

La sanidad y los retrocesos en universalidad

Albert Mora

Universidad de Valencia¹

Situaciones de crisis, como la que atraviesa actualmente el Estado español, suelen comportar cambios que remueven los cimientos de las sociedades y producen transformaciones sociales y políticas. En momentos convulsos, se replantean cuestiones que se daban por supuestas, se ensayan nuevas fórmulas de gestión de los conflictos y las necesidades sociales y se ponen en marcha mecanismos para paliar los efectos nocivos que sufre la población (o una parte de ella). El cambio, en estos contextos, es inevitable, aun cuando éste se produzca, como enunciaba la célebre novela de Giuseppe Tomasi, para que no cambie nada.

1. Introducción

En momentos como los actuales, se espera de los Gobiernos una acción contundente que permita a los Estados volver a crecer económicamente, reducir el desempleo y mejorar el bienestar de los ciudadanos. Con los mencionados objetivos por bandera, el Gobierno español ha puesto en marcha toda una serie de acciones presentadas como necesarias para la contención del gasto público, la reducción de la deuda y el logro de la “estabilización” presupuestaria. Medidas que han permitido profundizar en ese modelo propio de las sociedades capitalistas avanzadas que se caracteriza, básicamente, por perseguir la concentración de los recursos en las manos de unos cuantos disponiendo, para ello, de todos los instrumentos necesarios aun cuando éstos se apliquen ejerciendo una violencia sistemática contra la mayoría de la población (en clara contradicción con ese espíritu democrático que el mismo poder que lo corrompe intencionadamente se muestra ansioso por promover). Así, mientras los cimientos sobre los que se asientan los problemas que los ciudadanos viven día a día se van reforzando (corrupción institucional endémica, organización económica volcada hacia el beneficio de las grandes

¹ Este trabajo se ha desarrollado en el marco del proyecto “Derechos humanos, sociedades multiculturales y conflictos” (DER 2012-31771) financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, como parte del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (Plan Nacional de I+D+i), y da continuidad al realizado con motivo de la participación del autor en el IV Congreso de la Red Española de Política Social (véase Mora, 2013a).

Cuadro 1: Titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública en España (según lo establecido en el RD 1192/2012)*

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, nacionales de la UE, Suiza o el Espacio Económico Europeo y resto de extranjeros con residencia autorizada en España, siempre que no superen los 100.000 euros de ingresos anuales. • Menores sujetos a tutela administrativa. • Extranjeros menores de edad**. 	<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%.
Principales grupos excluidos***	
<ul style="list-style-type: none"> • Extranjeros adultos sin permiso de residencia en vigor. • 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. 	
<p>* Se recoge aquí una síntesis de las situaciones que, en general, dan acceso a la condición de asegurado o beneficiario. Para un análisis más detallado, que incluya también diversas casuísticas de carácter más particular, se recomienda consultar el mencionado RD 1192/2012.</p> <p>** Aunque en realidad no tienen reconocida la condición de “asegurados”, reciben la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las personas aseguradas.</p> <p>*** Se recogen aquí los dos grupos que, en ningún caso, pueden acceder a la asistencia sanitaria normalizada con cargo a fondos públicos, pero debe tenerse presente que otras personas que en principio sí cumplirían con los requisitos establecidos tienen dificultades para acceder a ese derecho como consecuencia de algunos obstáculos de carácter administrativo o de la existencia de algunas lagunas que la regulación actual no contempla. Es así, por ejemplo, con algunos ciudadanos europeos que se encuentran con obstáculos para certificar su no exportación del derecho a la asistencia sanitaria desde su país de origen y, en consecuencia, no consiguen acceder al sistema sanitario español. Entidades como el Observatorio del Derecho Universal a la Salud del País Valenciano han denunciado, en reiteradas ocasiones, la especial incidencia de esta realidad entre la comunidad rumana (véase, ODUSALUD [2014a]). A lo largo de este texto se detallan otras situaciones que comportan la falta de cobertura sanitaria pública.</p>	

fortunas y las entidades financieras, expropiación de derechos, y promoción de una falsa democracia que trabaja solo a las órdenes del poder instituido, entre otros), los poderes públicos trasladan a la ciudadanía el mensaje de que trabajan por y para ellos. Y, a pesar de que acontecimientos recientes (el movimiento 15-M, las mareas ciudadanas o el inesperado ascenso de una nueva formación política como Podemos) muestran que la ciudadanía mantiene, en ocasiones, un papel activo y vigilante y no asume estúpidamente las falacias del poder, lo cierto es que, en el camino, importantes derechos adquiridos (en buena parte gracias a las movilizaciones ciudadanas) y garantizados (en

cierto modo) en nuestra sociedad se han visto combatidos y, en ocasiones, aniquilados al amparo de una crisis que ha servido de coartada perfecta para la aplicación de un programa político al servicio de las élites y orientado a la destrucción progresiva de los derechos y los servicios públicos necesarios para su garantía.

Ese es el caso, entre otros, del derecho a la salud en España. De un sistema de asistencia sanitaria universal, se ha pasado a un sistema de “asegurados” y “beneficiarios”² que ha comportado un cambio de modelo radical que implica la expulsión de personas y colectivos enteros a los que se les sustrae un derecho de obligada garantía. Las personas inmigrantes en situación administrativa irregular (pero no solo ellas) se han visto especialmente afectadas por este cambio de modelo, promovándose abiertamente su exclusión y motivando que su estado de salud empeore como consecuencia de la acción gubernamental.

2. La salud de los inmigrantes en un contexto de crisis: las consecuencias de la desigualdad

El bienestar es algo que se define culturalmente, de modo que en los diversos grupos culturales se concibe de una manera determinada y se asocia a una serie de elementos concretos. Sin embargo, el disfrutar de un buen nivel de salud (aun sin perder de vista que éste también se define culturalmente) es algo que todos los grupos humanos persiguen. Sin salud no hay bienestar y esta premisa se cumple, de una manera u otra, en todos los grupos culturales. De este modo, la garantía del bienestar pasa, necesariamente, y entre otros elementos, por la asunción de un buen nivel de salud. Y por ello autores como Nussbaum (2012: 53) han calificado la vida y la salud física como capacidades centrales en todas las culturas, unas capacidades que cualquier orden político aceptable está obligado a procurar a todos los ciudadanos.

En colectivos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, con dificultades para acceder a los recursos necesarios para la supervivencia y el bienestar, la salud juega un papel fundamental. Buena parte de las personas inmigrantes, que son en las que nos centramos en este trabajo, se ven afectadas por una situación de especial vulnerabilidad promovida por la existencia de un “marco institucional discriminatorio”, tal y como lo ha definido Cachón, cuyas reglas definen «negativamente los “campos de (no)posibilidades” al establecer espacios absolutos de exclusión donde los inmigrantes no pueden entrar, sean en términos sectoriales, ocupaciones o territoriales» (Cachón, 2009: 12). La exclusión que afecta a los inmigrantes no es, por tanto, fortuita sino fruto de una planificación política y social (explícita o implícita) que responde a la necesidad de crear y mantener estructuras de dominio que otorguen poder y recursos a unos

² Articulado en torno al 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 la seguridad de sus prestaciones, BOE nº 98, de 24 de abril de 2012 (en adelante, RDL 16/2012), y el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, BOE nº 186, de 4 de agosto de 2012.

colectivos frente a otros. Se trata de un claro ejercicio de violencia estructural³ que afecta a diversos colectivos que han sido previamente configurados como peligrosos, inferiores o, simplemente, ajenos.

La desigualdad que afecta a las personas inmigrantes, y que ha sido normalizada en el imaginario colectivo (Mora, 2010), es una evidencia difícil de negar (a pesar de la gran aceptación social que tiene la idea de que los inmigrantes “tienen más derechos que nosotros”). Una desigualdad jurídica, marcada por esa estratificación cívica (Morris, 2002) que distribuye derechos en función de la situación administrativa y jurídica; una desigualdad social, que implica menores posibilidades de participación social y de acceso a los recursos socialmente valiosos; una desigualdad económica y laboral, que se expresa en la existencia de un mercado de trabajo segmentado y fuertemente precarizado, y una desigualdad manifiesta en las condiciones de vida. El estigma que acompaña al inmigrante no comunitario promueve su exclusión y legitima la desigualdad como algo deseable⁴. Un estigma que descansa sobre la magnificación de un atributo (en este caso la etnia, la procedencia o la situación administrativa, básicamente) que ha sido socialmente configurado como negativo y cuya fuerza impide apreciar el resto de atributos que sí podrían ser valorados como positivos. Se trata, siguiendo a Goffman (2006: 17), de un estigma que puede estar dotado de una fuerza tal que su portador llegue a ser considerado como una persona que “no es totalmente humana”. La sustracción de esa condición humana completa abre la puerta a actitudes y acciones de discriminación que, en ocasiones, se traducen en violaciones de unos derechos que se entiende que no corresponden a este tipo de sujetos⁵.

La salud, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades” (Organización Mundial para la Salud [OMS], 1946: 1), es algo difícilmente alcanzable para aquellas personas que han sido configuradas como deshechos del sistema y han sido estigmatizadas e inferiorizadas viéndose privadas del disfrute de sus derechos y del acceso a los bienes que son considerados fundamentales en nuestra sociedad. Si bien sabemos que no todos los inmigrantes se encuentran afectados igualmente por esos mecanismos de exclusión que les agreden de manera singular, es cierto que, en general, sus capacidades de acceso a recursos y disfrute de derechos han sido mermados por un proceso de exclusión institucional que no tiene nada de fortuito. Esa condición de desigualdad guarda un importante vínculo con el empeoramiento de la salud (Benach y Muntaner, 2005), pues

³ Entendemos aquí la violencia estructural en la línea en la que lo hacen autores como Laparra y Tortosa (2003: 57), quienes afirman que ésta refiere “a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos de una 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”.

⁴ Santamaría (2002) ha estudiado en profundidad esa imagen social negativa que acompaña, habitualmente, al inmigrante no comunitario configurándolo como un problema a neutralizar.

⁵ Este carácter infrahumano que se asocia a parte de los inmigrantes los acaba transformando, a ojos de la sociedad, en algo así como alienígenas, seres de otro mundo que juegan una función simbólica ya que, al tiempo que alimentan el miedo entre la población, le señalan la esperanza de un futuro mejor libre de seres como ellos (Delgado, 2009).

genera unas condiciones ambientales difíciles en contextos en los que las posibilidades de afrontamiento de esas circunstancias adversas pueden verse muy reducidas⁶.

La crisis económica y las problemáticas asociadas a la falta de empleo y recursos han afectado, de manera especialmente intensa, a la población inmigrante. De este modo, sus condiciones de vida se han visto fuertemente endurecidas en un contexto en el que el 47,8% de la población extracomunitaria se encuentra en riesgo de pobreza, según la Encuesta de Condiciones de Vida correspondiente al año 2013 (INE, 2014)⁷, que cifra este porcentaje en el 16,5% en el caso de la población española. En términos de renta disponible, la población extracomunitaria dispone, según esta misma fuente, de un 52% menos de renta media por persona que la población española⁸. También los niveles de carencia material (claramente vinculados con el nivel de salud) son alarmantemente superiores entre el colectivo de extranjeros no comunitarios. Un 22% de ellos no pueden permitirse mantener su vivienda con una temperatura adecuada (el porcentaje es de un 6,7% en el caso de la población española); un 74,7% no tiene capacidad alguna para afrontar gastos imprevistos (frente a un 38,1% de los españoles), y un 26,5% ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda habitual, algo que le ocurre al 8,3% de los españoles⁹.

En el caso de los inmigrantes, y especialmente de aquellos que se encuentran en situación administrativa irregular¹⁰, su situación de pobreza, desigualdad y exclusión funciona como un importante factor estresor y propicia la emergencia de problemas de salud psicosocial. Combinada con otros factores, como la vivencia del rechazo, el hostigamiento, las dificultades de acceso a la vivienda y el mercado de trabajo, el no reconocimiento de derechos o el miedo al fracaso del proyecto migratorio (Sayed-Ahmad, 2010: 275), la desigualdad se convierte en el principal obstáculo para alcanzar un buen nivel de salud. Téngase presente, además, que los inmigrantes (y especialmente aquellos que han iniciado más recientemente su proyecto migratorio) suelen encontrarse sumidos en un proceso de elaboración de los múltiples duelos asociados a la migración (Achotegui, 2009) y que ese proceso puede ser especialmente difícil en condiciones de exclusión social y comportar consecuencias especialmente nocivas para la salud psicosocial.

⁶ La Organización Internacional de las Migraciones (2013: 30) ha señalado cómo el riesgo de padecer problemas de salud es mayor para determinados grupos de inmigrantes. Es así con los procedentes de zonas empobrecidas, los desplazados por conflictos o desastres naturales, los que se encuentran en situación de vulnerabilidad o los que tienen habilidades educativas, laborales o lingüísticas limitadas. Esta circunstancia es aún más intensa con aquellos inmigrantes que son víctimas de exclusión legal, económica o social (especialmente si se encuentran en situación irregular), que pueden ser desproporcionalmente vulnerables a la contracción de enfermedades y al desarrollo de problemas de salud mental como resultado de sus malas condiciones de vida, la explotación laboral o la falta de acceso a los servicios sociales y sanitarios.

⁷ Este porcentaje se eleva hasta el 56,4% si se calcula con el alquiler imputado.

⁸ La renta media por persona se sitúa en 11.581 euros entre la población española y en 5.998 euros entre la población extranjera no comunitaria.

⁹ Mahía y de Arce (2014) han documentado, recientemente, esa mayor presencia entre la población extranjera de las características que definen la pobreza en un sentido multidimensional.

¹⁰ Estos inmigrantes, tal y como ha analizado Morice (2007: 58-59), enfrentan un triple proceso que comporta condiciones de vida especialmente difíciles: la dependencia (de las decisiones de otras personas e instituciones), la deuda (moral o financiera) y la reclusión (consecuencia del miedo a la detención y la deportación).

Todas las dinámicas de exclusión y promoción de la desigualdad que estamos señalando funcionan gracias a la representación de los inmigrantes como sujetos inferiores, antes que aceptamos entre nosotros, haciéndoles un favor, pero que no tienen derecho a pretender alcanzar un estatus similar al nuestro. La integración se define implícitamente como la ubicación del inmigrante en el espacio social, laboral y político que la sociedad receptora designa para él, y éste es siempre un lugar inferior, revestido de carácter natural. Las soflamas que invitan a defender “nuestros” derechos de la invasión extranjera van tomando cuerpo, peligrosamente, en Europa y el criterio de preferencia nacional se va imponiendo con fuerza. Así, por ejemplo, en relación con la asistencia sanitaria, el 45% de los españoles opina que deberían tener preferencia de acceso frente a los foráneos a la hora de acceder a la atención sanitaria; el 57% piensa que los inmigrantes abusan de la asistencia sanitaria gratuita; el 51% cree que la presencia de inmigrantes hace que disminuya la calidad de la atención sanitaria; y el 49% sostiene que, aunque tengan los mismos ingresos, a los inmigrantes se les da más ayudas sanitarias que a los españoles (Cea D’Ancona y Valles, 2013). Bajo estas imágenes, es fácil presuponer que una buena parte de la población se mostrará de acuerdo con la restricción del derecho a la asistencia sanitaria a la población inmigrante, máxime cuando se trate de personas calificadas de “ilegales” a las que, con demasiada frecuencia, la gente identifica difícilmente como sujetos de derechos. Contra ellos opera, fuertemente, ese menosprecio que puede llegar a convertirse fácilmente en desprecio y, después, en odio (De Lucas, 2012), facilitando que la expropiación de derechos sea identificada como una simple estrategia de autoprotección no solo legítima, sino necesaria y urgente.

3. El derecho a la salud de las personas inmigrantes: un derecho cercenado por la reforma sanitaria

Desde la aprobación de la LO 4/2000¹¹ hasta la entrada en vigor del RDL 16/2012, el 1 de septiembre de 2012, España disponía de una de las legislaciones europeas más avanzadas en materia de garantía del derecho a la asistencia sanitaria de las personas indocumentadas. Durante esos aproximadamente 12 años, y salvo algunas excepciones cuya importancia tampoco debe soslayarse¹², la mayor parte de los inmigrantes (independientemente de su situación administrativa) podían acceder con relativa facilidad a una tarjeta sanitaria y disfrutar de las prestaciones sanitarias al mismo nivel que la población autóctona.

¹¹ Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, BOE nº 10, de 12 de enero de 2000. Esta ley supuso un paso crucial en la protección del derecho a la salud de las personas extranjeras al introducir, en el artículo 12.1, 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 en el que residieran habitualmente. Este punto se mantendría inalterable en las sucesivas reformas de la ley hasta la entrada en vigor del RDL 16/2012.

¹² El requisito de empadronamiento ha supuesto una dificultad añadida para algunos extranjeros que, o bien no podían empadronarse o bien decidieron no hacerlo por desconocimiento o por temor a ser deportados y que, en esas circunstancias, no han podido acceder a una tarjeta sanitaria. También la ausencia de un documento de identidad (habitual en algunos grupos de inmigrantes, especialmente en las personas víctimas de trata) ha impedido el acceso a la tarjeta sanitaria. Así, en una encuesta llevada a cabo por la red HUMA, el 45% de los encuestados afirmó haber encontrado barreras administrativas de este tipo a la hora de gestionar su tarjeta sanitaria (Huma Network, 2009: 146).

Pero el acceso a los servicios de salud no implica, por sí mismo, el disfrute de los mismos, tal y como he analizado en un trabajo anterior (Mora, 2013b). Téngase en cuenta que la definición de la salud, la enfermedad y la curación varía según culturas y que la distancia lingüística y cultural puede comportar una atención deficitaria por parte de los recursos sanitarios. También que los profesionales de la salud no están exentos del sesgo etnocéntrico que hace que se apliquen las propias categorías al análisis de realidades diferentes a las propias (Aguilar, 2012: 148-149). Van Dongen y Van Dijk (2011: 171) explican cómo en los países europeos se observa una distribución desigual en el acceso –ya sea conocimiento, uso o empleo de una manera satisfactoria– a los servicios sanitarios según los rasgos étnicos o culturales, y hablan de la existencia de una “discriminación inconsciente” en los servicios de salud que no por ser involuntaria deja de ser dañina. Esta discriminación se asienta, siguiendo la argumentación de estos autores, sobre la idea de que «si nuestro mundo moral es natural y se da por sentado, el mundo moral de los otros es “antinatural” de un modo que también damos por sentado».

El escaso desarrollo de medidas orientadas a la adaptación de los servicios sanitarios a la multiculturalidad presente entre sus usuarios y a las necesidades específicas de los inmigrantes, entra en clara contradicción con lo dispuesto en la observación número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹³, en cuyo apartado 12 c) se recoge que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades”. Arbeláez (2006: 497, 498) ha reflejado acertadamente las deficiencias que, en este campo, tiene el sistema sanitario español: “En el ámbito español las diferencias religiosas y culturales relevantes entre los inmigrantes y los nacionales que habrían de determinar una atención sanitaria aceptable (...) no se toman especialmente en cuenta a la hora de definir los términos en que se garantiza el acceso al sistema sanitario por parte del colectivo inmigrante. A pesar de las particularidades culturales o religiosas que ofrecen algunos colectivos inmigrantes –como pueden ser la concepción del cuerpo, de la sexualidad, de la enfermedad y de la salud, o cuestiones relativas a las relaciones de género, o a la religión que puedan condicionar la relación médico paciente–, el sistema sanitario español y los protocolos de atención médica establecidos pecan de monoculturalismo en la medida en la que se pretenden con validez universal sin contemplar que tanto la población inmigrante como alguna población autóctona tienen otros códigos culturales que exigen procesos asistenciales diferentes”. En general, diferentes estudios han concluido que la falta de formación de los profesionales sanitarios en medicina tropical e interculturalidad es uno de los principales problemas para la garantía de una atención adecuada, dado que impide la correcta valoración de las necesidades de los pacientes y la realización de diagnósticos adecuados (Burón, 2012: 77).

A pesar de lo expuesto, resulta obvio que el primer paso para garantizar el derecho a la salud es garantizar el acceso normalizado al sistema sanitario público¹⁴. En ese

¹³ E/C.12/2000/4, de 11 de agosto de 2000.

¹⁴ Aunque buena parte de este trabajo se centra en el acceso a la asistencia sanitaria pública, no obviamos que el derecho a la salud va mucho más allá del mero acceso y reconocemos la importancia de delimitar el contenido mínimo del derecho a la salud, estableciendo unos elementos centrales sin la existencia de los cuales este derecho no puede

sentido, el RDL 16/2012 ha supuesto una importante ruptura al eliminar, en el artículo 3 ter, el derecho a la asistencia sanitaria para los extranjeros que se encuentren en situación administrativa irregular, salvo en el caso de urgencia (por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica), embarazo, parto y postparto y atención a menores de edad. Un cambio de rumbo que incurre en una flagrante violación de los compromisos asumidos por el Estado español tanto a nivel internacional como a nivel interno.

Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁵, en su artículo 25, reconoce el derecho de toda persona 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”, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶, en su artículo 12, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y recoge, entre las medidas a adoptar por los Estados, “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Por su parte, la observación número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al artículo 12 del pacto (en concreto al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental), se inicia afirmando que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos” y establece en el punto 9 que el derecho a la salud “debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios, y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. Esta misma observación, en su apartado 12, establece que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna” y es muy clara en la inclusión específica de los inmigrantes en situación administrativa irregular entre el conjunto de los sujetos de este derecho cuando dispone que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos o paliativos”.

Por su parte, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial¹⁷ recoge, en el artículo 5 E-iv, el “derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

entenderse como garantizado. Bermúdez (2006: 68), atendiendo a las características y principios rectores del derecho a la salud, identifica los siguientes elementos como centrales: la no discriminación por ninguna índole o razón; la accesibilidad a los servicios sanitarios; la prevención de la enfermedad; la protección contra daños a la salud; la asistencia médica a toda la población, sobre todo a los sectores vulnerables; la atención de emergencia; la gratuidad en caso de ausencia de recursos económicos; el respeto a la dignidad e integridad durante la atención sanitaria; la participación de los usuarios en los procesos de desarrollo de las políticas públicas de salud; la utilización de los recursos legales ante la violación del derecho a la salud y la obtención de una información clara y oportuna de los deberes y derechos.

¹⁵ Adoptada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948.

¹⁶ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, y ratificado por España el 19 de diciembre de 1966.

¹⁷ Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX) de 21 de diciembre de 1965, y ratificada por España el 13 de septiembre de 1968.

Ninguno de estos compromisos hace referencia a la situación administrativa de los titulares de los derechos que reconocen, pues se trata de un reconocimiento vinculado al hecho de ser humano y su sentido se pierde por completo en el momento en el que se condiciona a una determinada situación de los sujetos (bien sea administrativa o de clase, género o etnia). El RDL que analizamos convierte los compromisos aludidos en “papel mojado” (algo que también ocurre, frecuentemente, con otros derechos humanos) al tiempo que convive con una retórica política de apego a esos mismos derechos. Y, en el caso que nos ocupa, es especialmente grave puesto que no se trata de derechos que no se ha conseguido aún alcanzar, sino de derechos que, habiendo sido alcanzados, han sido ahora expropiados a sus titulares. Algo que, tal y como referíamos al inicio de este texto, se está convirtiendo en una estrategia política de primer orden en nuestro Estado y que afecta, conviene recordar, no solo a los inmigrantes, sino a la ciudadanía general (y, muy especialmente, a aquellos ciudadanos que se encuentran en situaciones de mayor precariedad jurídica, social y económica)¹⁸.

Pero la negación de la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares entra en contradicción también con importantes normas internas. Sin ir más lejos, la Constitución española (blandida por el poder político, cuando le interesa, como un instrumento inviolable instituido de un carácter prácticamente sagrado) reconoce en el apartado primero de su artículo 43 “el derecho a la protección de la salud” y en el segundo apartado del mismo artículo estipula que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Además, otros artículos de la Constitución reconocen, aun indirectamente, el derecho a la salud, pues resulta harto complicado garantizar la dignidad de la persona (artículo 10.1) o el derecho a la vida (artículo 15) sin que se reconozca de manera efectiva el derecho a la salud. El mismo Tribunal Constitucional reconoce este hecho cuando reafirma, en los autos 239/2012¹⁹ y 114/2014²⁰, “la vinculación entre el principio rector del artículo 43 CE y el artículo 15 CE que recoge el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral, en el sentido de lo reconocido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos”.

En este mismo sentido se ha pronunciado el Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (ICAB), cuya comisión de extranjería ha mantenido una posición muy crítica con ese artículo 3 ter del RDL 16/2012. En un informe elaborado para valorar esta norma (ICAB, 2012: 48) afirman que el artículo en cuestión “vulnera no solo el derecho a la salud reconocido a los extranjeros en cuanto personas que residen en nuestro país independientemente de su situación administrativa, sino que atenta a derechos fundamentales contenidos en tratados y acuerdos internacionales ratificados por España,

¹⁸ Delgado (2013) ha analizado, desde una perspectiva jurídica, algunos de los aspectos relacionados con las políticas regresivas en materia de reconocimiento y garantía de los derechos sociales que se están aplicando en España en la actual coyuntura de crisis económica.

¹⁹ En relación con el conflicto positivo de competencias planteado por el Gobierno de España contra el Gobierno vasco a raíz del Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, BOPV nº 127, de 29 de junio de 2012.

²⁰ Relativo al recurso de inconstitucionalidad planteado por el Gobierno del Estado contra la Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público de Navarra, BON nº 43, de 4 de marzo de 2013.

derechos asimismo reconocidos en nuestra Carta Magna como son el de la dignidad de la persona, derecho a la vida y a la integridad física y moral y derecho a la igualdad, por lo que la modificación legal operada en el RD Ley 16/2012 en referencia a la asistencia sanitaria que debe prestarse a los extranjeros residentes en nuestro país en situación administrativa irregular debe considerarse nula por vulnerar derechos fundamentales reconocidos en nuestra Constitución y en los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España”.

Por su parte, el Consell de Garanties Estatutàries de Catalunya (CEGC) ha dictaminado que el RD-L 16/2012, en la redacción que da en su artículo 1 al apartado 3 del artículo 3 de la Ley 16/2003, es contrario al principio de igualdad del artículo 14 de la Constitución española y a la reserva de ley del artículo 43 y, en consecuencia, vulnera el orden constitucional.

La negación del derecho a la asistencia sanitaria entra en colisión también con la Ley General de Sanidad 14/1986²¹ que, en su artículo 1.2, señala como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. Y la Ley General de Salud Pública 33/2011²² explicita que las actuaciones de salud pública se realizarán en condiciones de igualdad, sin que pueda producirse discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social (artículo 6) y sitúa la equidad como un principio general de salud pública que debe alcanzarse promoviendo activamente la disminución de las desigualdades sociales en salud (artículo 3).

Además de suponer una importante suspensión *de facto* de todos estos compromisos asumidos, el RDL 16/2012 se ha justificado políticamente en base a unas premisas inciertas que han sido puestas en duda, cuando no directamente descalificadas, por importantes personalidades en el ámbito de la garantía del derecho a la salud en España. Este RDL habla de eficiencia y justifica su razón de ser en la necesidad de reducir el gasto asociado a las prestaciones sanitarias²³, algo que nadie ha podido demostrar que esté ocurriendo, pudiéndose estar llegando, incluso, a la consecuencia contraria. El Tribunal Constitucional, en los mencionados autos 239/2012 y 114/2014, en los que falla a favor del reconocimiento del derecho a la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, sostiene que puede darse “la eventualidad de que se produzca sencillamente una transferencia de gasto desde la atención primaria a la atención de urgencias” y manifiesta que “el derecho a la salud y el derecho a la integridad física de las personas afectadas por las medidas impugnadas, así como la conveniencia

²¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE n° 102, de 29 de abril de 1986.

²² Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE n° 240, de 5 de octubre de 2011.

²³ La ministra Ana Mato declaró su voluntad de conseguir un ahorro de alrededor de 500 millones de euros como consecuencia de la restricción del acceso a la sanidad por parte de los “sin papeles”. Véase “El gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes sin papeles”, *El País*, 20 de abril de 2012, <http://bit.ly/HXUdSd>. En contraste, y evidenciando cuáles son las prioridades en el gasto público, apenas cuatro meses después de la aprobación del RDL 16/2012, el Gobierno aprobó un crédito extraordinario destinado al pago de material militar, cifrado en 1.782.770.890 euros (una cantidad que supone bastante más del triple de esos 500 millones de ahorro, véase Real Decreto-Ley 26/2012, de 7 de septiembre, por el que se concede un crédito extraordinario en el presupuesto del Ministerio de Defensa para atender al pago de obligaciones correspondientes a programas especiales de armamento por entregas ya realizadas, BOE n° 217, de 8 de septiembre de 2012).

de evitar riesgos para el conjunto de la sociedad, poseen una importancia singular en el marco constitucional, que no puede verse desvirtuada por la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado”.

La puesta en marcha de una medida extrema que implica la sustracción de un derecho adquirido a todo un conjunto de población se ha hecho, además, sin que medie ningún estudio previo sobre sus posibles efectos, y ya no en la salud de las personas inmigrantes, sino en la de la población en general. De hecho, el artículo 35 de la Ley General de Salud Pública establece que las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud las normas, planes, programas y proyectos que seleccionen por 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. Esto no solo no se ha hecho previamente a la aprobación de la norma que nos ocupa, sino que, además, ni se ha hecho ni se ha manifestado voluntad de hacerse una vez puesta en marcha²⁴.

La nueva regulación del derecho a la asistencia sanitaria en España ha cosechado ya diversas críticas procedentes de organismos internacionales. El Comité Europeo de Derechos Sociales (2013: 13-14) ha señalado que la denegación de la asistencia sanitaria a los extranjeros adultos en situación administrativa irregular es contraria al artículo 11 de la Carta Social Europea. El Comité sostiene que los Estados firmantes de la Carta tienen obligaciones en materia de acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes, independientemente del estatus administrativo de éstas, y recuerda que “la atención sanitaria es un prerrequisito para la preservación de la dignidad humana y la dignidad humana es el valor fundamental y la piedra angular del derecho positivo europeo en materia de derechos humanos”. Y, en línea con lo ya recogido en los autos del Tribunal Constitucional antes mencionados, señala que la crisis económica no puede ser utilizada como pretexto para la restricción o la denegación del acceso a la sanidad, dado que esto afecta a la esencia misma del derecho a la salud.

También el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha criticado contundentemente el RDL 16/2012. La relatora especial sobre extrema pobreza y derechos humanos de este organismo, Magdalena Sepúlveda, ha recordado que “España tiene obligaciones positivas en materia de acceso a la atención sanitaria,

²⁴ De hecho, diversos partidos políticos de la oposición han interpelado al Gobierno para que explique por qué no ha llevado a cabo esa evaluación que permita conocer cuál está siendo realmente el impacto de esta medida. Así lo hizo, por ejemplo, el diputado Gaspar Llamazares en una pregunta escrita planteada al Gobierno (184/012315, BOCG, serie D, nº 189, de 5 de diciembre de 2012) que fue contestada de manera escueta y esquiva con la siguiente afirmación: “En relación con la información solicitada por Su Señoría se señala que han sido evaluadas todas las consecuencias e impacto en salud por cuanto se han contemplado todas las situaciones posibles, asegurando gratuidad en las situaciones de gravedad y de protección del colectivo de mujeres embarazadas y niños, con independencia de la situación de residencia en nuestro país” (184/012315, BOCG, serie D, nº 227, de 25 de febrero de 2013). También el Grupo Parlamentario Socialista presentó una proposición no de ley (161/000765, BOCG, serie D, nº 126, de 10 de julio de 2012) instando al Gobierno al desarrollo de esa evaluación, proposición que fue rechazada en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales el día 24 de abril de 2013 (161/000765, BOCG, serie D, nº 270, de 14 de mayo de 2013). Por su parte, la Comisión Europea, en su informe de evaluación del Programa Nacional de Reformas de 2014 de España, recomienda que se lleve a cabo un seguimiento y evaluación de las reformas emprendidas en materia de asistencia sanitaria de forma que se puedan prevenir efectos no deseados, ya que al pasarse de un sistema de sanidad universal a un sistema basado en un enfoque de cobertura, se ha producido un aumento del número de reclamaciones relativas a las restricciones de acceso (Comisión Europea, 2014: 16).

incluidas obligaciones para con los inmigrantes, independientemente de su situación jurídica”²⁵. Sepúlveda hizo llegar una carta, en noviembre de 2013, al gobierno español advirtiéndole de que los cambios adoptados en el RDL 16/2012 no cumplen con los derechos humanos que el país está obligado a respetar y ha recordado que los principios básicos de derechos humanos no pueden ser ignorados a causa de las presiones fiscales. La relatora, además, ha acusado al Gobierno español de tener una percepción errónea del principio de no discriminación al argumentar que el RDL 16/2012 no es discriminatorio porque trata la “legalidad de residencia en el país y no el origen nacional”.

Por su parte, el relator especial de Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación social, xenofobia y formas conexas de intolerancia, Mutuma Ruteere, visitó España en enero de 2013 y, en el informe que ha elaborado relativo a esa visita (Ruteere, 2013), ha mostrado su preocupación por la discriminación que sufren los inmigrantes (y especialmente los indocumentados) en el acceso a la salud y ha calificado el RDL 16/2012 como “un hecho lamentable”. El relator recomienda que se revisen las reformas sanitarias adoptadas en el marco de la crisis económica actual para garantizar que los inmigrantes tengan acceso a los servicios de atención médica sea cual sea su situación migratoria.

En España, el Defensor del Pueblo ha recomendado reiteradamente a las Administraciones públicas que garanticen la asistencia sanitaria gratuita a todos los inmigrantes, recomendaciones que no han sido seguidas. En su informe de 2012, afirmaba lo siguiente, en relación con las modificaciones incorporadas por el RDL 16/2012: “Este cambio legal adquiere una especial dimensión en los supuestos de mayor vulnerabilidad, como es el caso de personas inmigrantes sin autorización de residencia y con procesos graves que requieren, ineludiblemente, un adecuado tratamiento. En estos supuestos, 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 y moral” (Defensor del Pueblo, 2012: 205). En su último informe, de 2013, el Defensor señala la existencia de una importante contradicción en el discurso gubernamental que, por un lado, afirma que “en el caso de que se carezca de cobertura sanitaria y de recursos, los servicios sociales de las comunidades autónomas deberían establecer ayudas para hacer efectiva la prestación sanitaria a inmigrantes irregulares” mientras que, por otro, justifica la exclusión de estas personas del Sistema Nacional de Salud en la minoración del déficit público y la contención del gasto (Defensor del Pueblo, 2013: 264).

Todo lo expuesto hasta el momento ilustra claramente cómo la nueva regulación del derecho a la salud en España implica una clara vulneración del contenido mínimo y esencial de ese derecho atendiendo a los estándares internacionales, tal y como ha concluido Solanes (2014: 161), para quien esta vulneración deja bien patente “la descomposición de los principios del Estado social y democrático de derecho”. Se trata, además, de una regulación que afecta especialmente a un colectivo ya de por sí estigmatizado, algo que reviste especial gravedad atendiendo al hecho de que se trata de

²⁵ Véase «Experta de la ONU pide a España “un auténtico compromiso con la protección de los derechos humanos para todos», Comunicado del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, <http://bit.ly/W9xNJQ>.

un grupo de población “que en su mayoría proviene de contextos que no les ofrecían las posibilidades para desarrollar una vida digna; que por las condiciones propias de proceso migratorio viven situaciones que requieren especial protección; que, muchos de ellos, han residido en España durante un prolongado tiempo, estableciendo vínculos con el país; que están sufriendo de manera más acusada los efectos de la crisis económica en todos sus ámbitos; y que están viendo recortados el reconocimiento y la posibilidad del ejercicio de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud” (Vázquez, 2013: 10).

4. La aplicación del RDL 16/2012 y sus efectos en la población inmigrante

Como se ha venido argumentando, la nueva regulación del derecho a la asistencia sanitaria en España ha comportado la pérdida de la universalidad que caracterizaba a nuestro sistema sanitario. A las restricciones de acceso a colectivos como las personas inmigrantes indocumentadas, o los ascendientes reagrupados (que sí disponen de permiso de residencia)²⁶, se unen las derivadas de la imposibilidad de hacerse cargo del coste de los medicamentos que los inmigrantes sin tarjeta sanitaria (aun cuando hagan uso de los supuestos de atención que sí recoge la actual normativa) deben de costear íntegramente. La introducción del copago (o repago, que afecta a todos los asegurados o beneficiarios) en ciertas prestaciones médicas o farmacéuticas ha comportado que aquellos que no pueden hacer frente a los costes de las mismas queden excluidos del pleno disfrute de la asistencia sanitaria, lo que hace que ésta “deje de ser un derecho, para convertirse en una suerte de privilegio en el caso de los usuarios que no puedan costearla”, tal y como argumenta Solanes (2014: 141). Esta misma autora concluye, citando a Lema (2012: 107), que, en estas circunstancias, “si la salud es un bien al que se tiene un acceso radicalmente desigual según la capacidad de pago, entonces puede afirmarse que los usuarios serán diferentes en la salud y en la enfermedad, no por causas naturales sino sociales, y por ello desiguales en dignidad” (Solanes, 2014: 141).

En este mismo paradigma de exclusión podemos situar los convenios especiales de asistencia sanitaria que ha regulado el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²⁷ y que, con un coste de 60 euros al mes para los menores de 65 años y de 157 para los que igualen o superen esta edad, resultan inalcanzables para buena parte

²⁶ A pesar de que el RDL 16/2012 garantiza la asistencia a los inmigrantes regularizados, una instrucción posterior del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), la 5/2012, contempla la denegación de la cobertura sanitaria a estos inmigrantes cuando se encuentran inactivos. Desde el INSS se alega que, para obtener el permiso de residencia, los extranjeros que no han venido a trabajar debieron certificar que contaban con un seguro de enfermedad. Esta situación afecta, especialmente, a los ascendientes reagrupados. Para conocer algunos de los casos afectados por esta medida, véase “Deniegan la tarjeta a un enfermo de cáncer con permiso de residencia en España”, *Eldiario.es*, 13 de junio de 2013, <http://bit.ly/1nyYjGr>, “El gobierno niega la asistencia sanitaria a extranjeros con residencia legal”, *El País*, 19 de febrero de 2014, <http://bit.ly/1h8D1tF>, o “Un hospital público valenciano factura 3.600 euros a una inmigrante con permiso de residencia”, *Eldiario.es*, 22 de junio de 2014, <http://bit.ly/1nxelwC>.

²⁷ 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 usuarias ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012).

del colectivo de inmigrantes irregulares, dada la precaria situación económica en la que éstos suelen encontrarse.

En el momento de redacción de este texto se han cumplido ya más de dos años desde la aprobación del RDL 16/2012 y han podido constatarse buena parte de sus efectos. Efectos que difieren, lógicamente, en función de la forma en la que este decreto se ha llevado a la práctica en las diferentes comunidades autónomas del Estado. La casuística es múltiple, genera importantes inequidades, y va desde aquellas comunidades que aplican estrictamente el decreto con todas sus consecuencias a aquellas que garantizan la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares, pasando por aquellas que han “suavizado” la medida y articulado algunas estrategias para ampliar la cobertura a estas personas. Médicos del Mundo, entidad que desarrolla programas de inclusión con colectivos socialmente vulnerables en doce comunidades autónomas, ha estado estudiando esta cuestión y ha analizado las principales diferencias entre comunidades. Según esta ONG, dos de ellas (Andalucía y el Principado de Asturias) ofrecen acceso normalizado a los servicios públicos de salud a la población no asegurada ni beneficiaria sin recursos económicos. Ocho más (Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Euskadi, Extremadura, Galicia y el País Valenciano) han creado “programas especiales” que extienden, bajo diferentes supuestos, la asistencia sanitaria pública a algunos inmigrantes en situación administrativa irregular sin recursos²⁸. Otras comunidades aplican el RDL 16/2012 sin ampliar el acceso al sistema público de salud, pero recogen algunas excepciones (atención a enfermedades crónicas contraídas antes de abril de 2012, en Madrid y Murcia; asistencia en casos de enfermedad mental en Madrid, Islas Baleares y La Rioja; y casos considerados de riesgo para la salud pública en Madrid, Castilla y León, Islas Baleares y La Rioja). Por último, tan solo una comunidad autónoma (Castilla-La Mancha) aplica a rajatabla, y sin ninguna excepción, el RDL (Médicos del Mundo, 2014a: 21).

Poco se conoce, a nivel oficial, de las consecuencias que está teniendo la aplicación de la reforma sanitaria y, a estas alturas, resultan inverosímiles las repetidas afirmaciones procedentes del Gobierno que sostienen que la atención sanitaria sigue siendo universal en España y que nadie se ha visto desprovisto de la asistencia médica. Lo cierto es que, desde el mismo Gobierno que trata de hacer creer que no se ha excluido a nadie del sistema, se ha llegado a afirmar que “la tarjeta sanitaria les corresponde a los españoles”²⁹

²⁸ Muchos de estos programas son poco conocidos por la población potencialmente beneficiaria y han sido criticados en algunas comunidades autónomas por conformarse tan sólo como “parches” que no resuelven el problema, ya que facilitan el acceso a la asistencia sanitaria sin restituir el derecho a la misma. En el País Valenciano, por ejemplo, el propio secretario de Sanidad ha afirmado recientemente que 74.000 personas (la mayor parte inmigrantes irregulares) han quedado excluidas del sistema sanitario, al mismo tiempo que informa de que tan sólo 3.000 de ellas se han acogido al plan que se ofrece a los no asegurados ni beneficiarios que carecen de recursos económicos, el denominado Plan Valenciano de Protección de la Salud. Se aprecia así cómo este mecanismo alternativo apenas cubre a una ínfima parte de la población que ha quedado desasistida (véase “Sanidad reconoce que 74.000 personas están excluidas de la atención médica”, *Levante-El Mercantil Valenciano*, 9 de mayo de 2014, <http://bit.ly/1r8GnVQ>). En Canarias, en el mes de febrero de 2014, 145 personas se habían acogido al programa especial establecido al efecto, cuando ya se habían retirado 48.000 tarjetas sanitarias (Médicos del Mundo, 2014a: 15).

²⁹ Véase “Mato: “La tarjeta corresponde a los españoles”, *Público.es*, 24 de abril de 2012, <http://bit.ly/1kSmLhn>. Las muertes de dos extranjeras más, Soledad Torrico y Jeanneth Beltrán, han sido relacionadas también por diversas entidades sociales con la reforma sanitaria y el racismo institucional que, en ocasiones, impide la correcta atención de los pacientes inmigrantes, independientemente de su situación administrativa y de los derechos que les asistan. Véase “Denunciarán a médicos y cargos de Sanidad por la muerte de la mujer boliviana sin SIP”, *Levante-EMV*, 26 de febrero

o que “no hay que olvidar que mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada”³⁰, aspecto este último que ha sido varias veces refutado por diversos estudios³¹ y que denota un absoluto desconocimiento de la realidad (cuando no un intento por manipular a la opinión pública) por parte de la clase gobernante. No es objeto de este trabajo el análisis del discurso político sobre el que se sostiene la exclusión sanitaria, pero es algo, sin duda, de interés, puesto que este discurso juega un papel significativo en la conformación del imaginario social.

En abril de 2013 se conoció, por primera vez, la cifra de extranjeros (873.000) que habían quedado excluidos del sistema sanitario normalizado³². Más tarde, en enero de 2014, desde el Ministerio de Sanidad se informó de que, desde la entrada en vigor del RDL 16/2012, se habían retirado 748.835 tarjetas (Médicos del Mundo, 2014a: 8). Independientemente de que las cifras no sean exactas y de que se desconozca cómo se calculan o las características de esas personas desprovistas de sus tarjetas (comunitarios, extracomunitarios...), se trata de un número muy elevado de casos. Y el problema, según han denunciado diversas entidades profesionales y ONG, no termina ahí, pues se han documentado varios casos de no atención incluso en aquellas situaciones en las que el RDL sí reconoce la asistencia sanitaria.

Algunas de las prácticas más denunciadas son las relacionadas con el reparto de hojas “informativas” que anuncian al paciente que su atención será cobrada si carece de tarjeta sanitaria, la exigencia de firma de un compromiso de pago, previo a la atención, que se solicita en algunos centros sanitarios, y la emisión de facturas por los servicios prestados. Tal y como ha denunciado, entre otras organizaciones, la plataforma Yo Sí Sanidad Universal³³, estas actuaciones se llevan a cabo, en no pocas ocasiones, en los servicios de urgencias (cuya utilización sí está reconocida para los inmigrantes sin permiso de residencia). El compromiso de pago juega un importante papel disuasorio que puede llevar a que personas gravemente enfermas, que no disponen de medios para ser atendidas en servicios privados, no puedan tratar sus enfermedades³⁴. Uno de los

de 2013, <http://bit.ly/1xshIgK>, y “Un hospital manda un aviso de cobro a una mujer que murió tras varias horas de atención en urgencias”, *Eldiario.es*, 7 de julio de 2014, <http://bit.ly/U0FuAe>.

³⁰ Véase «El portavoz del PP dice que la sanidad no puede ser un “coladero” de inmigrantes», *El País*, 24 de abril de 2012.

³¹ La Fundación PFIZER (2008) concluyó, tras realizar un estudio a través de encuesta con población inmigrante residente en España, que para el 65,7% de los encuestados el acceso libre y gratuito al sistema sanitario español no había jugado papel alguno en su decisión de venir a vivir a España. Otro estudio, desarrollado por el Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad, perteneciente a Médicos del Mundo (2009), fijó en un 4,2 el porcentaje de población inmigrante que incluyó razones de salud entre los motivos que le llevaron a migrar a España.

³² Esta cifra se incluye en el documento oficial relativo al Programa Nacional de Reformas del Reino de España (2013: 113).

³³ Promovido por trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud, este movimiento ciudadano ha reclamado la objeción de conciencia de los profesionales ante el RDL 16/2012 y ha desarrollado diferentes acciones encaminadas a conocer y denunciar las consecuencias adversas de la reforma sanitaria. En el informe citado, se recogen imágenes y copias de documentos que muestran cómo en determinados centros de salud y hospitales se niega u obstaculiza la atención sanitaria a las personas que no son usuarias ni beneficiarias del Sistema Nacional de Salud, poniendo en evidencia el régimen de exclusión sanitaria que instaura la nueva regulación de la asistencia sanitaria pública en España. Para más información, véase www.yosisanidaduniversal.net.

³⁴ Téngase en cuenta que a la frecuente imposibilidad de hacer frente al coste de la atención se une el hecho de que no pagar una factura sanitaria pendiente implica contraer una deuda pública que puede comportar el embargo de cuentas o nóminas y dificultar el acceso a créditos bancarios, entre otras dificultades. Como ejemplo de las graves

casos documentados en un informe de esta plataforma (Yo Sí Sanidad Universal, 2013: 7-8), a través de la narración de uno de los médicos que aplican la desobediencia del RDL, da buena cuenta de la problemática generada por estas actuaciones:

Pareja (marido y mujer) de indigentes, rumanos, viviendo en la calle desde hace un mes. Traídos por servicios de emergencias (SAMUR) por pedir estos su asistencia en la calle, donde se encontraban tosiendo y con aspecto enfermo. Ambos reciben “compromiso de pago” en la puerta, por lo que se niegan a entrar. Con ayuda de intérpretes se les convence, pero solo la mujer, que se siente más enferma, acepta ser valorada (radiografías, análisis) mientras el marido no acepta, por no poder cumplir el compromiso de pago. La mujer es ingresada y trasladada a otro centro con el diagnóstico de tuberculosis. Al marido se le explica que la enfermedad es totalmente contagiosa y grave, pero, con el papel de compromiso de pago en la mano, rechaza la atención.

Los obstáculos, por tanto, no se limitan a las situaciones que han quedado sin cobertura, sino que se producen también en los supuestos que la normativa sí contempla. Y no sólo en las urgencias médicas y en el seguimiento posterior de las mismas, sino también en la atención a menores de edad y a mujeres embarazadas³⁵. Así lo ha denunciado, entre otras organizaciones, Médicos del Mundo (2014a) en su último informe sobre los efectos de la reforma sanitaria, en el que se relatan algunos de los más de 1.000 casos de vulneración del derecho a la asistencia sanitaria que ha registrado esta organización desde la entrada en vigor de la reforma sanitaria hasta el mes de abril de 2014.

Es difícil medir el impacto real que la exclusión sanitaria ha tenido sobre la salud de cada una de las personas afectadas, aunque, gracias a diferentes organizaciones no gubernamentales, contamos ya con un buen número de testimonios que muestran la imagen más perversa de la sustracción de este derecho a los inmigrantes indocumentados. El caso más extremo fue el de la muerte de Alpha Pam³⁶. Este inmigrante senegalés, de tan solo 28 años, que se encontraba en situación irregular en España y carecía de tarjeta sanitaria, murió de tuberculosis, una enfermedad perfectamente tratable. La enfermedad ni siquiera le había sido diagnosticada, a pesar de haber acudido varias veces con síntomas al Hospital Comarcal de Inca (Islas Baleares) donde, según el testimonio de la persona con la que compartía la vivienda, le denegaron por dos veces la atención médica al carecer de tarjeta sanitaria³⁷. En una tercera ocasión, sí le atendieron (once días antes de su muerte, sin practicarle las pruebas diagnósticas que habrían detectado inmediatamente la enfermedad) y le exigieron que firmara un compromiso

consecuencias de esta política disuasoria, consúltese “Una inmigrante sufre un aborto tras no ser atendida en el hospital de Denia”, *El País*, 2 de septiembre de 2014, <http://bit.ly/Y7DR6x>.

³⁵ Los problemas que las personas en situación de mayor precariedad (y, particularmente, las mujeres embarazadas y los menores de edad) tienen en Europa a la hora de acceder a la sanidad pública, han sido analizados recientemente por Médicos del Mundo (2014b).

³⁶ Véase “Polémica en Mallorca por la muerte por tuberculosis de un inmigrante”, *El País*, 4 de mayo de 2013, <http://bit.ly/125sGaf>. La persona que convivía en España con este inmigrante fallecido ha relatado sucesivas negativas de atención a su compañero y ha denunciado las importantes negligencias asociadas al caso (véase “En el Hospital de Inca exigieron a Alpha Pam que pagara y luego no le hicieron nada”, *el Diario de Mallorca*, 22 de mayo de 2013, <http://bit.ly/10TaqPP>).

³⁷ En Baleares, la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados ha sido especialmente intensa y ha provocado que el derecho humano a la salud de miles de personas se haya visto vulnerado, tal y como ha denunciado Amnistía Internacional (2013).

de pago. El caso fue denunciado por la coalición econacionalista Más per Mallorca y la asociación Médicos del Mundo, que responsabilizaron de esta muerte a las trabas impuestas por el RDL 16/2012 para la atención sanitaria de los inmigrantes en situación administrativa irregular. El diputado socialista José Martínez Olmos inquirió a la actual titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, en el pleno del Congreso de los Diputados y le reprochó que esta medida esté generando problemáticas de este tipo. A la pregunta oral formulada por este diputado, la ministra contestó que “a ninguna persona se le ha negado asistencia sanitaria, absolutamente a ninguna” (*sic*) y que desde el Gobierno “no vamos a consentir que ninguna persona tenga peor atención que otra en función de su origen y condición” (*sic*)³⁸.

Otros casos han ido saliendo a la luz en los últimos meses, algunos de ellos especialmente graves³⁹, y han hecho visible las tremendas consecuencias de una medida no anunciada (a pesar del importante impacto del RDL 16/2012, sus disposiciones más importantes no fueron nunca incluidas en el programa electoral del partido gobernante) que ha cercenado los derechos de los inmigrantes indocumentados y ha obstaculizado la atención sanitaria (y especialmente el tratamiento farmacológico) de las clases más populares⁴⁰.

El trabajo de las entidades sociales y los movimientos ciudadanos está siendo clave para documentar estos casos de desatención. La plataforma Yo Sí Sanidad Universal puso en marcha un dispositivo de detección de casos, el Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria, que sigue la estela de otros registros de carácter autonómico, como el que gestiona en el País Valenciano el Observatorio del Derecho Universal a la Salud (ODUSALUD). Este Observatorio, conformado por 68 entidades sociales y profesionales, ha recibido 718 notificaciones de incidencias desde su puesta en marcha en noviembre de 2012 hasta el mes de junio de 2014. En su último informe (ODUSALUD, 2014b) destaca la existencia, por este orden, de incidencias relacionadas con la falta de acceso a la atención médica, la facturación o exigencia de compromisos de pago y la dificultad de acceso a los tratamientos farmacológicos.

No cabe aquí listar de manera exhaustiva los diferentes casos detectados en estos meses por las organizaciones que están haciendo el seguimiento de esta cuestión. Son los rostros de las verdaderas consecuencias de la reforma que hemos analizado en este trabajo. Historias de negación de asistencia, de enfermos crónicos que no pueden pagar su medicación (no solo extranjeros indocumentados, también españoles), de inmigrantes que no acuden a los centros sanitarios por temor a que se les facture y no puedan pagarlo

³⁸ Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, año 2013, nº 113, 22 de mayo de 2013.

³⁹ Las muertes de dos extranjeras más, Soledad Torrico y Jeanneth Beltrán, han sido relacionadas también por diversas entidades sociales con la reforma sanitaria y el racismo institucional que, en ocasiones, impide la correcta atención de los pacientes inmigrantes, independientemente de su situación administrativa y de los derechos que les asistan. Véase con “Un hospital manda un aviso de cobro a una mujer que murió tras varias horas de atención en urgencias”, *Eldiario.es*, 7 de julio de 2014, <http://bit.ly/U0FuAe>.

⁴⁰ Véanse como ejemplo las denuncias que algunos profesionales sanitarios han hecho en relación a las dificultades asociadas a la detección y tratamiento de la ya citada enfermedad de la tuberculosis en la población inmigrante en situación irregular, “Desinformación y caos en torno a la tuberculosis en España”, *El Mundo.es*, 31 de mayo de 2013, <http://mun.do/133BfUE>.

o, simplemente, por miedo a que alguien pueda desvelar su situación de irregularidad administrativa. Historias que no serían posibles sin la existencia de esta nueva regulación que constituye un mecanismo más de exclusión institucional que ahonda en la configuración del inmigrante (especialmente del “sin papeles”) como un sujeto *sobrante* al que se le puede destituir de los derechos que le corresponden como persona.

Lo que se ha expuesto en este texto es solo una muestra más de ese cambio de modelo al que venimos asistiendo en España en lo que refiere a la garantía de los derechos sociales. Aquí se ha analizado el campo de la asistencia sanitaria, pero también en otros campos, como el educativo, asistimos a una privatización de derechos que acaba desvirtuando el sentido de los mismos y vaciándolos de su contenido esencial. Esta política de devaluación intencionada del sentido y alcance de lo público y de fomento del sector privado nos está conduciendo a un sistema en el que los derechos sociales son desigualmente garantizados en función de las condiciones socioeconómicas de los sujetos, con las nefastas consecuencias que esto conlleva para la cohesión social y la consecución de esa sociedad justa e igualitaria por muchos anhelada.

Habitualmente los gobernantes aluden interesadamente a los derechos humanos como algo de obligado cumplimiento mientras legislan abiertamente en contra de los mismos. Privar a los inmigrantes, en función de su situación administrativa, del derecho a la asistencia sanitaria colisiona abiertamente con aquello a lo que nos comprometimos como Estado con la subscripción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es ilegítimo, también, de acuerdo con otras normas que hemos ido mencionando en este texto. Y es, además, inmoral. Una expresión de la indecencia instituida desde unos escenarios de poder que, con este tipo de medidas, promueven abiertamente una desigualdad con importantes repercusiones para la salud de las personas afectadas.

Bibliografía

- Achotegui, J. (2009), “Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”, *ZERBITZUAN*, nº 46, pp. 163-171.
- Amnistía Internacional (2013), *El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares*, <http://bit.ly/1ro9hPB>.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2005), *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*, Barcelona, el Viejo Topo.
- Bermúdez, E. (2006), *Mujeres inmigrantes y salud. Testimonios colombianos*, Valencia, Universitat de València.
- Burón, A. (2012), *Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Cataluña*, tesis doctoral, <http://bit.ly/1Be8I4L>.
- Cachón, L. (2009), «En la “España inmigrante”: entre la fragilidad de los inmigrantes y las políticas de integración», *Papeles del CEIC*, vol. 2009/1, nº 45, <http://bit.ly/1mAqLZ7>.
- Cea D’Ancona, M. A. y Valles, M. S. (2013), *Evolución del racismo y la xenofobia en España. Informe 2012*, Madrid, Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Comité Europeo de Derechos Sociales (2013), *Conclusions XX-2 (2013) (Spain)*, disponible en <http://bit.ly/1qw8qLl>.
- Comisión Europea (2014), *Evaluación del Programa Nacional de Reformas de 2014 del Programa de Estabilidad de 2014 de España*, <http://bit.ly/1kAYE5d>.

- Consell de Garanties Estatutàries de Catalunya (2012), *Dictamen 6/2012, de 1 de junio, sobre el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Público de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*.
- De Lucas, J. (2012), “Sobre los fundamentos de la igualdad y del reconocimiento”, en J. de Lucas, A. Quiñones, P. Campelo, A. Izaola e I. Zubero, *Inmigración e integración en la UE. Dos retos para el s.XXI*, Eurobask, pp. 11-91, Vitoria, Eurobask.
- Defensor del Pueblo (2013), *Informe Anual a las Cortes Generales 2012*, disponible en <http://bit.ly/1ri6WFD>.
- Defensor del Pueblo (2014), *Informe Anual a las Cortes Generales 2013*, disponible en <http://bit.ly/1fQxpGG>.
- Delgado, L. E. (2013), “El Estado social y la fragilidad de los derechos sociales en tiempos de crisis económica”, *Estudios de Deusto*, vol. 61/2, pp. 43-68.
- Delgado, M. (2009), “Seres de otro mundo: sobre la función simbólica del inmigrante”, en Mellado, Ll. (coord.), *La dinámica del contacto: movilidad, encuentro y conflicto en las relaciones interculturales*, Barcelona, CIDOB Ediciones, pp. 13-22.
- Fundación PFIZER (2008), *Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español*, <http://bit.ly/1wrs90b>.
- Goffman, E. (2006), *Estigma*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Huma network (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) (2009), *Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries*, <http://bit.ly/18qDgMU>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Encuesta de Condiciones de Vida 2013*, <http://bit.ly/1jMsPx2>.
- Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona (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*, <http://bit.ly/110pmMb>.
- Laparra, M. y Tortosa, J. M. (2003), “Violencia estructural: una ilustración del concepto”, *Revista Documentación Social* nº 131, pp. 57-72.
- Lema, C. (2012), *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud. Historia del derecho a la salud en el siglo XX*, Madrid, Dykinson.
- Mahía, R. y de Arce, R. (2014), “Pobreza de la población extranjera en España”, en J. Arango, D. Moya y J. Oliver (dir.), *Inmigración y emigración: mitos y realidades. Anuario de la inmigración en España 2013*, Barcelona, CIDOB.
- Médicos del Mundo (2014a), *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*, disponible en <http://bit.ly/1e5yafV>.
- Médicos del Mundo (2014b), *El acceso a la sanidad de las personas en situación de mayor precariedad en una Europa en crisis social. El caso de las mujeres embarazadas y los/as menores*, <http://bit.ly/1sNPrxj>.
- Médicos del Mundo (2009), *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*, <http://bit.ly/1reoyEO>.
- Mora, A. (2013a), “El RDL 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*, pp. 1041-1050.
- Mora, A. (2013b), “El derecho a la salud de las personas inmigrantes y su nueva regulación en el Estado español”, en De Lucas, J. y Añón, M. J. *Integración y derechos: a la búsqueda de indicadores*, Barcelona, Icaria, pp. 67-102.

- Mora, A. (2010), “Integrando la desigualdad: la normalización de la exclusión social de las personas inmigrantes”, en Conejero, E. y Ortega, A. *Inmigración, integración, mediación intercultural y participación ciudadana*, San Vicente, Editorial Club Universitario, pp. 133-160.
- Morice, A. (2007), “El difícil reconocimiento de los sin papeles en Francia”, en Suárez-Navaz, L., Macià, R. y Moreno, A. *Las luchas de los sin papeles y la extensión de la ciudadanía. Perspectivas críticas desde Europa y Estados Unidos*, Madrid, Traficantes de Sueños, pp. 39-71.
- Morris, L. (2002), *Managing migration: civic stratification and migrant’s rights*, Londres, Routledge.
- Nussbaum, M. C. (2012), *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*, Barcelona, Espasa Libros.
- ODUSALUD (2014a), *Informe nº 7: el derecho a la salud de los ciudadanos europeos*, <http://bit.ly/1sUqvUA>.
- ODUSALUD (2014b), *Informe nº 8: 1 de julio de 2014*, <http://bit.ly/1oDJYor>.
- Organización Internacional de las Migraciones (2013), *International migration, health and human rights*, <http://bit.ly/1sQ8OWp>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946), *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, <http://bit.ly/NDyoid>.
- Reino de España (2013), *Programa Nacional de Reformas de España 2013*, <http://bit.ly/1megSLc>.
- Ruteere, M. (2013), *Informe del Relator Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia*, Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, <http://bit.ly/1nojW7B>.
- Santamaría, E. (2002), *La incógnita del extraño*, Rubí (Barcelona), Anthropos.
- Sayed-Ahmad, N. (2010), “Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud”, en Melero, L. (coord.), *La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas inmigrantes*, Valencia, Fundación Ceimigra, pp. 259-296.
- Solanes, A. (2014), “La salud como derecho en España: reformas en un contexto de crisis económica”, *Derechos y Libertades*, nº 31, pp. 127-161.
- Van Dongen, E. y Van Dijk, R. (2011), “Sacar a los peces del agua. La opacidad de la discriminación en la atención sanitaria a inmigrantes”, en Comelles, J. M. et al. (comps.), *Migraciones y salud*, Tarragona, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, pp. 167-183.
- Vázquez, A. (2013), “Derecho a la salud y nuevas formas de vulnerabilidad”, *Actas del IV Congreso de la Red Española de Política Social*, pp. 1076-1084.
- Yo sí Sanidad Universal (2013), *Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia*, <http://bit.ly/1rILkbx>.