivo claro que ha puesto de manifiesto en cada una de las acciones que ha desarrollado y que se ha convertido también en su seña de identidad: la universalidad del derecho a la salud como derecho fundamental de todas las personas. Así se recoge los informes que publica periódicamente:

Velar por el cumplimiento del Derecho Universal a la protección de la Salud de los ciudadanos y ciudadanas, especialmente en poblaciones que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, personas en situación administrativa irregular, sin recursos económicos o personas vulnerables (ODUSALUD, 2016, p. 3).

En relación a los mismos dilemas a los que se ha hecho referencia en el marco teórico, entre las diversas entidades que conforman el Observatorio también se pueden producir distintas interpretaciones del contenido de este derecho, así como de sus niveles y formas de reconocimiento. Por ello, desde las propias entidades promotoras se establece la centralidad de la defensa del derecho universal a la salud y como conse-

cuencia, a la asistencia sanitaria, de modo que la forma de entender la propia plataforma y su acción sea inequívoca. A lo largo de las diferentes entrevistas realizadas a los miembros de este Observatorio, todas las personas insisten en señalar la importancia de ese objetivo común, claro, delimitado y compartido por todos los miembros.

«Pues porque comulgamos totalmente con sus principios y con sus objetivos. Nosotros creemos en el derecho universal a la salud. Creemos además que estas medidas han sido chapuceras. Este Real Decreto ha sido, pues eso, atolondrado, poco pensado (...) y hay gente que se va a quedar fuera y que se está quedando fuera» (Asociación de enfermos crónicos).

Sobre este objetivo han pivotado las acciones que van dirigidas a rechazar el RDL 16/2012 como origen de la exclusión, con independencia de las motivaciones de cada una de las organizaciones que se van adhiriendo. Por lo tanto, el objetivo de este Observatorio se dirige hacia una incidencia política claramente definida contra una medida restrictiva impuesta por el gobierno central y asumida por el gobierno regional:

«El objetivo de ODUSALUD es derogar el Real Decreto y que la asistencia sanitaria vuelva a ser universal. Cuanto más concreto sea el objetivo menos problema tenemos» (Entidad de acción social).

El RDL 16/2012 es percibido como un ataque a la garantía del derecho a la salud, sobre todo porque sus consecuencias inciden fundamentalmente en la población vulnerable y, como colectivo especialmente señalado, los irregulares, a los que se les sustrae ese derecho y se les sitúa detrás de una barrera infranqueable. Esta medida es vista como una política injusta que ataca la garantía de un derecho fundamental, una línea roja, al tiempo que se responsabiliza a la administración pública de esta desprotección:

«Pero no es igual recortar de un lado que de otro (...), no es igual dejar de atender a unas personas que están aquí por buscar trabajo y que, de repente, no se lo podemos dar. Entonces yo creo que para esto están y para eso se hicieron los derechos fundamentales, los derechos universales y un poco para decir esta es la línea roja. Hablamos de línea roja porque todos un poco entendemos de qué va. Entonces yo creo que se han saltado un poco esa línea roja» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

A pesar de que los miembros del Observatorio se entienden a sí mismos como un grupo de presión y pretenden incidir directamente sobre las decisiones políticas, no existe una postura de carácter partidista frente a la administración pública a modo de

acción conjunta de las entidades, sino más bien un compromiso por mostrar las consecuencias de las medidas adoptadas por el gobierno y realizar una presión para que el acceso a la salud esté garantizado para todos:

«Porque ¿cómo vas a materializar legislativamente eso? ¿qué medidas vas a tomar para que eso no se cumpla? Y entonces, pues tampoco sabemos mucho si es nuestra labor hacer eso, o si eso es más de un legislador o de un... Que tampoco somos expertos en esas cosas. Pero bueno, en principio esa es la motivación y esas son las líneas que queremos seguir. Nuestra idea es el derecho universal a la salud» (Asociación de enfermos crónicos).

Esa presión política está dirigida al gobierno central, como responsable del reconocimiento del derecho y la puesta en marcha del RDL 16/2012, pero también al gobierno regional, como responsable directo de ofrecer la prestación sanitaria:

«Entonces yo creo que cada uno tiene que asumir su responsabilidad. Y eso es un poco también lo que se exige. Es decir, el Real Decreto es nacional, pero tú a nivel autonómico tienes que defender la salud y los derechos fundamentales son también para ti. Actúa. Quiero decirte que no te ampares sólo en que el Real Decreto me obliga a esto. Bueno, te obliga, pero tú puedes jugar y de hecho lo has demostrado con el Programa Valenciano, sigue jugando. Porque ahí hay una responsabilidad en la salud de tu población» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

La acción del Observatorio en sí, va dirigida contra las medidas impuestas a partir del RDL 16/2012 y a favor del desarrollo de nuevas medidas legislativas y políticas que garanticen el acceso a la protección de toda la población, independientemente de su condición. La exclusión sanitaria se hace más grave en aquellos casos en los que exista mayor vulnerabilidad, pero también atenta contra el propio modelo de protección social, por ello, los entrevistados señalan que el modelo de protección debe tener unas características específicas. En primer lugar, garantizar la universalidad como derecho de todas las personas, con independencia de su situación administrativa:

«Entonces ODUSALUD lucha para que la salud sea universal para todo el mundo, porque para ellos es un derecho. Es el trabajo que está haciendo ODUSALUD. Defienden mucho a todos los seres humanos sin distinción ninguna. Ese es el trabajo de ODUSALUD» (Asociación inmigrantes subsaharianos).

En segundo lugar, garantizar la equidad en las formas de acceso y no establecer tipologías o casuísticas para ello, como es el caso del acceso a los servicios públicos sólo en situación de urgencia. Medidas de este tipo pueden tener como consecuencia

el considerar a “los otros”, en este caso los “sin papeles”, como ciudadanos de segunda, ofreciendo menor protección y servicios de menor calidad.

«No se trata de volver a los tiempos de los hospitales de beneficencia para los pobrecitos y tal, no, como a los inmigrantes. No es eso lo que buscamos» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

En tercer lugar, el rechazo también a las soluciones intermedias que enmascaran el alcance de lo que realmente supone el RDL 16/2012 y la exclusión sanitaria, como es el caso del PVPS que, aunque inicialmente puede suponer un nivel de protección, se ha mostrado como ineficaz e insuficiente. Se busca la recuperación de la protección a la salud alcanzado en España durante las últimas décadas, y la garantía de protección universal.

248

«Sí. Todo lo demás pueden ser medidas como la del Programa de Protección, ¿pueden arbitrarse medidas que parcheen y que sean positivas? Sí, bienvenidas sean, pero nuestro objetivo es la derogación del decreto. Porque es que, si no, no. Porque ha cambiado tanto, o sea no es un tema de recursos económicos, no. Es un tema de concepción de un derecho fundamental» (Entidad de acción social).

Y, en cuarto lugar, finalmente, buscando que esas medidas sean de largo alcance y comprometan a los poderes públicos no sólo de manera inmediata, sino como un compromiso por la defensa del derecho a la salud y los valores universales.

«Entonces, pues entiendo que hay que hacer una muy buena ley de aseguramiento universal que blinde ese concepto para futuras tentaciones de volver a hacer reales decretos de urgencia, porque tenemos un presupuesto más o menos exiguo para el año que viene, o porque Bruselas nos aprieta por algún lado del pantalón. Pues hagamos una ley en la que nosotros digamos que sí, sí, es muy importante la mejora de la eficiencia del sistema sanitario, es muy importante no gastarse el dinero en tonterías, cosas que compartimos abiertamente. Pero todo sin perder la universalidad de la atención» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Las dimensiones señaladas podrían constituir el nódulo de la defensa de ODUSALUD, en torno al cual se han ido incorporando de forma progresiva las distintas entidades. La diversidad entre todas las organizaciones que forman parte de este Observatorio implica también diferentes posturas y planteamientos ante los temas que se abordan. La estrategia que desarrollan y priorizan los responsables es buscar el acuerdo en cosas esenciales y de forma progresiva. Los entrevistados insisten en la

importancia del acuerdo en torno al elemento central, que constituye nexo de unión y motivo de éxito al mismo tiempo:

«Eso tiene la fuerza de que cualquier planteamiento que hagas, (...) está MDM, está Caritas, está la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y hay 56 organizaciones que dicen que están de acuerdo con los objetivos» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

Del mismo modo, el acuerdo que se establece desde un principio no sólo es en torno al objetivo del Observatorio, sino fundamentalmente en el modo de actuar contra la exclusión sanitaria. El consenso se obtiene en torno a la búsqueda de evidencias que permitan justificar la defensa del derecho universal a la salud. A modo de objetivo instrumental, se diseña una herramienta, el Registro de Incidencias, que permita identificar las vulneraciones del derecho a la salud como consecuencia del RDL 16/2012.

«Entonces ¿qué es lo que se plantea ODUSALUD? ODUSALUD se plantea vamos a..., y por eso se llama Observatorio, vamos a ver qué vulneraciones del derecho a la salud se están produciendo como consecuencia de los Reales Decretos» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

Es importante señalar que, desde un inicio, con el Registro de Incidencias se pretende recoger ejemplos de las vulneraciones, o incidencias para poderles dar visibilidad, lo que ha permitido articular y cohesionar la participación de todas las entidades. Aunque con posterioridad se analizará más detenidamente, el acuerdo se centra en identificar las vulneraciones al derecho a la salud y en usar una metodología sencilla y compartida, para mostrar la realidad y dar visibilidad a las consecuencias sus consecuencias, como herramienta de presión:

«Y esto yo creo que es una de las claves del posible éxito del Observatorio. ¿En qué nos vamos a poner de acuerdo? En observar la realidad, y en observar las consecuencias de la realidad. Ni en juzgarlas, ni en criticarlas, ni en hacer nada que no sea poner los datos sobre la mesa (...). Vamos a observar si el derecho a la salud se puede ejercer o no en la Comunitat Valenciana» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

La claridad en torno al objetivo y la metodología de ODUSALUD ha garantizado también uno de los elementos fundamentales en su desarrollo, como es la no instrumentalización ni de la propia plataforma ni de la herramienta de recogida de información. Y, al mismo tiempo, evitar participar en aquellas iniciativas que pudieran incidir negativamente en el objetivo a perseguir y en la cohesión interna:

«Pusimos algunas reglas no escritas, iniciales. Que era no facilitar el acceso de grupos políticos (...) por el riesgo de instrumentalizar la herramienta (...) procuramos desde el principio que se mantuviera una especie de equilibrio ideológico. Que no se interpretara nunca que el Observatorio era una herramienta de grupos de izquierda, ni una herramienta de grupos sindicales, sino que fueran incorporándose de forma equilibrada grupos de toda ideología y pelaje (...). Pero lo cierto es que sí que era una de las cosas que nos preocupaba» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Sin embargo, las acciones de ODUSALUD no se han limitado a realizar una foto fija de la realidad a través de las evidencias recogidas en el Registro de Incidencias, sino que han ampliado de forma progresiva la base de apoyo del propio Observatorio, multiplicando los escenarios de diagnóstico de la realidad por medio de las entidades que se han incorporado y aumentando su capacidad de influencia en la sociedad valenciana.

250

Junto con la necesidad de mantener el foco en la garantía del derecho a la asistencia sanitaria por parte de las entidades de ODUSALUD, algunas de ellas han mantenido acciones propias, desvinculadas del propio Observatorio. Según señalan las personas entrevistadas, la acción conjunta de todas las organizaciones no tiene por qué coincidir con la acción específica de cada una, ni con los propios objetivos y planteamientos en torno a la defensa del derecho a la salud.

Como ya se ha señalado, el acuerdo en torno a un objetivo específico constituye el nexo de unión, pero no limita la capacidad de acción de cada entidad. Por ello, desde un inicio la dinámica puesta en marcha ha permitido la convivencia entre distintas entidades, con distintos objetivos y formas de actuar, distinguiéndolas de las del propio Observatorio. Este es uno de los aspectos en los que se refleja cómo existe una cuidadosa diferenciación entre las acciones desarrolladas por el Observatorio y las llevadas a cabo por las entidades, e incluso entre opiniones particulares de algunos miembros, algo sobre lo que han insistido las personas entrevistadas. Por ejemplo, que desde ODUSALUD no se planteen propuestas políticas concretas, no impide que algunas entidades, a título particular, lo hagan. E incluso, a pesar de que determinadas propuestas puedan ser compartidas por parte de algunos de los miembros del Observatorio, sólo son asumidas por éste cuando se ajusta al objetivo compartido y existe un consenso en torno a ellas por parte de todas las organizaciones, de lo contrario se consideran propuestas de cada entidad, especialmente cuando se trata de medidas políticas muy específicas:

«No tenemos una postura de cómo debe ser..., o sea de líneas de política sanitaria, no es nuestro papel. O sea, nuestro papel no es presentar un programa de medidas de política

sanitaria. Hay entidades que sí que trabajan en el ámbito sanitario que probablemente tengan propuestas que hayan elevado, pero no son las propuestas de ODUSALUD» (Entidad de acción social).

La existencia de un acuerdo compartido de estas características se sitúa en el respeto a la diversidad y a las características propias de cada entidad. Esta fórmula permite que cada una realice sus actividades en función de lo que entiende que son sus propias metas. Pero también implica un esfuerzo por garantizar que cada organización participe en aquellos ámbitos en los que puedan desenvolverse con mayor libertad, evitando aquellas actividades que pueden ser más conflictivas para alguna de ellas. Por ejemplo, algunas entidades tienen dificultades para asumir ámbitos de representación del Observatorio, aunque juegan un papel esencial a la hora de identificar las vulneraciones del derecho a la salud por su mayor accesibilidad a la población excluida. Otras entidades, por su recorrido y su acción a lo largo de los años, tienen el suficiente prestigio y ofrecen suficiente confianza como para asumir posiciones de liderazgo en la acción del Observatorio. Según los entrevistados, el consenso que se establece a partir de ahí, se refleja en la toma diaria de decisiones y en la articulación de las diferentes participaciones de entidades o plataformas dentro del marco genérico de ODUSALUD. Así se consigue mantener un equilibrio entre las diferentes líneas de pensamiento, ofreciendo un espacio compartido al tiempo que existe la suficiente apertura como para que cada entidad, aunque existan posturas extremas, pueda actuar sin involucrar al Observatorio.

«Yo creo que también ha sido el éxito de que las entidades confíen y de que se vaya ampliando el número de entidades. Porque ven claro que se respeta ese objetivo y que todas las líneas que van, van en la línea de lo mismo» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

La participación en el Observatorio y la búsqueda de consenso en las decisiones y en el modo de actuar, ha trasladado a algunas de las organizaciones la necesidad de realizar un debate interno propio, referido fundamentalmente a cuál debería ser el tipo de intervención que deben realizar, ante la constatación de las múltiples vulneraciones del derecho a la salud. Este tipo de análisis se ha producido especialmente en aquellas entidades que ofrecen atención directa los “sin papeles”, entre otras también la asistencia sanitaria, en las que a la tradición asistencial de las entidades se une el aumento de la demanda por parte de las personas afectadas por la exclusión sanitaria. Algunas organizaciones ya habían ofrecido asistencia sanitaria a los inmigrantes irre-

gulares antes de que estuviera reconocida por la LODYLE (González-Galiana, 2008)¹⁴⁹. Las personas entrevistadas indican que, en momentos anteriores, las acciones de ese tipo iban dirigidas a la progresiva incorporación de este colectivo al sistema público, pero que el RDL 16/2012 elimina esa posibilidad. Señalan que, aunque aquella realidad podría tener características similares a la actual, existen diferencias relevantes que imposibilitan esa atención: cambios en el perfil y aumento de las personas afectadas, lo que podría bloquear la capacidad de las entidades; la imposibilidad de realizar esa atención con el apoyo de la solidaridad de los profesionales del servicio público, dado que la gestión informática del proceso de atención impide la asistencia a personas sin tarjeta sanitaria; y, fundamentalmente, porque según el marco establecido, este colectivo nunca podría incorporarse al sistema público, objetivo último de las entidades:

«Nuestro objetivo era no crear un sistema paralelo al sistema público, sino ser un trampolín para incorporar a esas personas al sistema sanitario público viendo las vías de acceso que podían tener (...) Ese objetivo ya no podemos cumplirlo porque esa población que está en situación administrativamente irregular ¡nunca! se va a poder incorporar al sistema público porque los Reales Decretos se lo impiden» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud)¹⁵⁰.

Ante esta situación, la asistencia ofrecida por las organizaciones corre el riesgo de convertirse en un sistema paralelo dirigido a este colectivo. De hecho, así lo han pretendido algunos responsables públicos, como han recogido en su momento los medios de comunicación. Por ejemplo, en el año 2012, la entonces ministra de sanidad, Ana Mato, como responsables regionales de salud, afirmaban que no iba a existir ningún tipo de desatención porque las ONG iban a asumir esa tarea¹⁵¹. En esa ocasión, hubo una respuesta por parte de algunas entidades en la que se negaron a asumir esa función¹⁵², como así también se ha puesto de manifiesto en el marco de las entrevistas realizadas:

149 Un ejemplo es el caso de MDM que en 1994 puso en marcha los llamados CASSIM, un “programa de atención sociosanitaria a inmigrantes que, por su situación de irregularidad, no accedían a los servicios sanitarios y sociales públicos” y que a partir de la LODYLE se redirigieron hacia la mediación y orientación a los pacientes inmigrantes sobre los procedimientos en el sistema sanitario (González-Galiana, 2008, p.32).

150 La persona entrevistada nombra “los Reales Decretos” refiriéndose al RDL 16/2012 objeto de estudio y a toda la normativa que lo ha complementado progresivamente (DL 1192/2012, DL 598/2013, etc.).

151 Ver: El Consell pagará a las ONG para que atiendan a los inmigrantes sin tarjeta sanitaria. El Mundo. Comunitat Valenciana (2012, 30 de agosto). Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/08/29/valencia/1346261588.html>.

152 Ver: Ninguna ONG podrá ofertar nunca una cartera básica de servicios sanitarios. El País. Comunitat Valenciana (2012, 30 de agosto) Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/29/valencia/1346267994_510988.html.

«Somos una entidad que busca cambiar la realidad, no sustituirla (...) Nos negamos a dar una atención de segunda, para pobres, una beneficencia de ONG. Ha sido un debate violento, porque nuestra tradición asistencial también estaba ahí y, en el fondo como profesionales es cierto que nos cuesta mucho dejar de atender a alguien que viene, llama a la puerta» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Algunas entidades han mantenido determinados dispositivos de carácter excepcional, dirigidos únicamente hacia aquellas personas que en ningún caso serían aceptadas en los centros sanitarios públicos. Sin embargo, se defiende la importancia de delimitar claramente cuál es el papel de la sociedad civil y cuál el de las administraciones públicas en la garantía de la protección del derecho a la salud, una responsabilidad que, como ya se ha señalado, entienden que corresponde al Estado:

«Nuestro debate interno nos dice que nosotros no vamos a sustituir al Estado en su obligación de la defensa del derecho a la salud pública. No vamos a ser un sistema paralelo ni un sistema de beneficencia que subsane las obligaciones del Estado» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

El análisis que se produce en las entidades se entronca en esta realidad, el cuestionamiento sobre cuál es el papel que la sociedad civil debe desempeñar ante la exclusión sanitaria, evitando que las organizaciones sustituyan a la administración pública, y la necesidad del fortalecimiento del sistema público de salud. Se trata de un riesgo que también señala Martínez-Veiga (2007) cuando cuestiona el papel de la sociedad civil en la atención a la población inmigrante porque se convierte en brazo “humanitario” de la administración. De este modo, también las diferentes organizaciones, de modo particular, orientan sus propios planteamientos hacia ese objetivo claramente señalado por el Observatorio, que es la defensa del derecho universal a la salud y la demanda de que el Estado asuma su responsabilidad.

6.1.2. Composición y dinámicas de participación

En el análisis de ODUSALUD es relevante conocer tanto su composición como las diversas formas de pertenencia y participación de las organizaciones, ya que le aportan unas características concretas: la heterogeneidad de entidades participantes, el papel que desarrolla la acción individual de las personas que representan a las entidades dentro del Observatorio, así como el respeto a los diversos modos de participación en el mismo.

Por un lado, la diversidad de entidades que se han adscrito al Observatorio es señalado por las personas entrevistadas en este estudio como una fortaleza. Al mismo tiempo, la disparidad en tamaño, acciones, motivos fundacionales y objetivos, que se han dado cita en este Observatorio refleja la importancia que ha adquirido el problema de esta investigación¹⁵³.

A principios del s. XXI, Ariño (2004) señalaba que entre el movimiento asociativo de la Comunitat Valenciana existía una heterogeneidad de entidades, caracterizada por la fragmentación, la pluralidad de motivaciones, así como la carencia de proyectos políticos. Este auge de las iniciativas sociales debía ser tomada en cuenta en el análisis de la realidad asociativa, pero carecía de la capacidad para vertebrar la “sociedad civil” (p.106). Para este autor, que la “ciudadanía asociativa” pueda vincularse a la participación democrática requiere que la sociedad y el Estado no coexistan como realidades ajenas entre sí, y que las asociaciones asuman su compromiso en el desarrollo de los valores democráticos.

Por el contrario, ODUSALUD es una realidad especialmente significativa en el contexto valenciano. Este Observatorio pone de relevancia la acción conjunta del tejido asociativo en Valencia, aglutinando de forma progresiva a diversas entidades e instituciones de la sociedad civil valenciana. Y, a pesar de que no desarrollen un planteamiento de políticas específicas, sí se articulan en torno a un proyecto de clara incidencia política: recuperar la sanidad universal. Al mismo tiempo, ponen de manifiesto la capacidad de ofrecer una respuesta conjunta en torno a la defensa del derecho a la protección a la salud, y los propios participantes en el Observatorio lo señalan como un hecho relevante:

«España no se caracteriza por tener un tejido asociativo importante, pero los últimos datos dicen que además está desmembrándose lo que ya había. Pues bueno, que haya setenta y pico entidades que tienen un mismo interés en un tema tan concreto, pues es un valor que no queremos dejar pasar. Es decir, la fuerza que tienen las setenta y cinco entidades es fuerza en sí misma, porque detrás de eso hay entidades serias. Entonces, no es sólo que nos hemos juntado Pepito y Juanito y que registramos casos, sino que detrás hay un compromiso por parte de las comisiones permanentes, direcciones de tal de un montón de entidades que han decidido posicionarse ante eso, e ir en contra de algo que está. Entonces, yo creo que eso tiene valor en sí mismo» (Entidad de acción social).

153 Algunas de ellas aparecen inscritas en el Registro Municipal de Entidades Ciudadanas, que reúne la información sobre las entidades del municipio de València que tienen entre sus objetivos “la defensa, fomento o mejora de los intereses generales o sectoriales de los vecinos del Municipio y sin ánimo de lucro”. [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://www.valencia.es/ayuntamiento/ayuntamiento.nsf/vDocumentosTituloAux/Registro%20Municipal%20de%20Entidades%20Ciudadanas?opendocument&lang=1&nivel=7>.

Además de las entidades promotoras ya señaladas, se han adherido al Observatorio organizaciones del llamado tercer sector, vinculadas a la atención directa a las personas afectadas, así como plataformas y federaciones de colectivos organizados en torno a enfermedades de especial relevancia (enfermedad mental, VIH, etc.), que realizan actividades en defensa de los derechos de los pacientes. El RDL 16/2012 y la consiguiente exclusión sanitaria de la población inmigrante han cambiado la realidad de estas entidades que prestan atención a grupos vulnerables. Así, se han tenido que volcar en la atención a las personas afectadas por el empeoramiento de sus condiciones, y en ofrecer una atención presidida por la urgencia y la búsqueda de respuestas, tanto inmediatas como a más largo plazo, vinculadas con la garantía de la asistencia a la salud.

«Claro, nosotros, antes de que existiera ODUSALUD nosotros, como colectivo (...) nos estábamos alarmando. ¿Qué pasa con la gente? ¿La van a dejar sin tratamiento? Y ¿qué va a pasar? Y promovimos una reunión con los médicos para mirar qué íbamos a hacer» (Asociación de enfermos crónicos).

Este es el caso de las entidades que realizan atención directa y que conocen de primera mano cuáles son las consecuencias de la exclusión sanitaria. Por tanto, viven la urgencia de coordinar esfuerzos tanto por la necesidad de obtener información y formación sobre la situación creada y sus posibles alternativas, como por la necesidad de establecer un trabajo en red para la defensa del derecho a la salud.

«Veíamos que era algo que se estaba conformando, que se estaba realizando un trabajo ahí en ODUSALUD que tenía relación con lo que estábamos haciendo aquí y que veíamos necesario por un lado ese trabajo en red y por otro lado lo que era el tema de los registros. Vemos que es importante también entrar ahí (...) y poder colaborar en esa parte del trabajo conjunto y que haya mayor visibilidad y sobre todo porque nos dábamos cuenta de que distintas personas y distintas entidades estábamos haciendo lo mismo, o teníamos intención o veíamos que había muchas cosas por hacer. Entonces el hecho de hacerlo de manera conjunta para maximizar esfuerzos y recursos, y tener un mayor impulso» (Organización de acogida a inmigrantes).

Del mismo modo, es destacable la participación en el Observatorio de los colectivos de carácter científico y corporativo, a través de colegios profesionales o grupos de investigación que, desde una perspectiva diferente a la de las entidades del tercer sector, defienden de forma activa el derecho a la protección a la salud desde el reconocimiento al “otro”:

«No sólo somos una sociedad científica para nuestros profesionales, como profesionales, sino también para las personas a las que atendemos» (Trabajadora social-Organización colegiada).

El Observatorio ha sido el punto de conexión de un camino que algunas organizaciones ya habían iniciado y que ahora permite unir fuerzas, también para las organizaciones de inmigrantes, que entienden que se trata de un problema al que se responde de forma conjunta:

«En el caso de ODUSALUD, hay muchas organizaciones que son de españoles, creíamos que era importante estar nosotros ahí, como protagonistas de la historia. Porque los principales afectados éramos nosotros (...) Vimos los casos que nos estaban llegando y vimos que más allá de ser una derivación teníamos que ser de alguna manera como el portavoz ¿no? Los representantes de estos compañeros y compañeras (...) Necesitábamos hacer una denuncia más firme» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

256

Igual sucede entre las asociaciones vecinales que se han incorporado al Observatorio desde la perspectiva de la defensa de los derechos de las personas que conviven en los mismos espacios, poniendo en valor las relaciones de proximidad y el reconocimiento de la ciudadanía a partir de los ámbitos de convivencia:

«Para defender, ¡siempre para defender a mi vecino! A mis vecinos. Lo único es que somos voluntarios y aquí lo que hacemos es defender siempre a nuestros vecinos ¿sabes? Para que seamos mejores» (Asociación de vecinos).

Finalmente, otra de las realidades de este Observatorio es la de las plataformas reivindicativas que comparten la defensa de los derechos sociales y, de forma específica, de la población inmigrante en situación administrativa irregular (la Mesa d'entitats de Solidaritat amb els immigrants o la Plataforma de la Inmigración-Valencia) Se trata de plataformas de apoyo y reivindicación que ya existían y otras nuevas surgidas a partir del RDL 16/2012 para acompañar y facilitar el acceso a la salud y descubrir cuál es la situación real. Estas plataformas aglutinan a personas de perfiles diversos, desde profesionales médicos a pacientes y usuarios interesados u otro tipo de colectivos.

El Observatorio ha conseguido reunir un conjunto diverso de organizaciones y entidades que, aunque no todas realizan el mismo tipo de acciones ni tienen los mismos fines, en conjunto se posicionan en contra de la exclusión sanitaria y en defensa de los derechos de las personas. Así lo definen los propios entrevistados:

«ODUSALUD es un magnífico ejemplo de plataforma. Plataforma no es una entidad unitaria, tampoco es una coalición eventual. Es una plataforma en la que entran muchas entidades, que cada una tiene su personalidad, tiene su misión, tiene su agenda, su calendario, pero todas esas entidades y el número es creciente (...). Estamos hablando de una plataforma, primero que ha tenido el mérito de sumar y no restar, en la que yo creo que ha habido una buena política de no tener un protagonismo desmesurado, o sea, no hay nadie que haya tenido un protagonismo desmesurado, ni persona física ni persona jurídica, lo cual también ayuda al conjunto» (Centro de promoción de la integración).

Por otro lado, el papel que desarrolla la acción individual de cada persona, tiene una importancia reseñable en el Observatorio. A pesar del planteamiento de ODUSALUD como una plataforma de entidades, a lo largo de la investigación se ha constatado la importancia de la acción individual de las personas involucradas. Para los propios miembros del Observatorio, tanto el prestigio de algunas de estas personas a nivel individual, como la confianza en el liderazgo y la trayectoria de quienes lideran el Observatorio constituyen una garantía que promueve la adhesión. A ello se añade el compromiso constante en las acciones de las entidades que representan. Al mismo tiempo, aunque exista el respaldo de las entidades, la mayor parte de las acciones se basan en la implicación y en la convicción personal por la defensa del derecho:

«Es más una cuestión voluntarista de las personas que están colaborando desde las distintas entidades que otra cosa. Aquí no hay nada retribuido a nadie, ni a las personas. (...) y se hace lo que se puede» (Abogado-Organización colegiada).

Muchos de los participantes activos en las acciones y en la toma de decisiones del Observatorio tienen perfiles diversos, aunque, en su mayoría, comparten una larga experiencia en la atención en salud a la población (médicos, farmacéuticos, etc.) y en la intervención social (trabajadores sociales, etc.), tanto desde el ámbito público como desde las entidades sociales. Pero también participan miembros y voluntarios de asociaciones, así como personas sin una implicación en organizaciones concretas, lo que da muestra de la implicación ciudadana.

«No formo parte de ninguna entidad (...) a mí me atrajo mucho la idea de participar en algo (...) necesitaba algo que en el día a día pudiera implicarme más y ver resultados y la idea de hacer acompañamientos y de unirnos gente excluida y gente no excluida, y juntas pues conseguir pues vencer estas trabas que pone la ley» (Plataforma ciudadana de defensa de la salud).

Con frecuencia existe una frontera muy débil entre el significado del trabajo desempeñado por las personas en las entidades y una acción comprometida en la defensa del derecho. Como se ha señalado, las opciones personales tienen un peso importante como motor de la participación y de la acción del propio Observatorio. De este modo lo reconocen las personas entrevistadas. Si bien existe una adhesión y un compromiso real por parte de las organizaciones, la acción del Observatorio se basa en el compromiso social individual, lo que no disminuye el logro de lo realizado:

«Al final las cosas nacen porque hay personas que las impulsan. Aunque estén avaladas por las sociedades, las personas son las que las impulsan. Y lo que siempre hemos tenido claro las entidades promotoras es que ODUSALUD es de todos» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

En definitiva, la fuerza de ODUSALUD también reside en la convicción de las personas que participan en él, en su compromiso y en la defensa de los derechos de todas las personas.

Y en último lugar, es necesario señalar cómo las características, la envergadura y los objetivos de cada organización condicionan también los motivos de su adhesión y los modos en los que participa en el Observatorio. Esta incorporación ha sido más rápida para unas que para otras, no sólo por el momento en el que han tomado la decisión, sino porque los procedimientos de las instituciones más grandes, en ocasiones ralentizan el proceso. Y, aunque en un inicio se esperaba sólo la incorporación de entidades vinculadas a la intervención directa en el ámbito específico de la salud y de la inmigración, finalmente se incorporan organizaciones de muy diferentes tipos:

«Empezamos a ver que la gente se va adhiriendo, las entidades se adhieren que es la riqueza de una red así. Entidades científicas, vecinales. No son entidades que tienen incidencia directa con la población que sufre la vulneración sanitaria sino entidades de todo tipo que, como medida de posicionamiento, se adhieren a ODUSALUD por los fines que tiene» (Entidad de acción social).

Los motivos para la adhesión, más allá de la acción particular como entidad, normalmente giran en torno a la defensa del derecho a la salud, que corre el riesgo de perder visibilidad en la realidad sociopolítica. Los entrevistados lo reconocen como un modo de hacer más visible la oposición frente a las políticas públicas:

«Cuando se publicó el Real Decreto Ley (...) ya nos posicionamos diciendo que esto nos parecía que era una falsa solución al problema de los costes de la sanidad (...) Pero bueno,

tú puedes levantar la voz, que total, la maquinaria legal va delante» (Centro de promoción de la integración).

Las características y capacidades de cada entidad, así como la motivación para la adhesión al Observatorio, condicionan la participación en las diferentes acciones y responsabilidades que se plantean. Aunque en numerosas ocasiones la actividad principal es desarrollada por las entidades promotoras y un grupo reducido de entidades, en torno a 12 o 14, existe una demanda para que haya una contribución continuada en el tiempo por parte de todos los miembros:

«Siempre hemos defendido que las entidades tienen que estar metidas para hacer cosas y eso hace pues que también dé un sello de por dónde va cada entidad» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Pero, al mismo tiempo, las personas entrevistadas entienden que la implicación en ODUSALUD no puede ser igual en todas las entidades, ya que ésta debe estar en función de las propias características de quienes forman parte del mismo. No existe una única motivación ni un único modo de participar, al tiempo que tampoco existe una demanda ni requisitos desde esta plataforma que marque los modos de actuar:

«Claro, participación ¿qué supone? (...) Se puede participar de muchas maneras, registrando casos. Hay entidades que a lo mejor no tienen una capacidad de poder tener personas liberadas para participar, entidades más pequeñas (...) Pues a lo mejor no tienen, no pueden disponer de una persona que se integre en un grupo de trabajo, pero registran muchas incidencias. Están muy volcados en ese registro. Claro, pues eso es participar ¿no? Por ejemplo [nombre de entidad], como entidad promotora, tiene además mucha participación en los grupos de trabajo, porque tiene mucha gente trabajando, y porque es su campo específico ¿no? Otra pues no tiene a lo mejor tanto volumen de personas, pero es un peso específico muy importante de mucha repercusión en el ámbito sanitario. La participación es muy difícil valorarla. Porque no se puede valorar sólo en el número de personas que están en los equipos de trabajo sino también en la dedicación de las personas que están, en el alcance, es decir, en muchas cosas ¿no? A veces es más efectivo que una entidad se dedique a registrar los casos, a informar a la gente que atiende y a lo mejor no tiene repercusión luego interna dentro de ODUSALUD (...) somos conscientes de que las entidades, sobre todo las pequeñas, tienen más dificultades porque tienen menos gente (...) Entendemos que las entidades que tienen más recursos humanos pues tienen más posibilidades efectivas de participación real con personas. Pero no se puede valorar así la participación. La gente está implicada y el resultado es la participación en las asambleas, la participación en los espacios de formación» (Entidad de acción social).

En otras ocasiones, la implicación de algunas entidades se centra en el apoyo en aspectos muy concretos y específicos, relacionados con el ámbito de especialización de cada organización. Tal es el caso de situaciones en las que se pide asesoramiento, información o realización de acciones específicas de gran calado:

«En un primer momento, determinados responsables de la plataforma ciudadana ODU-SALUD (...) se ponen en contacto con nosotros (...) para solicitar asesoramiento técnico (...) Se encuentran con una serie de situaciones de inasistencia sanitaria de determinados colectivos en particular el colectivo de los extranjeros, incluso en situación regular a veces, pero, sobre todo, por supuesto, en situación irregular, a los que no saben dar respuesta» (Abogado-Organización colegiada).

Sin embargo, aunque en ocasiones puedan parecer participaciones puntuales, algunas de ellas adquieren especial importancia por las consecuencias que implican, ya que facilita opciones de respuesta para la población excluida. Es, por ejemplo, el caso de la participación del Ilustre Colegio de Abogados de Valencia en la estrategia de carácter jurídico, que se abordará posteriormente.

La heterogeneidad en los modos de pertenencia y participación entre las entidades del Observatorio, también implica que existan entidades sin una clara posición frente al RDL 16/2012. Aunque se trata de una realidad más residual, en algunos casos la participación en el Observatorio parte de la decisión de apoyar la labor de mediación que éste realiza para dar respuesta a las situaciones de vulneraciones y conflictos, sin que exista una reflexión vinculada a la pérdida de derechos o al reconocimiento de los mismos como un valor esencial. Es decir, se pretende responder a las personas y situaciones especialmente vulnerables, pero no se aborda la ética y el fondo de esta exclusión sanitaria, ni parece que exista conciencia de la importancia real del cambio producido. En estos casos, sólo se demanda a la administración que atienda a estas personas “porque es su obligación”:

«Nosotros vimos que el Observatorio hacía un trabajo muy importante. Que creemos que agrupar todas las incidencias que se dan en la Comunitat Valenciana en cuanto al sistema sanitario es muy importante (...) Íbamos leyendo los informes que publicaban, etc. Creíamos que podíamos aportar si hay algún tipo de incidencia, más que nada porque el Observatorio, más allá de que sea una denuncia puntual, sí que sirve mucho a la hora de que luego esos malos procedimientos, o esos errores que se pueden dar en el día a día, se pongan remedio. Si se observa o se detecta una irregularidad en cuanto a mal funcionamiento, no hay legalidad que, bueno, en algunos casos también. El Observatorio sí que hace su función de mediación para que eso se solucione. Entonces creemos que, si todos volcamos los datos, todos formamos parte, pues nos beneficiamos luego todos» (Asociación de familiares de enfermos).

Aunque podría contemplarse como una participación de carácter “utilitarista” en el Observatorio, quizá esta concepción se deba a que las situaciones de exclusión sanitaria se perciben más como errores en el funcionamiento de un sistema que como una vulneración real del derecho a la salud, e incluso sea ejemplo de las contradicciones existentes en la sociedad en el modo de entender el derecho a la salud, como ya se ha señalado. Así, la diversidad de identidades e intereses de las organizaciones que forman parte de ODUSALUD condicionan su forma de participación en el mismo. Sin embargo, la acción conjunta en torno al Observatorio, trasciende la organización social y se configura como un espacio de demanda y reconocimiento de los derechos humanos y de las políticas públicas vinculadas a ellos. Así se ha mostrado la capacidad para incorporar las diferentes perspectivas, a partir de las individualidades que representan la diversidad de la sociedad valenciana. Pero, al mismo tiempo, estas entidades no se perciben como algo ajeno de la sociedad política, se reconocen, por tanto, responsables de la definición y defensa de los valores públicos, como es el caso del derecho a la salud. De este modo, como señala Mora, se trata de un ejemplo de ciudadanía que “mantiene, en ocasiones, un papel activo y vigilante y no asume estúpidamente las falacias del poder” (2015, p. 130).

6.1.3. El modelo de gobernanza

Como toda realidad en la que se conjugan diferentes actores, el Observatorio necesita una estructura que permita la organización y participación de todos sus miembros y, al mismo tiempo, garantice el logro de sus fines. A continuación, se aborda el modo en el que ODUSALUD establece una forma propia de funcionamiento.

La “gobernanza” es entendida como la forma de gestionar su propio trabajo, la toma de decisiones y los mecanismos para garantizar la claridad de cada uno de los procesos desarrollados. Según las personas entrevistadas, se plantea como un modo de hacer transparentes y participativas las iniciativas, actividades y decisiones en el Observatorio, y también de que se sepa quién habla y en nombre de quién, con el fin de evitar confundir sus acciones con las propias de cada entidad.

Tanto a través de las entrevistas a los miembros de ODUSALUD como en las observaciones realizadas en las diferentes asambleas y reuniones, se ha podido constatar que se otorga una gran importancia al modelo de gobernanza. De hecho, se han producido modificaciones en la estructura de organización y funcionamiento que son sometidas a votación.

«Nosotros trabajamos ahora mismo, después de dos años, no solamente mantener esta estructura de 75 [entidades] creciente, sino en generar un modelo de gobernanza que

permita también un mejor funcionamiento de las entidades y de transparencia, y de rendición de cuentas a todo este gran volumen de socios» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Desde un inicio ha existido un liderazgo indiscutible de las tres entidades promotoras, que también ha tenido su reflejo en la gobernanza del Observatorio, ya que han sido quienes, además de asumir la toma de decisiones, han diseñado las principales líneas de funcionamiento y de acción. Pero, de forma progresiva, los entrevistados señalan que se ha ido incorporando a los procesos de gestión a todas las entidades interesadas:

«La intención es que, si esto se prolonga, pues que vaya habiendo intercambio porque somos tan responsables unos como otros. Unos ponen la idea, pero los propios promotores queremos que esto sea de todos. Y la forma de hacerlo que esto sea de todos es generando participación, generando participación» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

262

El modelo de organización inicialmente planteado requiere de una adaptación constante a una realidad que evoluciona rápidamente. Entre los motivos de los cambios se encuentran, por un lado, el rápido aumento de entidades en el Observatorio. Este hecho demanda la mejora en las estructuras de participación y, al mismo tiempo, posibilita la realización de nuevas acciones en función de las capacidades que estas aportan, la posibilidad de respuesta ante las situaciones de exclusión detectadas, y de tomar contacto con nuevos espacios en los que poder identificar vulneraciones al derecho a la salud (otras entidades, otros profesionales, etc.). Y, por otro lado, al tiempo que se ha aumentado el conocimiento de la realidad de la exclusión sanitaria, ésta ha ido evolucionando, por lo que se detectan nuevos elementos que requieren la atención del Observatorio. Como consecuencia, se han diversificado las acciones y los ámbitos de interés, por lo que se han ido asumiendo tareas de facto, que es necesario reorganizar y repartir.

Es importante señalar que ODUSALUD carece de una estructura o personal propio, sino que se construye a partir de la acción conjunta y coordinada de las diferentes entidades. Las propuestas de acciones y de coordinación parten de las propias personas y organizaciones que se implican en cada una de las tareas:

«Eso luego cuesta un poco aterrizarlo en nuestros trabajos cotidianos (...). La implicación de las entidades es una apuesta importante porque eso requiere tiempo de profesionales y de voluntarios, eso es una inversión (...). Entonces estamos ahí un poco, intentando que los grupos de trabajo tengan consistencia, se asienten, planteen unos objetivos de trabajo corto y a medio plazo, y esa estructura también se coordine» (Entidad de acción social).

Con el fin de responder a las situaciones señaladas, la gobernanza en el Observatorio garantiza la coordinación permanente de personas y entidades, estructurada en tres niveles: la Asamblea, la Comisión Permanente y los Grupos de Trabajo.

La Asamblea constituye el espacio de mayor representación de todas las entidades, así como de participación y decisión. Es el ámbito donde se refrendan las líneas de trabajo, las actividades realizadas, y las futuras líneas de acción. A partir de las observaciones realizadas a lo largo de la investigación, se ha podido constatar que, aunque es un espacio abierto, su frecuencia de celebración, cada 10 o 12 meses, no permite un seguimiento pormenorizado de las acciones desarrolladas por el Observatorio, tarea que realizan otros ámbitos de gobernanza. A pesar de ello, la Asamblea es considerada “soberana” en la gestión del Observatorio y se intenta que tome decisiones sobre las cosas más relevantes. Hasta el momento de finalización del trabajo de campo se han realizado 4 asambleas, en abril de 2013, enero 2014, noviembre 2014 y octubre 2015, y una quinta asamblea que ha tenido lugar en noviembre de 2016.

En las reuniones, que tienen carácter participativo, se otorga importancia a la necesidad de alcanzar el consenso en la toma de decisiones, llegar a acuerdos, aunque estos sean mínimos y no se pueda lograr una resolución inmediata. En cada una de las reuniones se ha abordado la situación específica en la que se encontraba la exclusión sanitaria, se ha adaptado el modelo organizativo del observatorio a las circunstancias del momento y se han tomado decisiones de calado para el funcionamiento general del mismo. Entre los temas abordados se encuentran la presentación de los diferentes informes y las incidencias que se recogen en ellos, la realización de actividades reivindicativas o de incidencia política, la elaboración de propuestas a la propia administración regional, la participación en otras redes, o la revisión del modelo de gobernanza interno. En todo momento se resalta la importancia del consenso en la toma de decisiones y que ésta se realice de forma compartida. Por ello, en ocasiones, se utiliza la comunicación a través de correo electrónico, incluso para la realización de votaciones. Si bien la participación ha sido variable en cada una de las Asambleas, se ha constatado que, en la celebrada en octubre de 2015, ésta ha sido la menos numerosa. Es posible que el cambio de gobierno autonómico, así como la nueva normativa dirigida a garantizar la sanidad universal a nivel regional, haya incidido en una mayor despreocupación por parte de las entidades miembro, o al menos que haya disminuido la sensación de urgencia frente a la exclusión.

Por otro lado, la Comisión Permanente es el ámbito de toma de decisiones fundamental y de gestión del Observatorio, así como la representación formal en el ámbito público. Inicialmente estaba compuesta por representantes de las entidades promotoras. Con la progresiva implicación del resto de organizaciones, así como el aumento

de las actividades y ámbitos de atención, se ha modificado tanto la composición como el diseño de la propia Comisión. Los motivos para ello han sido diversos: por un lado, garantizar que las entidades que tuvieran un papel activo en el Observatorio, tuvieran también cabida en los ámbitos de mayor decisión; por otro lado, incentivar el desarrollo de nuevas acciones en las que se implicaran esas entidades; facilitar la rendición de cuentas de lo realizado; y finalmente, que la toma de decisiones estratégicas se realizara de forma compartida.

«La idea es que haya un representante de cada equipo de trabajo que forme parte de la comisión permanente, que vaya tomando decisiones del día a día. Decisiones que son, por ejemplo, nos han invitado de Compromís a participar en una propuesta, en un tema, una mesa de debate sobre políticas sanitarias ¿tenemos que ir o no tenemos que ir? ¿Podemos ir o no podemos ir? Es decir, ¿nuestro papel es estar con los partidos políticos así de evidente o hay entidades que a lo mejor no estarían? Entonces, claro, ahí hay un debate porque nosotros representamos a setenta y cinco (...) Hay muchas cuestiones del día a día que hay que ir tomando decisiones. Y nuestra manera de funcionar es desde el consenso» (Entidad de acción social).

Por ello, se llegó a estructurar dos Comisiones de forma simultánea, la Comisión Permanente, para realizar la gestión diaria y la presencia mediática, y la Comisión Directiva para coordinar los trabajos de todo el Observatorio. En esta última se encontrarían representadas las entidades promotoras y los representantes de los Grupos de Trabajo. Progresivamente, otras entidades se han ido incorporando a la Permanente y la Comisión Directiva se ha ido diluyendo en función de la participación y las tareas realizadas por los diferentes Grupos. Como se ha señalado, la estructura del Observatorio tiene un carácter dinámico que responde a las necesidades que demanda la realidad y a las posibilidades ofrecidas por la participación de las diferentes entidades.

Los Grupos de Trabajo son los equipos que realizan las actividades del Observatorio que no corresponden al ámbito de coordinación y gestión del mismo y están distribuidas entre las diferentes organizaciones y personas participantes. Entre sus funciones se encuentra el abordar acciones en temas específicos al tiempo que asesorar tanto a la Comisión Permanente como al conjunto de los miembros sobre las acciones desarrolladas.

«La forma de generar participación que nos hemos ideado es con los grupos de trabajo. Entonces los grupos están abiertos (...) Hay una doble intención. No sólo tener un grupo asesor de ODUSALUD, sino que ya que hemos creado algo pues vamos a explotar las posibilidades (...) Juntamos profesiones, la experiencia de unos puede enriquecer a otros» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Los Grupos de Trabajo responden a los objetivos de acción que se plantean en cada momento, en función de las necesidades detectadas y los ámbitos considerados prioritarios y, por ello, su número es variable. Con frecuencia, una vez concluida la misión para la que es creado, un grupo de trabajo puede desaparecer e incluso volver a activarse tiempo después. En un inicio, el objetivo del Observatorio se ha centrado en registrar las vulneraciones del derecho a la salud, por lo que las principales actividades se centraban en ello. La realidad mostrada por ese mismo registro de forma progresiva, ha permitido identificar otras necesidades y se han ido ampliando los grupos de trabajo que permite corresponsabilizar a todos los miembros del Observatorio. El desarrollo de estos grupos también está relacionado con las personas y entidades que forman parte de ellos. La existencia de una mayor experiencia o conocimiento en un determinado ámbito ha determinado la orientación de cada uno de los grupos:

«Nosotros, en la estrategia jurídica hemos participado activamente en ella, pero no somos una entidad con experiencia jurídica importante. Apoyamos la estrategia jurídica, vamos a participar netamente y de forma clara. Pero es cierto que somos una entidad sanitaria pura. No, no jurídica. Con lo que, si no fuera por el apoyo del Colegio de Abogados, difícilmente podríamos haber entrado en esa línea de trabajo. Sin embargo, sí que somos una entidad que tiene una estrategia muy clara de incidencia política. Nuestro plan estratégico habla claramente de cambio social, y por tanto el hacer una incidencia que busca el cambio legislativo de forma directa se identifica claramente con la estrategia del Observatorio» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Durante el periodo de realización del trabajo de campo, se ha podido identificar la existencia de hasta 8 grupos de trabajo que han abordado temáticas diversas, aunque no todos han funcionado de manera permanente: informe y comunicación; formación; reflexión sobre los límites; apoyo jurídico; incidencia política y movilización social; comunicación; coordinación asistencial; y, finalmente, seguimiento de incidencias.

El Grupo de informe y comunicación, también llamado de análisis y comunicación, asume la tarea de dar visibilidad a la realidad de la exclusión sanitaria, haciéndola accesible, a través de la recogida de información de las incidencias registradas y la elaboración de los Informes periódicos. Desde el Observatorio se considera que forman parte de este grupo tanto los miembros activos en este grupo, como las personas que registran las vulneraciones al derecho a la salud desde sus respectivos servicios de atención, bien sea en el ámbito de las entidades sociales o en los servicios públicos de salud, y que están coordinados con los responsables de este grupo.

El Grupo de formación también denominado grupo de formación, información y sensibilización, está conformado tanto por miembros de ODUSALUD como por la pla-

taforma Jo sí Sanitat. Ha surgido de la vinculación entre dos grupos ya preexistentes y que estaban desarrollando la misma labor de forma paralela:

«Y empezamos a colaborar, formamos un grupo de trabajo junto con otras entidades, con otros colectivos que era principalmente dirigido a dar a conocer lo que es... a realizar acciones de información y de formación, para dar a conocer el Real Decreto, para dar a conocer el Programa Valenciano de Protección a la Salud, para que llegue a personas migrantes, a profesionales, a población civil» (Organización de acogida a inmigrantes).

Aunque inicialmente fue creado para capacitar a las entidades en el sistema de Registro de Incidencias, ha ido ampliando su acción elaborando materiales para la difusión, la información y la formación, así como realizando actividades formativas dirigidas a las entidades del Observatorio, a otras entidades, y también a los profesionales del sector público.

Por su parte, el Grupo de reflexión sobre los límites, que ha tenido un funcionamiento más intermitente, surgió por la necesidad de definir qué debía considerarse como vulneración del derecho a la salud y de identificar cuál era el objeto de seguimiento. Es decir, establecer un criterio único que permitiera registrar las incidencias. A partir del análisis realizado por este grupo se diferenció la vulneración de la asistencia propiamente dicha como la denegación de asistencia, la falta de acceso a pruebas o la emisión de facturas; y, de otro lado, la vulneración por la imposibilidad de acceso al tratamiento prescrito. Esto último, implica reconocer el criterio económico como un elemento que vulnera el derecho a la salud y que puede afectar tanto a la personas en situación administrativa irregular, como la que se encuentra en situación regular y también a españoles.

«Decidimos que se recogía todo y que había que visibilizar también esa problemática que también había sido ocasionada con lo del Real Decreto, para población regular y española» (Trabajadora social-Organización colegiada).

El Grupo de apoyo jurídico también ha tenido un funcionamiento puntual. Es fruto de la colaboración con el Ilustre Colegio de Abogados de Valencia (ICAV) y ha estado dirigido a elaborar una estrategia jurídica que permitiera dar respuesta legal a las vulneraciones del derecho a la salud que se estaban produciendo (ej. facturas, embargos, etc.).

“Son los que tienen que aterrizar todo ese panorama jurídico que nos ha hecho el Colegio de Abogados en la realidad concreta de los casos y seguir las incidencias de manera que podamos ver esto dónde llega, cómo llega, qué más hay que hacer” (Entidad de acción social).

El Grupo de incidencia política y movilización social surge con motivo de las elecciones que convocadas durante el año 2015. Su puesta en marcha responde al objetivo de establecer una estrategia de trabajo que permita incidir en las fuerzas políticas y en la sociedad, la movilización social y la presencia en los medios de comunicación y las redes sociales:

«Esto es un problema de leyes, es un problema de políticos, vamos a acceder a ellos. Es que es tan lógico que..., y en esa línea estamos ahora. Vienen elecciones y lo que planteamos es que no nos apague la voz. Entonces creemos que tenemos un potencial importante para hablar en favor de los vulnerables» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

En la práctica, esta acción ha sido liderada por la Comisión Permanente, ya que la incidencia política es un objetivo complejo y sensible para los miembros del Observatorio.

El Grupo de comunicación se ha dirigido fundamentalmente a garantizar la presencia del Observatorio y, fundamentalmente, de las consecuencias del RDL 16/2012, en los diferentes medios de comunicación y redes sociales. Su labor se ha centrado tanto en la difusión como en las acciones de incidencia política a través de notas de prensa, blog, facebook y twitter. Este grupo se centra en la difusión de la acción del Observatorio, mientras que el grupo de informe y comunicación se centra en la recogida de las vulneraciones del derecho a la salud y de la elaboración y difusión de los informes periódicos, con el objetivo de mostrar la exclusión sanitaria.

Por otro lado, el Grupo de coordinación asistencial es uno de los últimos en crearse, a finales de 2014, con el objetivo de ofrecer un apoyo directo y asesoramiento en los casos de personas que sufren exclusión sanitaria y requieren una respuesta urgente. Se trata de ofrecer ayuda para resolver las necesidades que, bien por urgencia o gravedad, no pueden esperar ningún tipo de tramitación.

Y finalmente, el Grupo de seguimiento de incidencias se ha creado en el Observatorio tras los cambios producidos en la Comunitat Valenciana tras el Decreto Ley 3/2015 de Ley de Sanidad Universal. Aunque formalmente se ha extendido la asistencia sanitaria de carácter universal en la región valenciana, se siguen produciendo casos de exclusión motivados por la información o cartelería inadecuada en los centros de salud, o situaciones personales específicas (nacionales rumanos y búlgaros –incluyendo mujeres embarazadas y menores de edad- con dificultades para presentar el certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria emitido desde su país de origen, personas sin documentación identificativa original, facturaciones y denegación de atención), situaciones que afectan a personas con enfermedades graves o

crónicas, que se encuentran en situación de exclusión social, y que afectan también a personas con autorización de residencia y a ciudadanos españoles (ODUSALUD, 2016). La Conselleria de Sanitat ha enviado unas directrices o “instrucciones” para tratar de dar solución a las posibles situaciones de exclusión, pero las entidades afirman que se hace necesario hacer el seguimiento de esta nueva normativa y seguir registrando e identificando las situaciones de exclusión sanitaria, de forma que conociéndolas se les pueda ofrecer una respuesta. Esto ha supuesto también la necesidad de movilizar nuevamente a algunas de las entidades del Observatorio entre las que estaban disminuyendo su implicación, ante la creencia de que la universalidad en la asistencia sanitaria se había recuperado totalmente.

6.2. ESTRATEGIAS DE RESPUESTA

268

A continuación, se realiza un análisis sobre las acciones que el Observatorio desarrolla en la defensa del derecho universal a la salud, que le conduce a promover un cambio en la realidad de la exclusión sanitaria desde la acción de la sociedad civil. Castel (2010) señala que aunque el papel de la sociedad civil es relevante, sólo logra ser eficaz cuando interviene en los asuntos del Estado, porque es éste, en definitiva, el que tiene capacidad de decidir en los ámbitos fundamentales de transformación social. La acción de ODUSALUD ha ido dirigida a incidir en las decisiones políticas relacionadas con el derecho a la salud, y lo ha hecho a través de tres tipos de acciones, relacionadas entre sí.

Por un lado, a través del Registro de Incidencias y la elaboración y publicación de los Informes periódicos con los resultados obtenidos, ha articulado una metodología capaz de identificar, definir y visibilizar la exclusión. Por otro lado, y teniendo como respaldo el diagnóstico realizado, ha establecido una incidencia política de carácter permanente dirigida a distintos ámbitos de la Comunitat Valenciana. Y, finalmente y aunque nunca ha sido el objetivo prioritario del Observatorio, ha desarrollado unas estrategias de apoyo dirigidas a la población afectada por la exclusión en aquellos casos individuales que, por su gravedad, requerían un esfuerzo específico

A continuación, se presenta el análisis de estas tres dimensiones, pero es importante indicar que, aunque aquí se muestran separadamente, en el ámbito cotidiano del Observatorio, las acciones han ido evolucionando y complementándose a lo largo del tiempo. Ante el objetivo fundamental de defensa del derecho universal y, por lo tanto, de rechazo frontal a las políticas de exclusión sanitaria, la actividad del Observatorio ha tenido un carácter procesual. Las personas entrevistadas han reiterado que siempre

han actuado con el convencimiento compartido de que se iba a producir un cambio normativo que revirtiera la exclusión sanitaria. La situación era considerada tan extremadamente grave que inducía a la incredulidad, como ya se ha señalado, por lo que se esperaba un cambio de manera inminente. Eso ha impreso un carácter de temporalidad a las actividades y a la toma de decisiones. Por ello, lo que inicialmente comenzó como una iniciativa para visibilizar los efectos del RDL 16/2012, ha derivado en una acción mucho mayor que, aunque es difícil medir con exactitud su incidencia, parece claro que ha tenido un reflejo en las políticas públicas valencianas en materia de salud.

De igual manera es importante señalar que el modo de respuesta de ODUSALUD establece una lógica entre lo individual y lo colectivo que se sustentan entre sí. Como se verá, la acción de defensa del derecho universal a la salud como un bien social y responsabilidad de los poderes públicos, está acompañado de la urgencia por ofrecer respuestas a las personas que han quedado excluidas y que sufren las consecuencias del RDL 16/2012, de manera concreta e individual.

6.2.1. El registro de incidencias como diagnóstico de la exclusión

Con anterioridad se ha hecho referencia al Registro de Incidencias como un elemento que ha permitido vertebrar la adhesión de las entidades al propio Observatorio, pero, al mismo tiempo este Registro constituye un importante instrumento de diagnóstico sobre la realidad, a partir de las evidencias recogidas.

Tras el posicionamiento frente al RDL 16/2012 y la exclusión sanitaria adoptada por las entidades, surge la necesidad de obtener evidencias claras sobre cuáles son sus consecuencias. Según los entrevistados se trata de registrar las situaciones de vulneración del derecho a la salud que se producen.

«El interés primero de juntarnos y de empezar a registrar las incidencias es por eso, por decir: vamos a registrar lo que está pasando, porque sólo viendo lo que está pasando podemos actuar..., podemos denunciar, podemos decir, podemos reclamar... Porque si no tenemos un registro un poco elaborado... Es decir, si sólo hablamos de memoria de la gente que conocemos, que tiene este problema, pues no vamos a ser creíbles. Entonces es cuando las tres entidades que empezamos a reunirnos, que somos SVMFiC, MDM y Cáritas, empezamos a pensar en un registro, organizado, anónimo, donde empezamos a registrar los casos que tenemos» (Entidad acción social).

El Observatorio se centra en identificar las consecuencias de la exclusión sanitaria como forma de encontrar evidencias objetivas que promuevan el rechazo al RDL 16/2012. Supone realizar un diagnóstico sobre la realidad y sobre las consecuencias

que tienen sobre la sociedad unos hechos que son considerados por las personas entrevistadas como injustos y no éticos. Desde un primer momento se tiene la percepción de que la medida impuesta no sólo había establecido umbrales de acceso al derecho a la salud a través de requisitos para alcanzar la condición de asegurado, sino que, además, la asistencia realizada en los centros de salud, incumplía en muchos casos los mínimos establecidos, afectando negativamente a las personas excluidas:

«Porque veíamos que no sólo es que se aplica el Real Decreto en la Comunitat y deja excluida a un montón de gente. Sino que es que se va más allá y se llega a facturar las urgencias, y a hacer pues una serie de ilegalidades, a nuestro juicio que no tendrían que ser (...) Y, por lo tanto, hacer este mismo ejercicio de poner en evidencia las consecuencias reales y numéricas de lo que se niega sistemáticamente, que es que el Real Decreto tenga víctimas» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

270

Para ello, las entidades promotoras diseñan un instrumento de registro en el que se puedan identificar las situaciones de vulnerabilidad producidas Y que tiene unas características concretas: accesibilidad, anonimato de los casos registrados, carácter descriptivo y no sistemático.

En primer lugar se trata de un registro de fácil acceso a través de la aplicación informática de la página web del Observatorio¹⁵⁴ el que las personas que colaboran con las entidades y que tienen conocimiento directo de las incidencias producidas pueden registrar la información (ODUSALUD, 2012).

En segundo lugar, es un registro anónimo, ya que los datos se recogen a nombre del profesional o la entidad que registra y en ningún caso se identifica a la persona afectada por una situación de exclusión, aunque esta debe autorizar el registro de su caso. Se describe qué tipo de vulneración se ha producido y los datos personales quedan bajo custodia de la entidad que da garantía de la veracidad de esa situación. Cada una de las entidades y los profesionales que registran las incidencias, avalan la veracidad de los casos recogidos.

«Lo que hacemos son registros de los casos que conocemos. Esos registros son anónimos. Lo conoce la persona que a la que se lo declara el paciente y lo registra con un número o una clave para reconocerlo en caso de que se le pida alguna información añadida. Pero normalmente, eso queda pues en la persona que lo declara, y en el propio paciente. Y eso, claro, se le pide permiso al paciente para registrar el caso, sin dar datos de él» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

154 El Registro está disponible en la página web de ODUSALUD y también puede utilizarse en formato físico (www.odusalud.org). También se adjunta un ejemplo en Anexo VI.

Este hecho ha sido cuestionado por los responsables públicos que han acusado de falta de fiabilidad a los datos obtenidos. Tras el debate sostenido entre las entidades del Observatorio se ha optado por garantizar el anonimato en las incidencias que se registran, debate al que se tuvo acceso en esta investigación a través de la observación, así como del análisis que realizan las diferentes personas entrevistadas. Desde el ODUSALUD se quiere dar visibilidad a las consecuencias de la exclusión y valoran que para ello no se hace necesario identificar a cada una de las personas que la sufren. Aún más si cabe, porque hacer un registro de carácter nominal posibilitaría que la administración pública identificara a las personas que se encuentran en situación irregular, agravando los riesgos que ya sufren. Por lo tanto, el anonimato de los casos registrados constituye un mecanismo de protección para las personas que sufren vulneraciones y que accede a denunciar su situación, al tiempo que favorece la inclusión de más casos, sin que supusiera un riesgo para los afectados. Esta metodología, avalada y respaldada por todos los miembros del Observatorio, garantiza la recogida de datos que describen la situación de exclusión, pero garantizando la protección y el anonimato:

«El registro, ya sabes la discusión que tuvimos allí, es completamente anónimo. Anónimo en el sentido de que yo sí que sé quién es esa persona, pero yo a esa persona le doy un número de expediente y cuando yo registro la incidencia, la incidencia es 'n', con lo cual sí que aparece la entidad que firma la incidencia y sí, al final, la persona que recoge la incidencia. Si en algún momento hay que hacer alguna consulta con esa incidencia, figura mi nombre como persona que ha recogido la incidencia, pero en ningún otro sitio aparece ningún otro dato que pueda identificar a la persona con la cual se ha producido la incidencia» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

En tercer lugar, el Registro de Incidencias tiene un carácter descriptivo. Al mismo tiempo que no busca identificar a quienes han sufrido denegaciones del derecho a la asistencia, tampoco pretende ser cuantificar la exclusión. Contar los casos no es responsabilidad del Observatorio, ofrecer ese tipo de información corresponde a las administraciones públicas: «No nos toca a nosotros registrar lo que deberían hacer ellos» (Profesional de la salud-Organización colegiada). Con el Registro, más bien, se trata de realizar una descripción de la exclusión sanitaria, una representación de cuáles son las situaciones que se están produciendo, que los datos sean certeros, completos y que muestren la realidad. De este modo se logra también definir cuáles son los perfiles de las situaciones personales o colectivos entre los que se detectan problemas de acceso a la atención sanitaria. Y al mismo tiempo, permite detectar cuáles son las trabas que se producen al interior del sistema y que se constituyen en barreras que impiden la adecuada asistencia incluso en las situaciones en las que se reconoce ese derecho.

Y, en cuarto lugar, es importante tener en cuenta que no se trata de un registro de carácter sistemático, ya que, en la mayor parte de las ocasiones, depende de la disponibilidad de la persona o la entidad que registra, de los casos que recibe, e incluso de la mayor o menor urgencia que se percibe en la situación específica. En las Asambleas se hace referencia a que existen fluctuaciones en el número de casos registrados que han coincidido con las variaciones en las medidas políticas de acceso a los servicios públicos. Es el caso de la puesta en marcha del PVPS en 2013, o el DL de acceso universal de la Comunitat Valenciana. Si bien a priori se puede pensar que esas fluctuaciones se deben a que existen menos vulneraciones, los miembros de ODUSALUD consideran que puede haber diferentes elementos que estén influyendo y a los que hay que prestar atención: bien el éxito del PVPS o del DL porque la población lo demanda y es atendida, bien porque las entidades no registran los casos esperanzadas en la bondad de estas medidas, o bien porque no llegan los casos a las entidades.

272

El análisis de estos aspectos señalados, conduce a los miembros del Observatorio a considerar que el Registro de Incidencias es una “metodología compartida”, como así lo denominan, que concuerda con los objetivos establecidos y que además constituye un procedimiento de trabajo accesible y fiable. Por lo tanto, es considerada como uno de los principales logros del Observatorio y, al mismo tiempo que describe la realidad, articula el trabajo de la red de entidades:

«Los datos son los que son. Los hemos sacado entre todos, la metodología es una metodología que compartimos, está avalada y confiamos en que es cierta. Yo sé que lo que declara Cáritas es cierto y ellos saben que lo que yo declaro es cierto. Porque compartimos las bases de datos, compartimos la metodología, compartimos la fórmula de trabajo» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Para las personas entrevistadas, la importancia del Registro estriba en que permite la descripción de la exclusión (múltiple, diversificada, etc.) y muestra que supone el abandono de determinados colectivos, causando vacíos importantes en la cobertura, con sus consecuencias para la salud individual y pública. Por ello, consideran que sólo poniendo de manifiesto quiénes son los grupos vulnerables y de qué forma se concreta la exclusión, se podrá poner en evidencia las consecuencias del RDL 16/2012 sobre la salud y sobre la garantía del derecho a la salud. Para ello, los datos recabados son hechos públicos a través de Informes periódicos. Desde la entrada en vigor del RDL en el año 2012 hasta septiembre de 2015, momento del cambio de normativa en la Comunitat Valenciana, se han elaborado once informes que recogen, de forma agregada, los efectos de la exclusión sanitaria tanto los derivados del RDL 16/2012 como aquellos

que son consecuencia del PVPS. Un último informe se ha publicado en el año 2016, tras la entrada en vigor de la nueva normativa valenciana, advirtiendo de los riesgos que aún existen de exclusión sanitaria. Estos Informes, disponibles en la web del Observatorio, no tienen una periodicidad concreta, sino que son hechos públicos coincidiendo con eventos de especial relevancia, como el aniversario de la entrada en vigor del RDL 16/2012, o acontecimientos de interés social como las elecciones europeas o regionales, etc. Es decir, cuando existe un momento en el que se estima conveniente lanzar un mensaje de lo que el Observatorio ha detectado hasta ese momento, por la repercusión social que pueda tener.

Ya se ha descrito las múltiples maneras en las que las personas han visto vulnerado el derecho a la protección a la salud. Baste una síntesis de los datos ofrecidos en estos Informes para señalar que, si bien no tienen la capacidad de mostrar la totalidad, los datos permiten establecer un diagnóstico aproximativo de la exclusión. Si bien en el primer informe del año 2012, las incidencias registradas correspondían en su práctica totalidad a personas inmigrantes en situación administrativa irregular, esta situación cambia después de tres años y en el año 2015, aproximadamente el 40% de las vulneraciones del derecho a la salud registradas las han sufrido extranjeros en situación regular, ciudadanos europeos e incluso nacionales. Igualmente, si bien en un inicio, las incidencias se producían tanto en centros de salud como en centros de atención especializada (hospitales, etc.), en el año 2015 la mayor parte de estas situaciones se producen en centros de salud, que constituyen el punto de acceso más cercano al ciudadano. Además, en un inicio los motivos de exclusión que se producían era la falta de acceso a los tratamientos o la facturación, resulta llamativo que tres años después se registre un importante número de denegaciones de atención por parte del personal sanitario (64%) (ver Tabla 25):

Tabla 25: Vulneración del derecho a la salud reflejada en los Informes de ODUSALUD.

1^{er} INFORME (OCT-NOV 2012)	11^º. INFORME (SEPTIEMBRE 2015) (3 AÑOS - ACUMULATIVO)
78 incidencias (96% pob. irregular)	1338 incidencias (60% pob. irregular)
52% en centros de salud	73% en centros de salud
Combinación motivos: Falta acceso al medicamento Facturación	64% no atención personal sanitario 18% hoja de requerimiento de información
-----	38% ciudad de València

Fuente: ODUSALUD (2012, 2015). Elaboración propia.

Los datos muestran una casuística múltiple tanto por lo que se refiere al perfil de las personas afectadas, como a las formas de exclusión, como a los lugares donde se produce. Las personas entrevistadas señalan que esta metodología permite recoger las dimensiones de la exclusión y no sólo entre los “sin papeles”, sino también entre extranjeros en situación regular e incluso entre españoles, algo que no se esperaba:

«Se detectan necesidades de la población inmigrante y se percibe que no sólo es relevante registrar las incidencias sobre las situaciones de vulnerabilidad, sino conocer y profundizar el tipo de problemas de acceso a las prestaciones sanitarias que podía tener cualquier persona que acudiera a los centros sanitarios (...). Muchas personas pensionistas que tuvieron que empezar a hacer unos copagos en la farmacia no podían abonarlos, o personas en desempleo con enfermedades crónicas no podían seguir tratamientos, también era una población que estaba llegando con mucha asiduidad y cada vez incrementándose (...). Y el registro de incidencias de ODUSALUD daba pie a poder registrar esa población también» (Trabajadora social-Organización colegiada).

274

La visibilidad de estos resultados tiene como finalidad última incidir en las autoridades sanitarias, así como en la opinión pública, para promover la toma de conciencia y lograr un cambio. Se pretende defender el derecho a la protección a la salud aportando evidencias concretas:

«Cuando se tiene que hablar con autoridades, pues hay datos que dices ‘Mire, esto es lo que estamos recogiendo’. Y esto es otra de las grandes virtudes. Que entonces ya no se trata de un debate puramente ideológico o de ideas, sino que decimos ‘Mire, yo tengo esos datos que les puedo presentar, las cosas pasan’» (Centro de promoción de la integración).

Las personas entrevistadas insisten en que no se ha pretendido establecer un mero intercambio de posturas en torno al derecho a la salud, sobre los que podría haber múltiples interpretaciones, sino que los propios datos muestren la realidad y permitieran confrontar a las administraciones públicas con su propio discurso.

6.2.2. La incidencia política de ODUSALUD

Como se viene señalando, las diferentes iniciativas de ODUSALUD se complementan entre sí, convirtiéndose en herramientas para la transformación social. Es más, las acciones desarrolladas por la sociedad civil en València en defensa del derecho a la protección a la salud suponen la recuperación de espacios propios de una ciudadanía política activa, en torno al reconocimiento de derechos a toda la población en un modelo nuevo de ciudadanía basado en la vecindad y la convivencia. En la promoción de la

salud, la participación del tejido social adquiere relevancia en la búsqueda de equidad, máxime cuando se demanda de las instituciones públicas un buen gobierno de la salud (Ceimigra, 2014). En el marco del Observatorio, las personas entrevistadas entienden que no se trata de una incidencia política definida desde un inicio como tal, sino de una consecuencia lógica de la evolución que está siguiendo el propio Observatorio en su defensa del derecho universal a la salud:

«Vamos abriendo puertas, porque pasamos de registrar por registrar a que el Observatorio tenga una presencia y una incidencia política clara. Incidencia política en el sentido de que sea movilizadora de un cambio de algo» (Entidad de acción social).

Como consecuencia, se consideran legitimados para realizar una incidencia política por dos motivos fundamentales. Por un lado, como ciudadanos se reconocen responsables en la definición y la defensa del derecho a la salud como un bien público:

«Que el sistema sanitario español, es un sistema sanitario en el que los españoles debemos tener algún grado de decisión sobre hacia dónde va o hacia dónde no va. No directamente y por decreto, lo monto y lo desmonto, lo hago y lo deshago, sin tener en cuenta el criterio de la ciudadanía» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Y, por otro lado, la acción del ODUSALUD está respaldada tanto por el número, como por la diversidad y características de las entidades que forman parte del mismo:

«Lo puedes decir porque estás avalado por el apoyo de entidades muy respetables, que están viviendo la situación y que, por eso, se alían a esto. Es decir, ven algo que va con su línea de acción» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

La incidencia política desarrollada por el Observatorio se dirige a dos frentes fundamentalmente. Por un lado, hacia los agentes políticos con el fin de promover un cambio normativo en el marco de protección del derecho a la salud. Y, por otro lado, una incidencia dirigida hacia la sociedad en general, con el objetivo de promover la toma de postura de la ciudadanía a favor de la protección universal del derecho a la salud, en especial de la población excluida.

La incidencia dirigida hacia los agentes políticos tiene, a su vez distintos frentes. Por un lado, las acciones dirigidas a los responsables de la administración pública, la participación en el debate político, y la colaboración en otras plataformas con las que se comparte un mismo objetivo, tanto de otras CCAA como a nivel nacional.

En relación a la incidencia dirigida hacia los responsables públicos, la práctica totalidad de los miembros de ODUSALUD entrevistados señalan que, desde un inicio, se ha buscado lograr una interlocución con los responsables sanitarios de la región, con el fin de trasladarles la gravedad de las consecuencias de la exclusión sanitaria. Por ello se ha propiciado un espacio de diálogo con diferentes instancias de la Conselleria de Sanitat tanto a nivel político como técnico, en el que se ha encontrado cierta afinidad entre los participantes:

«Detrás de los cargos siempre hay personas y la voluntad de las personas de entrada no es negativa, es positiva (...) Es gente más afín y eso rompe barreras (...) Pero la realidad es la que es. Entonces, a veces la realidad genera posiciones a la defensiva que impiden luego el diálogo (...). No hay mala fe por parte de las personas (...). Pero también es verdad que no se están poniendo medidas para solucionarlo» (Entidad de acción social).

276

En esa interlocución, han jugado un papel fundamental los Informes emitidos por el Observatorio, cuyos resultados eran presentados primero a los responsables de la Conselleria de Sanitat, con el fin de establecer un diálogo con la administración que permita un cambio en las políticas sanitarias, al menos a nivel regional. Posteriormente, estos informes se hacían públicos tanto a través de las plataformas informáticas y redes sociales del propio Observatorio, como a través de los medios de comunicación. Según las personas entrevistadas, no se trata de una actuación contra los responsables políticos, sino de dar visibilidad a una situación y lograr una respuesta favorable:

«Al principio, los objetivos eran muy claros: tener una visión general de las consecuencias del Real Decreto y posteriormente el Programa Valenciano de Protección a la Salud. Detectar dónde estaba fallando. Y hacer unos informes y presentárselos a la Administración y a la opinión pública. Decir 'Miren señores, ustedes han hecho esto y aquí están ustedes facturándole a menores, están facturando, negando la atención a menores, negando la atención a embarazadas, facturando por urgencias, están incumpliendo su propio Real Decreto, y aparte con este Real Decreto pues esta población no está siendo atendida, etc. Y denunciarlo públicamente, y presionar a la Administración para que pusiera medidas» (Asociación de enfermos crónicos).

Sin embargo, desde ODUSALUD consideran que los resultados obtenidos han sido parciales. Perciben que desde la administración pública ha existido una mayor preocupación por resolver situaciones específicas, casos de gravedad y de carácter puntual, que por lograr un cambio que revertiera la exclusión sanitaria. Para las personas entrevistadas, dar respuesta a los afectados que denuncian una situación de vulneración específica no devuelve el derecho a la protección a la salud, sino que mantiene un

modelo excluyente en el que quedaba invisible la realidad de quienes no llegaban a las entidades:

«Decían que no son conscientes de los casos. Lo que nos pedían eran los casos personales y dónde ocurría esto para resolverlo. Pero ahí sí que fuimos muy serios en el tema de la protección de la base de datos, que no podíamos. Y el problema no era los que registrábamos, sino la cantidad que no registrábamos» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

La percepción entre las personas entrevistadas es que el Registro de Incidencias y la elaboración de los Informes no son suficientes porque no hay una respuesta de calado por parte de las autoridades regionales. Por ello, la estrategia de ODUSALUD cambia y los Informes son hechos públicos directamente a las diferentes entidades que forman parte del Observatorio y a la sociedad en general a través de los medios de comunicación y de las diferentes redes sociales, sin ofrecer información previa a los responsables sanitarios:

«[Decidimos] Que la Conselleria se enterara luego, directamente, como se enterara cualquier otro ciudadano, dado que no cambiaba mucho cuándo se enteraran para que hicieran unas cosas u otras. Su capacidad era poco ágil» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

A pesar de ello, consideran que tanto los esfuerzos de coordinación con la Conselleria como la denuncia en los medios de comunicación sobre la realidad de la exclusión social, y las diferentes acciones que de forma progresiva va asumiendo ODUSALUD, le otorga un mayor peso en la sociedad valenciana:

«Cada vez se está ganando más fuerza, más presencia y que está haciendo una labor cada vez más integral y cada vez más amplia (...) y el sacar esos registros, esos informes donde analizar esos casos, sacarlos a la luz, hacer comunicados de prensa, reunirse en Conselleria, entonces yo creo que esas situaciones incomodan porque meten el dedo en la llaga. Y yo creo que es importante que alguien vele por esos casos, o sea, para que salgan a la luz, para que no se invisibilicen y para que muestren esa realidad que a veces se intenta tapar, porque incomoda» (Organización de acogida a inmigrantes).

Además de esa interlocución directa como acción de incidencia política dirigida a los responsables de la administración pública, se han puesto en marcha otras iniciativas, como las dirigidas directamente al Conseller de Sanitat, al Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, la elaboración de propuestas concretas en el proceso de elabo-

ración del Proyecto de la ley Valenciana de Salud de 2014¹⁵⁵, o la formulación de propuestas para mejorar el PVPS. Respecto a este último, aunque sea algo difícil de valorar y puedan existir otros factores, algunas de las personas entrevistadas consideran que su puesta en marcha también es una respuesta a la presión ejercida por ODUSALUD.

«Yo incluso pensé, a lo mejor el Programa ha salido en parte por nuestra labor cuando salió el Programa Valenciano de la Salud. Igual es un poco querer ser más de lo que somos, pero sí que es verdad que salió después de haber nosotros presentado ya datos, y de afrontar la situación frente a ellos» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Por otro lado, ODUSALUD ha participado de forma activa en el debate político referido a la defensa del derecho a la salud. Los momentos en los que el Observatorio ha tenido una mayor presencia pública ha coincidido con las diversas convocatorias electorales y que han tenido reflejo tanto en las actividades que ha desarrollado, como porque ha propiciado la adhesión de nuevas entidades. Esta coincidencia es percibida por sus miembros como una oportunidad para hacer visible la exclusión sanitaria y exigir de los representantes políticos un compromiso real y efectivo en defensa del derecho universal a la salud. Una actitud que, al mismo tiempo, choca claramente con las autoridades regionales:

«Lo que pasa es que la tensión es cada vez mayor. Por parte de ellos porque ahora vienen elecciones y no quieren ruido. Y nosotros, porque ahora es cuando hay que hacer ruido» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Entre el año 2014 y 2015, se celebran elecciones al Parlamento Europeo, elecciones municipales, regionales y nacionales. Un periodo de interés para los miembros del Observatorio, especialmente las elecciones regionales, que es el ámbito donde consideran que pueden ejercer una mayor incidencia. Los miembros de las diferentes entidades son conscientes de la importancia que tiene el reconocimiento que los diferentes partidos políticos les otorgan, porque supone que han desarrollado un papel lo suficientemente relevante como para ser tomados en cuenta, han logrado ofrecer suficiente credibilidad a la sociedad valenciana. Un reconocimiento que también entraña riesgos tanto para el propio Observatorio como para su objetivo:

«Ahora se nos viene encima un aluvión de peticiones a propósito del año que tenemos encima totalmente preelectoral. Entonces por un lado tenemos la firme convicción de que

no queremos ser instrumentalizados por los partidos políticos, (...) Nuestro papel no es presentar un programa de medidas de política sanitaria. (...) El objetivo de ODUSALUD es derogar el Real Decreto y que la asistencia sanitaria vuelva a ser universal» (Asociación de acción social).

Pero, al mismo tiempo, la participación de ODUSALUD en la discusión política es valorada como fundamental porque significa que el RDL 16/2012 que ha supuesto, entre otras medidas, la sustracción del derecho a la salud los “sin papeles”, sigue siendo un tema de interés público. Esto responde claramente a la obligación que los miembros de las diferentes entidades se habían impuesto, de dar a conocer la realidad para promover un cambio y recuperar la universalidad de la protección a la salud:

«Yo creo que, además con cierto éxito, se ha conseguido mantener un tema en la agenda política dos años después, cuando probablemente quizá el gobierno no contaba con que fuera así. Contaba en que fuera una de esas medidas que se toman, se aparcen, se tiene un coste político inicial, pero a dos o tres años de las elecciones quién se acuerda cuando llegan. Con lo cual, el hecho de que la gente se acuerde y que quiera que esto se tenga en cuenta en los programas electorales, y que esto le resulte un coste político a quien ha tomado una decisión errónea y le resulte un apoyo político a quien quiera tomar la decisión correcta, me parece una buena idea democrática. Que esto se ponga en el periodo electoral que viene como uno de los elementos a debatir» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Por este motivo, ODUSALUD ha tenido una acción claramente dirigida a aumentar su participación en el análisis político con el fin de promover la discusión sobre el modelo de protección de la salud que se quiere en la sociedad valenciana y a nivel general. Se considera un tema no sólo de relevancia regional o nacional, sino que entronca claramente con la defensa de valores fundamentales, tomando el derecho a la salud como un principio universal. De ahí la puesta en marcha del Debate público con motivo de las elecciones europeas, celebrado en mayo de 2014 y al que se ha hecho mención anteriormente, o la creación de un grupo de trabajo específico dirigido a la incidencia política, al que también se ha hecho referencia:

«Tenemos que hablar con los partidos políticos porque son los que deciden y los que alzan la voz de la ciudadanía. Entonces, queremos que vean esto como un problema que nos preocupa y que a partir de ahí que lo vayan poniendo en sus idearios políticos, en sus líneas de acción. Y por eso también, creamos una mesa política con el tema europeo, porque claro, si se puede elevar a nivel europeo pues mucho mejor. Vemos que esta defensa no sólo la tenemos que tener los valencianos y los españoles, sino que tiene que ser un principio universal. Entonces pues dentro de eso pensamos que, claro, que hay que moverse ahí. (...).

Yo creo que tenemos suficiente fuerza como para que se nos oiga. Entonces esa es un poco la línea que queremos mover un poco ahora» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

La labor de incidencia política y participación en el análisis público del Observatorio ha tenido un carácter creciente, tratando de dar visibilidad a la realidad de la exclusión de la que es objeto la población inmigrante en situación administrativa irregular y demandando de los responsables públicos, así como de todos los agentes sociales, una mayor implicación en la defensa del derecho universal a la salud¹⁵⁶. Aunque no es posible medir el peso que la acción de ODUSALUD ha tenido en los cambios sucedidos en la Comunitat Valenciana a partir de 2015, no se puede ignorar que la incidencia realizada ha jugado un papel importante en ellos, como lo muestra el cambio en el acceso a los servicios públicos de salud por parte de los “sin papeles”, o la participación del propio Observatorio en ámbitos de seguimiento y vigilancia del funcionamiento del sistema público de salud valenciano.

Las personas entrevistadas también señalan la importancia de participar en plataformas y redes que compartan la defensa del derecho a la salud para lograr una incidencia de calado. Por ese motivo, en ODUSALUD confluyen no sólo entidades sino plataformas de diferentes tipos, como la Coordinadora de ONGD, la Plataforma de Inmigrantes o Jo sí Sanitat Universal¹⁵⁷. El trabajo en red se convierte en un pilar fundamental para la acción, tanto a nivel local o regional, como también estatal, porque la exclusión sanitaria es una realidad compartida en todo el territorio nacional. E incluso se otorga mucha importancia al hecho de que el Observatorio de la Comunitat Valenciana constituya un referente para otras organizaciones y apoye la construcción de otras de similares características como el observatorio de la región de Murcia:

«Es algo que también se está promoviendo, generar esas alianzas y esas redes, ya no solamente desde lo local, sino a nivel también estatal, porque las realidades de aquí serán muy similares a las que pueda haber en Madrid (...). Para compartir esas experiencias, esas informaciones, esos modos de hacer. Entonces eso es importante. O el hecho de que ODUSALUD sirva como referente para otros lugares y generar esas alianzas también lo veo importante» (Organización de acogida a inmigrantes).

156 Los miembros de ODUSALUD han multiplicado por ello su presencia en los medios de comunicación. Un ejemplo de esta presencia es su participación en el Programa Sin Fronteras de RNE1 de la Comunitat Valenciana, titulado “Ni un día más sin salud universal” del día 21 de septiembre de 2014 (Disponible en: <http://www.rtve.es/alacarta/audios/sin-fronteras/sin-fronteras-odusalud-observatorio-salud-comunidad-valenciana-ni-dia-mas-sin-salud-universal/2770994>).

157 Jo sí Sanitat Universal es la denominación regional de la plataforma Yo sí Sanidad Universal, movimiento de desobediencia civil frente al RDL que reúne a personas usuarias y trabajadoras del Sistema Nacional de Salud (Porter, y cols., 2015).

En el marco de este planteamiento de extender la red de incidencia contra el RDL 16/2012 y la exclusión sanitaria, ODUSALUD se ha sumado a la plataforma nacional Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER)¹⁵⁸, formada por organizaciones de la sociedad civil y que pretende evidenciar las consecuencias de la aplicación de esta norma a través de protocolos rigurosos. La incorporación del Observatorio valenciano se ha realizado a título individual de cada una de las entidades miembro, como forma de dar visibilidad y ODUSALUD como tal se ha incorporado como una de las entidades motoras de REDER. Este modelo de participación, que fue objeto de estudio al interior de la organización, pretende garantizar la visibilidad de la amplia representación de las entidades de la sociedad civil valenciana y al mismo tiempo, la propia singularidad del Observatorio.

Respecto a la incidencia dirigida hacia la sociedad, ODUSALUD plantea la necesidad de dar a conocer la exclusión sanitaria entre la sociedad, más allá de los ámbitos políticos de gobierno o de debate político. La finalidad es promover una toma de postura por parte de la ciudadanía en favor de la universalidad del derecho a la salud. Desde el Observatorio se percibe que la exclusión de la población inmigrante irregular es más visible entre los colectivos concretos como los miembros de entidades, profesionales del sistema sanitario o los propios afectados, que son precisamente aquellos entre los que la sensibilización tiene una mayor repercusión. Los entrevistados intuyen que la sociedad en general no ha tomado plena conciencia de la situación:

«Por tanto, la repercusión pública de esta situación en la sociedad pues es, como siempre, limitada a las personas que formamos parte, que tenemos una cierta sensibilidad con la cuestión de la exclusión social y con la cuestión de la exclusión principalmente de los extranjeros en situación irregular. El resto de la sociedad pues se va de fiesta. Esto es así» (Abogado-Organización colegiada).

Por ello, desde el Observatorio se utilizan diferentes vías para promover una respuesta social en defensa del derecho universal a la salud, al tiempo que visibilizan la exclusión y denuncian su injusticia, informan y forman sobre las causas, las consecuencias y los modos de respuesta. En un primer momento, se realiza una acción dirigida hacia las entidades de carácter social que pueden tener mayor relación con el ámbito del derecho a la salud o con las personas afectadas por la exclusión. En un segundo momento, la incidencia se dirige hacia otros ámbitos más generales de la sociedad, tanto a los inmigrantes irregulares, los profesionales del sistema público de salud que son quienes les atienden, como a la sociedad en general.

158 Inicialmente REDER está liderado por semFYC, MDM, Andalucía Acoge y ODUSALUD, y en él participan organizaciones de, al menos, doce CCAA.

Aunque para la incidencia específica en cada uno de estos colectivos existe un motivo concreto, entre los miembros de ODUSALUD existe la percepción de que el cambio que se ha producido en la asistencia sanitaria es algo desconocido entre la mayor parte de la sociedad; por tanto, no existe una conciencia real de las consecuencias que tiene ni de cómo puede estar afectando a las personas:

«Me parece además algo que queda un poco invisibilizado socialmente, también este tema. Y pues me parece muy importante participar, acercarnos a la población que se ha quedado excluida y concienciar también al resto de la población sobre lo que está pasando» (Plataforma ciudadana de defensa de la salud).

Por ese mismo motivo, los diferentes grupos sociales desconocen que se ha producido un cambio de modelo en la protección de la salud a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, algo que afecta a toda la sociedad y que puede tener repercusiones a mayor largo plazo:

«Vemos que todo está un poco relacionado, entonces, como que a la población civil en general pues también es algo que le interesa, pues por lo que decía, porque le afecta, o porque le puede afectar o porque puede sentir esa sensibilidad hacia la injusticia, como es la exclusión sanitaria. Dárselo a conocer» (Organización de acogida a inmigrantes).

Con el fin de poder llegar a los grupos sociales de mayor interés, la incidencia social se dirige también en varias direcciones: de un lado hacia las entidades sociales de la Comunitat Valenciana; por otro lado, hacia las personas excluidas del sistema público de salud; igualmente, a los profesionales del sistema que atienden a este colectivo; y finalmente a la sociedad en general.

En primer lugar, y también como acción inicial por parte de ODUSALUD, se realizan acciones concretas que tienen como objetivo la movilización de otras entidades y organizaciones sociales como una forma de hacer crecer el Observatorio. De este modo, se amplía el ámbito de acción, aumentando la perspectiva crítica ante la exclusión y las acciones de denuncia entre más entidades, pero también como un modo de que la acción del Observatorio llegara a los colectivos más afectados. Las personas entrevistadas hacen referencia a la importancia de la incorporación de otras entidades como una muestra del valor del objetivo que se persigue y también como ejemplo de fortaleza de las propias acciones y de legitimidad social:

«ODUSALUD a nivel de sociedad civil ha conseguido algo bastante grande, que al menos participen un montón de entidades, que las asociaciones vamos bastante por libre nor-

malmente, porque ya tienes bastante faena en casa, y coordinarse es bastante trabajo, e incluso, pues juntar a personas de la sociedad civil, pero de ámbitos distintos» (Asociación de enfermos crónicos).

Las acciones que se desarrollan están dirigidas fundamentalmente a mostrar la realidad de la exclusión sanitaria y a difundir la acción del Observatorio como forma de respuesta. Para ello, se desarrollan sesiones formativas en diferentes ámbitos, desde colegios profesionales (ej.: médicos, abogados, trabajadores sociales, etc.), asambleas de entidades sociales o asociaciones vecinales y de barrios.

«ODUSALUD hace varias cosas. ODUSALUD primero sesiones informativas. Si una organización tiene un grupo y quiere invitar a gente de ODUSALUD se puede hacer o nosotros mismos como entidad podemos informar a la gente» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

De este modo, se logra no sólo una sensibilización, sino que también se amplían las posibilidades de que haya más entidades que puedan identificar las situaciones de vulneración del derecho y registrar incidencias, aumentando el conocimiento de la situación real de la exclusión. Según los miembros del Observatorio, se trata de visibilizar, formar y denunciar. Así, el ámbito de influencia de ODUSALUD se ha ampliado progresivamente.

En segundo lugar, se busca informar y formar a la población excluida. A través de las actividades realizadas por las diferentes entidades de ODUSALUD, en especial aquellas dedicadas directamente a la asistencia a inmigrantes en situación administrativa irregular, se constataba que este colectivo no accedía al sistema sanitario, bien por desconocimiento, por considerar que no tenían derecho a ello, o bien por la mala información que recibían cuando querían acceder a la asistencia sanitaria en los servicios públicos de salud. Por lo tanto, a través del grupo de formación y sensibilización, el Observatorio ha tratado de hacer llegar a los afectados la información, dando a conocer en qué situaciones tienen derecho a la asistencia sanitaria, difundiendo el PVPS, o realizando apoyos en la tramitación:

«Lo que nos hemos planteado, y es en lo que estamos ahora es en informar a las asociaciones de inmigrantes sobre la existencia de este Programa (...). Esto es interesante que todas las asociaciones de inmigrantes lo conozcan. Entonces lo que se elaboró fue un power point de presentación del plan para ir a las asociaciones de inmigrantes (...). En una fue muy divertida, porque había como siete asociaciones de inmigrantes, pero de distintos países, con lo cual se ponían por grupos y tenían un intérprete que les iba transmitiendo. Yo decía ¿Servirá para algo? Pero sí que hemos hecho ese esfuerzo y seguimos haciendo

ese esfuerzo de información a las personas sobre su posibilidad de adscripción al Plan Valenciano de Protección a la Salud» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

Las propias entidades señalan la importancia de esta formación, ya que, en ocasiones, las personas excluidas y que sufren vulneraciones no tienen capacidad para comprender las indicaciones o las notificaciones que reciben, bien por desconocimiento del idioma o bien por los tecnicismos utilizados en el ámbito sanitario y administrativo.

«Por eso, el trabajo de ODUSALUD creo que es fundamental para los seres humanos, para que cada persona tenga un derecho a la salud. Pero, aun así, el camino es muy largo, y la gente tiene que estar muy bien informada. Saber realmente qué puede hacer. Dónde. Qué puerta puede tocar. Dónde puede entrar. Con quién puede hablar. Todo eso es un trabajo de larga duración, puedo decirlo así, porque eso no se puede hacer en un día. Es un trabajo que tiene que estar ahí siempre, informando, informando, informando, porque todos los meses recibimos gente nueva que cuando viene no sabe nada. No sabe realmente lo que está en España, lo que existe en Valencia. Pues eso. Esa es la realidad» (Asociación inmigrantes latinoamericanos).

Sin embargo, en el marco de las entrevistas y observaciones realizadas, los miembros del Observatorio defienden la importancia de que las personas excluidas también puedan tener conocimientos y herramientas suficientes para poder defender y ejercer sus derechos. No se trata sólo de que puedan acceder a los servicios públicos de salud, bien ofreciéndoles indicaciones, informándoles del PVPS, etc., sino de que tengan capacidad para asumir la protección a la salud también como un derecho propio:

«Porque ya no sólo es informar a la gente. Ya también es formarlas para que vean cómo se puedan defender ante estos atropellos. El papel de la incidencia política también es promover una respuesta en la propia gente» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

En tercer lugar, al hablar de cuál es la incidencia en la sociedad civil ante la exclusión sanitaria, uno de los colectivos de mayor relevancia es el de los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario. Como se ha señalado anteriormente, se trata de un sistema altamente complejo con procedimientos estandarizados y rígidos, en el que los profesionales deben gestionar el acceso o la denegación del derecho a la asistencia sanitaria. También se ha hecho referencia a que no ha existido una implicación por parte de las autoridades regionales en formar a estos profesionales en las nuevas disposiciones, ni en el RDL 16/2012 ni en la existencia y características del PVPS. Por todo ello, es relevante que los diferentes colectivos que trabajan en el servicio público estén sensibilizados hacia la situación de exclusión sanitaria.

«Te das cuenta que el problema es que no es de mala fe de las personas sino de falta de información. Y entonces decidimos empezar a informar (...) Y empezamos a hacer dípticos y ahora se ha hecho una pancarta y bueno, la idea es difundir» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Por ello, ha habido un especial interés por parte de los miembros de ODUSALUD en sensibilizar a estos colectivos, ofreciendo información en los diferentes servicios de salud, pero también realizando sesiones de difusión, sensibilización en asociaciones y colectivos profesionales (ej. sesiones de información y formación realizadas en el colegio profesional de médicos, de abogados o de trabajadores sociales de la Comunitat Valenciana, y en otras asociaciones profesionales). Como se ha podido observar, en todo momento se ha buscado la implicación de profesionales que trabajan directamente en el ámbito de interés, en especial el colectivo de trabajadores sociales por considerarlos una puerta de entrada singular en el marco del sistema sanitario, ya que la población excluida sí podía tener acceso a ellos.

En la labor de incidencia dirigida a los profesionales, es preciso señalar una acción especialmente significativa. Por un lado, la exclusión sanitaria es presentada como una medida política que ataca la universalidad de los derechos humanos y, con ello, a los colectivos vulnerables de la sociedad. Constituye, por tanto, una realidad que debe ser señalada como injusta. Pero, al mismo tiempo, muchos de los miembros de ODUSALUD entrevistados hacen referencia a que la incidencia dirigida a los profesionales del sistema sanitario debe realizarse también desde la toma de conciencia de la exclusión sanitaria como un hecho individual que genera un sufrimiento innecesario.

La descripción que realizan las personas entrevistadas sobre la necesidad de argumentar la defensa de la asistencia sanitaria desde las circunstancias personales se basa en la exigencia de dismantelar los prejuicios existentes, pero ya no de carácter general, sino dirigidos hacia la persona que necesita ser atendida en ese momento y que, con frecuencia, sufre los efectos de la configuración social del inmigrante como un riesgo para la sociedad. La culpabilización del inmigrante irregular por la situación en la que se encuentra, un hecho que cada vez se extiende más en la sociedad española, también genera prejuicios y estereotipos que se reproducen entre el personal que realiza la primera atención en los centros sanitarios:

«Era una manera de responsabilizar a la paciente de su situación, desde el desconocimiento. Entonces, desde la realidad de la paciente [era necesario] dismantelar esos prejuicios» (Organización de acogida a inmigrantes).

La incidencia así realizada hace referencia a la necesidad de desarticular los prejuicios existentes en la sociedad y que se ponen de manifiesto entre las personas que realizan la atención. Los entrevistados hacen referencia a que hacen uso de una argumentación en torno a la realidad de la persona que se tiene delante y que necesita ser atendida. A partir del uso de una perspectiva individual, como es el hecho de mostrar cómo la exclusión afecta a la persona que se está acompañando, realizan acciones como reclamar, pedir atención y, fundamentalmente, desmontar el argumento de que la persona inmigrante en situación administrativa irregular es la responsable de su situación.

Por este motivo, la incidencia dirigida a estos profesionales de los centros públicos y que se realiza a través del acompañamiento a las personas excluidas que necesitan ser atendidas, es una forma de derribar prejuicios y barreras y de hacer consciente a los trabajadores de los diferentes dispositivos, cuál es la situación real que viven los pacientes. Se trata así de una doble acción: desde una perspectiva individual se reclama atención en situaciones específicas, y se actúa y defiende el derecho particular de esa persona; y, al mismo tiempo, se defiende un bien compartido y público:

«En un momento dado pueden ver a la persona o saber que esa persona no está teniendo derecho a la salud, no tiene médico, no tiene derecho a tratamiento médico, y les indigne y se remuevan. O, por ejemplo, que empaticen y es una manera, en este acompañamiento, de intentar desmontar esos prejuicios que podía tener la persona en su cabeza, y que los desmontara viendo a la persona que estaba siendo afectada por esa exclusión sanitaria. Entonces, ahí empiezas a argumentar, pero no argumentar a nivel general, sino a nivel concreto con la situación de esa persona» (Organización de acogida a inmigrantes).

Los entrevistados entienden los acompañamientos a los centros públicos de la población más vulnerable como un ejercicio de defensa del derecho a la asistencia. Hacen referencia a la necesidad de que se conozca cuál es la situación que viven estas personas y de demostrar su gravedad. Con frecuencia han encontrado que la primera limitación que existe es el desconocimiento por parte de las personas que realizan la primera atención, desconocen el alcance real de la normativa legal, y la realidad de los afectados, y priorizan ajustarse a las normas generales y a las propias de cada centro. Por lo tanto, los acompañamientos son utilizados como una estrategia para dar a conocer la realidad, al tiempo que se logra la atención a la persona.

«Desde el simple acompañamiento a esa persona, que te sirva no solamente para solucionar que no le facturen la asistencia médica, porque le han dado un compromiso de pago, no solamente el hecho de hacer esa gestión, sino de aprovecharla para intentar sensibilizar al

profesional que tienes enfrente en un momento dado» (Plataforma ciudadana de defensa de la salud).

Se trata de una lógica que entiende lo colectivo desde la realidad individual, y a la inversa, lo individual desde una exclusión dirigida a un grupo de personas señalado y diferenciado. Así, junto a la defensa de planteamientos generales, como son la definición de los derechos de todas las personas, con independencia de su situación administrativa, y la necesidad de promover la integración en la sociedad de recepción, también se pone de relieve la relación que tiene la exclusión con las circunstancias personales y concretas que vive cada persona excluida, y que se ve sometida a una violencia institucional y social y, en ocasiones, también autoinfligida por la aceptación de esa situación.

Y en cuarto y último lugar, la incidencia realizada por los miembros del Observatorio ha buscado propiciar un cambio en la sociedad en general. La sensibilización y movilización desarrollada por ODUSALUD sólo parece tener una clara relación con los colectivos más cercanos a la población excluida: entidades, profesionales que les atienden, etc. Las propias entidades intuyen que la sociedad en general no ha tomado conciencia de la situación, más bien al contrario, la existencia de un rechazo a los inmigrantes.

Las personas entrevistadas señalan que hay un desconocimiento generalizado entre la mayor parte de la sociedad valenciana. Señalan que ese desconocimiento se refiere tanto a lo que constituye propiamente el derecho a la salud, como en relación al modelo de prestación y de financiación existente en España, e incluso a los riesgos que supone la exclusión sanitaria para la salud pública. La falta de una información adecuada por parte de las administraciones públicas a lo largo de las últimas décadas, ha generado confusión y desconocimiento por parte de la ciudadanía. Los entrevistados hacen referencia a que la exclusión sanitaria es una realidad que no se vive como algo cercano, sino que se trata de una realidad que queda en los márgenes de la sociedad:

«No lo vives como cercano. Tú puedes seguir viviendo y ellos siguen sufriendo y tú no te enteras (...) Yo creo que, no me atrevería a decir, pero yo creo que el 80% de la gente no lo sabe (...). Porque no te afecta personalmente, ni directamente» (Profesional de la salud-Organización coelgiada).

Sin embargo, también se señala que coexisten dos tipos de argumentos en la sociedad. Por un lado, aunque en menor medida, algunos grupos sí entienden que la salud debe ser un derecho universal:

«La sociedad valenciana y en este sentido yo creo que lo comparte el resto de la sociedad española, es una sociedad que valora la universalidad de la atención como un derecho ganado [énfasis] después de esfuerzo y de sufrimiento durante el siglo XX, y cree que el perder este derecho de forma general, no es un buen referente. No es una buena idea perder este derecho. Aunque sea un inmigrante en situación irregular» (Profesional de la salud-Entidad de promoción de la salud).

Y, por otro lado, también se encuentra extendida la percepción del inmigrante como competidor por los escasos y cada vez más reducidos bienes de la sociedad, como el empleo o los servicios públicos: «Aún vienen diciendo que los inmigrantes lo tienen todo». Una visión que, en el difícil contexto de la crisis económica, los responsables públicos se han encargado de difundir y que aumenta la barrera entre los “sin papeles” y quienes sí tienen derecho a la protección a la salud:

«Como diciendo ‘Encima tenemos que aguantar a todos estos que vienen de fuera. Primero nosotros y luego ¡ya veremos! Pero primero nosotros’. O sea, la idea de que por ser español ya tienes más derecho y de ahí pues claro, es difícil a veces. Son ideas muy muy fijas, muy primarias que a veces cuesta cambiar también. Entonces, yo cuando alguien entra en mi consulta y me dice cosas así, le digo ‘Oye, oye, son personas. Y, además, este no es tu enemigo. Este no es tu enemigo. Piénsatelo bien y verás cómo este no es tu enemigo’» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Aunque no ha sido su acción preferente, ODUSALUD también se ha comprometido en un trabajo de sensibilización más amplio. A través de actividades de carácter más generalista y con la colaboración de otras entidades, se desarrollan actividades de sensibilización, e información en las que se genera un debate social en torno al reconocimiento del derecho universal a la salud: campañas de sensibilización, charlas entre colectivos de estudiantes, difusión en los medios de comunicación o las redes sociales. No obstante, se trata de una labor menos desarrollada y en la que, aunque en muchas ocasiones ha sido realizada directamente por las propias entidades, también ha aumentado el protagonismo del Observatorio:

«Hacemos campañas de sensibilización y allá donde sepamos que hay inmigrantes allá que vamos. Que está el Carnaval de Ruzafa, allí montamos un tenderete, que está la Feria Alternativa, montamos un tenderete. Vamos a las manifestaciones, llevamos una pancarta o tal. Estamos donde podemos. Para difundir y repartimos nuestra información en forma de panfletitos y de trípticos, para que la gente se vaya enterando de que puede solicitar el programa y que tiene derechos reconocidos» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Finalmente, es necesario señalar un hecho relevante en el ámbito de la incidencia desarrollada por el ODUSALUD. Aunque se trata de una realidad que acontece con posterioridad al trabajo de campo y es abordada de forma concreta en el Epílogo, es importante señalar que, tras las elecciones autonómicas y el cambio de gobierno en la Comunitat se han producido situaciones que ponen de manifiesto la efectividad del papel desarrollado por el Observatorio en la defensa del derecho universal a la salud. Cabe destacar la participación del Observatorio y de personas vinculadas a él en diferentes niveles de decisión política, lo que puede favorecer la incorporación de los objetivos defendidos en las agendas públicas.

6.2.3. La atención a la población excluida

ODUSALUD se ha convertido en un referente en defensa del derecho a la salud. Por ello, recibe demandas de ayuda de entidades que atienden a pacientes que requieren una atención urgente, tanto de las propias entidades que conforman el Observatorio como de otro tipo de organizaciones. La atención directa a personas afectadas por la exclusión, no es un objetivo de ODUSALUD. A pesar de que las entidades que conforman el Observatorio ofrecen atención en otros ámbitos, los entrevistados señalan que este ofrecer asistencia en el ámbito de la salud supondría establecer un sistema paralelo, que ofrece respuesta a situaciones puntuales y no resuelve la exclusión que afecta a todo un colectivo que, en su mayor parte, no logra acceder a las entidades sociales que podrían prestarles apoyo. Pero fundamentalmente, porque consideran que se trata de una obligación de las administraciones públicas.

A pesar de ello, la gravedad de las situaciones que ha provocado la exclusión sí ha demandado el desarrollo de estrategias de apoyo en aquellas circunstancias que, por su urgencia, así lo requerían. Por este motivo, se articula una red de respuesta dirigida a ofrecer apoyo en los casos concretos y que ha sido desarrollado por algunas de las entidades que forman parte del Observatorio en función de su capacidad y disponibilidad.

«Si te viene una persona, que nos ha llegado a nosotros, y le han hecho un trasplante renal, pero como se ha quedado sin tarjeta sanitaria ahora no le pagan la medicación, no le hacen los controles del trasplante renal ¿Nosotros eso podemos resolverlo? No» (Trabajadora social-Entidad de promoción de la salud).

La red de respuesta a la que se hace referencia estaría estructurada en torno a tres tipos de acciones: por un lado, el establecimiento de una coordinación y mediación tanto ante la administración pública como ante los servicios de salud específicos para

facilitar la asistencia en casos de especial gravedad; por otro lado, los acompañamientos a las personas afectadas a los correspondientes servicios públicos con el fin de ayudarles en el proceso de obtención de la asistencia y en la defensa de sus derechos; y, finalmente, lo que desde el Observatorio se ha denominado Rutas o Guías Jurídicas, un conjunto de herramientas de carácter jurídico administrativo que facilitan la reclamación ante la justicia española de los procedimientos de facturación a los que se está viendo la población excluida. En cualquier caso, se pretende ofrecer una acción mediadora en la resolución de las situaciones que las personas, por su gravedad o por sus características, no pueden solventar por sí mismas.

La coordinación y mediación ante la administración pública se ha establecido en varios niveles. Por un lado, la coordinación directa de carácter político y técnico con los responsables de Aseguramiento Sanitario y otros ámbitos de la Conselleria de Sanitat. A este nivel se ha procedido a estudiar caso como una vía para resolver situaciones concretas. En la mayor parte de las ocasiones se ha obtenido una respuesta favorable, fundamentalmente en las situaciones de mayor gravedad:

«Sí que es verdad que ha habido algún problema gordo que se ha ido resolviendo por llamadas: ‘Oye, tenemos este caso en este sitio, a ver cómo arreglamos esto’ (...) Y eso se hace una llamada y se resuelve» (Profesional de la salud-Organización colegiada).

Y, por otro lado, también se ha establecido una coordinación directa entre las entidades y los servicios públicos de salud, en la mayor parte de los casos a través de las trabajadoras sociales. Se trata igualmente de una coordinación caso a caso, que ha favorecido que se deriven a los pacientes habiendo establecido ya las formas de asistencia y con la garantía de que va a recibir una atención adecuada:

«Derivamos ya sabiendo que, si yo derivo a alguien, sé que a donde la mando la van a atender. Y van a saber mucho más sobre el tema» (Asociación de inmigrantes latinoamericanos).

Pero, al mismo tiempo, la derivación a la atención directa en los propios centros sanitarios favorece que sea la propia persona la que asuma parte del proceso de demanda de atención, fortaleciendo sus capacidades y ayudando en la toma de conciencia del propio derecho a la salud. Por ello, tampoco es una intervención que se realice en todas las situaciones, sino solo en aquellos casos en los que se percibe que la persona ha dado ya los pasos adecuados en la demanda de asistencia y no ha obtenido una respuesta favorable.

Por su parte, el acompañamiento a los pacientes en los centros sanitarios, que ya ha sido objeto de análisis previamente, se contempla desde ODUSALUD como un modo de ofrecer apoyo a personas que se detecta que, por falta de habilidades o de capacidades, pueden tener problemas en el acceso a la asistencia sanitaria. Para ello se ha elaborado una Guía básica con instrucciones para poder realizar ese acompañamiento desde una perspectiva de defensa del derecho universal a la salud, y también con herramientas concretas para ofrecer respuestas adecuadas.

Los miembros de las entidades de ODUSALUD refieren que reciben diferentes tipos de demandas por parte de la población excluida, pero consideran que no deben realizar un papel paralelo a la administración pública en la prestación de servicios de salud, por lo que no realizan una atención directa de carácter sanitario y entienden que su papel es acompañar para que todas las personas accedan al sistema público. El objetivo de esta acción se dirige al logro de la asistencia en los casos detectados sin sustituir la acción de la administración pública y sin suplir la acción del propio interesado. Para ello, el acompañamiento se sitúa en una doble acción de desresponsabilizar a la persona por la propia situación (desculpabilizar) y garantizar sus derechos: reclamar, pedir atención. Pero al mismo tiempo, desde ahí defender la garantía de un derecho fundamental.

«Para, sobre todo, facilitar el acceso o bien a la atención, o bien a la información, o para acompañar a la persona, que supone también en un momento dado reforzarla. En un momento en el que se encuentra en una situación vulnerable, de inseguridad, se encuentra mal, que piensa que no tiene derecho... que ante una negativa no va a poder o no va a saber contra-argumentar, o no va a saber defenderse. Y el hecho de que vaya acompañada pues durante ese proceso de acompañamiento se le va a ir informando, se le va a ir empoderando. En un momento la persona que acompañe será la que requiera la información, la que pelee por esa asistencia sanitaria, la que pelee por esa reclamación para que no se le facture, la que peleará por esa facturación. Pues porque hay veces que las personas, las que son acompañadas, ya sea por cuestión de idioma, lo que comentaba o porque no conocen tampoco todo el entramado administrativo y les genera mucha inseguridad, se encuentran en una situación a veces un tanto, pues eso, de mayor vulnerabilidad. Entonces ese acompañamiento es una manera de reforzar y de intentar defender sus derechos también» (Organización de acogida a inmigrantes).

En cualquier caso, los entrevistados señalan que esta acción pretende conseguir la resolución de situaciones específicas de gravedad que, sin embargo, sólo se puede ofrecer a un grupo limitado de personas. Pero, a pesar de ello, la visibilidad que se produce en el acompañamiento de los casos puntuales puede, de algún modo, presionar en la defensa de la garantía del derecho. Es importante señalar, que las personas entrevistadas hacen referencia a que, junto a la frustración por los rechazos y barreras,

también se encuentran profesionales del ámbito sanitario que sí muestran una actitud de comprensión hacia lo que está ocurriendo, y facilitan la asistencia al paciente.

Por último, las Rutas o Guías Jurídicas, a las que ya se ha hecho referencia, pretenden constituir una herramienta de defensa formal frente a las agresiones que recibe las personas excluidas como efecto de la denegación del derecho a la salud y que han sido descritas anteriormente: desinformación, denegaciones de asistencia, atenciones incompletas, compromisos de pago o facturación por la asistencia recibida en urgencias. Los miembros de ODUSALUD señalan que muchas de las situaciones descritas contradicen incluso lo establecido por el RDL 16/2012, además de atentar contra el derecho a la salud, pero que la población afectada se encuentra indefensa ante la administración pública:

«Y nosotros estamos intentando, pues eso, asesorarlos también, sobre cómo tienen que acudir, a dónde tienen que acudir, si tienen que tal, si en caso de que se les intente facturar algo pues dónde tendrían que presentar un recurso o un papel, diciendo que no, que no tienen por qué pagar porque es una urgencia, o una embarazada. Cosas así que a veces ha habido casos que se les ha querido incluso facturar o denegar la asistencia a una embarazada. Que eso está cubierto por la ley desde el principio. No por el Programa Valenciano, por el Real Decreto mismo» (Profesional de la salud-Sociedad científica).

Sin embargo, la reclamación por estos conceptos requiere de un conocimiento en herramientas de carácter jurídico-administrativo del que no sólo carecen los “sin papeles”, sino en ocasiones también los propios miembros de las entidades sociales que forman parte del entramado del Observatorio y que no podían ofrecer respuestas adaptadas a la realidad:

«En un momento determinado nos damos cuenta que tenemos que poder protestar cuando se hace algo que no corresponde con ley. O sea, cuando a uno le pasan una factura y dice el Real Decreto que por urgencias a mí me tienen que atender y no me tiene que costar nada ¿yo qué tengo que hacer?» (Entidad de acción social).

Al mismo tiempo, se trata de procedimientos que no requieren asistencia letrada, por lo que los afectados no pueden acceder a una defensa jurídica gratuita. Se establece así un vacío que genera una indefensión añadida a la situación de exclusión sanitaria. La respuesta que ofrece ODUSALUD es la creación de una herramienta que permita ofrecer información fiable y que indique las pautas a seguir para realizar una reclamación. A partir del análisis de la diferente casuística en la que se está produciendo la vulneración del derecho a la salud y de las herramientas de carácter jurídico-administra-

tivo disponibles, se ha estructurado un sistema de Rutas o Guías Jurídicas, a modo de procedimientos a seguir para reclamar a la administración pública en los casos en los que se está actuando contra la norma o contra el derecho a la protección a la salud¹⁵⁹. El objetivo es ofrecer orientación y respuestas, desde los procedimientos legales, ante situaciones de inasistencia sanitaria:

«Crear algún tipo de protocolo de actuación que sirviera de orientación, de pista, para saber qué rutas, qué caminos tienen que seguir ante los determinados supuestos y las distintas causas por las cuales se puede producir esa inasistencia sanitaria» (Abogado-Organización colegiada).

Estas guías se han estructurado en torno a líneas de respuesta o recomendaciones en función de supuestos concretos como la inasistencia en urgencias (hospitalaria, domiciliaria, asistencia primaria o derivación a especialistas), la desprotección relacionada con el PVPS, la denegación de la tarjeta a los ascendientes de ciudadanos de la UE y otras reclamaciones en los supuestos de fallecimiento o de secuelas graves como consecuencia de la inasistencia. Además, incorporan modelos de escritos de recursos, de alegaciones, de reclamaciones o de quejas, en función de las diferentes situaciones que se estén produciendo (ver Anexo VII). El protocolo de Rutas Jurídicas fue presentado en la II Jornada de Formación de ODUSALUD, en noviembre de 2014, y puesto a disposición de todas las entidades en la página web del Observatorio, y difundidas en los medios de comunicación.

Para las personas entrevistadas, constituyen una guía para informar de los procedimientos administrativos a seguir en cualquier tipo de reclamación de estas características, al tiempo que trasladan al lenguaje común los aspectos jurídicos necesarios de modo que puedan ser accesibles tanto a los inmigrantes como a las entidades que les asesoran y acompañan. Pero el valor de las Rutas Jurídicas no sólo estriba en el hecho de ser una herramienta práctica. Para algunas personas entrevistadas, constituye también un refuerzo a la propia persona afectada, a la que se le abren posibilidades de solución, a las propias organizaciones y al esfuerzo conjunto de denuncia que desarrolla el Observatorio:

«Fue la verdad que bastante acertado que entrara el Colegio de Abogados, porque nos da todavía un impulso más de cara a las organizaciones, que podamos decir ‘Oye, pues

159 Aunque ya se ha señalado, es importante recordar aquí que el Ilustre Colegio de Abogados de Valencia, a través de la Sección de Extranjería y Derechos Humanos, ha tenido un papel fundamental en la elaboración de las Rutas Jurídicas. Toda la información sobre esta herramienta se encuentra disponible en la página web de ODUSALUD.

podemos denunciar. Si las personas quieren, pueden denunciar. No sabemos ni cuánto tiempo tarden ni el proceso. Pero sí que es importante que haya una denuncia, porque ahí es un registro real de decir 'Mira lo que está pasando. Hay denuncias, no puedes decir que no y que todo va maravilloso, y que la sanidad es una pasada'. No. Y eso también lo creemos importante. Y por eso vamos un paso más, un paso más» (Asociación inmigrantes latinoamericanos).

Las Rutas Jurídicas constituyen un instrumento de reclamación más allá de lo que es el Observatorio, ya que también es señalado desde los propios servicios públicos de salud en los que se detectan vulneraciones. Entre las trabajadoras sociales entrevistadas también se señala la relevancia de esta herramienta, aunque no puede ser utilizada desde el centro sanitario:

«Claro yo desde aquí no puedo poner la reclamación, o decirle 'Vaya ahí fuera y ponga una reclamación a la Conselleria de Sanidad'. Bueno, una reclamación sí que les digo, pero una denuncia no. Entonces los remito a [nombre de entidad] y desde allí que tienen los modelos estos de denuncia y reclamación según las situaciones» (Trabajadora social-Centro de salud 2).

En definitiva, el Observatorio es una realidad dinámica, en constante adaptación como forma de respuesta a una realidad cambiante. Por ello, tanto su identidad, modelo de gobernanza, así como sus actuaciones se adecúan con el fin de lograr el objetivo, como así lo muestran los diferentes aspectos abordados.

En cualquier caso, ODUSALUD constituye una plataforma de reacción ante el RDL 16/2012, como un modelo concreto de asumir la responsabilidad compartida de la sociedad, ante la necesidad de comprometerse con la cuestión pública en una sociedad vigilante a la que hace referencia Beck (2001). A partir de la identificación de la exclusión sanitaria como una injusticia, una "violación del deber ser" (Zald, 1999), asume una toma de postura que conduce a los miembros del Observatorio a realizar un diagnóstico de la realidad, a promover un cambio en la sociedad y a ofrecer una respuesta urgente a los colectivos más vulnerables. Podría considerarse que ODUSALUD se sitúa en lo que García Roca (2004) define como ciudadanía solidaria, cuyos principios vitales serían: el valor personal basado en la generosidad y el altruismo; el movimiento ciudadano organizado en torno a causas solidarias en defensa de los "marginalizados" y, finalmente, la organización como institución social prestadora de servicios para la población, aunque esto último, en el caso del Observatorio, se realice de forma puntual.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

Esta tesis se ha planteado como objetivo general conocer las consecuencias de la exclusión sanitaria de los “sin papeles” en la Comunitat Valenciana. Con este fin se ha realizado una descripción del nuevo marco de protección del derecho a la salud (objetivo 1), un análisis del acceso de los “sin papeles” a los servicios de salud en este nuevo marco (objetivo 2), se han identificado las estrategias y prácticas desarrolladas frente a la exclusión (objetivo 3), se han indagado los efectos de esta realidad sobre las personas afectadas (objetivo 4) y, finalmente, se ha analizado la respuesta de la sociedad civil a través de la experiencia del Observatorio del Derecho a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD) (objetivo 5).

Los resultados obtenidos avalan las hipótesis iniciales, ya que muestran que la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones en la Comunitat Valenciana ha comportado la ruptura de la universalización de la asistencia sanitaria, la proliferación de barreras de diferentes tipos en el acceso a los servicios de salud y la existencia de efectos diversos sobre la población excluida. Al mismo tiempo, la sociedad civil organizada ha sido capaz de articular una propuesta eficaz y sostenida en el tiempo que, presumiblemente, tiene su reflejo en un cambio en el modelo de asistencia sanitaria a nivel regional.

Efectivamente, el reconocimiento del derecho a la protección a la salud en el nuevo marco establecido en España se vincula, fundamentalmente, a la condición de asegurado como cotizante de la Seguridad Social y establece la exclusión sanitaria de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular. La aplicación de esta norma ha supuesto la retirada de 127.420 tarjetas sanitarias en la Comunitat Valenciana, algunas de ellas correspondientes a ciudadanos extranjeros que habían cotizado previamente a la Seguridad Social y que en el momento de su entrada en vigor se encontraban en situación administrativa irregular. Sin embargo, no es fácil identificar en los registros

públicos la situación real de la población afectada, ya que tanto las fuentes estadísticas como los criterios de análisis que utilizan son heterogéneas.

Además, la exclusión sanitaria se pone de manifiesto también aun en los casos en los que la asistencia está garantizada, como en las situaciones en las que se requiere atención de urgencias o en aquellas en las que se dan las condiciones para acceder al Programa Valenciano de Protección a la Salud, a través de las barreras jurídicas, administrativas y de carácter práctico. Por tanto, la exclusión es múltiple y más profunda de lo establecido formalmente a partir de la normativa.

Así, en la asistencia en situación de urgencia, el control administrativo en el acceso a estos servicios en ocasiones se ha convertido en un parapeto, que los entrevistados identifican como “el efecto mostrador”. Se producen dos clases de situaciones: un tipo de comportamiento por parte de los profesionales en el que predomina el celo excesivo por cumplir una normativa nueva y poco conocida, que con frecuencia conduce a exigencias y limitaciones más allá de lo que esa normativa establece; y otro tipo de comportamiento presidido por actitudes de rechazo y xenofobia hacia el inmigrante irregular por parte de estos profesionales. Como consecuencia, tienen lugar situaciones de falta de información, de denegación de la asistencia y, en definitiva, de vulneración del derecho a la salud, que pueden tener carácter arbitrario en determinados casos.

Al mismo tiempo, la asistencia en los servicios de urgencias se muestra limitada para dar respuesta a la situación de urgencia “hasta la situación de alta médica” (RDL 16/2012 art. 3 ter.). Determinadas patologías requieren pruebas diagnósticas y tratamientos que exceden la asistencia en esos servicios, al tiempo que la inexistencia de tarjeta sanitaria impide que se gestione la realización de esas pruebas a través de las aplicaciones informáticas.

Por otro lado, la asistencia sanitaria que no se contempla en el RDL 16/2016 debe ser facturada. La complejidad burocrática creciente, unida a la desinformación entre los profesionales de los mostradores de admisión, han conducido a establecer prácticas “preventivas” en el acceso a los servicios de urgencia para garantizar el cumplimiento de la norma. Por ello, en buena parte de los casos, antes de realizarse la atención se exige al paciente la firma del llamado compromiso de pago. Se trata de una práctica injusta por varios motivos. Primero, porque la firma de este compromiso no se realiza con suficientes garantías para los pacientes, ni de comprensión del proceso ni de capacidad para su consentimiento, ya que se encuentra en una situación de urgente necesidad. Segundo, la facturación por la asistencia sanitaria genera un problema económico para los afectados, lo que puede condicionar la toma de decisión a la hora de continuar el proceso en el servicio de salud y ser atendido o renunciar a esa asisten-

cia, aunque tenga carácter urgente y esté contemplada en la normativa. Y, finalmente, aun antes de que la facturación se produzca, ésta constituye un riesgo percibido por la población, que desconoce la cuantía a la que puede ascender la asistencia y teme a las consecuencias que una deuda con la administración pudiera tener en un proceso de regularización futuro. El resultado directo que se produce es la autoexclusión de los propios pacientes de los centros públicos de salud.

Por su parte, el PVPS, diseñado específicamente para ofrecer asistencia sanitaria a las personas excluidas por el RDL 16/2012, no se ha mostrado eficaz en el logro de ese objetivo. Su diseño como mero programa no ha ofrecido ningún tipo de garantía jurídica en la asistencia sanitaria y lo ha hecho susceptible a cualquier cambio de tipo político. Igualmente, al introducir criterios de inclusión específicos para poder acceder a este Programa establece una casuística que genera confusión tanto entre los afectados, como entre los profesionales encargados de la gestión de la admisión a los centros públicos, y mantiene la exclusión para determinados colectivos. Por un lado, los requisitos y condiciones fijadas no siempre son accesibles para los interesados y suelen comportar un proceso burocrático lento y costoso, como ponen de manifiesto las dificultades en el empadronamiento histórico, o la obtención de documentos de difícil acceso, como el certificado de no exportación del derecho a la salud, constituyendo un modo de barrera administrativa. Y, por otro lado, no ha existido un compromiso firme por parte de las autoridades sanitarias en la difusión del PVPS, de manera que pudiera llegar a ser conocido por las personas interesadas, y tampoco se ha informado adecuadamente a los trabajadores públicos. Como consecuencia, se han generado situaciones de denegación del derecho de asistencia y de conflicto que han tenido como efecto la autoexclusión de los inmigrantes. La creación de programas específicos requiere un esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias para garantizar su puesta en práctica, así como su efectividad. Aunque constituyen una respuesta a corto plazo para las necesidades de salud de los colectivos vulnerables, no siempre garantizan la equidad en el acceso al derecho a la salud y, al mismo tiempo, ocultan la existencia de la exclusión o la desigualdad en el acceso a la protección pública, por lo que invisibiliza este problema en las agendas de los responsables públicos.

Por ello, el establecimiento de situaciones de excepcionalidad en las que se garantiza el acceso a los servicios de salud o de especial protección (menores, embarazadas o urgencias), o la creación de programas dirigidos únicamente a grupos específicos como es el caso del PVPS, no garantizan el reconocimiento del derecho, ni cubren suficientemente las necesidades de salud de las personas afectadas. Y así lo señalan tanto las personas inmigrantes entrevistadas, como los miembros de entidades sociales y las trabajadoras sociales de los centros de salud.

En los casos estudiados, los inmigrantes en situación administrativa irregular encuentran múltiples barreras en el acceso a los servicios de salud; sin embargo, las necesidades en salud rara vez pueden ser pospuestas, por lo que la población afectada desarrolla prácticas que le permitan resolver sus dificultades evitando situaciones conflictivas en los centros sanitarios. Para ello, retrasa el acudir a los servicios públicos, reservando esa práctica para las situaciones más graves y, mientras tanto, busca el asesoramiento en farmacias y utiliza prácticas de autocuidado.

De un modo genérico, las personas buscan el apoyo de terceras personas para acceder a los servicios públicos, con el fin de cruzar las barreras del sistema. Con frecuencia son las entidades sociales, determinados profesionales dentro del sistema, o ambos actores de forma coordinada, quienes facilitan la asistencia o la realización de pruebas diagnósticas. Estas personas actúan como porteros –gatekeepers- que franquean el acceso, abriendo los resquicios del sistema público y eliminando puntualmente los límites establecidos. Así, se convierte en habitual la búsqueda de vacíos administrativos que permitan realizar la asistencia, o la implicación de profesionales del propio sistema que realizan la atención, incluso a través de comportamientos de clara desobediencia.

A pesar de que estas acciones son justificadas por parte de los entrevistados debido a la percepción de la exclusión sanitaria como algo injusto, este tipo de estrategias alternativas produce un retraso en la asistencia, en la realización de diagnósticos y en el tratamiento de la enfermedad. Se trata, en definitiva, de una respuesta a la exclusión sanitaria que se muestra ineficaz, ya que no garantiza soluciones adecuadas a las necesidades de la población, agrava la enfermedad y sus consecuencias sobre el conjunto de las condiciones de vida de las personas afectadas, al tiempo que presenta la asistencia sanitaria como algo graciable.

Asimismo, respecto al uso de servicios de salud de carácter privado, la información recabada sugiere que es reducido y sólo se ha identificado este tipo de prácticas en relación con los colectivos de mujeres empleadas en el servicio doméstico. Aunque alguna persona entrevistada valora positivamente este tipo de seguros porque proporciona seguridad, en muchos casos se trata de un requisito establecido por los propios empleadores, que se convierten en tomadores del seguro y trasladan a las empleadas el coste del mismo. En relación al convenio establecido para la asistencia sanitaria a través del pago de una cuota mensual (RD 576/2013 a nivel estatal, y el Decreto 190/2013 en la Comunitat Valenciana), a tenor de los datos ofrecidos por la Conselleria y de la información obtenida a través de las entrevistas, todo parece indicar que ha tenido poca relevancia.

La exclusión sanitaria, establecida a causa del RDL 16/2012 o provocada por la inadecuada aplicación de la normativa, tiene efectos directos sobre la población inmigran-

te en situación administrativa irregular. Por un lado, aumenta los riesgos para la salud personal y pública, como el abandono de prácticas de carácter preventivo o la ausencia de control de las patologías más graves o de carácter crónico y, como consecuencia, aumenta el riesgo de agravamiento de las enfermedades y el aumento del coste económico en los tratamientos, además de producir un sufrimiento innecesario. Por otro lado, el pago de la atención recibida y del tratamiento empeora la situación económica, al tiempo que las deudas contraídas con la administración pública son percibidas como un riesgo en las posibilidades de regularización administrativa. E, igualmente, se une al cúmulo de condiciones de desigualdad que ya sufre esta población, como la situación de irregularidad, las carencias económicas, la infravivienda, los empleos precarios, y la ausencia de redes familiares y sociales, acentuando la situación de vulnerabilidad y aumentando los riesgos sobre la calidad de vida. La exclusión sanitaria, por tanto, también profundiza la brecha socioeconómica ya existente entre categorías de ciudadanos.

La exclusión y el cambio de modelo de protección pública de la salud podrían estar afectando también a la percepción sobre la garantía de los derechos. De un lado, las personas excluidas difícilmente podrán apreciar la existencia de un derecho que le es negado sistemáticamente. Pero, al mismo tiempo, se lanza un mensaje a la sociedad en general, que relaciona la protección a la salud con el cumplimiento de requisitos y no con un derecho básico vinculado a la dignidad de toda persona y al derecho a la vida. Por tanto, transmite que no todas las personas tienen derecho a igual reconocimiento: quien no reúne las condiciones establecidas, puede y debe ser excluido. De algún modo, se acepta implícitamente la distinta consideración de los “sin papeles” y que existen colectivos de personas cuyos derechos pueden tener un menor reconocimiento o protección, en definitiva, se normaliza la desigualdad y la estigmatización.

La experiencia del Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana, por su parte, es un ejemplo de acción colectiva en la que agrupaciones de muy diversa índole se han coordinado y actúan por la defensa del derecho a la salud. Se trata de entidades cuyo vínculo común es la identificación y posicionamiento frente a lo que se percibe como una injusticia, la exclusión sanitaria, que atenta contra un valor fundamental y ante la que se organizan para ofrecer una respuesta que provoque una transformación. El Observatorio surge del shock generado por el RDL 16/2012, a través de la reacción de miembros de las tres entidades promotoras, y se caracteriza por la diversidad de las organizaciones que lo forman, la defensa de un único objetivo común, y un modelo de gobernanza basado en la confianza y el prestigio de quienes lideran el proceso. Junto con el reconocimiento de este liderazgo, se diversifican de manera progresiva su estructura, forma de trabajo y toma de decisiones, incorporando a más miembros a esa tarea.

La acción desarrollada por ODUSALUD se focaliza en tres líneas de actuación. En primer lugar, el establecimiento de un diagnóstico de la situación creada, a través del Registro de Incidencias y la publicación de Informes periódicos de resultados, que permiten conocer cómo se produce la exclusión, a quién afecta y qué formas adopta. En segundo lugar, el desarrollo de una incidencia dirigida a los responsables públicos de la gestión sanitaria, a los profesionales que desempeñan su labor en los centros públicos de salud y a la sociedad en general, con el fin de poner en valor la universalidad del derecho a la salud y modificar tanto las pautas de decisión política como la conciencia de la sociedad hacia esta realidad. Una iniciativa que se desarrolla a partir de actividades múltiples de denuncia, información, difusión y formación en muy diferentes ámbitos. Y, en tercer lugar, y con un pretendido carácter puntual, ofrecen una respuesta a la población afectada por la exclusión con el objetivo de lograr la asistencia sanitaria en el sistema público, siempre desde el reconocimiento del derecho a la salud y el rechazo a la existencia de servicios paralelos dirigidos a este colectivo. La atención a este colectivo se concreta en tres tipos de medidas: la mediación con las autoridades en casos de especial relevancia, el acompañamiento a los centros sanitarios con el fin de facilitar la asistencia, y la elaboración de procedimientos de carácter jurídico administrativo que faciliten la acción de reclamación y denuncia de las vulneraciones del derecho a la salud de los afectados.

Las acciones desarrolladas por la sociedad civil en defensa del derecho a la protección a la salud, suponen la recuperación de espacios propios de una ciudadanía política activa y vertebran las iniciativas que demandan equidad, al tiempo que proporcionan protección en los casos de mayor exclusión y realizan una labor de control de las políticas públicas. En definitiva, ODUSALUD articula una labor de incidencia dirigida a modificar las causas estructurales de la exclusión sanitaria con el fin de recuperar el derecho universal de la salud y, de forma paralela, pone el foco en las consecuencias individuales de esa vulneración que genera sufrimiento en la persona afectada y su entorno.

Por último, aunque no es posible afirmar que las transformaciones que se han producido en el ámbito regional hayan tenido como única causa la acción de ODUSALUD, sería un error no reconocer que la incidencia social y política realizada por este Observatorio ha jugado un papel nada desdeñable en ellas. Así, esta experiencia constituye un ejemplo de cómo las demandas sociales adquieren un nivel de posibilidad real, toda vez que ha tenido lugar desde la sociedad civil organizada en torno a un objetivo político, cuenta con un capital social que la respalda y es capaz de desarrollar una actividad que llega al nivel de la toma de decisiones en las responsabilidades públicas. De este modo, es posible señalar que la labor desarrollada por ODUSALUD ha tenido (y mantiene) la capacidad de construir una respuesta como sociedad civil con suficientes

posibilidades para incidir en las decisiones políticas y en la defensa de un bien común, como es el derecho a la salud.

No es posible concluir esta investigación sin detenerse en las limitaciones que plantea y que provienen tanto del propio estudio como de la realidad que se ha abordado. En primer lugar, conviene señalar que el estudio se ha centrado en la exclusión sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa irregular, realidad que se vincula con los ciudadanos extracomunitarios, y se ha evitado profundizar en situaciones con condiciones específicas que podían aumentar la complejidad de la investigación. Por ello, no se abordan determinados aspectos importantes, como por ejemplo las desigualdades de género u otras desigualdades sociales (por razón de edad, étnica, etc.). Además, algunas de estas situaciones afectan a personas que en el desarrollo del trabajo de campo se han revelado como población excluida con características concretas, lo que podría aconsejar la realización de estudios específicos, como es el caso los menores de edad, las mujeres embarazadas, los refugiados y asilados, así como de un importante grupo de ciudadanos rumanos.

En segundo lugar, el acceso a los inmigrantes se ha producido a través de las entidades sociales, por lo que los resultados obtenidos pueden estar condicionados por la existencia de una relación previa de los entrevistados con esas organizaciones. En contrapartida, este hecho ha permitido minimizar la desconfianza y favorecer el diálogo. Sin embargo, este hecho, unido al número reducido de personas extranjeras a las que se ha tenido acceso, señalan la conveniencia de seguir profundizando en esta realidad.

Y, en último lugar, entre las limitaciones que provienen de la realidad estudiada, cabe señalar la dificultad existente para obtener información estadística que permita identificar a los inmigrantes en situación administrativa irregular, como ya se ha señalado. Asimismo, el marco jurídico de protección del derecho a la salud en España y en la Comunitat Valenciana es complejo. Las competencias entre diferentes ámbitos y niveles de la administración pública, el establecimiento de normas que derogan de forma parcial otras normas anteriores, o la incompleta desvinculación entre el Sistema Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Seguridad Social, plantean límites a la hora de comprender los mecanismos por los que se produce la exclusión y cómo estos repercuten en la población afectada.

Tanto los resultados obtenidos en la investigación, como las limitaciones detectadas, señalan la posibilidad de seguir profundizando en el análisis de la exclusión sanitaria y el reconocimiento de los derechos de “los sin papeles”, una realidad que en la actualidad presenta diferencias territoriales importantes. Igualmente, la sociedad civil ha mostrado, a través de demandas y acciones, su capacidad de intervenir en el diseño de las políticas públicas actuales en defensa de la universalidad del derecho a la salud,

por lo que surge la inquietud respecto a cómo se va a seguir desarrollando esta iniciativa y otras similares que han surgido en el territorio nacional.

EPÍLOGO

El proceso de investigación ha coincidido en el tiempo con diferentes convocatorias electorales, tanto en el ámbito europeo (2014), como también a nivel estatal y autonómico (2015 y 2016). La exclusión de los inmigrantes irregulares y las consecuencias del RDL 16/2012, así como la defensa de la protección del derecho a la salud, han tenido un mínimo eco en la confrontación política, pero se han producido hechos que son de interés por su relación con el objeto de estudio.

Ante la convocatoria de elecciones regionales en gran parte de las CCAA, a mediados de 2015, y coincidiendo con las acciones de denuncia que se han señalado en este trabajo, la práctica totalidad de los partidos políticos de la oposición a nivel estatal (excepto Ciudadanos) firmaron un pacto en contra del RDL 16/2012 y a favor de la recuperación de la sanidad universal, promovido por MDM¹⁶⁰. La reacción del gobierno central fue el anuncio de nuevas medidas para atender a “los sin papeles”, con el fin de evitar la saturación en los servicios de urgencia y la mejora de la salud pública¹⁶¹ medidas que nunca se llegaron a concretar.

Por otro lado y de forma progresiva, diversos gobiernos regionales han realizado cambios en el diseño de las políticas de salud¹⁶², bien bien tras la aprobación del RDL

160 Ver: La oposición pacta reabrir la sanidad pública a los inmigrantes. El País (2015, 10 de marzo). Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/03/10/actualidad/1426001329_038638.html.

Igualmente, ver: Entidades de diferente tipo exigen que la sanidad sea universal a los diferentes partidos que se presentan a las elecciones municipales y autonómicas en mayo de 2015. El Periódico. Agencia. (2015, 9 de febrero) Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/exigen-partidos-incluyan-programas-garantia-sanidad-universal-3922471>. Esta acción sigue activa con la participación de MDM en Poletika, desde donde se está demandando al nuevo gobierno y al parlamento, una acción decidida por la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social (Médicos del Mundo, 2016).

161 Ver: Alonso anuncia que devolverá la atención primaria a los “sin papeles”. El País. (2015, 31 de marzo). Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html.

162 Véase: Así es la asistencia sanitaria a los “sin papeles” según la comunidad en la que residan. ABC. (2015, 26 de agosto). Recuperado de <http://www.abc.es/sociedad/20150826/abc-asistencia-sanitaria-comunidades-201508251319.html>. Ver: La tarjeta sanitaria para los inmigrantes “sin papeles” ya es oficial. El diario.es (2016, 23 de febrero). Recuperado de http://m.eldiario.es/clm/tarjeta-sanitaria-inmigrantes-papeles-oficial_0_487501489.html.

16/2012 o bien tras los cambios de gobiernos autonómicos en 2015. En realidad, la Comunitat Valenciana ha sido la primera en establecer por ley la garantía de la asistencia sanitaria universal tras el proceso electoral, pero todas las CCAA a excepción de Castilla y León y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, han emprendido medidas concretas para extender la asistencia sanitaria a la población que había quedado excluida por el RDL 16/2012 (REDER, 2016a; 2017)¹⁶³. Este proceso se ha producido de forma diferente en las CCAA, y cada una ha implementado un modelo específico de atención, con distintos niveles de coberturas y, lógicamente, sólo aplicable en su propio territorio. Como consecuencia, ha quedado establecido un puzzle entre los diferentes servicios regionales de salud que genera diferencias en la atención sanitaria que se ofrece a los inmigrantes y que afectan al reconocimiento del derecho a la salud¹⁶⁴.

Ante la acción de los gobiernos autonómicos, también se ha producido una respuesta por parte del gobierno central. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha advertido a las CCAA que han devuelto la atención sanitaria a los inmigrantes irregulares que las normas impulsadas para ello podrían conllevar sanciones económicas por parte de la Unión Europea y la paralización de los fondos comunitarios¹⁶⁵. Pero, al mismo tiempo, se produjo un anuncio por parte de miembros del gobierno señalando que se ofrecería un modelo único para atender las necesidades de salud de este colectivo a través de los servicios de atención primaria, con el fin de eliminar las diferencias territoriales que se estaban produciendo¹⁶⁶. Este anuncio, que no ha llegado a materializarse, ha recibido críticas por parte de la sociedad civil por no ofrecer suficientes garantías a la población excluida, ya que propone la creación de un registro específico de beneficiarios¹⁶⁷. Las entidades que defienden la universalidad del derecho a la salud rechazan este tipo de propuestas porque siguen manteniendo niveles de

163 Ver: Rebelión autonómica contra la cobertura sanitaria del PP a los “sin papeles”. ABC (2016, 16 de marzo). Recuperado de http://www.abc.es/sociedad/abci-rebelion-autonomica-contra-cobertura-sanitaria-pp-sin-papeles-201603172133_noticia.html.

164 Ver: Expertos en derecho sanitario piden crear pautas para unificar la atención sanitaria a inmigrantes irregulares. Europa Press (2015, 19 de octubre) Recuperado de <http://www.bolsamania.com/noticias/sanidad/expertos-en-derecho-sanitario-piden-crear-pautas-para-unificar-la-atencion-sanitaria-a-inmigrantes-irregulares--899925.html>.

165 Ver: El Gobierno avisa de multas de la UE por la tarjeta sanitaria a los sin papeles. El Mundo (2015, 21 de agosto). Recuperado de <http://www.elmundo.es/baleares/2015/08/21/55d6e8ade2704e007a-8b457b.html>.

166 Ver: El Gobierno cede y buscará fórmulas para dar sanidad a los “sin papeles”. El País (2015, 28 de agosto). Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/08/22/actualidad/1440244631_180490.html.

167 Ver: Sanidad apuesta por crear un registro para los inmigrantes que necesiten atención sanitaria. El Mundo (2015, 25 de agosto). Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2015/08/25/55dc5afeca-4741b9138b4587.html>.

diferenciación y exclusión, al tiempo que no garantizan el derecho a la salud, sino que más bien estigmatizan a este colectivo. En concreto, el hecho de utilizar un registro específico es disuasorio para los “sin papeles, que además tienden a permanecer ocultos para evitar la expulsión del país; o limitar la asistencia sanitaria al ámbito de la atención primaria implica una asistencia incompleta, ya que no cubre ni pruebas diagnósticas, ni especialidades, ni tratamiento farmacológico, y complejiza la gestión administrativa (informes, registros, etc.), lo que termina retardando la asistencia, como se ha podido observar en la aplicación del PVPS.

Por su parte, la Comunitat Valenciana, tras las elecciones autonómicas del año 2015, ha desarrollado acciones dirigidas a extender la asistencia sanitaria. En concreto, el Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana¹⁶⁸, ratificado en las Cortes Valencianas el día 9 de septiembre, restituye el acceso universal a la asistencia sanitaria para toda la población que reside en la Comunitat Valenciana¹⁶⁹. Esta norma fue suspendida temporalmente por el recurso de inconstitucionalidad presentado por el Gobierno central, y finalmente ha entrado en vigor el 8 de marzo de 2016, por la sentencia del Tribunal Constitucional¹⁷⁰. Sin embargo, durante ese periodo se han arbitrado mecanismos para facilitar el acceso a los centros públicos de salud.

La nueva normativa valenciana pretende garantizar el acceso a la cartera común básica en condiciones de igualdad efectiva a todas las personas empadronadas en la Comunitat Valenciana, así como a prestaciones de farmacia y ortoprotésicas, y se estima que podría beneficiar a unas 30.000 (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016, p. 410). El reconocimiento en el acceso a estas prestaciones tiene una duración de dos años prorrogable en el caso de que se mantengan las condiciones de acceso, es decir ser extranjero mayor de edad no registrado ni autorizado a estar en España, empadronado en la Comunitat con una antigüedad de 3 meses, no tener reco-

168 Decret Llei 3/2015, de 24 de juliol, del Consell, pel qual regula l'accés universal a l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana (DOCV, de 29 de julio de 2015, núm. 7581, pp. 23079-23083).

169 En el breve periodo de tiempo transcurrido desde las elecciones autonómicas de finales de mayo, en el parlamento valenciano se había presentado ya una Proposición no de Ley para modificar el Programa Valenciano de la Salud y ofrecer asistencia sanitaria a la población excluida. Los diputados Francesc Xavier Ferri Fayos e Isaura Navarro Casillas presentaron el 7 de julio de 2015 una proposición no de ley de tramitación especial de urgencia, bajo el título ‘La modificació del Programa valencià de protecció a la salut perquè arreplegue la universalitat de l'atenció sanitària pública’ (Número de expediente 2 de la IX Legislatura).

170 El Gobierno central interpuso un recurso de inconstitucionalidad, que supuso la suspensión temporal del DL 3/2015, hasta la resolución por parte del Tribunal Constitucional (Recurso de inconstitucionalidad n.º 6022-2015, contra el Decreto-ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. BOE, de 8 de marzo de 2016, núm. 58, pp. 18.576).

nocida la condición de asegurado o beneficiario y no tener derecho a la protección por otro tipo de programa (Decreto Ley 3/2015, art. 6).

Según los datos del SIP ofrecidos por los responsables sanitarios¹⁷¹, la modalidad de protección de Asistencia Sanitaria Universal (ASU) se inició el 22 de julio de 2015, en enero de 2016 se habían presentado 6.295 solicitudes de asistencia y en abril de 2017, esta cifra alcanzaba las 13.822 solicitudes.

Hasta el momento, se han resuelto favorablemente 9.295 solicitudes de ASU, de las que 5.210 corresponden a la provincia de Valencia, 810 a Castellón, y 3.275 a Alicante; al mismo tiempo se han denegado 201 solicitudes y están pendientes de resolución 4.326. Las solicitudes aprobadas y actualmente en vigor, corresponden en mayor medida a las personas de edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, personas en edad laboral y con una mayor proporción de mujeres, sin embargo, algunas de ellas corresponden a menores de 18. Llama la atención la existencia de personas menores de 18 años con ASU reconocido, cuando este grupo está contemplado como una situación especial en el RDL 16/2012 y, por lo tanto, tiene derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional. Este hecho puede ser una muestra concreta de las lagunas en el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria que ha generado la normativa estatal.

Otras medidas que han acompañado el Decreto Ley 3/2015 han sido el cambio de denominación de la Conselleria de Sanitat, que ha pasado a llamarse Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública¹⁷², en un claro reconocimiento de la perspectiva universal del acceso a la salud, planteamiento que es respaldado por declaraciones de los responsables del gobierno regional recogidas en los medios de comunicación¹⁷³. Del mismo modo, la firma del Acuerdo de Atención Sanitaria Universal entre la administración regional y entidades que han sido promotoras de ODUSALUD, como Médicos del Mundo y la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SVMFIC), con el objetivo de recuperar la universalidad de la asistencia sanitaria parece ir en esa misma dirección¹⁷⁴. A esta iniciativa también se une la creación de la Comisión Mixta entre la Conselleria y las entidades sociales, contemplada en el Decreto Ley 3/2015,

171 Información facilitada, en abril de 2017, por el Servicio de Aseguramiento de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a partir de los datos del Sistema de Información Población (SIP).

172 Ver la página web de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Publica [Mensaje en blog] <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/derechos-oblicaciones-paciente>.

173 Ver: Valencia devuelve la sanidad a los inmigrantes "sin papeles". El País (2015, 16 de julio). Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/16/valencia/1437042745_880644.html.

174 Ver: Acuerdo de Atención Sanitaria Universal. Tercer i Quart Món, 20 de julio de 2015 [Mensaje en blog]. Recuperado de <http://terceriquartmon.blogspot.com.es/2015/07/acuerdo-de-atencion-sanitaria-universal.html>.

con el objetivo de realizar el seguimiento de las políticas públicas de salud, y en la que participa ODUSALUD¹⁷⁵. Igualmente, en el Plan Estratégico de subvenciones de esta Conselleria para el periodo 2017-2019, se contemplan ayudas para la promoción de la salud y el acceso a los servicios y programas dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad, que incluyen los “sin papeles”¹⁷⁶.

Al mismo tiempo, la participación del Observatorio en estos espacios de análisis y decisión política, o el hecho de que personas vinculadas a ODUSALUD hayan asumido puestos de responsabilidad en la administración regional de salud¹⁷⁷, son una muestra de la capacidad de la sociedad civil para incidir en las transformaciones políticas.

La radicalidad de estos cambios en un periodo breve de tiempo podría hacer pensar que la situación en la Comunitat Valenciana ha vuelto al periodo anterior al RDL 16/2012, pero no parece ser el caso. El Decreto ley 3/2015 no da respuesta a algunas situaciones generadas por la norma estatal, que afectan a personas como como los ascendientes que no son reconocidos como asegurados ni beneficiarios, aunque se encuentren en situación regular; o la exigencia del certificado acreditativo de no exportación del derecho de asistencia sanitaria para los ciudadanos de países de la UE o con convenios bilaterales con España. Al mismo tiempo, los cambios normativos, la suspensión temporal de la norma valenciana y su aplicación definitiva también han generado un espacio de incertidumbre. ODUSALUD (2016) señala que se han seguido produciendo situaciones de inasistencia sanitaria por la desinformación y ausencia de criterios claros entre los profesionales de admisión en los centros de salud, como dificultades en la tramitación de requisitos identificativos y administrativos; se han detectado casos en los que, tras la asistencia inicial no se deriva a los pacientes a los servicios de atención especializada; e igualmente se han conocido denegaciones de la asistencia sanitaria por falta de documentación identificativa original, carecer de tarjeta sanitaria, o no presentar el certificado de exportación del derecho a la salud. Situaciones, en definitiva, especialmente graves porque se trata de personas que siguen quedando fuera de la protección pública y que siguen necesitando el acompañamiento de las entidades sociales.

175 La participación de ODUSALUD en esta Comisión Mixta, así como la aceptación de la presidencia de la misma se ha realizado a través de un proceso consensuado en el interior de la organización. La información relativa a este proceso puede consultarse en el blog del Observatorio (<http://ODUsalud.blogspot.com.es/>).

176 Resolución de 13 de enero de 2017, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueba el Plan estratégico de subvenciones de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, para el periodo 2017-2019 (DOGV de 19 de enero de 2017, núm. 7961, pp. 2694-2750).

177 El actual Director General d'Assistència Sanitària, Rafael Sotoca Covaleta, ha sido Presidente de Médicos del Mundo en la Comunitat Valenciana, una de las entidades promotoras de ODUSALUD, siendo uno de los principales actores en este proceso.

Como respuesta, varios meses después de la entrada en vigor de la norma valenciana, la Conselleria ha iniciado una campaña informativa, dirigida fundamentalmente a los inmigrantes, con el objetivo de recordar que todas las personas tienen derecho a la asistencia sanitaria en la región¹⁷⁸.

No obstante, a pesar de las acciones implementadas a nivel autonómico, se siguen produciendo situaciones de exclusión sanitaria, tanto en la Comunitat Valenciana (ODUSALUD, 2016) como en otros puntos del territorio nacional. Entre enero de 2014 y marzo de 2017, la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 ha identificado en el territorio nacional a 3.340 personas que han sido excluidas del SNS (REDER, 2017, p.3). Estas cifras, además, revelan que la exclusión sanitaria afecta a colectivos muy diversos, ya que aunque al menos el 55% de las personas que han sufrido exclusión, se encontraban en situación administrativa irregular, también afecta a personas con pasaporte comunitario (19%), con permiso de residencia válido (8%), solicitantes de asilo (1%), nacionalizados españoles (1%), en trámite de permiso de residencia (1%), o refugiados (0,1%). Sin embargo, hasta el momento no se ha concretado ningún tipo de medida de reconocimiento del acceso a las prestaciones sanitarias para la población inmigrante irregular con carácter estatal, ni otras medidas que puedan dar respuesta a la exclusión sanitaria. La diferente toma de postura entre los gobiernos regionales y entre las instituciones, así como la incertidumbre que se genera entre los profesionales de los centros sanitarios, pone de manifiesto la existencia de perspectivas diversas en torno al acceso a los servicios públicos y el reconocimiento de la protección de la salud de los “sin papeles”, unas perspectivas que parecen ir más allá de la supuesta justificación económica. En consecuencia, será necesario observar de qué modo evoluciona el nuevo escenario que se dibuja en la Comunitat Valenciana en el ámbito de la garantía del derecho a la salud, los efectos que tiene para los grupos excluidos y hasta qué punto logra alcanzar el objetivo de un reconocimiento universal, así como el papel que desarrolla la sociedad civil organizada en su defensa.

178 Ver: Sanitat Ilançà una campanya per a recordar a la població migrant que ‘En la Comunitat Valenciana totes les persones tenen dret a l’assistència sanitària’. Nota de premsa Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016, 25 de julio) [Mensaje en un blog]. Recuperado de: http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-premsa/-/journal_content/56/151322/6603696/292581.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L., Garrido, M., Fuentes, R., y García, I. (2008). Etnografía en los centros sanitarios en la provincia de Cuenca. Análisis del continuum confianza-conflicto. En J. Flores (coord.), *Etnografías en Castilla-La Mancha: adhesiones y transformación* (Pp. 67-82). Ciudad Real: Almud Ediciones de Castilla-La Mancha.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan*, 46, Pp. 163-171.
- (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. *Aloma. Revista de Psicología, Ciències del'Educació i de l'Esport*, 30 (2), 79-86.
- Aguilar, M., y Bleda, J. (2014). El impacto de la crisis en el sistema sanitario español. *Revista Cescontexto*, 7, Pp. 57-63.
- Aguilar, MJ. (2010). Invisibilidad de género y domesticidad en las migraciones femeninas. VIII Congreso Vasco de Sociología y Ciencia Política. *Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política. Monográfico especial: Sociedad e innovación en el siglo XXI*, febrero 2010, 45-58.
- (2011). El racismo institucional en las políticas e intervenciones sociales dirigidas a inmigrantes y algunas propuestas prácticas para evitarlo. *Documentación Social*, núm. 162, 139-166.
- (2014). Discriminaciones múltiples de los migrantes en perspectiva de derechos. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 17, 39-54.
- Aguirre, A. (1995). *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- Alberich, T., Amezcua, T., y García-Mendoza, A. (2014). Experiencias positivas y buenas prácticas sociales frente a la crisis: desde el asociacionismo a las nuevas redes de solidaridad. En E. Pastor, MT. Martínez y M. Avilés, *El trabajo social ante el reto de la crisis y la educación superior*. Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social de Murcia, (p. 1917-1926) [recurso electrónico].
- Albert, M. y Gadea, ME. (2009) Reflexiones sobre las organizaciones de inmigrantes en la Comunidad Valenciana. Cuatro décadas de flujos migratorios y asociacionismo. *Arxius de Ciències Socials*, 20, 5-20.

- Albert, M., Moncusí, A., y Lacomba, J. (2011) Asociaciones de inmigrantes africanos: participación e integración en el caso de la Comunidad Valenciana. *Revista Española del Tercer Sector*, 19, septiembre-diciembre, 87-120.
- Aldasoro, E., Sanz, E., Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderón, C., Cambra, K., y Zuazagoitia, J. (2012). Avanzando en la evaluación del impacto en la salud: análisis de las políticas públicas sectoriales del Gobierno Vasco como paso previo a la fase de cribado sistemático. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 83-90.
- Allué, X. (2000). De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales. En E. Perdiguero, y J. Comelles (eds), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.55-70). Barcelona: Bellaterra.
- Amnistía Internacional. (2015). *Sin tarjeta, no hay derecho. Impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y en la Comunitat Valenciana*. Madrid: Amnistía Internacional España. Recuperado de <https://doc.es.amnesty.org/cgi-bin/ai/BRSCGI.exe/Sin%20tarjeta%20no%20hay%20derecho%20FIN?CMD=VEROBJ&MLKOB=33230281010>.
- Amnistía Internacional, Centro por los Derechos Económicos y Sociales, Médicos del Mundo, Red Acoge, REDER y semFYC (2016, 12 de agosto). *La sentencia del Tribunal Constitucional sobre exclusión sanitaria ignora los tratados de derechos humanos firmados por España* [mensaje en blog]. Recuperado de http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/NdeP_Tc_y_Exclus_Sanit_2_.pdf.
- Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y Center for Economical and Social Rights (2014, 30 de enero). *Excluir de la sanidad a los inmigrantes en situación irregular es contrario al derecho europeo* [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/excluir-de-la-sanidad-a-los-inmigrantes-en-situacion-irregular-es-contrario-al-derecho-europeo/>.
- Añón, MJ. (2002) Ciudadanía social: la lucha por los derechos sociales. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, 6, 1-15.
- Ariño, A. (2004). Asociacionismo, ciudadanía y bienestar social. *Papers* 74, 85-110.
- ASTI-Alicante (2015). *Extranjeros en situación de irregularidad documental. España. Comunidad Valenciana. Alicante. Castellón. Valencia. Análisis de la situación documental de los extranjeros a 1 de enero de 2015*. Secretariado Diocesano de

Migración de Orihuela-Alicante. ASTI-Alicante. Recuperado de <http://astialicante.org/wp-content/uploads/2013/05/Informe-irregularidad-documental-2015.pdf>.

Ávila, D. (2012). *El gobierno de la diferencia: de las lógicas de gestión de lo social* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Ávila, D. y García, S. (2013) Solicitar, subsanar, denegar... La burocracia de los de abajo. En Oliver, P. (coord.) *Burorrepresión. Sanción administrativa y control social* (pp.119-150). Albacete: Bomarzo.

Ávila, D., y Malo, M. (2010). Manos invisibles. De la lógica neo-liberal en lo social. *Trabajo Social Hoy*, 59, 137-171.

Ballesteros, E. (2005). *Intervención social: cultura, discursos y poder. Aportaciones desde la Antropología*. Madrid: Talasa Ediciones SL.

Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.

Beck, U. (2001). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.

(2007). Cómo los vecinos se convierten en judíos. La construcción política del extraño en una era de modernidad reflexiva. *Papers*, 84, 47-66.

Benach, J., y Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El Viejo Topo.

Blanco, A., y Hernández, J. (2009). El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal. *Gaceta Sanitaria* 23 (Supl1), 25-28.

Bleda, J. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *BARATARIA. Revista Castellano-manchega de Ciencias Sociales*, 7, 149-160.

Boixareu, R. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.

Bustamante, J. (2011). *Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants, Jorge Bustamante. Human Rights Council*. Recuperado de <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/121/83/PDF/G1112183.pdf?OpenElement>

Cachón, L. (2009). *La "España inmigrante": marco discriminatorio, mercado de trabajo y políticas de integración*. Barcelona: Anthropos.

(2010). Algunas políticas sobre la inmigración para la crisis y después de la crisis. En E. Aja, J. Arango, y J. Oliver, (dir.), *Anuario sobre la inmigración en España*. Barcelona: CIDOB.

(2013). Respuestas institucionales a los conflictos ligados a la inmigración: lecciones de las experiencias europeas. *Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología*. XI Congreso Español de Sociología. Madrid, 10-12 de julio, (paper) Recuperado de <http://fes-sociologia.com/files/congress/11/papers/222.pdf>.

Caramés, T. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández-Juárez (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-yala.

Castel, R. (2010). La protección social en una sociedad de semejantes. *Revista CS en Ciencias Sociales. Universidad ICESI. Norteamérica, 1*. Recuperado de https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/400/400.

Castells, M. (2015). *Redes de indignación y esperanza*. Madrid: Alianza Editorial (2ª edición actualizada y ampliada).

CeiMigra. (2014). *Informe anual sobre migraciones e integración 2013. Una década de migraciones en España*. Valencia: CeiMigra. Recuperado de <http://www.socialjesuitas.es/documentos/download/12-informes-anales/50-informe-anual-2013>.

(2016). *Informe anual sobre migraciones e integración 2015*. Valencia: CeiMigra. Recuperado de http://www.jesuitas.es/adjuntos/article/160/Informe_anual_CeiMigra_2015.pdf

Ceriani, P., Le Voy, M., y Keith, L. (2015). *Human Rights Indicators for Migrants an their Families*. Sweden: Knomad. Recuperado de <http://picum.org/picum.org/uploads/publication/KNOMAD%20Working%20Paper%205%20Human%20Rights%20Indicators%20for%20Migrants.pdf>.

CESCR. (1990). *La índole de las obligaciones de los Estados Parte. Observación General nº 3. NNUU*. Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Secon.htm>.

(2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General nº 14 (art. 12)*. UN Doc E/C.12/200/4. NNUU. Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/Secon.htm>.

- Chauvin, p., Simonnot, N., Vanbierviet, F., Vicart, M., and Vuillermoz, C. (2015). *Acces to healthcare for people facing multiple vulnerabilites in health*. París: Doctors of the World. Médecins du Monde International Network. Recuperado de <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/05/mdm-intl-obs-2015-report-en.pdf>
- Clandestino Project. (2009). *Clandestino Project. Final Report. Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe*. European Comission (November 2009). Recuperado de <http://clandestino.eliamep.gr>.
- Cockerham, W. (2002). *Sociología de la medicina*. Madrid: Pearson.
- Comelles, J., y Martínez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: EUDEMA.
- Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España. *Gaceta Sanitaria.*, 26(2), 182-189.
- Comité DESC. (2012). *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. España. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. E/C.12/ESP/CO/5. Autor.
- Conselleria de Sanitat. (2006). *Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009*. Valencia: Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/iiplandesaludval.pdf>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016). *Memoria de Gestión. 2015. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*. Valencia: Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/157385/6697728/Memoria+de+Gesti%C3%B3n+2015.pdf>.
- Council of Europe (2014). *European Committee of Social Rights. Activity Report 2013. European Social Charter*. Council of Europe. Recuperado de <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680489115>.
- Criado, JJ., Repullo, Jr., y García, A. (2011). Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 437-488.

- Cuadra, C. (2010). *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Contruy Report Spain. Health Care in Nowhereland. Improving Services for undocumented migrants in EU*. Malmö (Sweden): Malmö University. Recuperado de <http://files.nowhereland.info/673.pdf>
- Cuadra, C., y Cattacin, S. (2011). *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU 27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework. Summary Report (2nd edition). Health Care in Nowhereland. Improving Services for Undocumented Migrants in the EU*. Malmö: Malmö University. Obtenido de <http://files.nowhereland.info/757.pdf>
- Cucó, J. (2004). *Antropología urbana*. Barcelona: Ariel.
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Background document to WHO. Strategy paper for Europe. Copenhagen: Institut for Futures Studies. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Dalli, M. (2015) Universalidad del derecho a la salud e igualdad material: desigualdades económicas y sociales y desigualdades en salud. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 22, 3-31.
- De Haas, H. (2007). Turning the Tide? Why development will not stop migration. *Development and Change*, 38 (5), 819-841. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.596.5554&rep=rep1&type=pdf>.
- De Lucas, J. (2009a). Inmigración, diversidad cultural, reconocimiento político. *Papers*, 94, Pp. 11-27.
- (2009b). La inmigración y la lógica de “estado de sitio” (a propósito de algunas claves recientes de la política europea de inmigración). En J. De Lucas y A. Solanes, *La igualdad en los derechos: claves de la integración* (pp. 21-40). Madrid: Dykinson.
- (2012). Sobre los fundamentos de la igualdad y del reconocimiento. En J. De Lucas, *Inmigración e Integración en la UE. Dos retos para el s. XXI* (pp. 11-91). País Vasco: Eurobask. Consejo Vasco del Movimiento Europeo.
- (2015). *Mediterráneo: el naufragio de Europa*. Valencia: Tirant Humanidades.
- De Lucas, J., Ramón, C., Solanes, A. (2008) *Informe sobre la necesidad y oportunidad de la ratificación por España de la Convención Internacional de la Organización de las Naciones Unidas de 1990 sobre la Protección de los Derechos de todos los*

Trabajadores Migratorios. Catalunya: Red 18 de Diciembre. Recuperado de http://observatoridesc.org/sites/default/files/informe_para_ratificacion_dchos_inmi_esp_0_AAVV_sp.pdf.

Defensor del Pueblo. (2012). *Informe Anual a las Cortes Generales*. Madrid: Defensor del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2012>.

(2013). *Informe Anual a las Cortes Generales*. Madrid: Defensor del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2013>.

(2015). *Informe anual 2014 y debates en las Cortes Generales*. Madrid: Defensor del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2014>.

Del Real, JA. (2013). El legislador en la implementación de los derechos sociales. En M. Garrido (coord.), *Los derechos sociales para hoy y para las generaciones futuras: algunas ideas (o propuestas) para su defensa. Informe "El tiempo de los derechos" 28*, (pp.4-15). Huri-Age. Consolider-Ingenio 2010.

Della Porta, D., y Diani, M. (2011). *Los movimientos sociales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid y Centro de Investigaciones Sociológicas.

Dirección General de la Agencia para la calidad, evaluación y modernización de los Servicios Asistenciales (2003). *Abucasis II. Manual de formación en seguridad para profesionales de la sanidad*. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2164-2003.pdf>.

Donabedian, A. (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

ECRI. (2011). *4º Informe sobre España. Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia*. Strasbourg: Consejo de Europa. Recuperado de <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/country-by-country/spain/ESP-CBC-IV-2011-004-ESP.pdf>.

Esteban, F. (2015) El impacto de la crisis sobre la mano de obra inmigrante. En Torres, F. y Gadea, ME. (coords.) *Crisis, inmigración y sociedad* (p. 73-97). Madrid: Talasa Ediciones.

- Fernández-Juárez, G. (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya-yala.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- FOESSA. (2014). Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunitat Valenciana. Resultados de la Encuesta sobre Integración y Necesidades Sociales, 2013. En FOESSA, *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*. FOESSA. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/exclusion_por_ccaa.php.
- Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. (2012). *El nuevo marco legal y la salud de los inmigrantes*. España: Autor. Recuperado de http://www.foroinmigracion.es/es/MANDATO-FORO-2010-2013/DocumentosAprobados/Informes/Doc._Nx_8_Informe_monografico_NUEVO_MARCO_LEGAL_Y_SALUD_INMIGRANTES.pdf.
- (2016). *Informe sobre la situación de la integración de los inmigrantes y refugiados en España 2015*. España: Autor. Recuperado de <http://cepaaim.org/wp-content/uploads/2016/02/WEB-INFORME-DEL-FORO-PARA-2015.pdf>.
- Franco-Giraldo, A., y Álvarez-Dardet, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286.
- Gadea, E. (2005) Las mesas de solidaridad. Un estudio de caso sobre la participación ciudadana en el ámbito local. *Quaderns de Ciències Socials*, 1, 1-56.
- Gamson, W. (1992). *Talking Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gamson, W., y Meyer, D. (1999). Marcos interpretativos de la oportunidad política. En D. McAdam, J. McCarthy, y M. Zald, *Movimientos sociales: perspectivas comparadas* (pp. 389-412). Madrid: Istmo.
- García Añón, J., Bradford, B., García Saez, JA., Gascón, A., Llorente, A. (2013). *Identificación policial con perfil étnico en España. Informe sobre experiencias y actitudes en relación con las actuaciones policiales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- García Inda y Martínez de Pisón. (2001). *Ciudadanía, voluntariado y participación*. Madrid: Dykinson.
- García Roca, J. (2004). *Políticas y programas de participación social*. Madrid: Síntesis.
- (2010). Ciudadanía, vecindad y hospitalidad. En A. Solanes, *Derechos Humanos, migraciones y diversidad* (pp. 29-64). Valencia: Tirant lo Blanch.

- García Schwarz, R. (2014). Deber de no regresividad. En A. Baylos, C. Florecio, y R. García, *Diccionario Internacional de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social* (pp. 469-472). Valencia: Tirant lo Blanch.
- García, A., López-Jacob, M., Alonso, A., Ruiz-Frutos, C., Ahonen, E., Porthé, V., y ITSAL, P. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL: Entrevistas a informantes clave). *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 91-99.
- García-Sánchez I., Pinilla J, Escudero, C., García, AM., García, G. (2011) *Guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA*. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Generalitat Valenciana. (2008). *Plan Director de Inmigración y Convivencia 2008-2011*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria d'Inmigració i Ciutadania.
- Giddens, A. (2010). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gili, M., García, J., y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104-108. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>.
- Godenau, D.; Rinken, S.; Martínez de Lizarrondo, A.; Moreno Márquez, G. (2014). *La integración de los inmigrantes en España: una propuesta de medición a escala regional*. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Gómez, S. (2013, 5 de septiembre) Sanidad cifra en 10.000 inmigrantes los que volverán a recibir asistencia sanitaria gratuita. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/09/04/sanidad-cifra-10000-inmigrantes-volveran/1029704.html>.
- González Sanjuán, M. (2012). Avances y retrocesos en la salud y sanidad en la Sociedad Valenciana. *Arxius de Ciències Socials*, 27, diciembre 2012, 67-82.
- González-Galiana, T. (2008). El papel de Médicos del Mundo en la atención a inmigrantes irregulares. En J. Vázquez: Atención al inmigrante: perspectivas de futuro. *Aten Primaria*, 40 (Supl1), 32-35.
- Grupo de Trabajo de Bioética de semFYC. (2012). *Análisis ético ante la retirada de asistencia sanitaria a inmigrantes sin permiso de residencia*. España: SemFYC.

Recuperado de https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/analisis_etico_retirada_asistencia_sanitaria...pdf.

Hernández, C., y Jiménez, D. (2009). Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl1), 47-52.

Hernández-Aguado, I., Santaolaya, M., Campos, P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(S), 6-13.

Herzog, B. (2009). Exclusión discursiva. El imaginario social sobre inmigración y drogas. *Quaderns de Ciències Socials*. (14), 5-55.

Ibáñez, J. (2000). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Ibarra, P. (2005). *Manual de sociedad civil y movimientos sociales*. Madrid: Editorial Síntesis.

ICAB. (2012). El derecho de los extranjeros a la protección de la salud. Informe del grupo de trabajo RD-ley 16/2012 de la Comisión de Extranjería. Barcelona: ICAB. Recuperado de <http://bit.ly/110pmMb>.

INE. (2017a) Cifras de población a 1 de enero de 2016. Recuperado de www.ine.es.

(2017b) Estadística de Padrón continuo a 1 de enero de 2016. Recuperado de www.ine.es.

(2017c) Sistema de Información Demográfica. Recuperado de www.ine.es.

(2017d) Encuesta de población activa. Resultados por comunidades autónomas. Recuperado de www.ine.es.

(2017e) Encuesta de Condiciones de Vida. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9961&L=0>.

Jansá, J., y García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 28 (Supl1), 9-25.

Jociles, M. (2002). Contexto etnográfico y uso de las técnicas de investigación de antropología social. En I. de la Cruz (coord.), *Introducción a la antropología para la intervención social* (págs. 85-120). Valencia: Tirant lo Blanch.

- l'Andana Audiovisual [landana-audiovisual.com] (2013) *Objectiu València -1x03- Inmigrant a València* [Archivo de vídeo]. Recuperado de <https://vimeo.com/70122671>.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Laparra, M., y Martínez de Lizarrondo, A. (2008). Las políticas de integración social de inmigrantes en España. En A. Izquierdo, *El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión* (pp. 291-324). Madrid: FOESSA.
- Laparra, M., Obradors, A., Pérez, B., Pérez, M., Renes, V., Sarasa, S., Subirats, J., Trujillo, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector* (5), pp.15-57.
- Laparra, M., y Pérez, B. (2012). *Crisis y fractura social en Europa: causas y efectos en España*. Colección Estudios Sociales nº 35. Barcelona: Obra Social «La Caixa».
- La Parra, D. (2002) El impacto de la exclusión en la salud: una forma de violencia estructural. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 10, pp. 261-268.
- La Parra, D. y Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*, 131, 57-72.
- La Spina, E. (2016) Situaciones de vulnerabilidad vs. Exclusión para los inmigrantes en el contexto sureuropeo de crisis económica. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*, núm. 34, 182-204.
- Lema, C. (2009). *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Madrid: Dykinson.
- (2012). *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX*. Madrid: Dykinson.
- (2014). La titularidad del derecho a la salud en España. ¿Hacia un cambio de modelo? *Revista de Bioética y Derecho*, 31, 3-16.
- Llano, J. (2016). *El Estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2015. 6º Informe*. España: European Anti Poverty Network. Recuperado de http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2016_COMUNITAT_VALENCIANA.pdf.

- Lluch, E., Esteve, E. y Gimeno, B. (2014) *Crisis y derechos sociales. Análisis y perspectivas. Comunitat Valenciana 2014*. Valencia: Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunidad Valenciana. Recuperado de http://www.foessa.org/publicaciones_compra.aspx?Id=4947&Diocesis=42&Idioma=1
- López, RE. y Deslauriers, JP. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61, 19.
- López Sala, A. (2006). Derechos de ciudadanía y estratificación cívica en sociedades de inmigración. En I. Campoy, *Una discusión sobre la universalidad de los derechos humanos y la inmigración* (pp. 129-151). Madrid: Dykinson/Universidad Carlos III.
- López, A., y Ramos, J. (2009). Utilización de servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl 1), 12-18.
- López-Fernández, L., Martínez Millán, J., Fernández Ajuria, A., March Cerdà, J., Suess, A., Danet Danet, A., y Prieto Rodríguez, M. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 298-300.
- Lurbe, K., y Santamaría, E. (2007). Entre (nos) otros... o la necesidad de repensar la construcción de las alteridades en contextos migratorios. *Papers: Revista de sociología*, 85, 57-69.
- Malgesini, G. (2002). Migraciones, sanidad y salud. En C. Clavijo, y M. Aguirre, *Políticas sociales y estado de bienestar en España: Las migraciones. Informe 2002*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado.
- Malgesini, G., y Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Malmusí, D., y Jansá, J. (2007). Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev. Esp. Salud Pública*, 81, 399-409.
- Malo, M. (2006). *Fronteras interiores y exteriores* (págs. 7-11). España: Contrapoder.
- Marbán, V. (2001). Sociedad civil, sector no lucrativo y entidades voluntarias de servicios sociales. En A. García Inda, y J. Martínez de Pisón, *Ciudadanía, voluntariado y participación*. Madrid: Dykinson.
- Martínez Veiga, U. (2007). Migraciones. Teoría marco. En Baraño, A., J. García, M.

Cátedra, y M. Devillard, *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización* (pp. 229-232). Madrid: Editorial Complutense.

Mediano, C. (2009). La salud ¿un derecho universal? *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales* 34, 203-216.

Médicos del Mundo. (2014a). *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Médicos del Mundo*. Madrid: Autor. Recuperado de http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf.

(2014b). *El acceso a la sanidad de las personas en situación de mayor precariedad en una Europa en crisis social*. Madrid: Autor. Recuperado de http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_informe_acesso_a_la_sanidad_UUEE_f569bf7e%232E%23pdf.

(2016, 22 de febrero). *Desde Polétika proponemos 10 medidas para pactar con el nuevo Gobierno* [Mensaje en un blog]. Recuperado de https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.4613).

Mezzadra, S. (2005). *Derecho de fuga. Migraciones, ciudadanía y globalización*. Madrid: Traficantes de sueños.

Miguel, F., Fernández, Al. y Díaz, A. (2012) La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012, vol 26(S), 134-141.

Ministerio de la Presidencia (2012) *Las reformas del Gobierno de España: Determinación frente a la crisis*. España: Ministerio de la Presidencia. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/Documents/lasreformasdelgobiernodeespa%C3%B1a%20espa%C3%B1olcongr%C3%A1ficos.pdf>.

Ministerio del Interior (2015) El Asilo en cifras. España: Ministerio del Interior. Recuperado de http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201562/Asilo_en_cifras_2015_126150899.pdf/d55726d0-8b87-4e35-a3c3-3d953b6003b9.

Miravet, P. (2009). Derechos políticos y participación en los programas de integración de ámbito estatal. En J. De Lucas, y A. Solanes, *La igualdad en los derechos: claves en la integración*. Madrid: Dykinson.

Monrós, M. (2012). *Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario*. Valencia: Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/157385/752399/Castellano_CARTERA_TRABAJO_SOCIAL_SANITARIO_C_V_tr.pdf

Mora, A. (2005). La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación sociosanitaria e intervención psico-social. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho* (12).

(2010). Integrando la desigualdad: la normalización de la exclusión social de las personas inmigrantes. En E. Conejero, y A. Ortega, *Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana*. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.

(2011a) El impacto de la inmigración en la transformación de la sociedad española. En A. Rupp., a. Zelino, M. Dalipi (ed.) *Spanien von innen und aussen. Eine interkulturelle perspective. (España desde dentro y desde fuera. Una Perspectiva Intercultural)*. Berlin: LIT Verlag.

(2011b) La participación social y política como instrumento de integración: una aproximación al asociacionismo inmigrante en España y en la Comunidad Valenciana. En MJ. Añón y A. Solanes (2011). *Construyendo sociedades multiculturales* (pp. 250-276). Valencia: Tirant Lo Blanch,

(2013a). El Real Decreto-ley 16/2012 y la negación del derecho a la asistencia sanitaria a los inmigrantes indocumentados: un análisis crítico desde la perspectiva de los derechos humanos. *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS): Las políticas sociales entre crisis y post-crisis. Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS), 6 y 7 de junio de 2013 Universidad de Alcalá (pp. 1041-1050)*. Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá. Recuperado de <http://www3.uah.es/congresoreps2013>.

(2013b) El derecho a la salud de las personas inmigrantes y su nueva regulación en el Estado español. En J. de Lucas y MJ. Añón (eds.) *Integración y derechos. A la búsqueda de indicadores* (pp.67-1002). Barcelona: Icaria Editorial.

- (2013c). Promoviendo la exclusión, legitimando la agresión e impidiendo la paz: las violencias invisibles contra las personas inmigrantes. En P. A. (comp.), *Globalización, paz y derechos humanos* (págs. 81-100). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar-sede Ecuador.
- (2015). La sanidad y los retrocesos en universalidad. En F. Torres, y M. Gadea, *Crisis, inmigración y sociedad* (págs. 129-148). Madrid: Talasa.
- Moreno, F. (2015). El puzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España. *Anuario de la Inmigración en España 2014*, 278-299. España: CIDOB. Recuperado de www.cidob.org.
- Moreno, F. y Bruquetas, M. (2011) *Inmigración y Estado de bienestar en España*. Colección Estudios Sociales nº 31. Barcelona: Obra Social La Caixa.
- Morice, A. (2007). El difícil reconocimiento de los sin papeles en Francia. Entre tentación individualista y movilización colectiva. En Suárez-Navaz, L., Macià, R., Moreno, A. (eds.) *Las luchas de los sin papeles y la extensión de la ciudadanía. Perspectivas críticas desde Europa y Estados Unidos* (pp. 39-71). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Morris (2002) *Managing migration: civic stratification and migrant's rights*. Londres: Routledge.
- Muižnieks, N. (2013). Report Commissioner for Human Rights of the Council of Europe. Following his visit to Spain from 3 to 7 June 2013. CommDH (2013)18. Strasbourg: Commissioner for Human Rights. Council of Europe. Recuperado de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2106465>.
- Navarro, V. (1998). El derecho a la protección de la salud. *Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*, 6, 137-160. Recuperado de <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/1328/DyL-1995-III-6-Navarro-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (2010) Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama. Sistema Digital [serie en Internet]. Recuperado de <http://www.iceta.org/vn260310.pdf>.
- NNUU (1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948*. Recuperado de http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.
- (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 16 de diciembre de 1966 A/RES/2200 A(XXI)*. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

(1966b). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 16 de diciembre de 1966*. A/RES/2200 A(XXI). Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

(1993). *Declaración y programa de acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos*. A/CONF.157/23, 12 de julio de 1993. Viena: Autor.

(1990) *Convención Internacional sobre la Protección de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. Resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>.

ODUSALUD. (2012). *Segundo Informe. Diciembre 2012. Observatorio del Derecho Universal a la Salud*. Diciembre 2012. Valencia. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es>.

(2014). *Noveno Informe. Noviembre 2014*. Valencia: Autor. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es>.

(2015). *Undécimo Informe. Septiembre 2015*. Valencia: Autor. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es>

(2016). *Duodécimo Informe. Marzo 2016*. Valencia: Autor. Recuperado de: <http://odusalud.blogspot.com.es>.

Oficina d'Estadística de l'Ajuntament de València. (2015). *Població de Nacionalitat Estrangera a la ciutat de València 2015*. Valencia: Ajuntament de València. Recuperado de <http://www.valencia.es/ayuntamiento/catalogo.nsf/CatalogoUnTitulo?readForm&lang=1&serie=22&titulo=Poblaci%F3n%20de%20nacionalidad%20extranjera%20en%20la%20ciudad%20de%20Valencia%202015&bdOrigen=ayuntamiento/estadistica.nsf&idApoyo=58FB3C7A3D56E414C1257DD4>

OIM. (2006). *Glosario sobre migración*. Ginebra (Suiza): OIM.

(2015). *Los migrantes y las ciudades: nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Informe sobre las migraciones en el mundo 2015*. Ginebra (Suiza): OIM.

OIT (1949) *Convención 97 sobre trabajadores inmigrantes*, Ginebra, 32ª reunión CIT (01 julio 1949). Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312242

(1975) *Convención 143 sobre los trabajadores migrantes*. Ginebra, 60ª reunión CIT (24 junio 1975). Recuperado de http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C143.

- Oliva, J., y Pérez, G. (2009). Inmigración y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(Supl1), 1-3.
- Oliver, P., Martín, O., Maroto, M. y Domínguez, A. (2015) Ciudades de excepción: burorrepresión e infrapenalidad en el estado de seguridad. En Ávila, D. y Garcia, S. *Enclaves de riesgo: Gobierno neoliberal, desigualdad y control social* (pp. 229-249). Madrid: Traficantes de sueños.
- OMS. (1946). *Constitución Organización Mundial de la Salud* (22 de junio). Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- (1978) *Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 / patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>
- (1986). *Conferencia de Otawa*. Otawa: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/hpp/otawacharterSp.pdf>
- (2002) *Informe sobre la salud mundial 2000. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf
- (2008). Salud y migración. Resolución 61.17. 61ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 61.17. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-sp.pdf?ua=1
- OPI (2017) Estadísticas. Secretaría General de Inmigración e Inmigración. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Recuperado de <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/index.html>.
- Ortega, A., Heredia, L. y López, A. (2013). El acceso a la asistencia sanitaria de los extranjeros irregulares en España: ¿un mecanismo de exclusión legalizado? *Las políticas sociales entre crisis y post-crisis*. Actas. IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS). Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, 6 y 7 de junio de 2013. Pp. 1085-1093. Recuperado de <http://www3.uah.es/congresoreps2013>.
- Oxfam Internacional. (2013). *Cobertura Sanitaria Universal. Por qué los seguros de salud se están dejando atrás a las personas pobres*. Oxford. Reino Unido: Oxfam GB para Oxfam Internacional. Recuperado de www.oxfam.org.

- Pajares, M. (2009). Inmigración y políticas públicas. En J. De Lucas, y A. Solanes, *La igualdad en los derechos: claves en la integración* (pp.127-145). Madrid: Dykinson.
- Pavón, D. y Sabucedo, JM. (2009). El concepto de “sociedad civil”: breve historia de su elaboración teórica. Araucaria. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 21, Primer semestre, 63-92.
- Pérez, M. (2011). El humanitarismo como herramienta del régimen de fronteras. *Simposio Internacional “Justicia, migraciones y exilios”. Justicia: memoria, narración y cultura* (JUSMENACU). Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Gerjón, F., Cabeza, E., y Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), Pp. 124-131. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>
- Pérez Díaz, V. (2006). Sociedad civil. En S. Giner, *Diccionario de Sociología* (pp. 697-698). Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez González, C. (2012). Las competencias del Estado sobre las personas. En F. Mariño, *Instrumentos y regímenes de Cooperación Internacional* (pp. 11-36). Madrid: Trotta.
- Pérez-Molina, JA., Pulido Ortega, F. y Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida. (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), Pp. 472-478. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004>
- PICUM. (2014). *Acces to Health Care for Undocumented Migrants in Europe: The Role of Local and Regional Authorities*. Bruselas: Autor. Recuperado de http://picum.org/picum.org/uploads/publication/PolicyBrief_Local%20and%20Regional%20Authorities_AccessHealthCare_UndocumentedMigrants_Oct.2014.pdf.
- Pisarello, G. (2009). La justiciabilidad de los derechos sociales: realidad y desafíos. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 34, 139-164.
- Pomares, E. (2014). La Unión Europea ante la inmigración ilegal: la institucionalización del odio. Eunomía. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 7, 143-174.
- Porter, D. (1999). *Health, Civilization and the State: a history of public health from ancient to modern times*. London: Routledge.

- Porter, M., Sabater, I., Márquez, S., Darás, F., Ena, M., García, O., Botija, P., Alborch, V., Sánchez, P. (2015). El derecho a la salud. La sociedad civil frente a la exclusión sanitaria. *TS nova 12*, semestre 2º, 67-77.
- Portes, A. (2012) *Sociología económica de las migraciones internacionales. Edición y estudio introductorio de Lorenzo Cachón*. Barcelona: Anthropos.
- Porthé, V., Benavides, F., Vázquez, M., Ruiz-Frutos, C., García, A., Ahonen, E., Agudelo, AA. Benach, J. (2009). La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. *Gaceta Sanitaria, 23 (Supl 1)*, 107-114.
- Putnam, R. (1994). *Making democracy work. Civic tradidions in modern Italy*. Princeton (EEUU): Princeton University Press.
- (2003). *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Puyol, A. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria, 26(2)*, 178-181.
- Rebollo, O. (2003). Bases político-metodológicas para la participación. En T. Arenillas, *Ecología y Ciudad: raíces de nuestros males y modos de tratarlos* (pp. 287-302). Madrid: El viejo Topo.
- Red Acoge. (2015). *Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*. Madrid: Autor. Recuperado de http://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jur%C3%ADdico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf
- REDER. (2015). *Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión*. Madrid: Autor. Recuperado de https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102.
- (2016a). *La salud en los márgenes del sistema. Cuatro años sin tarjeta sanitaria*. Madrid: Autor. Recuperado de https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102.
- (2016b). *Un aniversario sin nada que celebrar*. Madrid: Autor. Recuperado de https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102.
- (2017). *Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitaria*. Madrid: Autor. Recuperado de https://www.reder162012.org/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=102.

- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E., y Díaz, J. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 23 (Supl1), 4-11.
- Reino de España. (2013). *Programa nacional de Reformas de España 2013*. España: Autor. Recuperado de http://www.empleo.gob.es/es/sec_trabajo/analisis-mercado-trabajo/pnr/PNREspanya2013.pdf
- Repullo, J. (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria.*, 28(S1), 62-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.008>
- Retortillo, A., Ovejero, A., Cruz, F., Lucas, S., y Arias, B. (2008). Inmigración y modelos de integración: entre la asimilación y el multiculturalismo. *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, 7, 1576-2904.
- Richarte, I., y Die, L. (2008). La mediación intercultural y la puerta hacia otro mundo posible. *Documentación Social (148)*, Pp.133-155.
- Roca, J. (2004). Les entrevistas. En J. Pujadas, D. Comas, y J. Roca, *Etnografía*. Barcelona: UOC.
- Rodríguez de las Heras, L. (2012). El sistema universal de protección de los derechos humanos. En F. Mariño, *Instrumentos y regímenes de cooperación internacional* (pp. 37-63). Madrid: Trotta.
- Ruiz, R. (2007). Proceso de integración y precariedad de los jóvenes inmigrantes en las sociedades de acogida. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, nº 30, 52-63.
- Ruiz, J., e Ispizua, M. (1989). La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruteere, M. (2013). *Informe del Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, Mutuma Ruteere. Adición. Visita a España*. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/144/81/PDF/G1314481.pdf?OpenElement>.
- Santamaría, E. (2002). Inmigración y barbarie. La construcción social y política del inmigrante como amenaza. *Papers: revista de sociología*, 66, 59-75.

- Sassen, S. (2013). *Inmigrantes y ciudadanos. De las migraciones masivas a la Europa fortaleza*. Madrid: Siglo XXI.
- Sayad, A. (2010). *La doble ausencia: De las ilusiones del emigrado, a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Anthropos.
- Schultz, C. (2014). *Migration, Health and Urbanization: Interrelated Challenges. Background paper. World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility*. Berlin: International Organization for Migration. Recuperado de https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/ICP/MPR/WMR-2015-Background-Paper-CSchultz.pdf.
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. (2011). *II Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2012 (II PEI)*. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- semFYC (2012a) Atendemos personas, no asegurados. Comunicado de la SemFYC ante medidas RDL 16/2012. [Mensaje en un blog] Recuperado de http://www.semfyces/pfw_files/cma/noticias/noticia/analisis_etico_retirada_asistencia_sanitaria.pdf.
- (2012b) Campaña de objeción de conciencia contra el RDL 16/2012 [Mensaje en un blog]. Recuperado de www.svmfyces.org/documentos_semfyces/395.php.
- Sepilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud: a modo de presentación. En E. Perdiguero, y J. Comelles, *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina* (pp.33-53) Barcelona: Bellaterra.
- Sevilla, F. (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. Madrid: Fundación Alternativas y Secretaría de Estado de la Seguridad Social Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Simó, C., Méndez, S., y Fabuel, F. (2012). Les transformacions demogràfiques al País Valencià durant el període 1991-2011. *Arxius de Ciències Socials* (27), 21-36.
- Solanes, A. (2008). Inmigración, derechos y exclusión. En A. Izquierdo, *El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión* (pp.77-151). Madrid: Caritas Española.
- (2009). La apertura selectiva: nacionalidad y mercado frente a la movilidad humana. En J. De Lucas, y A. Solanes, *La igualdad en los derechos: claves en la integración* (pp.67-95). Madrid: Dykinson.

(2011). El buen inmigrante: regular e integrado. *REDUR* (9), 99-125.

(2014). La salud como derecho en España. Reformas en un contexto de crisis económica. *Derechos y Libertades*, 31 (Época II), 127-162.

(2015). Protección de la salud. En F. Rey, *Los Derechos Humanos en España: balance crítico* (págs. 341-376). Valencia: Tirant lo Blanch/ Publicacions de la Universitat de València.

Suess, A., Ruiz, I., Ruiz, A., y March, J. (2014). El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 28(6), 461-469. doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.008.

Sztompka, P. (1995). *Sociología del cambio social*. Alianza Editorial.

Tarantola, D., y Gruskin, S. (2008). Human Rights Approach to Public Health Policy. En K. Heggenhougen, y S. Quah, *International Encyclopedia of Public Health* (Vol. 3, pp. 477-486). San Diego: Academic Press.

Tejerina, B. (2005). Movimientos sociales, espacio público y ciudadanía: Los caminos de la utopía. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72, Outubro, Pp.67-97.

Terés, J. (2013). Por un sistema nacional de salud de acceso universal (Dos declaraciones a favor de una sanidad de acceso universal: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona y Comité de bioética de Catalunya) Seminario Internacional de Bioética UNESCO “La equidad y el acceso a los recursos sanitarios”. *Revista de Bioética y Derecho*, 29, 89-95.

Terraza-Núñez, R., Vargas, I., Rodríguez, D., Lizana, T., y Vázquez, M. (2010). Políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2). 115.e1-115.e7.

Therborn, G. (2015). *La desigualdad mata*. Madrid: Alianza Editorial.

Tocqueville, A. (2008). *La democracia en America*, 1. Argentina: El Cid Editor (Versión Original 1835-1840).

Torres, F., y Moncusí, A. (2015). Los escenarios urbanos. Unas condiciones más difíciles. En F. Torres, y M. Gadea, *Crisis, inmigración y sociedad* (pp.149-183). Madrid: Talasa.

- UE (2007) Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. 2000/C 364/01. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 18 de diciembre de 2000. Recuperado de http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf.
- Urbanos, R., y Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 81-88. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.013>
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, M., Vargas, I., y Aller, M. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 142-146.
- Vázquez-Cañete, A. (2012). Donde no hay mediación. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 39, 213-232.
- Velasco, H., Díaz de Rada, A., Cruces, F., Fernández, R., Jiménez, C., y Sánchez, R. (2006). *La sonrisa de la institución. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Editorial Universitara Ramón Areces.
- Vélez, O. (2003). *Reconfigurando el trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Vidal, P., y Mundó, J. (2011). *La incidència política del tercer sector. Reflexió i autodiagnòstic* (Vol. Col·lecció Eines OTS 02). Barcelona: Observatori del Tercer Sector.
- VVAA. (2012). *Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con motivo del examen del 5º informe periódico de España*. 48º periodo del CESCR, mayo 2012. Presentado por organizaciones españolas 15 de marzo de 2012. Recuperado de http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/JointSubmission19NGOs_Spain_CESCR48_sp.pdf.
- Whitehead, M., y Dahlgren, G. (2010). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1*. Oficina regional para Europa de la OMS. España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España. OMS.
- WHO. (2011). *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper*. World Conference on Social Determinants of Health [Rio

de Janeiro, Brazil 19-21 October, 2011]. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44731>

WHO. (2016). *Migrant health in the European Region. Migration and health: key issues*. World Health Organization. Regional Office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.

Vogel, D. (2009). *Size and Development of irregular Migration to the EU. Comparative Policy brief Clandestino Project*. European Commission. Recuperado de <http://clandestino.eliamep.gr/comparative-policy-briefs/#more-1068>.

Yo Sí Sanidad Universal (2016) *Informe ¿Por qué rebautizamos al INSS “Instituto Nacional de la segregación Sanitaria”?* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://yosisanidaduniversal.net/media/blogs/materiales/informeINSS.pdf>.

Zald, M. (1999). Cultura, ideología y creación de marcos. En D. MacAdam, J. McCarthy, y M. Zald, *Movimientos sociales: perspectivas comparadas* (págs. 369-388). Madrid: Istmo.

Zurdo, A., y Serrano, A. (2013). Los ‘nuevos pobres’: representaciones colectivas sobre la crisis y la pobreza en las nuevas capas sociales vulnerabilizadas. *Las políticas sociales entre crisis y post-crisis. Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social (REPS), 6 y 7 de Junio de 2013 Universidad de Alcalá* (pp. 1139-1161). Alcalá de Henares (Madrid): Universidad de Alcalá. Recuperado de <http://www3.uah.es/congresoreps2013/>

REFERENCIAS JURÍDICAS**Legislación estatal**

Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. BOE, 30 de diciembre de 1963, núm. 312, pp. 18181-18190.

Constitución Española, 1978. Texto consolidado. Última modificación 27 de septiembre de 2011. Recuperado de <http://www.lamonicloa.gob.es/espana/leyfundamental/Documents/29022016Constitucion.Consolidado.pdf>.

Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE, de 18 de noviembre de 1978, núm. 276, pp.26246-26249.

Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la base IV de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. BOE, de 28, de abril de 1980, núm. 102, pp. 9159– 9159.

Instrumento de Ratificación de 29 de abril de 1980, de la Carta Social Europea, hecha en Turín de 18 de octubre de 1961. BOE, de 26 de junio, núm. 153, pp. 14533-14540.

Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. BOE, 3 de junio de 1985, núm. 158, pp. 20824-20829. Derogada.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp.15207-15224.

Ley 24/1997 de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social. BOE, 16 de julio de 1997, núm. 169, pp. 21781-21787.

Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE, 9 de septiembre de 1989, núm. 126, pp. 28657-28658.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE, 17 de enero de 1996, núm. 5, pp. 1225-1235.

Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la Ley Orgánica 7/1985. BOE, 23 de febrero de 1996, núm. 47, pp. 6949-6977.

Ley 24/1997 de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social. BOE, 16 de julio de 1997, núm. 169, pp. 21781-21787.

Resolución de 21 de julio de 1997, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 4 de julio de la Presidenta del Instituto Nacional de Estadística y del Director General de Cooperación Territorial, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre actualización del Padrón municipal. BOE, 25 de julio de 1997, núm. 177, pp. 22875-22887.

Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999. BOE, 31 de diciembre de 1999, núm. 313, pp. 44352-44412.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; por la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre; por la Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre; por la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre; por la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio; por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, por la Sentencia 17/2013, de 31 de enero, del Tribunal Constitucional; por la Ley Orgánica 4/2013, de 28 de junio; por la Ley orgánica 4/2015, de 30 de marzo y por la Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de febrero de 2015.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567-20588.

Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal. BOE, 21 de noviembre de 2003, núm. 279, pp. 41193-41204.

Resolución de 26 de mayo de 2005, de la Subsecretaría, por la que se dispone la publicación de la Resolución de 28 de abril de 2005, del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre el procedimiento para acordar la caducidad de las inscripciones padronales de los extranjeros no comunitarios sin autorización de residencia permanente que no sean renovados cada dos años.

BOE, 30 de mayo de 2005, núm. 128, pp. 18112-18116.

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. BOE, 28 de febrero de 2007, núm. 51, pp. 8558-8566.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE, 5 de octubre de 2011, núm. 240, pp. 104593-104626.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 12 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, 24 de abril de 2012, núm. 98, pp. 31278-31312.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE, 4 de agosto 2012, núm. 186, pp. 55775-55786.

Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS y modificación del RD 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS. BOE, de 27 de julio de 2013, núm. 179, pp. 55058-55065

Ley 14/2013, de 27 de septiembre, de apoyo a los emprendedores y su internacionalización. BOE, de 28 de septiembre de 2013, núm. 233, pp. 78787-78882

Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014. BOE, 26 de diciembre de 2013, núm. 309, pp. 104609-105136.

Ley 48/2015, de 29 de octubre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2016. BOE, 30 de octubre de 2015, núm. 260, pp. 101965-102560.

Jurisprudencia estatal

Tribunal de Cuentas. Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social. Informe aprobado por el Pleno del Tribunal de Cuentas el 29 de marzo de 2012. BOE, 25 de marzo de 2012, núm. 72, pp. 60502-60552.

Tribunal Constitucional. Auto 239/2012, de 12 de diciembre de 2012. Conflicto positivo de competencia 4540-2012. Levanta parcialmente la suspensión en el conflicto positivo de competencia 4540-2012, interpuesto por el Gobierno de la Nación en relación con el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

338

Tribunal Constitucional. Auto 114/2014, de 8 de abril de 2014. Recurso de inconstitucionalidad 7089-2013. Levanta parcialmente la suspensión acordada en el recurso de inconstitucionalidad 7089-2013, interpuesto por el Presidente del Gobierno en relación con la disposición adicional de la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra.

Tribunal Constitucional. Auto de 1 de marzo de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 6022-2015, contra el Decreto-ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. BOE, de 8 de marzo de 2016, núm. 58, pp. 18576.

Tribunal Constitucional. Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos 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. Límites de los decretos-leyes, derecho a la salud y competencias sanitarias, derecho a la protección de datos de carácter personal: nulidad del precepto legal que remite en blanco al reglamento la determinación del nivel de ingresos que no deben superar quienes, sin tener vínculo alguno con el sistema de Seguridad Social, aspiren a acceder a la condición de asegurados. Votos particulares. BOE, 15 de agosto de 2016, núm. 196, pp. 60502-60552.

Legislación autonómica

- Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana. BOE, 10 de julio de 1982, núm. 164, pp. 1-28
- Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell de la Generalitat, que delimita la atención primaria de la salud en la Comunitat Valenciana. DOCV, 28 de abril de 1986, núm.369, pp. 1542-1551.
- Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunitat Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE, 30 de diciembre de 1987, núm. 312, pp. 38171- 38176.
- Decreto 88/1989, de 12 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Valenciano de Salud a determinadas personas que carezcan de suficientes recursos económicos. DOCV, 23 de junio de 1989, núm. 1092, pp. 4349- 4350.
- Decreto 126/1999 de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de Sanidad. DOCV, 23 de agosto de 1999, núm. 3566, pp. 14841-14844.
- Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunitat Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria. DOCV, 28 de febrero de 2000, núm. 3.697, pp. 3215-3217.
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana. DOCV, 14 de febrero de 2003, núm. 4.440, pp. 4173-4198.
- Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. DOCV, 23 de junio de 2005, núm. 5034, pp. 22642-22674.
- Decreto 74/2007, de 18 de mayo, regula la estructura, organización y funcionamiento de la asistencia sanitaria. DOCV, 23 de mayo de 2007, núm. 518, pp. 20785-20802.
- Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario Público de la Comunitat Valenciana. DOCV, 5 de junio de 2008, núm. 5.778, pp. 64868-64877.
- Ley 15/2008, de 5 de diciembre, de la Generalitat, de Integración de las Personas Inmigrantes en la Comunitat Valenciana. BOE, 10 de enero de 2008, núm. 9, pp. 3416-3431.

Orden 9/2010, de 25 de junio por la que se desarrolla el Decreto 91/2010, de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Solidaridad y Ciudadanía. DOCV, 5 de julio de 2010, núm. 6303, pp. 26465-26470.

Decreto 190/2013, de 20 de diciembre, del Consell, por el que se regula el Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunitat Valenciana a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. DOCV, 24 de diciembre de 2013, núm. 7179, pp.36078-36084.

Decreto 103/2014, de 4 de julio, del Consell, por el que se regulan los precios públicos de la Generalitat. DOCV, 7 de julio de 2014, núm. 311, pp. 16695- 16697.

340

Acuerdo de 19 de diciembre de 2014, del Consell. Plan Director de Integración y Convivencia de la Comunitat Valenciana 2014-2017. DOCV, 22 de diciembre de 2014, núm. 7428, pp. 30993-31103.

Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. BOE, 10 de febrero de 2014, núm. 35, pp. 11133-11181.

Decret Llei 3/2015, de 24 de juliol, del Consell, pel qual regula l'accés universal a l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana. DOCV, 29 de julio de 2015, núm. 7581, pp. 23079-23083.

Resolución de 13 de enero de 2017, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueba el Plan estratégico de subvenciones de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, para el periodo 2017-2019 (DOGV de 19 de enero de 2017, núm. 7961, pp. 2694-2750.

ARTÍCULOS EN PRENSA

(por capítulo y orden cronológico)

Capítulo 1

Redacción (2012, 5 de mayo) El Ayuntamiento de Gandía no empadronará a los inmigrantes irregulares. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/05/05/valencia/1336215980.html>.

Fresneda, C. (2015, 31 de octubre). El Reino Unido cobrará mínimo 76 euros por urgencias a turistas no comunitarios. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/sociedad/2015/10/31/56348635e2704ef57b8b45b1.html>.

Pérez, C. (2016, 20 de febrero). La UE sella un nuevo pacto con Reino Unido tras un maratón negociador. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/internacional/2016/02/19/actualidad/1455872429_141482.html.

Agencia (2016, 16 de junio). Brexit: preguntas y respuestas. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/internacional/2016/06/16/57625b1c46163f932d8b45e4.html>

Capítulo 3

Prats, J. y de Benito, E. (2012, 20 de abril). El gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes sin papeles. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/20/actualidad/1334935039_248897.html.

Agencia (2012, 13 de agosto) El Partido Popular afirma que 'la salud universal no es para todo el Universo'. *El País*. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/13/andalucia/1344873261_250601.html.

Prats, J. (2012, 29 de octubre). La póliza de Mato no cubrirá los medicamentos de los sin papeles. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/09/28/actualidad/1348857542_833344.html.

Sahuquillo, MR. (2012, 29 de diciembre). Rebeldes, objetores y desobedientes. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/29/actualidad/1356819404_912085.html.

Álvarez, RJ. (2013, 21 de abril). Un año de sanidad sin todos. *El Mundo*. Recuperado de http://quiosco.elmundo.orbyt.es/ModoTexto/paginaNoticia.aspx?id=14469453&tipo=1&sec=El%20Mundo&fecha=21_04_2013&pla=pla_11014_Madrid.

Agencia (2013, 18 julio). Europa no intervendrá para garantizar la protección sanitaria de los 'sin papeles'. *Redacción Médica* [Mensaje en blog] Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-comision-europea-no-intervendra-para-garantizar-la-proteccion-sanitaria-de-los-inmigrantes-irregulares-9987&previo=965985>.

Leo, J. y Pita, E. (2013, 09 octubre). El Consejo de Europa asegura que la reforma de Mato socava los derechos humanos. *Redacción Médica*. Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-consejo-de-europa-afirma-que-la-reforma-de-mato-socava-los-derechos-humanos-8976>.

Leo, J. (2014, 29 enero). Europa acusa a España de violar el derecho a la sanidad de los inmigrantes. *Redacción Médica*. Recuperado de <http://www.redaccionmedica.com/noticia/europa-acusa-a-de-violar-el-derecho-a-la-sanidad-de-los-inmigrantes-2865>.

Agencia. (2014, 29 de enero). Europa advierte a España de que incumple la ley al excluir a los inmigrantes de la Sanidad. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/29/52e90265ca4741bf208b4577.html>.

Sevillano, EG. (2014, 19 de febrero). El Gobierno niega la tarjeta sanitaria a extranjeros con residencia legal. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/19/actualidad/1392846250_883061.html.

Altozano, M. y Cembrero, I. (2014, 13 de marzo). El Consejo de Estado rechaza limitar la asistencia sanitaria de los extranjeros. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/03/11/actualidad/13945559487_251139.html

Bueno, P. (2014, 5 de abril) El Gobierno español no nos envió evaluación de impacto de las medidas de recorte. Entrevista a Magdalena Sepúlveda, Relatora Especial sobre pobreza extrema de Naciones Unidas. *Cadena SER. Programa Hoy por Hoy* (minuto 00:04:35). Recuperado de http://www.cadenaser.com/sociedad/audios/gobierno-espanol-nos-envio-evaluacion-impacto-medidas-recorte/csrsrpor/20140505csrsrsoc_2/Aes/

Agudo, A. (2014, 7 de abril). Inmigrante, dime dónde vives y te diré si tienes derecho a pasar al médico. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2014/04/07/planeta_futuro/1396893401_395293.html.

- Sevillano, EG. (2014, 29 de abril) La ONU ve 'inaceptable' la desatención sanitaria a inmigrantes en España. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/29/actualidad/1398797567_706386.html.
- López, A. (2014, 24 de diciembre) Un juez amplía la atención sanitaria a más inmigrantes. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/24/5499b884268e3e077c8b4571.html>.
- Agencia. (2015, 22 de enero). La ONU le saca los colores a España por romper la legalidad en materia de inmigración. *El Huffington Post / Agencias*. Recuperado de http://www.huffingtonpost.es/2015/01/22/onu-espana-devoluciones-e_n_6521316.html.
- Agencia (2015, 9 de febrero). Entidades de diferente tipo exigen que la sanidad sea universal a los diferentes partidos que se presentan a las elecciones municipales y autonómicas en mayo de 2015. *El Periódico*. Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/exigen-partidos-incluyan-programas-garantia-sanidad-universal-3922471>.
- Sevillano, EG. (2015, 10 de marzo). La oposición pacta reabrir la sanidad pública a los inmigrantes. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/03/10/actualidad/1426001329_038638.html.
- Agencia (2015, 31 de marzo) Alonso anuncia que devolverá la atención primaria a los sin papeles. *El País*. Recuperado de: http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html
- Redacción. (2015, 22 de junio) Sin avances en el derecho a la sanidad a pesar de la presión de la ONU. *Diagonal*. Recuperado de <https://www.diagonalperiodico.net/global/27166-sin-avances-derecho-la-sanidad-pegar-recomendaciones-la-onu.html>
- Zafra, I. (2015, 16 de julio) Valencia devuelve la sanidad universal a los inmigrantes 'sin papeles'. *El País*. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/16/valencia/1437042745_880644.html.
- Agencia (2015, 24 de julio) Cataluña también ampliará la cobertura a extranjeros «sin papeles». *Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/07/25/cataluna-ampliara-cobertura-extranjeros-papeles/1294789.html>

Bañuelos, J. (2015, 12 de agosto) El gobierno desconoce si cobró toda la asistencia a los europeos. Cadena Ser. Sociedad. Recuperado de http://cadenaser.com/ser/2015/08/11/sociedad/1439279456_939658.html?ssm=14092012-Ser-rs-1-fb.

Redacción. (2015, 26 de agosto). Así es la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' según la comunidad en la que residan. ABC. Recuperado de <http://www.abc.es/sociedad/20150826/abci-asistencia-sanitaria-comunidades-201508251319.html>.

Sevillano, EG. y Huete, C. (2015, 28 de agosto) El Gobierno cede y buscará fórmulas para dar sanidad a los sin papeles. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/08/22/actualidad/1440244631_180490.html.

González, A. (2016, 20 de enero). El FMI prevé un leve aumento del PIB europeo por la llegada de los refugiados. *El País*. Recuperado de http://internacional.elpais.com/internacional/2016/01/20/actualidad/1453281400_978540.html.

Redacción. (2016, 23 de febrero). La tarjeta sanitaria para los inmigrantes 'sin papeles' ya es oficial. *El diario.es*. Recuperado de http://m.eldiario.es/clm/tarjeta-sanitaria-inmigrantes-papeles-oficial_0_487501489.html.

Redacción. (2016, 22 de julio) El Constitucional avala el recorte sanitario a los inmigrantes 'sin papeles'. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2016/07/22/actualidad/1469198956_988423.html.

Capítulo 4

Serrano, A. (2013, 24 de febrero). Mi esposa ha muerto porque la ambulancia dijo que por un constipado no venían. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levantemv.com/comunitat-valenciana/2013/02/24/esposa-muerto-ambulancia-dijo-constipado-venian/976997>.

Manresa, A. (2013, 22 de mayo). Destituido el director del hospital balear por la muerte de un senegalés sin papeles. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/22/actualidad/1369223735_837035.html.

EP. (2013, 15 junio). Sanidad implanta datafonos en 25 centros para el cobro de la asistencia a turistas extranjeros sin derecho a cobertura. *Europa Press-Valencia*. Recuperado de <http://www.europapress.es/noticiaprint.aspx?ch=00292&cod=20130615122121>.

- Agencia (2013, 1 de septiembre). Sanidad dará asistencia a inmigrantes empadronados desde al menos hace un año. *El mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/09/01/valencia/1378055186.html>.
- Del Burgo, PG. (2013, 2 de septiembre). Sanidad devuelve 15.000 tarjetas SIP que retiró hace un año a inmigrantes ilegales. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/09/01/sanidad-devuelve-15000-tarjetas-sip/1029052.html>.
- Gómez, S, (2013, 5 de septiembre). Sanidad cifra en 10.000 inmigrantes los que volverán a recibir asistencia sanitaria gratuita. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2013/09/04/sanidad-cifra-10000-inmigrantes-volveran/1029704.html>.
- Redacción (2013, 28 de noviembre). El Programa Valenciano de Protección a la Salud, un parche para la atención a inmigrantes. *Consalud.es Grupo Mediforum* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.consalud.es/seenews.php?id=8120>.
- Almenar, P. (2014, 5 de febrero) Sanidad busca a miles de extranjeros a los que exige sus gastos sanitarios. *El País*. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/02/05/valencia/1391626385_730831.htm.
- Sevillano, EG. (2014, 1 de abril). Colectivos médicos y sociales exigen derogar la exclusión sanitaria. *El País* Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2014/09/30/actualidad/1412111070_758373.html.
- Almenara, P. (2014, 28 de abril) Sanidad deja sin asistencia a 213 inmigrantes en los últimos seis meses. *El País*. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1519218487?accountid=14777>.
- Del Burgo, PG. (2015, 31 de marzo) Sólo 290 extranjeros pagan 60 euros al mes para tener sanidad pública. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/03/30/290-extranjeros-pagan-60-euros/1244916.html>.
- Agencia. (2015, 4 de abril). Sanidad admite que hay a 'algún caso' de cobrar la urgencia a los 'sin papeles. Europa Press- El Levante, Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/04/04/sanidad-admite-hay-caso-cobrar/1246893.html>.

Del Burgo, PG. (2015, 2 de abril) Sanidad cobra la atención de urgencias a los inmigrantes irregulares. *El Levante*. Recuperado de <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/04/02/sanidad-cobra-atencion-urgencias-inmigrantes/1246395.html>.

Sevillano, EG. (2014, 8 de julio). Un hospital envía una carta de pago a una paciente que falleció en urgencias. *El País*. Recuperado de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/07/08/actualidad/1404776607_217573.html.

Capítulo 5

Redacción. (2014, 25 de noviembre). Sanidad dice no tener constancia de los casos denunciados por ODUSALUD y asegura que no niega la asistencia a nadie. *Europa Press*. Recuperado de <http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-sanidad-dice-no-tener-constancia-casos-denunciados-odusalud-asegura-no-niega-asistencia-nadie-20141125191847.html>.

Capítulo 6

Agencia. (2012, 30 de agosto). El Consell pagará a las ONG para que atiendan a los inmigrantes sin tarjeta sanitaria. *El Mundo. Comunitat Valenciana*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/08/29/valencia/1346261588.html>.

Caballer, N. (2012, 30 de agosto) Ninguna ONG podrá ofertar nunca una cartera básica de servicios sanitarios. *El País. Comunitat Valenciana*. Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/29/valencia/1346267994_510988.html.

Redacción. (2014, 21 de septiembre) “Ni un día más sin salud universal”. *Programa Sin Fronteras de RNE1. Comunitat Valenciana* [podcast]. Recuperado de <http://www.rtve.es/alacarta/audios/sin-fronteras/sin-fronteras-odusalud-observatorio-salud-comunidad-valenciana-ni-dia-mas-sin-salud-universal/2770994>.

Epílogo

Agencia. (2015, 9 de febrero) Entidades de diferente tipo exigen que la sanidad sea universal a los diferentes partidos que se presentan a las elecciones municipales y autonómicas en mayo de 2015. *El Periódico*. Recuperado de <http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/exigen-partidos-incluyan-programas-garantia-sanidad-universal-3922471>

- Redacción (2016, 23 de febrero). La tarjeta sanitaria para los inmigrantes 'sin papeles' ya es oficial. *El diario.es*. Recuperado de http://m.eldiario.es/clm/tarjeta-sanitaria-inmigrantes-papeles-oficial_0_487501489.html.
- Sevillano, EG. (2015, 10 de marzo) La oposición pacta reabrir la sanidad pública a los inmigrantes. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/03/10/actualidad/1426001329_038638.html.
- Cervilla, P. (2016, 16 de marzo). Rebelión autonómica contra la cobertura sanitaria del PP a los «sin papeles». *ABC*. Recuperado de http://www.abc.es/sociedad/abci-rebelion-autonomica-contra-cobertura-sanitaria-pp-sin-papeles-201603172133_noticia.html.
- Agencia. (2015, 31 de marzo) Alonso anuncia que devolverá la atención primaria a los sin papeles. *El País*. Recuperado de: http://politica.elpais.com/politica/2015/03/31/actualidad/1427788718_943883.html
- Zafra, I. (2015, 16 de julio). Valencia devuelve la sanidad a los inmigrantes 'sin papeles'. *El País* Recuperado de http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/16/valencia/1437042745_880644.html.
- Tercer i Quart Món (2015, 20 de julio). Acuerdo de Atención Sanitaria Universal [Mensaje en blog] Recuperado de <http://terceriquartmon.blogspot.com.es/2015/07/acuerdo-de-atencion-sanitaria-universal.html>.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2016, 25 de julio) Sanitat llança una campanya per a recordar a la població migrant que 'En la Comunitat Valenciana totes les persones tenen dret a l'assistència sanitària'. Nota de prensa [Mensaje en un blog]. Recuperado de: http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal_content/56/151322/6603696/292581.
- EM. (2015, 21 de agosto). El Gobierno avisa de multas de la UE por la tarjeta sanitaria a los 'sin papeles'. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/baleares/2015/08/21/55d6e8ade2704e007a8b457b.html>.
- Redacción. (2015, 26 de agosto). Así es la asistencia sanitaria a los 'sin papeles' según la comunidad en la que residan. *ABC*. Recuperado de <http://www.abc.es/sociedad/20150826/abci-asistencia-sanitaria-comunidades-201508251319.html>.
- Sevillano, EG. (2015, 28 de agosto). El Gobierno cede y buscará fórmulas para dar sanidad a los sin papeles. *El País*. Recuperado de http://politica.elpais.com/politica/2015/08/22/actualidad/1440244631_180490.html.

Agencia. (2015, 19 de octubre) Expertos en derecho sanitario piden crear pautas para unificar la atención sanitaria a inmigrantes irregulares. *Europa Press*. Recuperado de <http://www.bolsamania.com/noticias/sanidad/expertos-en-derecho-sanitario-piden-crear-pautas-para-unificar-la-atencion-sanitaria-a-inmigrantes-irregulares--899925.html>.

Agencia. (2015, 25 de agosto). Sanidad apuesta por crear un registro para los inmigrantes que necesiten atención sanitaria. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2015/08/25/55dc5afeca4741b9138b4587.html>.

OTRAS FUENTES

(webs, blogs, etc.)

Ajuntament de València. Registro Municipal de Entidades Ciudadanas [Mensaje en un blog] Recuperado de <https://www.valencia.es/ayuntamiento/ayuntamiento.nsf/vDocumentosTituloAux/Registro%20Municipal%20de%20Entidades%20Ciudadanas?opendocument&lang=1&nivel=7>.

Cáritas Diocesana de Valencia. Organismo de la Archidiócesis de Valencia dependiente de la Iglesia Católica, dirigido a la atención de las personas en situación de vulnerabilidad. Recuperado de <http://www.caritasvalencia.org>.

Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública [Mensaje en blog] Recuperado de <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/derechos-oblicaciones-paciente>

Conselleria de Salut. Planes de Salud de la Comunitat Valenciana (2001-2004; 2005-2009 y 2010-2013) Recuperado de <http://www.san.gva.es/web/sdg-i-d-i/planes-de-salud>.

Conselleria de Salut. Instrucción de Secretaría Autonómica de Sanidad de la Agencia Valenciana de Salud sobre el Programa Valenciano de Protección a la Salud. Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf.

Conselleria de Salut. Modelo de solicitud del PVPS, modelo de autorización para el acceso a datos personales y listado de documentación a aportar. Recuperado de <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/programa-valenciano-de-proteccioin-a-la-salud>.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (2014, 14 de marzo). El Consejo de Estado alerta de que el Reglamento de los CIE restringe la atención sanitaria de los inmigrantes [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.medicosypacientes.com/articulos/consejoestado14314.html>.

Echave, P. y González, J. (2014) Muerte accidental de un inmigrante. El caso Alpha Pam [video]. Productores asociados: Universitat de les Illes Balears. Ajuntament de Santa Margalida. Quindrop. (Recuperado de <https://vimeo.com/groups/7080/videos/102124641>).

INSS. Prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. Consulta del reconocimiento de asegurado y certificación. INSS. [Mensaje en blog]. Recuperado de <https://sede.seg-social.gob.es>.

INSS-Reconocimiento de condición de beneficiario. INSS [Mensaje en blog] Recuperado de http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/BeneficiariosSituac30476/177501.

Jo Sí Sanitat Universal. Información sobre PVPS [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://yosisanidaduniversal.net/noticias.php/programa-valenciano-de-proteccion-de>.

MDM. Médicos del Mundo. Organización de socios y voluntarios con sede en Valencia y otras 11 comunidades autónomas. Recuperado de <http://www.medicosdelmundo.org>.

MDM. Médicos del Mundo de la Comunitat Valenciana. Charlas formativas PVPS [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/id.3428>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Requisitos para la reagrupación familiar. Ministerio de Empleo y Seguridad Social [Mensaje en blog] Recuperado de <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/InformacionInteres/InformacionProcedimientos/Ciudadanosnocomunitarios/hoja012/index.html>.

ODUSALUD. Información sobre PVPS [Mensaje en un blog] Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/2013/11/preguntas-mas-frecuentes-sobre-el.html>.

ODUSALUD. Materiales de formación sobre PVPS [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/2014/03/materiales-informativos-dirigidos-las.html>

ODUSALUD. Participación en la Comisión Mixta de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://ODUsalud.blogspot.com.es>.

ODUSALUD. Quiénes somos. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/p/formamos-parte-del-observatorio.html>.

ODUSALUD. Rutas Jurídicas [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://odusalud.blogspot.com.es/p/rutas-juridicas.html>.

Pacto Agrario Valenciano por la Inmigración en 2010 (Recuperado de http://cardoor.es/ovim/images/stories/PACTO_AGRARIO_VALENCIANO_POR_LA_INMIGRACION)

Pacto Local por la integración de las personas inmigrantes, firmado por los Ayuntamientos y Diputaciones de Castellón, València y Alicante en 2009 (Recuperado de http://cardoor.es/ovim/images/stories/Documentos/pacto_local_por_la_integracion_FIRMADO.pdf)

SVMFiC. Sociedad Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado de <http://www.svmfyc.org/index.php>.

Tercer i Quart Món. Acuerdo de Atención Sanitaria Universal. 20 julio 2015 [Mensaje en blog] Recuperado de <http://terceriquartmon.blogspot.com.es/2015/07/acuerdo-de-atencion-sanitaria-universal.html>.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumentos utilizados en el trabajo de campo

- Pauta de observación
- Guion de entrevistas
 - a) Miembro de organización social
 - b) Inmigrante en situación administrativa irregular
 - c) Trabajador social
- Carta informativa y consentimiento informado

PAUTA DE OBSERVACIÓN

REUNIÓN	CONTACTO A TRAVÉS DE INFORMANTE...
LUGAR Fecha y hora	
CONVOCANTE	
CONVOCADOS	
PARTICIPANTES (nº, género, origen, otros) (¿quién excusa asistencia?)	
TEMA: (según la convocatoria)	
OTROS TEMAS (de interés para la investigación) <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se aborda la atención sanitaria a inmigrantes? • ¿A qué temas se le otorga importancia? • ¿Qué temas no son de interés? • ¿Qué temas son rechazados? • ¿Temas conflictivos? 	
OTROS ASPECTOS (de interés para la investigación) <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones internas • Relaciones externas • Existencia de conflictos • Actuaciones de control o conflicto 	

356

REGISTRO DE OBSERVACIÓN¹⁷⁹

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 0. Fecha, lugar o lugares que observa | 3. Autoanálisis |
| 1. Observaciones | 4. Cobertura |
| 2. Interpretaciones provisionales | 5. Problemáticas emergentes |
| | 6. Prospectiva |

179 A partir de Jociles (Jociles, 2002).

GUIÓN DE ENTREVISTA

a) Miembro de organización social

Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y agradecimiento por la participación • Presentación y garantía de confidencialidad
Identificación/ Perfil del entrevistado:	<ul style="list-style-type: none"> • Edad, profesión, etc. • Tipo de vínculo con la entidad o papel desempeñado
Perfil de la entidad	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de la entidad • Personas a las que se dirige su actividad • Actividades principales relacionadas con el derecho a la salud • Tiempo de permanencia en la ciudad de València • Conformación de la entidad: nº de profesionales, socios y voluntarios
ODUSALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de relación con ODUSALUD • Tiempo de relación con ODUSALUD • Justificación de la participación de la entidad y proceso de toma de decisión (existencia de debate interno) • Descripción de ODUSALUD • Justificación del papel que desempeña el observatorio y actividades principales • Cambios producidos en la entidad • Descripción de entidades que componen Observatorio
Valoración de las políticas públicas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución de las políticas públicas en salud para la población inmigrante en situación irregular • Valoración del RDL 16/2012 • Valoración de la respuesta del Gobierno valenciano ante el RDL 16/2012 • Valoración del Programa Valenciano de Protección a la Salud • Cambios que han provocado estas políticas en la garantía de DS • Formas de respuesta de ODUSALUD y sus consecuencias
Percepción de la incidencia de ODUSALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la incidencia que ha tenido/tiene ODUSALUD en el ámbito político Formas de respuesta ¿casos puntuales? • Valoración de la incidencia que ha tenido/tiene ODUSALUD en la sociedad de la ciudad de València Formas de respuesta
Percepción de la situación de la población inmigrante en situación irregular	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de las consecuencias de las políticas públicas en salud sobre la población inmigrante • Descripción de situaciones especialmente relevantes • Incidencia del Observatorio en la realidad de la población
Finalización	<ul style="list-style-type: none"> • Otros aspectos que quiera aportar • Agradecimiento y despedida

b) Inmigrante en situación administrativa irregular

Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y agradecimiento por la participación • Presentación y garantía de confidencialidad
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Edad y sexo • País de origen • Nivel educativo • Ocupación principal actual • Tiempo de estancia en España • Situación administrativa • Unidad de convivencia
Condiciones de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de las condiciones de salud actuales • Cambios producidos en las condiciones de salud • Estrategias desarrolladas frente a la enfermedad • Existencia y descripción de comportamientos preventivos desarrollados
Acceso al sistema público de salud	<p>Condiciones de acceso a los servicios públicos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con acceso a través del PVPS • Sin acceso a la asistencia pública • Sin acceso, pero con acceso antes del RDL 16/2012 <p>Descripción de la relación y experiencia con el ámbito sanitario y el sistema público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de centro de salud al que acude • Motivos de asistencia al centro sanitario • Descripción de la asistencia recibida • Descripción de los tratamientos seguidos • Dificultades encontradas en el centro sanitario • Ayuda o apoyos recibidos desde el centro sanitario • Descripción de situaciones específicas relevantes • Cambios percibidos desde la entrada en vigor del RDL 16/2012 <p>Otras estrategias desarrolladas en la búsqueda de asistencia en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de asistencia en otros recursos • Otros apoyos recibidos (entorno cercano)
Consecuencias de la exclusión sanitaria	<p>Consecuencias en la salud personal de la falta de acceso al sistema público de salud</p> <p>Consecuencias de la falta de acceso al sistema público en otros ámbitos de la vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboral • Familiar • Económica • Integración social • Otros <p>Valoración de las posibles consecuencias futuras</p>

Percepción del Derecho a la salud	<p>Valoración de la aplicación del RDL 16/2012 para la población inmigrante en situación irregular</p> <p>Opinión sobre la titularidad del derecho a la salud y justificación</p> <p>Conocimiento de iniciativas o actividades en defensa del derecho a la salud para la población inmigrante en situación irregular y su valoración</p>
Finalización	<p>Otros aspectos que quiera aportar</p> <p>Agradecimiento y despedida</p>

c) Trabajador social

Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Saludo y agradecimiento por la participación • Presentación y garantía de confidencialidad
Identificación/perfil	<ul style="list-style-type: none"> • Edad y sexo • Experiencia profesional en salud con población inmigrante Experiencia profesional en el centro de salud
Políticas Públicas en salud en relación a la población inmigrante en situación irregular	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la evolución de las políticas públicas de salud en relación a la población inmigrante en situación irregular • Valoración del RDL 16/2012 • Valoración de la respuesta del Gobierno Valenciano • Valoración del PVPS
Consecuencias sobre la población inmigrante en situación irregular	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la situación de la población inmigrante en situación irregular: • Dificultades • Estrategias desarrolladas • Formas de respuesta
Finalización	<ul style="list-style-type: none"> • Otros aspectos que quiera aportar • Agradecimiento y despedida

CARTA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGRAMA DE DOCTORADO
EN CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Derecho a la Salud e Inmigración

CARTA INFORMATIVA

Valencia, febrero de 2015

Estimado/a amigo/a:

Mi nombre es Ana Isabel Vázquez, y estoy realizando una investigación sobre la asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación irregular, en el marco de mi tesis doctoral, dirigida por los profesores M^a Eugenia González y Albert Mora.

A través de esta carta quiero solicitar su participación en este estudio. La participación consiste en la realización de una entrevista personal que será grabada. La información que se recoja será mecanizada en archivo informático y tratada confidencialmente y sólo se utilizará para los fines de la investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria y usted podrá retirarse en el momento que así lo decida. Para dejar constancia de esto, le pido que firme la autorización escrita que se adjunta.

Si desea más información y con el propósito de resolver las dudas que le puedan surgir posteriormente, puede ponerse en contacto conmigo en la dirección electrónica que encontrará al final de la hoja.

Agradeciéndole de antemano su atención, le saluda atentamente

Ana Isabel Vázquez Cañete
Responsable del estudio

Si usted tiene alguna duda o necesita mayor información sobre el estudio puede contactar con la responsable del mismo:

Ana Isabel Vázquez Cañete

E-mail: anaisabel.vazquez@uclm.es

ID nº.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, usted afirma haber leído y comprendido la información que consta en el mismo así como las explicaciones recibidas sobre el estudio. También conoce que su participación es voluntaria y la posibilidad de retirarse del mismo cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

D./Dña.....

Con fecha de nacimiento..... Tfno.

CONSIENTO participar libre y voluntariamente en el estudio sobre la asistencia sanitaria y la población inmigrante. He recibido información suficiente sobre el mismo así como una copia de este documento firmado y fechado. Entiendo que la información que se recoja sobre mi y otros participantes será mecanizada en archivo informático, tratada confidencialmente y utilizada para el estudio. Ninguna persona será identificada personalmente durante el proceso de investigación, ni en la comunicación y publicación de los resultados.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio

En....., a..... de..... de 20.....

Firma del participante

Firma de la investigadora

ANEXO II

Anexo II: Composición de la muestra de personas entrevistadas (tabla 26)

Población	Técnica	Nº de participantes	Variable	Características
Miembros de entidades	Entrevista Individual (15)	15	Edad	31-80 años
			Sexo	Hombre (6) Mujer (9)
			Ocupación/ profesión	Profesionales salud (3) Trabajadores sociales (7) Otros (5)
			Rol en la entidad	Directivos y responsables (9) Técnicos (4) Voluntarios (1) Sociedades científicas o profesionales (4) Entidades del Tercer Sector (5)
			Tipo de entidad	Asociaciones de inmigrantes (2) Asociaciones de enfermos y familiares (2) Asociaciones de vecinos (1)
Inmigrantes en situación administrativa irregular	Entrevista individual (7)	7	Edad	28-42 años
			Sexo	Hombre (3) Mujer (4)
			Procedencia	Latinoamérica (4) Norte de África (1) África Subsahariana (2)
			Condición acceso	Sin acceso (3) Sin acceso con acceso anterior (3) PVPS (1)
			Experiencia enfermedad	Crónica (2) Aguda (2) Leve (3)
	Entrevista grupal (2)	7	Edad	25-45 años
			Sexo	Masculino (7)
			Procedencia	África Subsahariana (5) Asia (1) Europa no UE (1)
			Condición acceso	Sin acceso (5) Con PVPS (1) Seguro privado (1)
			Experiencia enfermedad	Aguda (1) Sin enfermedad (6)
Trabajadoras Sociales	Entrevista individual (4)	4	Edad	36-52 años
			Sexo	Hombre (2) Mujer (2)
			Ámbito de trabajo	Centro de salud, Hospital, Coordinación
Total participantes		33		

ANEXO III

Listado de entidades de ODUSALUD180

- 1 Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària
- 2 Médicos del Mundo- Valenciana
- 3 Cáritas Diocesana Valencia
- 4 Asociación Española de Trabajo Social y Salud
- 5 Instituto Social del Trabajo
- 6 Buscant Alternatives
- 7 Sanidad 15M Benetússer
- 8 AENPV, Asociación Española de Neuropsiquiaria profesionales de la salud mental País Valenciano
- 9 ACDESA, Asociación Ciudadana para la defensa de la Salud en el País Valenciano
- 10 CeiMigra
- 11 Psicólogos Sin Fronteras
- 12 CALCSICOVA
- 13 Asociación de Enfermería Comunitaria CV
- 14 AVUSAN
- 15 Vincles Salut
- 16 Comissió d'Ajuda al Refugiat-PV
- 17 Medicus Mundi
- 18 Mesa d'entitats de Solidaritat amb els inmigrants
- 19 Comité Ciudadano Antisida- Valenciana
- 20 Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Valencia
- 21 Asociación para la Cooperación Entre es (ACOEC)
- 22 Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València
- 23 Fundación José M^a Haro Intra
- 24 Plataforma de Voluntariado de la Comunitat Valenciana
- 25 Asociación Valenciana de VIH, SIDA y HEPATITIS (AVACOS-H)
- 26 Asociación de Vecinos Barrio del Cristo
- 27 Col.legi Oficial de Treball Social de Castelló
- 28 Fundación Iniciativa Solidaria Angel Tomás
- 29 Asociación de Vecinos de Benimaclet

180 ODUSALUD (2017) Quiénes somos. Recuperado de: <http://odusalud.blogspot.com.es/p/forma-mos-parte-del-observatorio.html> (Consulta 1/05/2017).

- 30 Asociación Viktor E. Frankl
- 31 Asociación NATANIA-Proyecto REHOBOTH
- 32 Asociación SANART
- 33 Asamblea 15M Zaidia
- 34 Plataforma per la Millora i Defensa de la Sanitat Pública del País Valencia
- 35 Cáritas Diocesana Segorbe-Castellón
- 36 AMUINCA. Asociación de Mujeres Inmigrantes en Castellón
- 37 ASPANION. Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana
- 38 IMV. Instituto Médico Valenciano
- 39 Coordinadora Valenciana de ONGD
- 40 FARMAMUNDI. Farmacéuticos Mundi
- 41 Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
- 42 Acción Social Hijas de la Caridad - Castellón
- 43 ONGD Viviendas para los sin techo
- 44 Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia
- 45 Fundación Secretariado Gitano
- 46,- SIMAP. Sindicato de Médicos de Asistencia Pública
- 47 Asamblea 15M Safor-Valldigna
- 48 Xarxa EAPN CV
- 49 Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante
- 50 ASAPECHAVAE. Asociación de Afectados por la Enfermedad de Chagas, Voluntarios y Amigos
- 51 Por Ti Mujer ONGD
- 52 Asociación Intercultural Candombe
- 53 Fundación Salud y
- 54 Plataforma de la Inmigración - Valencia
- 55 AROVA. Asociația Românilor din Valencia
- 56 CODINuCoVa. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad Valenciana
- 57 Asociación Valencia Acoge
- 58 Associació de Veïns i Veïnes de Natzaret
- 59 Asociación Patim
- 60 Coopenf. Grupo de Cooperación al Desarrollo del Colegio de Enfermería de Alicante
- 61 Institución Villa Teresita
- 62 Fundació Lluís Alcanyís Universitat de València de la Comunitat Valenciana
- 63 Asociación Teuladí
- 64 ASTI-Alicante. Secretariado Diocesano de Migración
- 65 Revista Bostezo

- 66 Ilustre Colegio de Abogados de Valencia
- 67 Asociación Rumiñahui Hispano Ecuatoriana para la colaboración al desarrollo
- 68 Jo Sí Sanitat Universal Valencia
- 69 Àmbit associació
- 70 Asociación cameruneses en Valencia
- 71 Asociación Casa del Valle del Cauca (Acolvalle ONGD)
- 72 Institut de Drets Humans de la Universitat de València
- 73 FEAFES-CV (Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Comunitat Valenciana)
- 74 Colisea (Colectivo de iniciativas sociales en acción)
- 75 AESCO-ONG (Asociación América-España, Solidaridad y Cooperación)
- 76 Fundación Alzheimer Salomé Moliner
- 77 ACMAS (Asociación Casi Médicos en Ayuda Sanitaria)
- 78 Medicusmundi Castellón
- 79 YMCA Valencia
- 80 Voluntarios Enferser
- 81 AFEM de Torrent
- 82 Asociación Obra Mercedaria de Valencia (OMV)
- 83 Plataforma Intercultural Valencia
- 84 Unió Pobles Solidaris
- 85 Plataforma Intercultural España
- 86 SARIRI, Asociación Intercultural
- 87 Fundación CEPAIM

ANEXO IV

Listado de precios de servicios de asistencia sanitaria expuesto al público en Centro de salud Fuensanta

CONCEPTOS FACTURABLES Y TARIFAS 2013		
ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIZADA		
Código	Concepto en Atención Ambulatoria	Importe
5000	Módulo traslado Tráfico (derivados de otro CCAA u hospital privado)	356,00
5001	Módulo de Tráfico UNESPA	1.062,00
5002	Módulo reducido de primera asistencia (derivados a otras entidades asistenciales)	356,00
AM0201	Urgencia hospitalaria	132,59
AM0202	Urgencias en centros de atención ambulatoria	103,20
AM0203	Urgencia en domicilio	142,07
AM0401	Primera consulta de medicina general en el centro	55,83
AM0402	Primera consulta de pediatría y neonatología	122,29
AM0403	Primera consulta asistencia especializada en el Centro	63,74
AM0404	Primera consulta médica a domicilio	77,48
AM0405	Consulta sucesiva medicina general en el Centro	28,48
AM0406	Consulta sucesiva de pediatría y neonatología	48,51
AM0407	Consulta sucesiva asistencia especializada o cura ambulatoria en el Centro	39,23
AM0408	Consulta sucesiva médica a domicilio	45,57
AM0409	Consulta de matrona	25,43
AM0410	Consulta de unidades de apoyo, planificación familiar, odontología preventiva, estimulación precoz del niño, etc.	45,44
AM0411	Inyecciones, curas, toma de muestras y otros cuidados de enfermería	20,49
AM0412	Cuidados de enfermería a domicilio	26,54
AM0413	Preparación al parto (sesión)	14,78
AM0414	Determinación de alcoholémia	20,89
IN0001	Copia de la historia clínica, completa o parcial	27,25
IN0002	Emisión de informes médicos (no exigible por disposición legal o reglamentaria)	72,71
IN0004	Duplicado de iconografía	26,72
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos		
1. Radiodiagnóstico y otros		
P01001	Rx tórax convencional	24,81
P01012	Ortopantomografía	21,05
P01047	Mamografía	54,73
P01060	Ecografía obstétrica	51,09
PR1104	Otras pruebas diagnósticas y terapéuticas no comprendidas en otros apartados	36,34
PR2401	Espirometría	25,95
2. Cardiología		
PR0301	Electrocardiogramas (ECG)	8,05
3. Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional		
PR1301	Sesión estándar de fisioterapia	20,36
PR1302	Sesión de estimulación precoz	11,21
Transporte en ambulancia		
T50001	Servicio de transporte en ambulancia Asistido	414,62
T50002	Servicio de transporte en ambulancia No Asistido dentro de la Com. Valenciana	31,63

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA
DEPARTAMENTO DE SALUD (9)

ANEXO V

Notificaciones de liquidación por tasas sanitarias en los hospitales valencianos. Febrero 2014.

Diario Oficial de la Comunitat Valenciana nº 7207 de 5 de febrero de 2014. Pp. 2939-3044

1. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General Universitario de Alicante. Liquidación número 0466706034304 y otras. [2014/513]
2. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General de Castellón. Liquidación número 0466705600514 y otras. [2014/517]
3. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General de Elche. Liquidación número 0466706811401 y otras. [2014/519]
4. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General de Elda. Liquidación número 466706250796 y otras. [2014/527]
5. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Francesc de Borja de Gandía. Liquidación número 0466705697010 y otras. [2014/529]
6. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de la Vila Joiosa. Liquidación número 466706838491 y otras. [2014/530]
7. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de la Plana. Liquidación número 0466706858186 y otras. [2014/531]
8. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de la Vega Baja. Liquidación número 466704945332 y otras. [2014/586]
9. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de Requena. Liquidación número 0466708920291 y otras. [2014/587]
10. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de Sagunto. Liquidación número 0466704909860 y otras. [2014/589]
11. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Liquidación número 0466709012235 y otras. [2014/591]
12. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Clínico Universitario de València. Liquidación número 0466708666864 y otras. [2014/592]
13. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Doctor Peset. Liquidación número 0466706811374 y otras. [2014/593]
14. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General Universitario de València. Liquidación número 466708940713 y otras. [2014/596]
15. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital La Fe de València. Liquidación número 0466707532164 y otras. [2014/601]
16. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital de Vinaròs. Liquidación número 0466709047585 y otras. [2014/604]
17. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Liquidación número 0466706858405 y otras. [2014/606]
18. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital General d'Ontinyent. Liquidación número 0466709102501 y otras. [2014/610]
19. Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital San Vicente del Raspeig. Liquidación número 0466707275666 y otras. [2014/613]

Ejemplo de Notificación:

Num. 7207 / 05.02.2014



3020

Conselleria de Sanitat

Notificació de liquidacions per taxes sanitàries en l'Hospital Doctor Peset. Liquidació número 0466706811374 i altres. [2014/593]

Segons que disposa l'article 112 de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària, i com que s'ha intentat la notificació a la persona interessada o al seu representant per dues vegades, sense que haja sigut possible per causes no imputables al centre gestor, es posa de manifest, mitjançant este anuenci, que estan pendents de notificar les liquidacions per taxes sanitàries que s'especifiquen a continuació.

Per tot això, dispose que els subjectes passius, obligats tributaris indicats anteriorment, o els seus representants ben acreditats, hauran de compareixer en el termini de 15 dies naturals, comptadors des de l'endemà de la publicació d'esta resolució en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, de dilluns a divendres, en l'horari de 9.00 a 14.00 hores, en el centre gestor Hospital Doctor Peset (avinguda Gaspar Aguilar, 90, 46017, València), a fi de practicar la notificació de l'acte esmentat.

També s'adverteix les persones interessades que, si no compareixen en el termini esmentat, la notificació s'entendrà com a feta amb caràcter general des de l'endemà del venciment del termini assenyalat per a compareixer.

València, 9 de gener de 2014.- El director general de Recursos Econòmics: Miguel Morales Linares.

Nom i cognoms	DNI / NIF	Liquidació
DANIÈLA STEFANOVA STOYCHEVA	X8392739Q	0466706811374
GERMAN VALENTIN CHARBONNIER	X7989065S	0466705147413
AMBROSIO ENGONGANGUEMA EYANG	Y1450405Q	0466708080863
ANCUTA MARIANA BIRLEA	X6056662A	046670807691
ZINA STAMATE	X9733033B	046670806955
ZINA STAMATE	X9733033B	046670806964
MOUNSIF ZARHOUDI	Y0787136K	046670805661
LUIS CARLOS GOMEZ HURTADO	Y0601293H	046670805442
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803796
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803780
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803771
YOUSSEF EL HAKYIM	Y0176042Z	046670802310
DANIÈLA PASCANU	Y1087975C	046670802213
LEONARD NARCIS BOTEZATU	Y0574887Q	0466706255163
ELENA ALIANA TILVESCU	Y1485171Y	0466705849854
JANINA MIHAELA STAIUCU	X8429986A	0466705839880
M NIEVES MCHAMA ONA	Y0693171B	0466705555811
ADRIANA SITTNER	X7729935S	0466705471802
FLORIN IORGA	X9190230M	0466706809886
VANDIA DALUZ RIBEIRO ALVES		0466706906626
BOGDAN NIKOLAEV TSOICHEV		0466706907834
MARIA EMILIA OLMOS GAMON	85078285C	0466706914186
MARIUS IOSIF CIUDILA	Y0926108G	0466706924835
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006430
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006412
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006421
LIVIA RAMONA ALTDINAR		0466707009580
STEFAN BOT DANA		0466707009632
PILAR BRNGONO OBURU NCHAMA		0466707010280
MIHAI DUMITRU		0466707011023
MARYEM ECHAIBI		0466707011285
IVANA FAJDETC		0466707011495
KRZYSZTOF JAKUBIK		0466707012992
EKKEN MEHDI		0466707013184
PATRIK PODOLINSKY		0466707013306
MARIAN POLLACIC		0466707013351
JOGINDER SINGH		0466707015354
JOGINDER SINGH		0466707015372
NTORIKE TRAORE		0466707016176
SNEZHANA YORDANOVA PETROVA		0466707017095
ALINE LEFLUNDES NASCIMENTO		0466707018443
CIBRIAN ROMAN		0466707019222
JOSEPT SUELEN ZAMBRANA CHILENO		0466707019712
LUZ MARIA BORREGO ANGEL	47340260G	0466707022040

Conselleria de Sanidad

Notificación de liquidaciones por tasas sanitarias en el Hospital Doctor Peset. Liquidación número 0466706811374 y otras. [2014/593]

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 112 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, y habiéndose intentado la notificación al interesado o su representante por dos veces, sin que haya sido posible practicarlas por causas no imputables al centro gestor, se pone de manifiesto, mediante el presente anuncio, que se encuentran pendientes de notificar las liquidaciones por tasas sanitarias cuyo interesado se especifica a continuación.

En virtud de lo anterior dispongo que los sujetos pasivos, obligados tributarios indicados anteriormente, o sus representantes debidamente acreditados, deberán comparecer en el plazo de 15 días naturales, contados desde el siguiente al de la publicación de la presente resolución en el Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, de lunes a viernes, en horario de 9.00 a 14.00 horas, en el centro gestor Hospital Doctor Peset (avenida Gaspar Aguilar, 90, 46017, València), al efecto de practicar la notificación del citado acto.

Asimismo, se advierte a los interesados que, de no comparecer en el citado plazo, la notificación se entenderá producida a todos los efectos legales desde el día siguiente al del vencimiento del plazo señalado para comparecer.

València, 9 de enero de 2014.- El director general de Recursos Econòmics: Miguel Morales Linares.

Nombre y apellidos	DNI / NIF	Liquidación
DANIÈLA STEFANOVA STOYCHEVA	X8392739Q	0466706811374
GERMAN VALENTIN CHARBONNIER	X7989065S	0466705147413
AMBROSIO ENGONGANGUEMA EYANG	Y1450405Q	0466708080863
ANCUTA MARIANA BIRLEA	X6056662A	046670807691
ZINA STAMATE	X9733033B	046670806955
ZINA STAMATE	X9733033B	046670806964
MOUNSIF ZARHOUDI	Y0787136K	046670805661
LUIS CARLOS GOMEZ HURTADO	Y0601293H	046670805442
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803796
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803780
LILICA STOLAN	Y0570038C	046670803771
YOUSSEF EL HAKYIM	Y0176042Z	046670802310
DANIÈLA PASCANU	Y1087975C	046670802213
LEONARD NARCIS BOTEZATU	Y0574887Q	0466706255163
ELENA ALIANA TILVESCU	Y1485171Y	0466705849854
JANINA MIHAELA STAIUCU	X8429986A	0466705839880
M NIEVES MCHAMA ONA	Y0693171B	0466705555811
ADRIANA SITTNER	X7729935S	0466705471802
FLORIN IORGA	X9190230M	0466706809886
VANDIA DALUZ RIBEIRO ALVES		0466706906626
BOGDAN NIKOLAEV TSOICHEV		0466706907834
MARIA EMILIA OLMOS GAMON	85078285C	0466706914186
MARIUS IOSIF CIUDILA	Y0926108G	0466706924835
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006430
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006412
TULLIAN GHIUNGHIES		0466707006421
LIVIA RAMONA ALTDINAR		0466707009580
STEFAN BOT DANA		0466707009632
PILAR BRNGONO OBURU NCHAMA		0466707010280
MIHAI DUMITRU		0466707011023
MARYEM ECHAIBI		0466707011285
IVANA FAJDETC		0466707011495
KRZYSZTOF JAKUBIK		0466707012992
EKKEN MEHDI		0466707013184
PATRIK PODOLINSKY		0466707013306
MARIAN POLLACIC		0466707013351
JOGINDER SINGH		0466707015354
JOGINDER SINGH		0466707015372
NTORIKE TRAORE		0466707016176
SNEZHANA YORDANOVA PETROVA		0466707017095
ALINE LEFLUNDES NASCIMENTO		0466707018443
CIBRIAN ROMAN		0466707019222
JOSEPT SUELEN ZAMBRANA CHILENO		0466707019712
LUZ MARIA BORREGO ANGEL	47340260G	0466707022040

ROSARIO GUADALUPE ALBAN MOYANO	X3555992P	0466707022110	ROSARIO GUADALUPE ALBAN MOYANO	X3555992P	0466707022110
ISABEL ROMERO LEZCANO		0466707022203	ISABEL ROMERO LEZCANO		0466707022203
ANDRES COSME IKAKA EVEMBA	X9686070B	0466707022801	ANDRES COSME IKAKA EVEMBA	X9686070B	0466707022801
MARIANA RADUCANU		0466707022862	MARIANA RADUCANU		0466707022862
DACIAN GEORGE PRUTEANU	X8190608D	0466707025014	DACIAN GEORGE PRUTEANU	X8190608D	0466707025014
FLORIN MOLDOVEANU,	Y0869083L	0466707026091	FLORIN MOLDOVEANU,	Y0869083L	0466707026091
FLORICA NECULAI	X9707461N	0466707027333	FLORICA NECULAI	X9707461N	0466707027333
ENMANUEL VIGO	X6746779M	0466707029040	ENMANUEL VIGO	X6746779M	0466707029040
VINICIUS EDUARDO ALVES DOS SANTOS		0466707046820	VINICIUS EDUARDO ALVES DOS SANTOS		0466707046820
LUIS FERNANDO RIVERO BALCAZAR		0466707047030	LUIS FERNANDO RIVERO BALCAZAR		0466707047030
ABDELMOUMEN TOURCHI		0466707047046	ABDELMOUMEN TOURCHI		0466707047046
MAYRA ALEJANDRA CAMACHO PEREZ		0466707047712	MAYRA ALEJANDRA CAMACHO PEREZ		0466707047712
SANDA BUSUIOC	Y1346733M	0466707047764	SANDA BUSUIOC	Y1346733M	0466707047764
VASILICA CONSTANTINA RACHIERU	Y0379735L	0466707048062	VASILICA CONSTANTINA RACHIERU	Y0379735L	0466707048062
NICU DOROBAT	Y1454606V	0466707048421	NICU DOROBAT	Y1454606V	0466707048421
TANASCA IVANCTU	Y0322069Z	0466707048604	TANASCA IVANCTU	Y0322069Z	0466707048604
GRABIEL A ELENA BADAUTA	Y2063316T	0466707101524	GRABIEL A ELENA BADAUTA	Y2063316T	0466707101524
YOUSSEF FAHSI LFELLAH	X7434974V	0466707101691	YOUSSEF FAHSI LFELLAH	X7434974V	0466707101691
KRASIMIR GEORGIEV DIMITROV	Y0989359F	0466707101962	KRASIMIR GEORGIEV DIMITROV	Y0989359F	0466707101962
MARIA ISABEL LAZARTE PINTO	X9483407R	0466707102084	MARIA ISABEL LAZARTE PINTO	X9483407R	0466707102084
SARA SALVADORA BENITEZ ESPINOLA		0466707103563	SARA SALVADORA BENITEZ ESPINOLA		0466707103563
LUCIA CIOBANU		0466707103642	LUCIA CIOBANU		0466707103642
ADELINA CIOBANU EUGEN		0466707103755	ADELINA CIOBANU EUGEN		0466707103755
FRANCIS FERNANDEZ		0466707104464	FRANCIS FERNANDEZ		0466707104464
ROXANA JOANA GAVRILA		0466707104586	ROXANA JOANA GAVRILA		0466707104586
IVAN ATANASOV KOLEV		0466707105541	IVAN ATANASOV KOLEV		0466707105541
STOLAN MARIAN		0466707107903	STOLAN MARIAN		0466707107903
BEATRIZ MORALES SALAS		0466707109111	BEATRIZ MORALES SALAS		0466707109111
MARIBEL NANDONGO EBANG		0466707109154	MARIBEL NANDONGO EBANG		0466707109154
DANIELA NICOLICI		0466707109215	DANIELA NICOLICI		0466707109215
VALERIA JULIANA PAGLIARO DELBUGGIO		0466707109224	VALERIA JULIANA PAGLIARO DELBUGGIO		0466707109224
JIN KYUNG PARK		0466707109312	JIN KYUNG PARK		0466707109312
MODESTA RODRIGUEZ MENDEZ		0466707109364	MODESTA RODRIGUEZ MENDEZ		0466707109364
MANDEEP SINGH		0466707109486	MANDEEP SINGH		0466707109486
KURPIS ZYDRUNAS	X6313172V	0466707134363	KURPIS ZYDRUNAS	X6313172V	0466707134363
FATMA EUGENIA DE ANDRADE SISSE	X9689401F	0466707134600	FATMA EUGENIA DE ANDRADE SISSE	X9689401F	0466707134600
JULIANA NECULCEA		0466707134941	JULIANA NECULCEA		0466707134941
COSTEL BOTEZATU	X8362002F	0466707135063	COSTEL BOTEZATU	X8362002F	0466707135063
LEONARD NARCIS BOTEZATU	Y0574887Q	0466707137531	LEONARD NARCIS BOTEZATU	Y0574887Q	0466707137531
MIHAI DRAGOS	X9415472P	0466707137741	MIHAI DRAGOS	X9415472P	0466707137741
SANDRA TEODORO DE ASIS		0466707137811	SANDRA TEODORO DE ASIS		0466707137811
LIZ VERONICA ALVARES		0466707138450	LIZ VERONICA ALVARES		0466707138450
YOUSSEF BA		0466707138861	YOUSSEF BA		0466707138861
FLORENCIA CAROLINA ECHAZARRETA		0466707139622	FLORENCIA CAROLINA ECHAZARRETA		0466707139622
GONZALEZ		0466707139674	GONZALEZ		0466707139674
GIZELA IACOB		0466707140103	GIZELA IACOB		0466707140103
DUMITRU ALEXANDRU CURUIA	Y1857311Y	0466707144355	DUMITRU ALEXANDRU CURUIA	Y1857311Y	0466707144355
IRFAN MUHAMMAD		0466707145301	IRFAN MUHAMMAD		0466707145301
ALI SHAUKAT		0466707145301	ALI SHAUKAT		0466707145301
AGNES OWUSU	X9099531H	0466707191325	AGNES OWUSU	X9099531H	0466707191325
YASEMIN ADANIR		0466707192524	YASEMIN ADANIR		0466707192524
FLORIN CALDARARU	Y0402356P	0466707192844	FLORIN CALDARARU	Y0402356P	0466707192844
NATALIA MIRON	X9115475T	0466707193766	NATALIA MIRON	X9115475T	0466707193766
ELISABETA TARANU	Y0114494Z	0466707194012	ELISABETA TARANU	Y0114494Z	0466707194012
IVANCTU ANICA		0466707196286	IVANCTU ANICA		0466707196286
CORNELIA CARABET		0466707196541	CORNELIA CARABET		0466707196541
MICHAELA ALINA FAUR		0466707197065	MICHAELA ALINA FAUR		0466707197065
TARIQ MAHMOOD		0466707197284	TARIQ MAHMOOD		0466707197284
CHINEDU BARTHOLOMEW OBIKILE		0466707197555	CHINEDU BARTHOLOMEW OBIKILE		0466707197555
ZEYNEBA KAPSAZOVA		0466707198675	ZEYNEBA KAPSAZOVA		0466707198675
CARLOS JOSE DE SOUZA		0466707199533	CARLOS JOSE DE SOUZA		0466707199533
ANA LAURA SILVEIRA		0466707201606	ANA LAURA SILVEIRA		0466707201606
YOUSSEF BOURY		0466707203706	YOUSSEF BOURY		0466707203706
ELENA DENISA BURLACU		0466707203891	ELENA DENISA BURLACU		0466707203891
TIMOTHE SLASIA GUAMENE		0466707204031	TIMOTHE SLASIA GUAMENE		0466707204031
PENG ZHANG		0466707204223	PENG ZHANG		0466707204223
MIREIA BOLUDANAVARRO	21002963F	0466707216150	MIREIA BOLUDANAVARRO	21002963F	0466707216150
JOSE AZNAR MARTINEZ		0466707222335	JOSE AZNAR MARTINEZ		0466707222335
MARTHA AZUCENA SIERRA LIMA		0466707225993	MARTHA AZUCENA SIERRA LIMA		0466707225993
ANTONIO JOSE LUIS TOLELLI	Y0520107E	0466707249741	ANTONIO JOSE LUIS TOLELLI	Y0520107E	0466707249741
DALBOR ILIC		0466707250651	DALBOR ILIC		0466707250651
JURGA KAMARAUŠKIENE		0466707250816	JURGA KAMARAUŠKIENE		0466707250816
ELFY RUTH PEREZ ROSADO		0466707279875	ELFY RUTH PEREZ ROSADO		0466707279875
MISBAH FAISAL		0466707279893	MISBAH FAISAL		0466707279893
JAMILE PINTO SOUZA		0466707279954	JAMILE PINTO SOUZA		0466707279954
OUSMAN SOUMAORO		0466707280593	OUSMAN SOUMAORO		0466707280593
VALERICA HANCU	Y0881418A	0466707281302	VALERICA HANCU	Y0881418A	0466707281302
MARIANO MOTOH NGUEMA	X9989196C	0466707283095	MARIANO MOTOH NGUEMA	X9989196C	0466707283095
BERLIANT MARGEAN	X3358255W	0466707283165	BERLIANT MARGEAN	X3358255W	0466707283165
VANDA DA LUZ RIBEIRO ALVES		0466707302765	VANDA DA LUZ RIBEIRO ALVES		0466707302765

REGINALDO PEREIRA GOMES	0466707303212	REGINALDO PEREIRA GOMES	0466707303212
FLORENTINA STROE	0466707327274	FLORENTINA STROE	0466707327274
AHMED CHETOUNI	X5085588N 0466707328123	AHMED CHETOUNI	X5085588N 0466707328123
VASILE MUNTE	0466707361023	VASILE MUNTE	0466707361023
CRISTIAN OMAR PALENCIA MARTINEZ	0466707361355	CRISTIAN OMAR PALENCIA MARTINEZ	0466707361355
ROBERT STAN	0466707363105	ROBERT STAN	0466707363105
IONICA MARIANA CHRILA	Y16086445 0466707365196	IONICA MARIANA CHRILA	Y16086445 0466707365196
STEFAN TEODOR NASTEVA	X38386952W 0466707365573	STEFAN TEODOR NASTEVA	X38386952W 0466707365573
LUIS MANUEL VIDAL MAROTO	19842562W 0466707371365	LUIS MANUEL VIDAL MAROTO	19842562W 0466707371365
VICENTE MIRA HERREROS	22642270N 0466707373553	VICENTE MIRA HERREROS	22642270N 0466707373553
TANVEER AHMED	0466707379634	TANVEER AHMED	0466707379634
JUAN CARLOS ALMENDRAS MENESES	0466707379713	JUAN CARLOS ALMENDRAS MENESES	0466707379713
FLORICA BAHRIN	0466707379792	FLORICA BAHRIN	0466707379792
RICHARD EDER BARELA	0466707380036	RICHARD EDER BARELA	0466707380036
DANIEL CONSTANTIN	0466707380030	DANIEL CONSTANTIN	0466707380030
HAMZA DAHMANE	0466707380040	HAMZA DAHMANE	0466707380040
TINCUTA DIDILA	0466707380068	TINCUTA DIDILA	0466707380068
SZTOIKA GEORGETA	0466707381156	SZTOIKA GEORGETA	0466707381156
OUMAR MBAO	0466707381585	OUMAR MBAO	0466707381585
EMILIAN CATALIN PASCALAU	0466707383134	EMILIAN CATALIN PASCALAU	0466707383134
ROXANA RADU	0466707384954	ROXANA RADU	0466707384954
BOGDAN NIKOLAEV TSOICHEV	0466707385112	BOGDAN NIKOLAEV TSOICHEV	0466707385112
VALENTINA MAXIM, MARIANA	Y1887899G 0466707389391	VALENTINA MAXIM, MARIANA	Y1887899G 0466707389391
AHMED CHETOUNI	X5085588N 0466707391850	AHMED CHETOUNI	X5085588N 0466707391850
CONCEPCION CORTES JIMENEZ	33565206H 0466707393065	CONCEPCION CORTES JIMENEZ	33565206H 0466707393065
ANTOARA DENU	X8524958P 0466707393162	ANTOARA DENU	X8524958P 0466707393162
NOHORA EUGENIA ROJAS GUTIERREZ	X4930060X 0466707393180	NOHORA EUGENIA ROJAS GUTIERREZ	X4930060X 0466707393180
DE BARROS ALICIA VANESSA DOS SANTOS	Y1203520J 0466707393415	DE BARROS ALICIA VANESSA DOS SANTOS	Y1203520J 0466707393415
RODOLFO SOLER JUAN	44851112P 0466707440622	RODOLFO SOLER JUAN	44851112P 0466707440622
NICULINA MITTU	Y0435821P 0466707440954	NICULINA MITTU	Y0435821P 0466707440954
DRISS EL KHEMSANI	X3292309C 0466707441313	DRISS EL KHEMSANI	X3292309C 0466707441313
MARIA ISABELA SIMA	Y1402480T 0466707442223	MARIA ISABELA SIMA	Y1402480T 0466707442223
NELU VADUVA	X6936409T 0466707442250	NELU VADUVA	X6936409T 0466707442250
ADAM DIOP	0466707445741	ADAM DIOP	0466707445741
MOHAMMED EL BOUCHATI	0466707446030	MOHAMMED EL BOUCHATI	0466707446030
IKKEN MEHDI	0466707446170	IKKEN MEHDI	0466707446170
DANIELA MONTOYA GOMEZ	0466707446310	DANIELA MONTOYA GOMEZ	0466707446310
ELENA PAUN	0466707446651	ELENA PAUN	0466707446651
JOSE RICARDO SUNTAXI PAUCAR	0466707448566	JOSE RICARDO SUNTAXI PAUCAR	0466707448566
CATALINA DIANA URSU	0466707448925	CATALINA DIANA URSU	0466707448925
FLOREA BUTU	Y0845682D 0466707452802	FLOREA BUTU	Y0845682D 0466707452802
NATALIA MIRON	X9115475T 0466707452924	NATALIA MIRON	X9115475T 0466707452924
JOSEFINA POLIWANI CASTILLEJOS	Y0212345T 0466707453231	JOSEFINA POLIWANI CASTILLEJOS	Y0212345T 0466707453231
DUMITRU CRISTEA	X6497278P 0466707453764	DUMITRU CRISTEA	X6497278P 0466707453764
VASILICA CONSTANTINA RACHERU	Y0379735L 0466707453904	VASILICA CONSTANTINA RACHERU	Y0379735L 0466707453904
IULIA BOIKO	Y1900407T 0466707454491	IULIA BOIKO	Y1900407T 0466707454491
THOMAS DELLWEG	X9338237F 0466707455593	THOMAS DELLWEG	X9338237F 0466707455593
RIDHA GUETTA	X4743189Z 0466707524035	RIDHA GUETTA	X4743189Z 0466707524035
ELSA PIEDAD MASAPANTA GUAMANI	X6684601L 0466707524586	ELSA PIEDAD MASAPANTA GUAMANI	X6684601L 0466707524586
FABIAN AGUILAR HUEZO	0466707525645	FABIAN AGUILAR HUEZO	0466707525645
FARCI AHMED	0466707525751	FARCI AHMED	0466707525751
KARIN BELKADI	0466707526652	KARIN BELKADI	0466707526652
GIORGIANA BUTNARIU TAMAS	0466707526896	GIORGIANA BUTNARIU TAMAS	0466707526896
LUCICA IACOB	0466707537055	LUCICA IACOB	0466707537055
NUNZIA CORDARO	0466707537344	NUNZIA CORDARO	0466707537344
MIHAI LUTA	0466707537414	MIHAI LUTA	0466707537414
NICOLETA MANOLE	0466707537590	NICOLETA MANOLE	0466707537590
MATEI MARIAN GHEORGHE	0466707537633	MATEI MARIAN GHEORGHE	0466707537633
GASPARINA JOSE MARTINS	0466707537676	GASPARINA JOSE MARTINS	0466707537676
LAURA MARX	0466707537685	LAURA MARX	0466707537685
LUCIAN PASTIU	0466707537764	LUCIAN PASTIU	0466707537764
LOREDANA TAGLIABRACCI	0466707546146	LOREDANA TAGLIABRACCI	0466707546146
RODRIGO OMAR TONESSI	0466707547004	RODRIGO OMAR TONESSI	0466707547004
TEETAY ALETHA SUEHN	0466707560864	TEETAY ALETHA SUEHN	0466707560864
SABRINA HAMEL GIL	0466707561074	SABRINA HAMEL GIL	0466707561074
STEFAN TEODOR NASTEVA	X38386952W 0466707561670	STEFAN TEODOR NASTEVA	X38386952W 0466707561670
ADRIANA NEACSU	X9252448P 0466707580324	ADRIANA NEACSU	X9252448P 0466707580324
LUIS ALBERTO BENTABERRY VARELA	0466707586256	LUIS ALBERTO BENTABERRY VARELA	0466707586256
FLORIN BREZIERU	0466707586353	FLORIN BREZIERU	0466707586353
ROBERT DAVID BRITZ DIAZ	0466707586493	ROBERT DAVID BRITZ DIAZ	0466707586493
MIHAELA CIOT	0466707586563	MIHAELA CIOT	0466707586563
FERNANDA COLINA EXPOSITO	0466707586685	FERNANDA COLINA EXPOSITO	0466707586685
SANDRA DA PIEDADE DS SILVA BRAS	0466707586992	SANDRA DA PIEDADE DS SILVA BRAS	0466707586992
STANLEY GREGORY GULLAUME	0466707587893	STANLEY GREGORY GULLAUME	0466707587893
STANLEY GREGORY GULLAUME	0466707587945	STANLEY GREGORY GULLAUME	0466707587945
IRANEIDE IVA DE SOUZA	0466707588164	IRANEIDE IVA DE SOUZA	0466707588164
VASILE LUNGU	0466707588812	VASILE LUNGU	0466707588812
SERGIU MICHI	0466707588943	SERGIU MICHI	0466707588943
CARMELA PIRO	0466707589092	CARMELA PIRO	0466707589092
MARCELA LUCICA CANALAS	Y1526897X 0466707600895	MARCELA LUCICA CANALAS	Y1526897X 0466707600895

IONICA MARIANA CHIRILA	Y1608644S	0466707600983	IONICA MARIANA CHIRILA	Y1608644S	0466707600983
NEDYALKO VASILEV KOLEV		0466707602270	NEDYALKO VASILEV KOLEV		0466707602270
ELENA RISTEA		0466707605235	ELENA RISTEA		0466707605235
FIONA VICTORIA MORRIS		0466707645555	FIONA VICTORIA MORRIS		0466707645555
PHILIPPE MOLINA		0466707798060	PHILIPPE MOLINA		0466707798060
RUBY MARIA VILLAGRAN CUERO		0466707798173	RUBY MARIA VILLAGRAN CUERO		0466707798173
JUAN CARLOS PASTOR BELENGUER	24376628D	0466707805103	JUAN CARLOS PASTOR BELENGUER	24376628D	0466707805103
JOSE DIAZ LAFUENTE	44879333P	0466707810344	JOSE DIAZ LAFUENTE	44879333P	0466707810344
RENATA KELLY TRINDEADE	X2659462H	0466707923035	RENATA KELLY TRINDEADE	X2659462H	0466707923035
LUCIAN LACATUS	X9770305C	0466707923080	LUCIAN LACATUS	X9770305C	0466707923080
CONCEPCION CORTES JIMENEZ	33565206H	0466707923175	CONCEPCION CORTES JIMENEZ	33565206H	0466707923175
MAURO ALEJO FUSALARIO ROVEDA	X4683059Y	0466707923254	MAURO ALEJO FUSALARIO ROVEDA	X4683059Y	0466707923254
GHEORGHE ILIE	Y0443786S	0466707923394	GHEORGHE ILIE	Y0443786S	0466707923394
DANELA PASCANU	Y1087975C	0466707923656	DANELA PASCANU	Y1087975C	0466707923656
GEORGETA SZTOIKA	Y1679169E	0466707924270	GEORGETA SZTOIKA	Y1679169E	0466707924270
SIMON SAVU	Y0954218P	0466707924410	SIMON SAVU	Y0954218P	0466707924410
COSTEL BORCOI	X9602758M	0466707924426	COSTEL BORCOI	X9602758M	0466707924426
LEONARD SERBAN	Y1556781V	0466707924514	LEONARD SERBAN	Y1556781V	0466707924514
CALIN FLORICA	Y1827400H	0466707924541	CALIN FLORICA	Y1827400H	0466707924541
OKOMO ONDO, MARINA	X4735243A	0466707927070	OKOMO ONDO, MARINA	X4735243A	0466707927070
YAOUAD ASRI	X6942723N	0466707927113	YAOUAD ASRI	X6942723N	0466707927113
GILEA ROMICA COSTIN		0466707929563	GILEA ROMICA COSTIN		0466707929563
COSTACHE IONITA		0466707929642	COSTACHE IONITA		0466707929642
LIPENG WANG		0466707929730	LIPENG WANG		0466707929730
CARINA OBONO NGUEMA		0466707932284	CARINA OBONO NGUEMA		0466707932284
MARIAN POLLACIC		0466707932424	MARIAN POLLACIC		0466707932424
DAVID ANDRE		0466707932774	DAVID ANDRE		0466707932774
DAVID ANDRE		0466707932792	DAVID ANDRE		0466707932792
CHARLOTTE BAL		0466707934734	CHARLOTTE BAL		0466707934734
JAMILE PINTO SOUZA	Y1436568W	0466707935400	JAMILE PINTO SOUZA	Y1436568W	0466707935400
ALINA CIOBOTARU		0466707935565	ALINA CIOBOTARU		0466707935565
ALINA CIOBOTARU		0466707935574	ALINA CIOBOTARU		0466707935574
IRINA MIHAI		0466707949924	IRINA MIHAI		0466707949924
ION NITA		0466707949976	ION NITA		0466707949976
ION NITA		0466707949985	ION NITA		0466707949985
CIPRIAN ROMAN		0466707950046	CIPRIAN ROMAN		0466707950046
ANDREI IOAN SPATAR		0466707950152	ANDREI IOAN SPATAR		0466707950152
ANDREI IOAN SPATAR		0466707950161	ANDREI IOAN SPATAR		0466707950161
KRZYSZTOF JAKUBIK		0466707951525	KRZYSZTOF JAKUBIK		0466707951525
FABIO JUNIO GUILHERME DA SILVA		0466707951656	FABIO JUNIO GUILHERME DA SILVA		0466707951656
FABIO JUNIO GUILHERME DA SILVA		0466707951665	FABIO JUNIO GUILHERME DA SILVA		0466707951665
WILLYA MICKOTO MPIGA		0466707953065	WILLYA MICKOTO MPIGA		0466707953065
FAISAL IQBAL		0466707954160	FAISAL IQBAL		0466707954160
XIAOJIE JIANG		0466707954246	XIAOJIE JIANG		0466707954246
ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954675	ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954675
ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954684	ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954684
ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954693	ROXANA IOANA GAVRILA	Y2264647N	0466707954693
JOHN JAMER CASTAÑEDA SILVA		0466707955761	JOHN JAMER CASTAÑEDA SILVA		0466707955761
SERGIO ERNESTO PAULIN GUTIERREZ		0466707955874	SERGIO ERNESTO PAULIN GUTIERREZ		0466707955874
DANELA PARAU		0466707956145	DANELA PARAU		0466707956145
EL KHALIFTE YOUSOUF		0466707956181	EL KHALIFTE YOUSOUF		0466707956181
EL KHALIFTE YOUSOUF		0466707956190	EL KHALIFTE YOUSOUF		0466707956190
OSCAR CORTES SEVILLANO		0466707956452	OSCAR CORTES SEVILLANO		0466707956452
YOUSEF BOUABDOLI		0466707963811	YOUSEF BOUABDOLI		0466707963811
YOUSEF BOUABDOLI		0466707963820	YOUSEF BOUABDOLI		0466707963820
SORINA GABRIELA EPURAN		0466707965290	SORINA GABRIELA EPURAN		0466707965290
ZYDRUNAS KURPIS	X6313172V	0466707965385	ZYDRUNAS KURPIS	X6313172V	0466707965385
BASSINE KANE		0466707965430	BASSINE KANE		0466707965430
GISELA GONZALEZ PRADO		0466707965570	GISELA GONZALEZ PRADO		0466707965570
JOHN JAIRO PATIÑO ESPINOSA	X7777745L	0466707965674	JOHN JAIRO PATIÑO ESPINOSA	X7777745L	0466707965674
JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972500	JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972500
JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972516	JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972516
JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972525	JULIO HORACIO CARRILLO DUARTE	Y1480996V	0466707972525
ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974424	ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974424
ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974433	ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974433
ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974442	ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974442
ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974451	ILDIZ IUSEIN	Y1035028L	0466707974451
RAJ VASILICA LUCA	Y1250432M	0466707976271	RAJ VASILICA LUCA	Y1250432M	0466707976271
MOHAMED ZOUAOI		0466707982185	MOHAMED ZOUAOI		0466707982185
ABDERRAHIM OBAID		0466707982282	ABDERRAHIM OBAID		0466707982282
MARIELA ROJAS GALVEZ		0466707982711	MARIELA ROJAS GALVEZ		0466707982711
DAVID POGGALINI		0466707982860	DAVID POGGALINI		0466707982860
LOREDANA POPOVICI		0466707983262	LOREDANA POPOVICI		0466707983262
STILIANA SIMOVA		0466707985755	STILIANA SIMOVA		0466707985755
LUCIA CIOBANU		0466707987462	LUCIA CIOBANU		0466707987462
MARCUS HORATIO RARES		0466707988056	MARCUS HORATIO RARES		0466707988056
FLORIN PROCOPI	X7769108F	0466707988241	FLORIN PROCOPI	X7769108F	0466707988241
MEHMOOD RAJA RAFAGAT		0466707991136	MEHMOOD RAJA RAFAGAT		0466707991136
SHARON EIREANNACH IRISH		0466707999186	SHARON EIREANNACH IRISH		0466707999186
MARIO ENRIQUE VELEZ COCA		0466709072374	MARIO ENRIQUE VELEZ COCA		0466709072374

VASILE VARGA	Y0385291D	0466709072051	VASILE VARGA	Y0385291D	0466709072051
IOAN IULIAN IVANOAI		0466709062330	IOAN IULIAN IVANOAI		0466709062330
KALU UDUKA UDUMA	Y2350809Q	0466709045144	KALU UDUKA UDUMA	Y2350809Q	0466709045144
PAOLA ANDREA GARRON FIORILO	Y2229720E	0466709044742	PAOLA ANDREA GARRON FIORILO	Y2229720E	0466709044742
MIGUEL ANGEL ARANEGA CANO	25416278J	0466709009943	MIGUEL ANGEL ARANEGA CANO	25416278J	0466709009943
VASILE VARGA	Y0385291D	0466708976510	VASILE VARGA	Y0385291D	0466708976510
ADRIANA ROCIO RODRIGUEZ CARTAGENA	X4216417B	0466708972554	ADRIANA ROCIO RODRIGUEZ CARTAGENA	X4216417B	0466708972554
AGNES SANTOS DA ROSA		0466708970576	AGNES SANTOS DA ROSA		0466708970576
MIRELA MIRCIU	X6994987C	0466708965335	MIRELA MIRCIU	X6994987C	0466708965335
KLARA MIKLOS		0466708965265	KLARA MIKLOS		0466708965265
CLARA ELENA MEJIA GONZALEZ		0466708965125	CLARA ELENA MEJIA GONZALEZ		0466708965125
LUBA MARDNOVA		0466708956122	LUBA MARDNOVA		0466708956122
ELENA MARCU		0466708955964	ELENA MARCU		0466708955964
CLARA NIMIA LOPEZ OLIVAS		0466708955851	CLARA NIMIA LOPEZ OLIVAS		0466708955851
SOTIR IOAN		0466708954320	SOTIR IOAN		0466708954320
ABDOULAYE GNING		0466708954266	ABDOULAYE GNING		0466708954266
ANKA STEFANOVA GADZHEVA		0466708953943	ANKA STEFANOVA GADZHEVA		0466708953943
IONELA BULARDA		0466708952613	IONELA BULARDA		0466708952613
COSTEL BORCOI	X9602758M	0466708952342	COSTEL BORCOI	X9602758M	0466708952342
FABIAN AGUILAR HUEZO		0466708951660	FABIAN AGUILAR HUEZO		0466708951660
NICOLETA MIRELA ZLATE	X7479949G	0466708930511	NICOLETA MIRELA ZLATE	X7479949G	0466708930511
GABRIEL MARIAN TANASE	Y0832228X	0466708930274	GABRIEL MARIAN TANASE	Y0832228X	0466708930274
SAMANTA SUSA		0466708930021	SAMANTA SUSA		0466708930021
MBAYE SARR		0466708929723	MBAYE SARR		0466708929723
ELISA ROSSETO		0466708929610	ELISA ROSSETO		0466708929610
BEDHIAFI RIADH		0466708928673	BEDHIAFI RIADH		0466708928673
ELENA POLYAKOVA	X3752263C	0466708923825	ELENA POLYAKOVA	X3752263C	0466708923825
MARIANA ODICA	Y1946616W	0466708921603	MARIANA ODICA	Y1946616W	0466708921603
EGLANTINA CARMEN MORAN CORTES		0466708920806	EGLANTINA CARMEN MORAN CORTES		0466708920806
GOR MATSAKYAN	Y2993082Z	0466708920571	GOR MATSAKYAN	Y2993082Z	0466708920571
BERLIANT MARGEAN	X3358255W	0466708918182	BERLIANT MARGEAN	X3358255W	0466708918182
ALEXANDR KHANIN		0466708918155	ALEXANDR KHANIN		0466708918155
SOUKEYNA DIOP		0466708913711	SOUKEYNA DIOP		0466708913711
DANELA CRISAN		0466708913343	DANELA CRISAN		0466708913343
ANCUTA MARIANA BIRLEA	X6056662A	0466708904435	ANCUTA MARIANA BIRLEA	X6056662A	0466708904435
IBRAHIMA BA		0466708901321	IBRAHIMA BA		0466708901321
OFELIA AURORA MARTINEZ MUÑIZ		0466708900201	OFELIA AURORA MARTINEZ MUÑIZ		0466708900201
AUGUSTIN ANDREI	X9216530Q	0466708894942	AUGUSTIN ANDREI	X9216530Q	0466708894942
DARIUS DODE	Y0978921D	0466708892790	DARIUS DODE	Y0978921D	0466708892790
MARIAN VADUVA	X7953427G	0466708853502	MARIAN VADUVA	X7953427G	0466708853502
FATIMA ZAIRATE	Y0975162E	0466708832520	FATIMA ZAIRATE	Y0975162E	0466708832520
SILVIA ESTELA PAGANA		0466708755825	SILVIA ESTELA PAGANA		0466708755825
LIPNG WANG		0466708754303	LIPNG WANG		0466708754303
SIMION SAVU	Y0954218P	0466708753226	SIMION SAVU	Y0954218P	0466708753226
NADIYA PRUS	Y2428826V	0466708752781	NADIYA PRUS	Y2428826V	0466708752781
HARALAMBIE POLEMIS	X8945312Z	0466708752754	HARALAMBIE POLEMIS	X8945312Z	0466708752754
MIRABELA SIMONA PETRACHE	Y0570218Q	0466708752745	MIRABELA SIMONA PETRACHE	Y0570218Q	0466708752745
IOAN MICHI		0466708751293	IOAN MICHI		0466708751293
MUJDET DUYGU KARACA		0466708742674	MUJDET DUYGU KARACA		0466708742674
RIZAN ION	X7342585L	0466708742482	RIZAN ION	X7342585L	0466708742482
BABA CAR HANNE		0466708742202	BABA CAR HANNE		0466708742202
KRASIMIR GEORGIEV DIMITROV	Y0939359F	0466708741660	KRASIMIR GEORGIEV DIMITROV	Y0939359F	0466708741660
IONEL CRUSTEA		0466708740741	IONEL CRUSTEA		0466708740741
VASILE CEORAN	Y0280907E	0466708740565	VASILE CEORAN	Y0280907E	0466708740565
FRANCISCA CASAN		0466708740224	FRANCISCA CASAN		0466708740224
SILVANA AZEVEDO OLIVEIRA	X6165448E	0466708739874	SILVANA AZEVEDO OLIVEIRA	X6165448E	0466708739874
ADINA MIHAELA ARDELEAN		0466708739646	ADINA MIHAELA ARDELEAN		0466708739646
ALMANDRA SOSA NASAG OSA MANGUE		0466708739533	ALMANDRA SOSA NASAG OSA MANGUE		0466708739533
URSULA AVORO OWONO MANGUE		0466708739481	URSULA AVORO OWONO MANGUE		0466708739481
MARIA VICTORIA TOBAL HERNANDEZ		0466708735543	MARIA VICTORIA TOBAL HERNANDEZ		0466708735543
ANDRES RAMIREZ ARCONIEGAS	X7027466T	0466708718700	ANDRES RAMIREZ ARCONIEGAS	X7027466T	0466708718700
MARIAN POLIACIC		0466708718630	MARIAN POLIACIC		0466708718630
ELISARDO MARTINEZ		0466708717456	ELISARDO MARTINEZ		0466708717456
AURELIA IANCU		0466708716670	AURELIA IANCU		0466708716670
ALINA CIOBOTARU	X7744979M	0466708715462	ALINA CIOBOTARU	X7744979M	0466708715462
JUAN DE DIOS ARIAS BALLESTEROS		0466708715155	JUAN DE DIOS ARIAS BALLESTEROS		0466708715155
SUHA AL JABURI	X4788884P	0466708715076	SUHA AL JABURI	X4788884P	0466708715076
RODRIGO PIO DA SILVA	Y2872903X	0466708711770	RODRIGO PIO DA SILVA	Y2872903X	0466708711770
LOREDANA POPOVICI		0466708706536	LOREDANA POPOVICI		0466708706536
RAQUEL PHINAL DA SILVA LOPES		0466708706432	RAQUEL PHINAL DA SILVA LOPES		0466708706432
SUEIDE OLIVEIRA BORGES	Y2643644S	0466708706292	SUEIDE OLIVEIRA BORGES	Y2643644S	0466708706292
LIONORANTA		0466708706240	LIONORANTA		0466708706240
KHADIA MAAOUCIHI		0466708704752	KHADIA MAAOUCIHI		0466708704752
GOBAL KRISHAN		0466708704314	GOBAL KRISHAN		0466708704314
IULLIAN JOCA	X6924106W	0466708704095	IULLIAN JOCA	X6924106W	0466708704095
ZAMFR. CORDINA GEORGIANA		0466708703054	ZAMFR. CORDINA GEORGIANA		0466708703054
DANIEL CONSTANTIN		0466708703002	DANIEL CONSTANTIN		0466708703002
SISSE FATIMA EUGENIA DE ANDRADE	X9689401F	0466708702354	SISSE FATIMA EUGENIA DE ANDRADE	X9689401F	0466708702354
ZULFIQAR ALI		0466708702284	ZULFIQAR ALI		0466708702284
SHEERAZ AHMED		0466708702250	SHEERAZ AHMED		0466708702250

DAVID BEDOYA RIBO	43731781H	0466708597546	DAVID BEDOYA RIBO	43731781H	0466708597546
TOMAS MARCELO RAITO		0466708563946	TOMAS MARCELO RAITO		0466708563946
GHEORGHE IRIMIA		0466708563176	GHEORGHE IRIMIA		0466708563176
BELLIANT MARGEAN	X3358255W	0466708556291	BELLIANT MARGEAN	X3358255W	0466708556291
ANGELA ALCALDE ESCRIBANO		0466708539184	ANGELA ALCALDE ESCRIBANO		0466708539184
MARY SUNILDA BAREIRO		0466708537172	MARY SUNILDA BAREIRO		0466708537172
GHEORGHE BAICU	X9492147R	0466708536980	GHEORGHE BAICU	X9492147R	0466708536980
IOAN MUNTEANU		0466708535501	IOAN MUNTEANU		0466708535501
FABIAN AGUILAR HUEZO		0466708535291	FABIAN AGUILAR HUEZO		0466708535291
MARICELA GILMET ROCABADO LELARGE	X5704477V	0466708535185	MARICELA GILMET ROCABADO LELARGE	X5704477V	0466708535185
EDGAR GUIOVANNY SUAREZ CAMAYO	X7192225X	0466708530750	EDGAR GUIOVANNY SUAREZ CAMAYO	X7192225X	0466708530750
KONE ISSEAKA		0466708527975	KONE ISSEAKA		0466708527975
DANELA AGHORGHIESEI	X8497502Z	0466708527591	DANELA AGHORGHIESEI	X8497502Z	0466708527591
BOUCHTA LARDJANE		0466708527404	BOUCHTA LARDJANE		0466708527404
MALICK FAYE		0466708527424	MALICK FAYE		0466708527424
HORACIO RAUL PANEBIANCO	X6898476V	0466708527311	HORACIO RAUL PANEBIANCO	X6898476V	0466708527311
AUREA LOERI SOLEBILOBE		0466708527126	AUREA LOERI SOLEBILOBE		0466708527126
HUSSAIN ZAHID		0466708526654	HUSSAIN ZAHID		0466708526654
BAHRI AROUSS		0466708526356	BAHRI AROUSS		0466708526356
THAI MUHAMMAD		0466708526112	THAI MUHAMMAD		0466708526112
ESTEBAN BIONG NBUELE		0466708522576	ESTEBAN BIONG NBUELE		0466708522576
ARACELY VILLAGRA MARTINEZ		0466708521046	ARACELY VILLAGRA MARTINEZ		0466708521046
BRYAN ABRAHAM MURILLO GUEVARA		0466708521386	BRYAN ABRAHAM MURILLO GUEVARA		0466708521386
VICTOR MANUEL DIAZ BAZAN	X4415034T	0466708507465	VICTOR MANUEL DIAZ BAZAN	X4415034T	0466708507465
ANA MARIA DA SILVA FERNANDEZ		0466708506966	ANA MARIA DA SILVA FERNANDEZ		0466708506966
PAOLA CATHERINE SARTOROTTI VILLALBA		0466708503265	PAOLA CATHERINE SARTOROTTI VILLALBA		0466708503265
IONICA RADU	X9399405H	0466708503064	IONICA RADU	X9399405H	0466708503064
ELATTAR OUSSAMA	Y2163856F	0466708502985	ELATTAR OUSSAMA	Y2163856F	0466708502985
TSVETELINA YORDANOVA OGN'YANOVA	Y2345775L	0466708502504	TSVETELINA YORDANOVA OGN'YANOVA	Y2345775L	0466708502504
EUFROSINA MURARIU		0466708502391	EUFROSINA MURARIU		0466708502391
EICK MARIUS		0466708502111	EICK MARIUS		0466708502111
ALKETA OZMAJ		0466708475030	ALKETA OZMAJ		0466708475030
ZAHRA ED DRIF		0466708423666	ZAHRA ED DRIF		0466708423666
MARYEM ECHAIBI		0466708415433	MARYEM ECHAIBI		0466708415433
HAFLIDA BELHAJ		0466708415354	HAFLIDA BELHAJ		0466708415354
ANTONIOS VARVOUNIS	Y1914801L	0466708406080	ANTONIOS VARVOUNIS	Y1914801L	0466708406080
SANAE OUSSAR		0466708334443	SANAE OUSSAR		0466708334443
JORGE ELI MELGAR ZAMORA		0466708313936	JORGE ELI MELGAR ZAMORA		0466708313936
COSMINA VIOLETA PUSCASU		0466708312761	COSMINA VIOLETA PUSCASU		0466708312761
VASILE VARGA	Y0385291D	0466708309575	VASILE VARGA	Y0385291D	0466708309575
HRISKA PETKOVA NAYDENOVA		0466708298734	HRISKA PETKOVA NAYDENOVA		0466708298734
TINCA GHEORGHEU		0466708296722	TINCA GHEORGHEU		0466708296722
AUGUSTIN ANDREI	X9216530Q	0466708296284	AUGUSTIN ANDREI	X9216530Q	0466708296284
ILSA YARILET ALMENDARES CONTRERAS		0466708296241	ILSA YARILET ALMENDARES CONTRERAS		0466708296241
MIRELA ADUMITROAIEI	X9825187R	0466708296135	MIRELA ADUMITROAIEI	X9825187R	0466708296135
AUREA LOERI SOLEBILOBE		0466708229102	AUREA LOERI SOLEBILOBE		0466708229102
MURIARU EUFROSINA		0466708229041	MURIARU EUFROSINA		0466708229041
VICENTE PEDRO BORDES		0466708228743	VICENTE PEDRO BORDES		0466708228743
NICOLAE DODE		0466708228646	NICOLAE DODE		0466708228646
MITICA DODE		0466708228560	MITICA DODE		0466708228560
MARIA VICTORIA CRACIUN		0466708228314	MARIA VICTORIA CRACIUN		0466708228314
MIRELA CIRJALIU		0466708227702	MIRELA CIRJALIU		0466708227702
JORGE BERROCAL FARIÑA		0466708227526	JORGE BERROCAL FARIÑA		0466708227526
FLORENTINA ADA OLO		0466708227264	FLORENTINA ADA OLO		0466708227264
ANA RIVEIRA DEMPERE	26757583G	0466708209441	ANA RIVEIRA DEMPERE	26757583G	0466708209441
JACKELINE ANGOÑO ABESO BIKIE	22599471Q	0466708209414	JACKELINE ANGOÑO ABESO BIKIE	22599471Q	0466708209414
JOSE BARBA PASCUAL	53205883Y	0466708209240	JOSE BARBA PASCUAL	53205883Y	0466708209240
OLGA MARIA FARFAN VILLEGAS	23887643G	0466708209195	OLGA MARIA FARFAN VILLEGAS	23887643G	0466708209195
BEATRIZ PINTO SANCHEZ	29203479B	0466708207551	BEATRIZ PINTO SANCHEZ	29203479B	0466708207551
VASILE MUNTE		0466708179786	VASILE MUNTE		0466708179786
MARINICA ROMAN	Y2280018L	0466708179420	MARINICA ROMAN	Y2280018L	0466708179420
MARIAN VADUVA	X7953427G	0466708179280	MARIAN VADUVA	X7953427G	0466708179280
ARKADIUSZ ALEXANDER SZODE	X7800668B	0466708179052	ARKADIUSZ ALEXANDER SZODE	X7800668B	0466708179052
AGNES OWUSU	X9099531H	0466708177975	AGNES OWUSU	X9099531H	0466708177975
IVAN DADZIE	Y1544854G	0466708177478	IVAN DADZIE	Y1544854G	0466708177478
ALMA LETICIA MUÑOZ HERNANDEZ		0466708176785	ALMA LETICIA MUÑOZ HERNANDEZ		0466708176785
MARIA ELIZABETH CEJAS MENCHACA		0466708176566	MARIA ELIZABETH CEJAS MENCHACA		0466708176566
JOYCE ANELIN ECHEGARAY BENGOA	Y1431341L	0466708175674	JOYCE ANELIN ECHEGARAY BENGOA	Y1431341L	0466708175674
CALIXTA RAMONA VIERA ESCOBAR		0466708173136	CALIXTA RAMONA VIERA ESCOBAR		0466708173136
ALVARO SANCHEZ TAMAYO		0466708172542	ALVARO SANCHEZ TAMAYO		0466708172542
TEETAY ALETHA SUEHN		0466708172402	TEETAY ALETHA SUEHN		0466708172402
MARINICA ROMAN	Y2280018L	0466708172201	MARINICA ROMAN	Y2280018L	0466708172201
AUREL IONEL NEGRUT	X7201845Q	0466708171115	AUREL IONEL NEGRUT	X7201845Q	0466708171115
SULEMAN LIAQAT	X6881790Y	0466708170460	SULEMAN LIAQAT	X6881790Y	0466708170460
ANICA IVANCIU		0466708169112	ANICA IVANCIU		0466708169112
LIVIU IVAN	X9234464X	0466708168850	LIVIU IVAN	X9234464X	0466708168850
PAPE DJIBY DIOUF		0466708168403	PAPE DJIBY DIOUF		0466708168403
VASILE CEORAN	Y0280907E	0466708167992	VASILE CEORAN	Y0280907E	0466708167992
PETRICA SORIN CACIU	Y1420577L	0466708167773	PETRICA SORIN CACIU	Y1420577L	0466708167773

ISMAEL HALOUT	0466708167545	ISMAEL HALOUT	0466708167545
ALFAROUC MBAYE	0466708157456	ALFAROUC MBAYE	0466708157456
IONEL BOGDAN TANASE	0466708157300	IONEL BOGDAN TANASE	0466708157300
NANCY DORANY GOMEZ RAIGO	X9003825S	NANCY DORANY GOMEZ RAIGO	X9003825S
CECILIA IDJABE BONDJALE	0466708156966	CECILIA IDJABE BONDJALE	0466708156966
DANIELA GHEORGHE	0466708156442	DANIELA GHEORGHE	0466708156442
VASILE VARGA	Y0385291D	VASILE VARGA	Y0385291D
FLORICA ENE	0466708156013	FLORICA ENE	0466708156013
EDUARD MARTINEZ SALAZAR	0466708155121	EDUARD MARTINEZ SALAZAR	0466708155121
X3734582A	0466708155094	X3734582A	0466708155094
KHALIFA ABABACAR DIEYE	0466708154814	KHALIFA ABABACAR DIEYE	0466708154814
X5085588N	0466708154622	X5085588N	0466708154622
AHMED CHETOUNI	0466708154290	AHMED CHETOUNI	0466708154290
Y2264647N	0466708153834	Y2264647N	0466708153834
ROXANA IOANA GAVRILA	0466708153755	ROXANA IOANA GAVRILA	0466708153755
Y1158872P	0466708153633	Y1158872P	0466708153633
MARIUS BULGARU	0466708151070	MARIUS BULGARU	0466708151070
LUTS ALBERTO BENTABERRY VARELA	0466708150991	LUTS ALBERTO BENTABERRY VARELA	0466708150991
IASAR IBRAM ASAN	0466708150921	IASAR IBRAM ASAN	0466708150921
Y0159984X	0466708150824	Y0159984X	0466708150824
VIORICA BETTINA IANCU	0466708150404	VIORICA BETTINA IANCU	0466708150404
NICOLAE ANGHEL	0466708147954	NICOLAE ANGHEL	0466708147954
IOAN VASILE SARCA	0466708147701	IOAN VASILE SARCA	0466708147701
FLORENTINA MIRELA BANCU	0466708147430	FLORENTINA MIRELA BANCU	0466708147430
Y1983268S	0466708147193	Y1983268S	0466708147193
GERMAN ANDRES RUEDA MARTINEZ	0466708146606	GERMAN ANDRES RUEDA MARTINEZ	0466708146606
MIRELA ADUMITROAIEI	0466708146423	MIRELA ADUMITROAIEI	0466708146423
X9825187R	0466708146344	X9825187R	0466708146344
ZHVUKA ASENOVA GADZHEVA	0466708145206	ZHVUKA ASENOVA GADZHEVA	0466708145206
RODOLFO RAFAEL NIGRO	0466708144953	RODOLFO RAFAEL NIGRO	0466708144953
STEFAN TEODOR NASTEA	0466708144752	STEFAN TEODOR NASTEA	0466708144752
X8386952W	0466708144576	X8386952W	0466708144576
BADAR UL ZAMAN	0466708144542	BADAR UL ZAMAN	0466708144542
AMAL HOUGLYA	0466708144210	AMAL HOUGLYA	0466708144210
FAYCAL BENSAAID	0466708136614	FAYCAL BENSAAID	0466708136614
INTIZAR ALI	0466708090396	INTIZAR ALI	0466708090396
ASHOK SAINI	0466708081341	ASHOK SAINI	0466708081341
SILVANA AZEVEDO OLIVEIRA		SILVANA AZEVEDO OLIVEIRA	
X6165448E		X6165448E	
CRISTIAN SIMON		CRISTIAN SIMON	
Y0107772P		Y0107772P	
ROSALIA NAVIA VEIZAGA		ROSALIA NAVIA VEIZAGA	
YESENIA LUCIA POMARES MARTINEZ		YESENIA LUCIA POMARES MARTINEZ	
FABRIZIO SBRESSA		FABRIZIO SBRESSA	
PAUL PAXTON		PAUL PAXTON	
JOHANNE DELPHINE REGNAUD		JOHANNE DELPHINE REGNAUD	

ANEXO VI

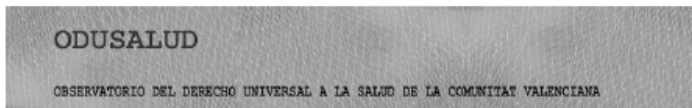
Registro de Incidencias. ODUSALUD

Este formulario se encuentra disponible en formato electrónico en el blog ODUSALUD <http://odusalud.blogspot.com/es/>
 Si prefieres utilizar el soporte papel, una vez rellenado, puedes enviarlo a la entidad miembro de ODUSALUD a la que estás vinculado.
 También puedes escanearlo y enviarlo a odusalud@gmail.com

REGISTRO DE INCIDENCIAS ODUSALUD

La finalidad de este cuestionario es recoger las incidencias en el acceso a la asistencia sanitaria pública gratuita que hayan detectado las personas integradas en entidades que forman parte de ODUSALUD. Los datos registrados se procesarán con todas las garantías de privacidad.

* Necesari



1) Entidad que registra la incidencia *

Selección de que entidad miembro de ODUSALUD forma usted parte

En caso de tratarse de otra entidad, por favor, escriba cuál

2) Identificación de la persona afectada por la incidencia *

Número de expediente interno de la organización. No se debe registrar ningún dato en esta casilla que permita la identificación externa del paciente. Si usted no forma parte de ninguna entidad u organización, le sugerimos que establezca algún sistema que le permita identificar sus notificaciones (por ejemplo: sus letras iniciales y un número de orden: JPR001).

3) País de procedencia *

En caso de tratarse de otro país, por favor señale cuál

4) Sexo *

- Hombre
 Mujer
 Transexual

5) Edad *

6) Situación administrativa de la persona afectada por la incidencia *

- Nacionalidad española
 Residente comunitario Unión Europea
 Extranjero/a SIN permiso de residencia
 Extranjero/a CON permiso de residencia
 Extranjero/a CON permiso de residencia y trabajo
 Solicitante de asilo
 Víctima de trata
 Otros:

7) Fecha en la que se produce la incidencia *

Por favor especifique día o al menos, mes y año

8) Tipo de centro en el que se produce la incidencia *

9) Nombre del centro *

Por favor escriba el nombre del centro en el que se produce la incidencia

10) Municipio *

11) Tipo de incidencia *

- Negativa a la expedición de la nueva tarjeta o documento análogo
- Negativa a la renovación de la tarjeta sanitaria o documento análogo
- Negativa a la atención en atención primaria o asistencia especializada
- Negativa a la atención de urgencia
- Exigencia de firma de compromiso de pago para facturación de asistencia
- Dificultad/Imposibilidad de acceso a medicamentos por motivo económico
- Otros:

12) Situaciones especiales *

Por favor, indique si la persona a asistir

- Es menor de edad
- Es una embarazada o ha dado a luz hace menos de 8 semanas
- Padece una enfermedad contagiosa
- Padece una enfermedad mental
- No se encuentra en ninguna de estas situaciones

13) Descripción de la incidencia *

Por favor describa con detalle la situación producida

14) Solicitada inclusión Programa protección de la salud/Convenios de Asistencia *

- Sí solicitada
- No solicitada
- No se sabe

15) Aceptada inclusión en Programa protección de la salud/Convenios de Asistencia *

- Sí ha sido aceptado en el Programa o asistencia por convenios especiales
- NO ha sido aceptado en el Programa o asistencia por convenios especiales

NO se sabe

16) Resultado de la intervención *

Por favor describa el desenlace de la incidencia

17) Persona que registra la incidencia *

Por favor indique su nombre y forma de contacto (email o teléfono). ODUSALUD le garantiza absoluta confidencialidad y privacidad de sus datos. ODUSALUD sólo se pondrá en contacto con usted, en caso de precisar alguna aclaración sobre la incidencia registrada

18) Ocupación de la persona que registra la incidencia *

- Voluntario/a de ONG u otra entidad
- Trabajador/a social
- Médico/a
- Enfermero/a
- Personal administrativo y de admisión
- Otros:

19) Autorización del paciente para dar difusión a esta incidencia *

Por favor, pregunte al paciente si presta su consentimiento para que esta incidencia se facilite a prensa u otros medios de difusión. NO OLVIDE QUE ODUSALUD NO DISPONE DE DATOS IDENTIFICATIVOS DE LAS PERSONAS SOBRE LAS QUE SE NOTIFICA LA INCIDENCIA, COMO GARANTIA DE SU DERECHO AL ANONIMATO Y LA INTIMIDAD. EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A ESTA PREGUNTA, ODUSALUD PEDIRIA SU CONSENTIMIENTO EXPRESO DE NUEVO A TRAVES DEL PROFESIONAL, EL VOLUNTARIO O LA ENTIDAD QUE REGISTRA LA INCIDENCIA

- Sí da su consentimiento para difundir la incidencia en medios de comunicación
- NO da su consentimiento para difundir la incidencia en medios de comunicación
- NO responde a este respecto

20) Por favor describa los inconvenientes o problemas que ha encontrado al cumplimentar este formulario

Ayúdenos a mejorar este cuestionario y la calidad de la información que recoge. ESTA ES LA ÚLTIMA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO. POR FAVOR HAGA CLIC EN ENVIAR DESPUÉS DE CONTESTARLA.

ANEXO VII

Rutas o guías jurídicas de ODUSALUD

A continuación, se recoge el contenido fundamental de las Guías Jurídicas elaborado por el Grupo de formación, información y sensibilización de ODUSALUD con el apoyo de la Sección de Extranjería y Derechos Humanos del Ilustre Colegio de Abogados de Valencia (ICAV) y que se encuentra disponible en la página web del mismo¹⁸¹. Desde el Observatorio se presentan estos documentos como herramientas para facilitar la denuncia en los casos de vulneración del derecho a la salud.

1. Protocolo elaborado por los abogados de la Sección de Derechos Humanos y extranjería del Ilustre Colegio de Abogados de Valencia con los anexos derivados del mismo.
2. Protocolos específicos con anexos correspondientes a cada supuesto. Se han realizado con la finalidad de facilitar las posibles acciones en cada momento, respuestas que permitan ejercer el derecho a defender la asistencia sanitaria.

Según señala ODUSALUD, los diferentes protocolos han sido elaborados a partir del análisis de los datos recogidos en los Informes y de los casos de vulneración detectados:

- por incumplimiento del RDL 16/2012,
- por incumplimiento del Programa Valenciano de Protección de la Salud (PVPS),
- en defensa de pacientes de nacionalidad rumana,
- ascendientes de ciudadanos de la Unión Europea,
- o en los casos no protegidos por el RDL ni por el PVPS.

Cada una de las situaciones descritas puede requerir acciones diferentes en función de las siguientes hipótesis:

- por inasistencia sanitaria,
- en el caso de obligación de cumplimentar la hoja conocida como “compromiso de pago”,
- en el caso de tener que defenderse con la legislación vigente para evitar el pago de una facturación indebida por asistencia sanitaria.

181 Información disponible en <http://odusalud.blogspot.com.es/p/rutas-juridicas.html>.

Desde el Observatorio se advierte que, aunque hay elementos comunes entre los diferentes territorios del ámbito nacional a partir de la entrada en vigor del RDL 16/2012, los documentos que se ofrecen responden a la realidad y normativa específica de la Comunitat Valenciana, por lo que deben ser adaptados a las particularidades de cada CCAA.

La documentación que se ha elaborado y que se encuentra disponible es la siguiente:

1. Protocolo de actuación por inasistencia sanitaria.
2. ANEXO I. Modelo de queja por denegación urgencias.
3. ANEXO II. modelo de queja por denegación urgencias sin PVPS.
4. ANEXO III. Modelo de denuncia penal por inasistencia sanitaria.
5. ANEXO IV. Informe para quejas sanidad y Consumo (impreso queja sanidad y Modelo de queja consumo Ayuntamiento).
6. ANEXO V. Modelo de alegaciones contra requerimiento información-compromiso pago.
7. ANEXO VI. Modelo de recurso alzada contra facturas o liquidaciones.
8. ANEXO VII. Alegaciones 10 días aportación documentación oficial para ciudadanos de Rumanía.
9. ANEXO VIII. Recurso de alzada para ciudadanos de Rumanía.
10. ANEXO IX. Sentencia de Barcelona. Tarjeta sanitaria de familiar de ciudadano de la Unión Europea.
11. ANEXO X. Modelo de reclamación previa al INSS para familiares de ciudadanos de la Unión Europea.
12. ANEXO XI. Alegaciones 10 días subsanación para la inclusión en el PVPS.
13. ANEXO XII. Modelo de recurso alzada por falta de documentación.
14. ANEXO XIII. Modelo de recurso alzada por circunstancias médicas no cubiertas por IPREM.

Respecto a los Protocolos específicos, se presentan los siguientes:

1. Protocolo en caso de embarazo/parto/postparto.
2. Protocolo en caso de urgencias.
3. Protocolo para menor de edad.
4. Protocolo para ciudadanos de nacionalidad rumana.
5. Protocolo para el Programa Valenciano de Protección a la Salud (PVPS).
6. Protocolo en caso de ascendientes de ciudadanos de la Unión Europea.
7. Protocolo en caso de supuestos no protegidos por RDL 1672012 ni por PVPS.

