



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud”

Autora:

D^a. Sandra Villafáñez Conde

Tutor/a:

María Félix Rivas Antón

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2014 – 2015

FECHA DE ENTREGA: 17 de Junio de 2015

Índice

INTRODUCCIÓN	4
1. Evolución de la inmigración en España: la inmigración irregular.....	7
2. El Sistema Sanitario en España y la inmigración: el antes y el después del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud	14
3. Aspectos de la reforma legislativa introducida por el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, en relación al colectivo inmigrante	18
3.1 Finalidad del legislador	19
3.2 Consecuencias de la reforma del sistema sanitario español en relación al colectivo inmigrante	20
3.3. Las excepciones: Comunidades Autónomas que no lo han llevado a cabo y los programas especiales	26
4. El papel del trabajador social sanitario con los inmigrantes en situación irregular ..	30
4.1 Trabajo Social: la intervención del trabajador social sanitario con los inmigrantes en situación irregular.....	33
4.2 La objeción de conciencia.....	34
4.3 Propuesta de protocolo de actuación con inmigrantes en situación administrativa irregular	37
CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS.....	54

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Extranjeros.	12
Tabla 1.	29

RESUMEN

El 24 de abril del 2012 entraba en vigor el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el cuál supuso un cambio sustancial respecto a legislaciones anteriores. Una de las modificaciones más controvertidas fue la exigencia de residencia a los inmigrantes para poder acceder al Sistema Nacional de Salud, excluyéndolos del mismo excepto en situaciones de urgencia, asistencia al embarazo o menores de dieciocho años. Esta medida trae consigo una serie de consecuencias negativas para un colectivo vulnerable, como es el de los inmigrantes, a los que se les limita el acceso a un derecho reconocido como universal por diferentes tratados y declaraciones internacionales ratificadas por España.

Palabras clave: salud, inmigrantes, irregular, sistema sanitario, asistencia sanitaria.

ABSTRACT

On April 24, 2012 there was coming into force the Royal Decree - law 16/2012, of April 20, of urgent measures to guarantee the sustainability of the National System of Health and to improve the quality and safety of his presentations, which supposed a substantial change with regard to previous legislations. One of the most controversial modifications was the exigency of residence to the immigrants to be able to accede to the National System of Health, excluding them from the same one except in situations of urgency, assistance to the pregnancy or eighteen-year-old minors. This measure brings with it a series of negative consequences for a vulnerable group, as it is that of immigrants, to which restricted access to a right recognized as universal by various treaties and international declarations ratified by Spain.

Keywords: health, immigrants, irregular, health system, healthcare

INTRODUCCIÓN

La inmigración ha pasado a ser una cuestión social de gran calibre tras la llegada, cada vez más amplia, de población inmigrante a nuestro país, lo que ha provocado que se lleven a cabo ciertas medidas y reformas legislativas, ya sea para ampliar derechos o para reducirles.

Y uno de los temas para abordar en relación a este colectivo es su acceso al Sistema Nacional de Salud, pues tras la entrada 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, esta se ha visto limitada algo que no ocurría con la Ley General de Sanidad, que garantizaba el acceso a la sanidad de cualquier persona.

Y es que este Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, ha restringido el acceso al sistema sanitario a las personas extranjeras en situación irregular, justificándose en el gasto excesivo y en el turismo sanitario, y tratando de garantizar la sostenibilidad del propio Sistema Nacional de Salud. Pero esto ha dado lugar solo a un aumento de las disparidades entre nacionales y extranjeros, así como una serie de consecuencias perjudiciales para las personas extranjeras que ven limitado su acceso al sistema sanitario a tres situaciones como son las urgencias, los embarazos y la atención a menores de edad.

El no proporcionar una asistencia sanitaria universal conlleva, entre otros factores, un aumento de la mortalidad, el aumento de contagio de enfermedades infectocontagiosas, el no tratamiento de enfermedades de tipo crónico que podrían llevar a la muerte o el no trato de enfermedades mentales. Todo ello con el posible riesgo que supondría para la salud de toda la población.

El objetivo principal del trabajo es dar una visión sobre la situación de los inmigrantes que, a causa de este Real Decreto-Ley, han quedado excluidos del sistema nacional de salud y del papel de los trabajadores sociales sanitarios en este tipo de situaciones.

El presente trabajo está dividido en cuatro capítulos básicos e incluirá, además, las conclusiones a las que se ha llegado tras la realización del presente trabajo.

En el primer capítulo, *Evolución de la inmigración en España: la inmigración irregular*, se expondrán cuestiones básicas a cerca de la inmigración para, en su primer punto, ver la evolución que ha sufrido la inmigración en España pasando de ser exportadora a receptora de migrantes.

En el segundo capítulo, *Sistema Sanitario en España y la inmigración: el antes y después del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, se atenderá a la evolución del Sistema Nacional de Salud con sus respectivas leyes, recayendo todo el peso en dos leyes y un Real Decreto–Ley de gran importancia: la Ley del Sistema Nacional de Salud 14/1986, del 25 de abril; la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo, y el Real Decreto–Ley 16/2012.

En el tercer capítulo, *Aspectos de la reforma introducida por el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, en relación al colectivo inmigrante*, se expondrán las principales motivaciones que impulsaron este Real Decreto–Ley, los principales cambios introducidos centrándose en las personas titulares de derecho a las cuales debe darse atención sanitaria en comparación con la Ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas que han llevado a cabo otras medidas para poder prestar atención sanitaria, así como las consecuencias de la reforma del sistema sanitario español en relación al colectivo inmigrante.

El último capítulo, *El papel del trabajador social sanitario con los inmigrantes en situación irregular*, trata sobre el Trabajo Social Sanitario y su intervención con los inmigrantes en situaciones especiales. En este punto se definirá el Trabajo Social, así como el Trabajo social sanitario y se expondrán las funciones de éste, la manera de intervenir, la objeción de conciencia, así como una propuesta de protocolo de intervención con la población inmigrante cuando precisen atención médica de atención primaria.

Y, finalmente, las conclusiones, donde se recogen ciertos aspectos a destacar sobre el presente trabajo.

La realización de este trabajo supone, además, un enriquecimiento de mi conocimiento respecto al trabajo social, y se ve relacionado con diferentes asignaturas propias del plan de estudios entre las que se destacarían: Marco conceptual y referencial de los Servicios Sociales, Derecho público y acción social, Instituciones de Derecho Civil I y II, Sistema de Servicios Sociales, Estructura social, Fundamentos de política social, Fundamentos de Trabajo Social, Intervención micro en Trabajo Social, Redes sociales e intervención comunitaria en Trabajo Social, Sistemas de bienestar y Trabajo Social, Ética y deontología del trabajo social, Desigualdad y exclusión social en la sociedad del riesgo y, de forma más específica, Trabajo Social y salud, así como el Prácticum I y II.

Respecto a las competencias, la realización de este trabajo me ha permitido realizar una investigación que me ha permitido visualizar y dar a conocer una realidad de las que muchas personas no son conscientes y las consecuencias de la mismas; así como valorar las necesidades que presentan estas personas respecto a algo tan importante como es el derecho a la salud; analizar y sistematizar la información; el diseño de un plan / protocolo de actuación; el compromiso ético o el razonamiento crítico entre otras competencias.

1. Evolución de la inmigración en España: la inmigración irregular

La inmigración es un fenómeno social, inherente a todas las sociedades, que se ha dado a lo largo de toda la historia, desde las sociedades nómadas y sedentarias hasta la actualidad, y que se produce en todos los países del mundo, ya sea porque son emisores o receptores de flujos migratorios. García–Calabrés (2009) señala que “la inmigración es el acto de inmigrar, es decir, de entrar a residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen.” (p. 15)

Por tanto, puede entenderse como inmigrante a aquella persona proveniente de un país diferente al de su destino, con el objetivo de quedarse a residir de forma temporal o permanente en el país de destino y al que, principalmente, le mueven razones de tipo socioeconómico. Aja (2009) lo define como:

[...] el inmigrante es el trabajador extracomunitario y sus familiares directos, que vienen a España para mejorar laboralmente desde un país en vías de desarrollo. (p. 19)

Una vez señalada esta diferenciación entre extranjero e inmigrantes, pueden diferenciarse tres situaciones en las que pueden encontrarse los inmigrantes: aquellos que se encuentran en una situación regular, pues tienen permiso de residencia, de trabajo, de estudiantes, etc.; aquellos que se encuentran en una situación irregular administrativamente pero se encuentran empadronados en algún municipio, teniendo, por tanto, una situación ilegal; y, por último, aquellos que se encuentran en una situación irregular administrativamente y, además, no se encuentran empadronados en ningún municipio.

Entre las múltiples y complejas razones por las cuales se da este fenómeno podemos señalar tres grandes motivos que impulsan a las personas a abandonar sus países: las razones políticas, las razones socioeconómicas y los vínculos familiares.

En relación a las primeras, García–Calabrés (2009) señala: “Se refieren a las causas derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países. Muchas personas que temen la persecución y venganzas políticas abandonan un país para

establecer su residencia en otro” (p. 24). Se pueden señalar, también, la inestabilidad política o los regímenes dictatoriales, los conflictos bélicos u otro tipo de conflictos que impulsan la emigración de numerosas personas a otros países que no presenten estas características.

“Las razones de tipo socioeconómico son fundamentales en cualquier proceso migratorio” (García–Calabrés, 2009, p. 24). Entre estas razones resaltan el deseo de mejora laboral de muchos inmigrantes a causa, en numerosas ocasiones, de la falta de oportunidades laborales en sus países de origen, la necesidad, por parte de los países receptores, de mano de obra poco cualificada, el crecimiento económico de los países receptores, así como la globalización y la internacionalización de los mercados. López Sala (2005) señala “en la actualidad, los inmigrantes llegan a sociedades no sometidas, por lo general, a condiciones de boom económico y donde las necesidades de mano de obra se concentran en ciertos sectores deficitarios”. (p. 94)

Otro factor importante a señalar son los vínculos familiares, pues suponen una razón importante en cuanto a la persona inmigrantes, pues le resultará más beneficioso trasladarse a un lugar donde ya cuente con unos vínculos familiares, de amistad, etc., establecidos, así como aquellos que optan por realizar un reagrupamiento familiar con un familiar ya establecido en el país de destino. En relación a esto, Villareal (2008) indica:

Los migrantes crean redes complejas para facilitar la migración y la adaptación de sus familiares y amigos. Quienes han logrado insertarse en los países de destino poseen valiosas informaciones sobre el mercado de trabajo, los servicios disponibles (educación, salud, vivienda, etc.), los niveles de represión o laxitud de las políticas y, en fin, otros aspectos que influyen en el proceso de adaptación a un nuevo ambiente, al igual que informaciones pertinentes para salir del país. (p. 117)

Hay también otro tipo de razones, como son las guerras y otro tipo de conflictos internacionales que provocan que las personas tengan que refugiarse en otros países,

los efectos del clima, como son los tsunamis, terremotos, ciclones, etc., que estimulan el desplazamiento de personas hacia áreas en las que este tipo de fenómenos tenga una menor incidencia.

De igual forma, es importante tener en cuenta el perfil de la persona que emigra desde su país de origen a otro independientemente de las razones que lo motiven a ello. Respecto a esto, García–Calabrés (2009) afirma:

Aunque nos empeñamos, no hay un solo perfil de la población inmigrante, sino que son muchas las variables. Los rasgos de nuestros días ante este fenómeno son la inmigración globalización, ya que cada vez son más los países emisores y receptores de este proceso de migraciones dado los desequilibrios creciente en las relaciones Norte/Sur; la heterogeneidad de los sujetos, pues emigran tantas mujeres como hombres, jóvenes y adultos, estudiantes y mano de obra no cualificada, se reagrupa a niños y ancianos, etc. (p. 35)

Puede concluirse, por tanto, que no hay un único perfil, sino que éstos son diversos y variados, y van evolucionando así como lo hacen las sociedades.

En la mayor parte de las sociedades, pueden darse dos posturas, en relación a la inmigración y a los inmigrantes, claramente diferenciadas: la de aquellas personas que consideran que se trata de un fenómeno natural que puede verse como una oportunidad para todos, frente a la de aquellos que opinan que se trata de un problema social así como de una amenaza para la sociedad.

Como se ha señalado anteriormente, si bien la inmigración es un fenómeno que se ha producido a lo largo de toda la historia, ésta se ha visto incentivada por la globalización. López Sala (2005) señala:

Desde los años setenta las migraciones se han convertido, por ejemplo, en un fenómeno que afecta a todo el globo. En los procesos migratorios están implicados cada vez mayor número de países como expulsores o como receptores de inmigrantes.

La globalización ha alcanzado, por tanto, a los movimientos de población, consolidándose desde los años ochenta un sistema migratorio internacional. (p. 15)

Los movimientos de personas se han extendido a todo el globo, se han diversificado y han aumentado significativamente los desplazamientos que tienen por objeto la instalación definitiva en los países de destino. (p. 16)

El proceso de mundialización de las migraciones alcanza también a los países del cinturón mediterráneo, que se incorporan unas décadas más tarde que sus vecinos del norte al sistema migratorio europeo como países de recepción. (p. 21)

Si bien España tiene una tradición de flujos migratorios internos y externos, a causa de diversas razones como la economía y la política, éste ha sufrido una transformación pasando de ser un país exportador de mano de obra a ser receptor de flujos migratorios externos a partir de los años ochenta del siglo pasado.

Es tras la crisis de 1973 cuando los países del sur de Europa, antes exportadores de mano de obra, comienza a darse un cambio de tendencia en relación a la inmigración.

Hay una serie de elementos que merecen ser destacados como factores de cambio en relación de flujos migratorios, diferenciando entre factores internos y externos.

El proceso de convergencia de España con Europa en el ámbito migratorio obedece en primer lugar a causas que podemos considerar externas a la propia sociedad española: la creciente integración de los mercados de bienes, servicios y capitales a escala mundial (procesos centrales de la ‘globalización’), una de cuyas consecuencias más complejas (ni intencional ni percibida como deseada por los países más desarrollados) ha sido el incremento de los flujos migratorios globales. En el caso de España, la llegada y asentamiento de poblaciones de origen inmigrante puede ser también relacionada con el significativo desarrollo económico de las últimas décadas, así como con la relativa estabilidad política y

social alcanzada en este país tras la consolidación del régimen democrático, y su incorporación a la Comunidad Económica Europea (CEE), hoy Unión Europea (UE). (Moreno, 2007, p. 174)

El estancamiento económico y la inestabilidad social y política de los países de origen, así como la incertidumbre existente acerca de su evolución futura, junto con el carácter relativamente autónomo de los flujos migratorios una vez las redes sociales de colectivos inmigrantes han alcanzado un determinado volumen y densidad (a través de procesos de reagrupación y de creación de enclaves étnico – comunitarios), merecen también ser destacado como factores explicativos de los movimientos migratorios. (Moreno, 2007, p. 174)

El cambio de tendencia de flujos migratorios, donde España deja de ser país exportador para comenzar a ser receptora de migrantes, comienza a darse en la segunda mitad de la década de los ochenta, coincidiendo, al mismo tiempo, con el ingreso de nuestro país en la, por entonces, Comunidad Económica Europea, que tiempo más tarde pasaría a ser Unión Europea. Respecto a esto, López Sala (2005) señala “Nuestra incorporación a la Unión Europea aceleró en un primer momento la transformación de la cuestión migratoria en objeto de intervención pública”. (p. 22)

Esta tendencia comenzó a estimularse desde la segunda mitad de los años 90, pasando a ser un flujo migratorio positivo, “así, durante el año 2004 España fue el segundo país del mundo por volumen de inmigrantes recibidos, justo detrás de Estados Unidos” (Moreno, 2007, p. 173). La inmigración continuó incrementándose año tras año, si bien la crisis económica ha provocado un punto de inflexión para la llegada de flujos migratorios que, como puede observarse en el gráfico 1, comienza a descender en los dos últimos años.

Si bien es verdad que se sigue produciendo la entrada de inmigrantes provenientes de otros países, la crisis económica ha ocasionado la salida de aquellas personas que llegaron a España con la esperanza de mejorar sus condiciones de vida y que, con la crisis económica, se vieron en la necesidad de retornar a sus países o emigrar, de

nuevo, a otros en busca de un mejor empleo y condiciones de vida, como lo habían hecho cuando habían venido a España.

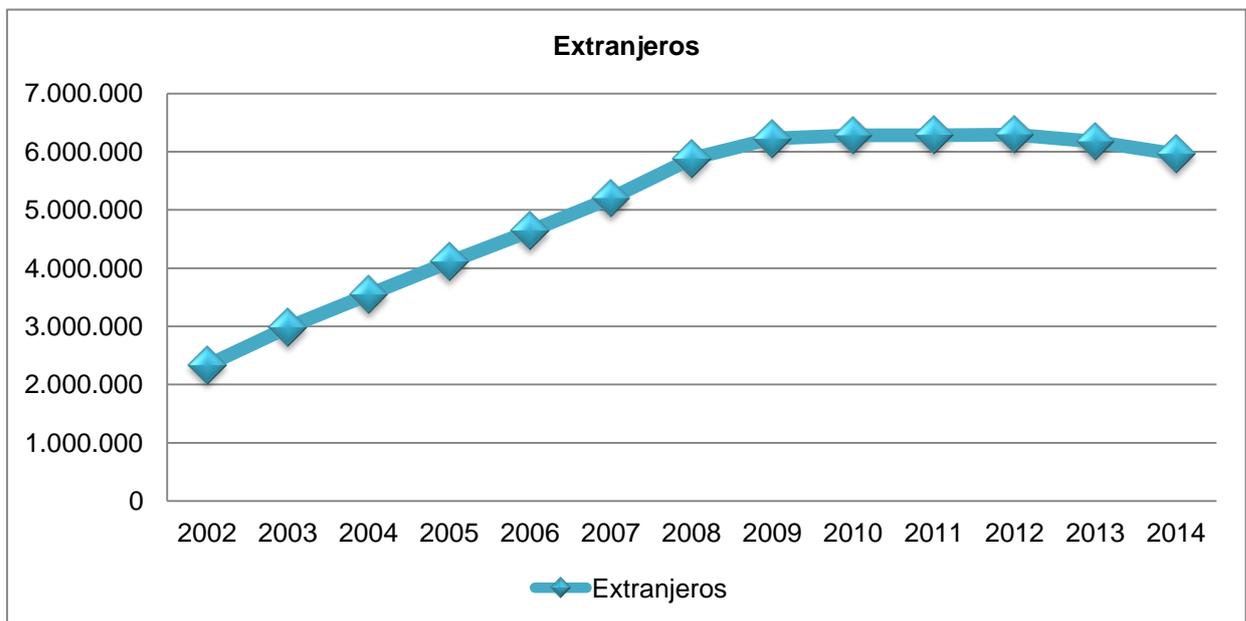


Gráfico 1. Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

El presente gráfico se ha realizado a partir de los datos extraídos de las tablas de población ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en relación a la población entre los años 2002 y 2014 en España, contabilizándose los datos de aquellas personas que residan en el país y cuyo lugar de nacimiento no sea España, a 1 de enero de cada año representado en la tabla.

En el gráfico puede visualizarse como la inmigración se ha ido incrementando considerablemente desde el año 2002, alcanzando su punto álgido en el año 2012, donde se encuentra el mayor registro de entrada de personas extranjeras en España. Pero desde el 2013, posiblemente como consecuencia de la crisis económica en la que se encuentra inmerso el país desde que comenzase en el año 2008, se ha producido un leve descenso que podría incrementarse en los próximos años.

La existencia de estos flujos migratorios ha provocado que la inmigración haya pasado a ser una cuestión social que plantea una serie de retos tanto a la sociedad española como a sistemas económicos, sociales y políticos.

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

La afluencia de flujos migratorios provocó que se promovieran una serie de leyes, siendo la más relevante la vigente Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

López Sala (2005) señala:

La política de inmigración ha sido definida, en su sentido más lato, como el conjunto de normas, leyes, prácticas e instrumentos estatales destinados a regular la entrada de extranjeros, establecer las condiciones de su residencia y determinar los requisitos que deben cumplir para transformarse en ciudadanos. (p.203)

La vigente Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sufrió diversas modificaciones desde su promulgación hasta el año 2010, destacando, sobre todo, la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, 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. La importancia de esta ley recae en la limitación de una serie de determinados derechos a los inmigrantes en situación administrativa irregular.

El régimen jurídico de la inmigración se ha configurado en todos los Estados occidentales sobre la base de la distinción nacional – extranjero, considerando que el extranjero tiene unos derechos mínimos como persona pero la mayoría de los derechos, (...) sólo eran del ciudadano – nacional, términos que han llegado a ser sinónimos. (Aja, 2009, p. 9)

Esto toma una importancia aún mayor cuando extrapolamos las diversas reformas que ha sufrido la ley de extranjería a las modificaciones que ha sufrido la Ley del Sistema Nacional de Salud en lo que respecta a la población inmigrante.

2. El Sistema Sanitario en España y la inmigración: el antes y el después del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

El salud comienza a entenderse como un derecho tras la Segunda Guerra Mundial, tal y como señala Lema Añón (2012): “La aparición del derecho a la salud en las declaraciones de derechos se produce de la Segunda Guerra Mundial, momento a partir del cual este derecho tiene una presencia constante en los distintos documentos y sistemas que se van desarrollando” (p. 79) Entre estas declaraciones debemos remarcar las siguientes: el artículo 55 de la Carta de las Naciones Unidas (art.55); la constitución de la Organización Mundial de Salud; la Declaración Universal de Derechos Humanos (art.25); la Convención sobre los derechos del niño de 1989 (art.24); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996 (art.12); la Carta Social Europea de 1961 (art.11), así como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales de 1988 (art.10).

La seguridad pública nació en España como un seguro social, vinculado a la cotización del trabajador. Poco a poco el modelo se ha ido transformando desde los años setenta y, con la llegada de la democracia, se ha ido avanzando lentamente hacia otra concepción de la salud: no una contraprestación a lo cotizado, sino un derecho ciudadano universal. (Sánchez Carazo, 2012, p. 91)

En el caso de España, es la Constitución Española la cual, en su artículo 43, reconoce el derecho de protección de la salud indicando que es competencia de los poderes públicos, los cuales tienen la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, así como de prestaciones y servicios necesarios para garantizarla.

Pero cuando hablamos de los titulares de derecho, debemos remitirnos a la Ley del Sistema Nacional de Salud 14/1986, del 25 de abril, que garantizaba el derecho universal a la salud, pero que ha sufrido varios cambios desde su proclamación hasta

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud llegar al Real Decreto–Ley 16/2012, destacando entre estas modificaciones la ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo y la ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Moreno (2007) señala:

Según la Ley 4/2000, los extranjeros residentes tienen derecho a los servicios y prestaciones tanto básicas como específicas en las mismas condiciones que los españoles, mientras que los extranjeros en situación administrativa precaria tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas. (p. 181)

Esto se vería apoyado por lo que expresa la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en su artículo 1º y 3º, por los que se establece:

Artículo 1

- 1.** La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.
- 2.** Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
- 3.** Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.
- 4.** Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo.

Artículo 3

- 1.** Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- 2.** La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- 3.** La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.
- 4.** Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias.

Esto se verá alterado por la introducción de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, que expone en su artículo 3.1, referente a los titulares de los derechos, que:

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

La Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud de 2003, por tanto, consideraba, en su artículo tercero, que eran titulares de derecho aquellos españoles y extranjeros en territorio español, extendiendo, la Ley de Salud Pública, a todos aquellos que hubiesen agotado la prestación por desempleo.

Pero la introducción del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, el cual en su artículo primero modifica el artículo tercero de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, expuesto anteriormente, y señala que, quién ostente la condición de asegurado y, en el caso de que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriores, podrán acceder a la condición de asegurado acreditando que no superan límite de rentas aquellas personas de nacionalidad española o de algún Estado miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España, así como los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español. Así como señala, esta ley, que las personas que necesiten obtener asistencia sanitaria deberán abonar un pago correspondiente de contraprestación o una cuota derivada de un convenio especial siempre y cuando no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del asegurado.

Con esta medida no solo se limita el acceso a la sanidad pública de población inmigrante, sino que se suprime la universalidad que se reflejaba en la Ley General de Sanidad.

3. Aspectos de la reforma legislativa introducida por el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, en relación al colectivo inmigrante

En un contexto socioeconómico de crisis económica y financiera como el que se vive desde el 2008, el gobierno central vio necesario impulsar un Real Decreto–Ley de medidas urgentes con el objetivo principal de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

El 20 de abril del año 2012 se aprobaba el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, entrando en vigor tan solo cuatro días más tardes.

Este Real Decreto–Ley supone un cambio en el acceso al Sistema Nacional de Salud de las personas inmigrantes quienes, con anterioridad a la entrada en vigor del mismo, tenían reconocido el derecho a la asistencia sanitaria gratuita en las mismas condiciones que los españoles, con independencia de su situación administrativa, siempre y cuando estuvieran empadronados en el mismo municipio donde tenían su domicilio habitual.

Uno de los cambios más controvertidos de este Real Decreto–Ley es la titularidad del derecho a la salud y, por tanto, a la asistencia sanitaria gratuita, pasa a ser vinculante a la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud, lo que dificulta el acceso de ciertos colectivos al Sistema Nacional de Salud. Y, a su vez, se exige, a los extranjeros no comunitarios, la autorización de residencia para poder acceder a la asistencia sanitaria gratuita, pasando a ser tres los únicos supuestos en los se reciba la misma:

- situación de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica,
- de asistencia al embarazo, parto y postparto;
- así como a los extranjeros menores de dieciocho años.

En definitiva, puede afirmarse que la entrada en vigor de este Real Decreto–Ley y las medidas que contiene, restringen y limitan el acceso sanitario a ciertos colectivos de

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud personas inmigrantes, estando sujeto el derecho a la salud, principalmente, a la situación legal y laboral de las personas residentes en España, y que acaban, de algún modo, con el principio de universalidad que se venía impulsando desde la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

3.1 Finalidad del legislador

Son varios los motivos que impulsan y justifican la creación del Real Decreto-Ley, 16/2012, de 20 abril, desarrollándose éstas en la exposición de motivos del mismo, donde se dejan ver diferentes motivaciones por las cuales se impulsa el mismo, así como el objetivo fundamental de las mismas:

Las medidas que se aplican en el presente real Decreto–Ley tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se apliquen con la mayor urgencia posible.

En el preámbulo del mismo Real Decreto–Ley se expone que “la creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado de bienestar [...] lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.”

Partiendo de esa base, se exponen diversas motivaciones que han impulsado este Real Decreto–Ley, siendo el primero de ellos la grave situación económica en la que se encuentra sumergido en Sistema Nacional de Salud debido a diferentes causas, y que conduce a que sea imprescindible adoptar una serie de medidas de carácter urgente que contribuyan a evitar la persistencia del problema.

Otro de los motivos que se señalan en la exposición de motivos, son las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de salud autonómico, provocando

importantes desigualdades tanto en las prestaciones como en los servicios a los cuales pueden acceder los ciudadanos.

Se añade a éstos, la necesidad de dar un uso racional y una adecuación terapéutica de los tratamientos así como la imposibilidad de continuar aplazando el hacer frente a los actuales retos a los que se enfrenta la asistencia sanitaria, y que conllevarían un incremento del gasto sanitario.

De la misma manera, las cifras de los diferentes informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, hacen que resulte imprescindible regular la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad, y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, para que, de esta manera, pueda garantizarse realmente una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal a los ciudadanos.

3.2 Consecuencias de la reforma del sistema sanitario español en relación al colectivo inmigrante

El 20 de abril se aprobaba Real Decreto-Ley16/2012, el cuál incorporaba diferentes modificaciones respecto a las normativas anteriores.

Las modificaciones introducidas con este Real Decreto–Ley comprenden la regulación de la condición de asegurado, la creación de una cartera de servicios común que abarca todas las prestaciones sanitarias, así como el establecimiento del llamado “copago farmacéutico” un sistema de aportación económica de los beneficiarios respecto a la prestación farmacéutica.

Respecto a la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, se produce un cambio fundamental, pues se ésta se garantizará tan solo a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado o de beneficiario, siendo el Instituto Nacional de la Seguridad

Social el responsable tanto del reconocimiento como del control de quién reúna la condición de asegurado así como la de beneficiario.

Para aquellos que no reúnan los requisitos que se requieren para ser considerado como beneficiario o como asegurado, se da la opción de recibir asistencia sanitaria a través de los convenio especiales, para los cuales deben cumplirse unos requisitos especiales, como el acreditar residencia efectiva y continua en España durante, al menos, un año inmediato en el territorio español, a la fecha de la solicitud del convenio especial. A éste se le suma el estar empadronado en el momento de presentar la solicitud, así como el no tener acceso a un sistema de protección pública por cualquier otro título. Aquellas personas que acepten este convenio especial tan solo tendrán acceso a la cartera común básica de servicios sanitarios, excluyéndose aquellas prestaciones pertenecientes tanto a la cartera común suplementaria como a la cartera común de servicios sociales y teniendo, además, que abonar una contraprestación económica que dependerá de la edad del suscriptor.

En relación con la población extranjera no comunitaria, Lomas Hernández (2013) señala que:

[...] con anterioridad a la entrada en vigor del RD – Ley 16/2012, los ciudadanos extranjeros tenían reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, los extranjeros residentes legamente en España, pero también, y con independencia de cuál fuese su situación administrativa, los extranjeros empadronados en el municipio en el que tuviesen su domicilio habitual. (p. 50)

De forma anterior a la entrada del Real, aquellos inmigrantes que se encontraban en situación irregular tan solo debían de estar empadronados para poder recibir asistencia sanitaria, algo que deroga este Real Decreto – Ley, el cual exige autorización de residencia para que éstos puedan acceder al derecho a la salud, así como la condición de asegurado o beneficiario impuesta por el Instituto de la Seguridad Social.

Pero este derecho se verá limitado con la introducción del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, el cual señala que los extranjeros extracomunitarios deberán demostrar que son residentes legales en España a través de una autorización vigente de residencia, así como solicitar al Instituto de la Seguridad Social la condición de “asegurado” para poder solicitar la Tarjeta Sanitaria Individual correspondiente a su Comunidad Autónoma. En relación a esto, Aguado i Cudolà y Prado Pérez (2014) señalan que:

Para determinar la condición de asegurado o de beneficiario, uno de los conceptos clave a los que acude la legislación sanitaria es al de residencia. Esta exigencia se configura en algunos casos como una situación administrativa en la que se exige la correspondiente autorización, como es el caso de los extranjeros extracomunitarios. (p. 96)

Pero, ¿qué pasa con aquellas personas que no tengan autorización de residencia? Las personas en esta situación tan solo podrán recibir asistencia sanitaria en tres supuestos: de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica; de asistencia al embarazo, parto y posparto; así como a los extranjeros menores de dieciocho años, los cuales tendrán garantizado el recibir una asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Es importante señalar que muchas de las personas que se vieron excluidas del Sistema Nacional de Salud con la entrada de este Real Decreto – Ley, antes sí recibían asistencia sanitaria dado que cumplían el requisito fundamental para poder acceder a la asistencia sanitaria: el empadronamiento. Pero con la entrada en vigor de dicho Real Decreto – Ley, no solo perdieron su tarjeta sanitaria individual, sino el derecho a la asistencia sanitaria que antes sí recibían.

Vallejo (2012) señala que “según las organizaciones que representan a la población inmigrante en España, en torno a 700.000 personas podrían perder o no ver renovada su tarjeta sanitaria debido a las mencionadas medidas” (p. 17) Pero realmente,

¿cuántas personas han podido perder su tarjeta sanitaria con la introducción de este Real Decreto–Ley y, por tanto, han perdido su derecho a la asistencia sanitaria?

Me veo en la obligación de destacar las palabras de Vallejo (2012) que señalaba:

Por su parte, Castilla–La Mancha, cobrará 223 euros a los inmigrantes sin tarjeta sanitaria que acudan a urgencias, mientras que la asistencia al parto tendrá un coste de entre 2.369 y 6.264 euros, dependiendo de si se producen o no complicaciones durante el mismo, según la resolución publicada por el Diario Oficial de esa comunidad el pasado 13 de septiembre, que incluye los precios de otros servicios sanitarios públicos, a pesar de que el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, garantiza la asistencia sanitaria gratuita a ese colectivo en las mencionadas situaciones (p. 17)

Sin dudas, este Real Decreto–Ley no solo excluye a ciertas personas como titulares de derecho, sino que “con ello se evidencia que estamos asistiendo a un proceso de reducción de derechos de un sector de población residente en España donde son tangibles presupuestos de índole xenófoba y racista” (Olmos Alcaraz, 2012, p. 754)

La entrada en vigor del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, fue un antes y un después respecto al derecho a la salud de las personas inmigrantes el cual, como se ha visto en los puntos anteriores, se vio limitado. Algo que parece incompatible si se atiende al artículo 43 de la Constitución Española, al artículo 12 de la Ley de Extranjería 4/2000, a la Ley General de Sanidad así como a los numerosos pactos internacionales a los que España está suscrito, y que garantizan una sanidad universal.

En relación a esto, Sobrino Guijarro (2013), señala que:

la naturaleza de la restricción en el acceso a la sanidad para el colectivo de inmigrantes irregulares de acuerdo a la modificación legislativa española resultaría, por tanto, incompatible con una noción mínimamente integradora o tendencialmente universal de acceso a la sanidad. (p. 153)

Para la población inmigrante y, sobretodo, para aquellos que se encontraban en una situación irregular, este Real Decreto–Ley supuso un obstáculo para poder cubrir su derecho a la salud, sobre todo para aquellos que, con anterioridad a la entrada del mismo –cuando solo bastaba estar empadronado en el municipio donde residía– sí eran sujetos de tal derecho.

Las consecuencias comenzaron a darse desde el momento de su promulgación, y se hicieron visibles al poco tiempo de su entrada en vigor. A continuación, se expondrán algunas de las más significativas.

1. Limitación de un derecho que se considera universal en diferentes tratados ratificados por España, así como en la Constitución Española de 1978.
2. Los inmigrantes en situación administrativa irregular quedan excluidos del Sistema Nacional de Salud, lo que supone una situación de desamparo para ellas, así como la negación del derecho a la salud garantizado por diferentes tratados ratificados por España como la Declaración de los Derechos Humanos, la Carta Social Europea, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, etc., lo que las lleva, además, a una situación de exclusión sanitaria.
3. Escasa información acerca de los derechos a los que tienen acceso las personas en situación administrativa irregular tras la entrada en vigor del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril.
4. Exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular del Sistema Nacional de Salud que precisan de un tratamiento y/o seguimiento médico de su enfermedad (VIH, diabetes, hepatitis C, cáncer, enfermedades mentales, tuberculosis, etc.), lo que puede conllevar, al no recibirlo, un empeoramiento o cronificación de la misma.
5. Nula prevención, detección e identificación de enfermedades de todo tipo, incluyéndose las de riesgo para la salud pública y de obligada declaración.

6. Nula identificación y prevención de colectivos de enfermedades de colectivos con gran vulnerabilidad (dependientes, enfermedad mental, violencia de género, enfermedades crónicas y/o infecto contagiosas) que conlleva un gasto superior tras una detección tardía
7. La no detección de cierto tipo de enfermedades infecto-contagiosas y la falta de atención médicas de las mismas, conlleva un riesgo para la salud pública.
8. Numerosos inmigrantes en situación administrativa irregular optan por no acudir a urgencias hasta que su problema es realmente urgente, lo que lleva a que el gasto de urgencias sea aún mayor. Con relación a esto, Médicos del Mundo (2015) señalaba en su informe *“Derribando el muro de la exclusión sanitaria”* que *“eso ha significado en la práctica que muchas personas excluidas terminen utilizando la asistencia sanitaria únicamente cuando su situación de salud está seriamente comprometida, circunstancia que afecta gravemente su integridad física y eleva los costes de la asistencia sanitaria”* (p.6)
9. La imposibilidad de seguir un tratamiento por falta de atención médica, así como por el copago farmacéutico, que provoca que tengan que abonar el 100% del importe del medicamento cuando su situación económica es insuficiente para asumir el pago.
10. Multitud de inmigrantes en situación administrativa irregular no pueden asumir el importe requerido por las administraciones públicas y centros sanitarios por los insuficientes recursos con los que cuentan, así como no pueden acceder a los convenios especiales por falta de recursos suficientes para asumir el pago.
11. El no prestar atención primaria en los centros de salud supone un incremento del gasto en el servicio de urgencias dado que la enfermedad se encuentra en un estado más avanzado y, por tanto, el tratamiento será mayor.
12. Múltiples de inmigrantes en situación administrativa irregular deben recibir atención médica gratuita por medio de diversas entidades del tercer sector y ONG’s.
13. Aumento de la mortalidad a causa de la negación de la atención sanitaria, aún en los casos en los que se asegura la misma, como en el caso de un paciente al

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que se le denegó la asistencia sanitaria padeciendo tuberculosis, o como una mujer nicaragüense que tras horas de espera en la sala de urgencias, falleció en el hospital.

3.3. Las excepciones: Comunidades Autónomas que no lo han llevado a cabo y los programas especiales

Las Comunidades Autónomas han reaccionado de forma diferente al Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril.

Si bien la mayor parte de las Comunidades Autónomas españolas han llevado a cabo el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, algunas Comunidades Autónomas han optado por no aplicar, dentro de su territorio, esta reforma sanitaria, salvaguardando los derechos sanitarios reconocidos precedentemente a aquellos extranjeros en una situación irregular.

En este sentido, deben diferenciarse tres grupos:

- Aquellas Comunidades Autónomas que, desde el 1 de septiembre de 2012, negaron tanto la tarjeta como la asistencia sanitaria a aquellos inmigrantes irregulares salvo en los supuestos que se contemplan en dicho Real Decreto – Ley. Entre estas Comunidades Autónomas deben señalarse: Madrid, Castilla – La Mancha, Extremadura, Aragón, Cantabria, Islas Baleares, o Murcia.
- Aquellas comunidades que, desde un primer momento, se negaron a aplicar el Real Decreto–Ley en sus territorios facilitando, por tanto, la asistencia sanitaria a aquellos inmigrantes en situación irregular. Entre estas comunidades destacan: País Vasco, Principado de Asturias, Cataluña y Andalucía.
- Aquellas Comunidades Autónomas que han optado por desarrollar otros mecanismos o procedimientos que permitan una continuación de la prestación sanitaria para con los inmigrantes irregulares.

Conviene especialmente detenernos en el caso del País Vasco, pues dos meses después de la aprobación del Real Decreto–Ley 16/2012, el Consejo de Gobierno de Euskadi aprueba el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre el régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, por el que se amplía la cobertura sanitaria a las personas que habían sido excluidas por el Real Decreto–Ley 16/2012.

Así el art. 2.2 establece que aquellas personas que dispusieran de la Tarjeta Individual Sanitaria emitida en la Comunidad Autónoma de Euskadi, con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto–Ley 16/2012, recibirán las mismas prestaciones sanitarias que las que tuvieran la condición de asegurados o beneficiarios del Sistema Nacional de Salud. Para recibir la asistencia sanitaria es preciso que cumplan simultáneamente los requisitos exigidos en el art. 2.3: empadronamiento por un año en cualquiera de los municipios de Euskadi, carecer de determinados ingresos y no tener acceso a otro sistema de protección sanitaria pública. (Delgado del Rincón, 2014, pp. 223 – 224)

De la misma manera, el Gobierno Vasco formuló una orden, el 4 de julio de 2013, con el fin de regular el procedimiento para poder dar cobertura a aquellas personas que no ostentaban la condición de asegurado ni de beneficiarios propios del Sistema Nacional de Salud.

Tanto el Decreto 114/2012, de 26 de junio, como la Orden del 4 de julio de 2013, fueron recurridas por el Gobierno Central de la nación ante el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, el cual dio la razón al gobierno autonómico.

Pero el País Vasco no ha sido la única Comunidad Autónoma que ha tomado medidas ante la aprobación del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril. Navarra publicó, primeramente, un decreto foral que regulase tanto el procedimiento como las condiciones necesarias para el acceso al sistema sanitario, pero quedó derogado con la entrada de la Ley Foral 8/2013, con el cual las condiciones para acceder a la asistencia

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud sanitaria se remontaban a las anteriores a la entrada del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril. Si bien esta ley fue suspendida por el Tribunal Constitucional Español tras ser recurrida en diciembre, aquellas personas que percibieron una tarjeta sanitaria continuaron recibiendo asistencia sanitaria gratuita y, para aquellos que no la percibieron, se emitieron facturas con la decisión de no ejecutarlas hasta conocer el pronunciamiento del Tribunal Constitucional que, finalmente, en abril de 2014, se pronunció levantando la suspensión de dicha ley foral.

Si bien no han sido las únicas Comunidades Autónomas en tomar medidas para poder prestar una atención sanitaria gratuita y universal, conviene destacar, a su vez, que “el Real Decreto–Ley ha sido objeto de hasta seis recursos de inconstitucionalidad promovidos desde las Comunidades Autónomas: Navarra (julio de 2012), Andalucía, Principado de Asturias (septiembre de 2012), País Vasco, Canarias y Cataluña (febrero de 2013)” (Médicos del Mundo, 2014, p. 19)

Muchas Comunidades Autónomas han optado por llevar a cabo, programas o medidas especiales para aquellos extranjeros en situación irregular pero muchos de éstos no dan una atención integral a ciertas situaciones.

En general, los programas o medidas especiales puestos en marcha por algunas Comunidades Autónomas no incorporan medidas significativas orientadas a reducir la barrera económica que limita el acceso a los tratamientos y que tiene especial repercusión en un contexto de crisis económica. (Médicos del Mundo, 2014, p.16)

En base a los datos extraídos del “*Anexo I Resumen de situación por Comunidades Autónomas*” del informe de Médicos Sin Fronteras “Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo” se realiza la siguiente tabla resumen, encontrándose en el Anexo 1 una tabla completa, por Comunidades Autónomas, y diferentes variables.

	Medidas o programas especiales de acceso a la atención sanitaria alternativa	Vías de acceso para pacientes que no entran en programas especiales	
CCAA que lo llevan a cabo	Andalucía	Todos	Aragón
	Aragón		Comunidad de Madrid
	Canarias	Enfermedades crónicas	Canarias
	Cantabria		Euskadi
	Cataluña	Enfermedad mental	Comunidad Valenciana
	Comunidad de Madrid		
	Comunidad Valenciana	Enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública	Canarias
	Euskadi		Comunidad Valenciana
	Extremadura		Euskadi
	Galicia		
Principado de Asturias			
CCAA que NO lo llevan a cabo	Castilla La Mancha	Ninguna	Andalucía
	Castilla y León		Islas Baleares
	Islas Baleares	No consta	Cantabria
	La Rioja		Castilla La Mancha
			Castilla y León
	Cataluña		
	Extremadura		
	Galicia		
	Principado de Asturias		

Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de asociación independiente Médicos del Mundo

4. El papel del trabajador social sanitario con los inmigrantes en situación irregular

Dentro de los ámbitos donde puede darse el trabajo social, encontramos el ámbito sanitario. Colom Masfret (2010, p. 109) expone que “el trabajo social sanitario es la especialidad del trabajo social que se desarrolla y ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitario o la atención especializada”, por lo que es importante diferenciarlos de otro tipo de ámbitos donde el trabajador social también puede ejercer su labor profesional.

En el año 2013, José Luis Castrillo Alonso, Teresa de Jesús Diez Sánchez, M^a Ángeles Escaja Muga, José Miguel García Vela, Esther González Camino, Rosa González Fernández, et al., profesionales del ámbito sanitario de Castilla y León, elaboraron un documento de consenso sobre las funciones del trabajador social. En el cuál exponían:

La misión del profesional de Trabajo Social Sanitario, como miembro de un equipo asistencial, es aportar la valoración social y del entorno, establecer estrategias de intervención en la promoción y prevención de la salud y atender la problemática sociofamiliar de la persona enferma, familia o comunidad, para garantizar una atención integral a la población. (2013, p. 18)

En el ámbito de la salud siempre se da mucha importancia al diagnóstico médico, y se olvida, en ocasiones, el diagnóstico social realizado por el trabajador social pero, ¿por qué se le debe dar importancia a este diagnóstico social? La respuesta es simple: hay que tener en cuenta los factores psicosociales de la persona enferma, pues pueden llegar a ser determinantes para la adherencia terapéutica. Para que ésta adherencia terapéutica sea posible es imprescindible que la persona tome conciencia de su enfermedad. Pero también hay que tener en cuenta que, en una situación de crisis como la actual, a la que se suma el copago farmacéutico, y en la que numerosas familias se encuentran en una situación económica paupérrima, muchas veces no puede accederse a los medicamentos necesarios por un coste elevado de los mismos. Tampoco hay que olvidar la figura del cuidador, quién no solo resultará un apoyo para

la persona enferma, sino que será, en una gran parte de las situaciones, la persona que tenga contacto con los profesionales sanitarios, por lo que es básico que exista una buena relación médico – paciente. Será importante también que el cuidador se sienta bien cuidado y que haya un buen entorno social respecto al paciente y al cuidador.

La intervención del trabajador social dentro del ámbito sanitario comienza cuando la persona enferma, padece una enfermedad y el médico detecta que existe un problema social relacionado a ésta, si tiene un ingreso hospitalario, así como por propia iniciativa de la paciente por diversas cuestiones médicas, como la imposibilidad de realizar su trabajo como antes o que la imposibilidad de trabajar. La intervención se centrará, por tanto, en aquellos aspectos psicosociales de la persona enferma, no solo en el tiempo en el que transcurra su enfermedad, sino en su tratamiento y recuperación, incluso una vez terminado el mismo tratamiento.

El trabajador social será el encargado de realizar un diagnóstico social donde se evalúen ciertos aspectos psicosociales del paciente. En el programa informático MEDORA, propio del SACYL, existe la Guía de Valoración Social, un instrumento que sirve de guía para comprobar ciertos aspectos psicosociales que pueden servir de ayuda para valorar la situación social de la persona. Entre las cuestiones que incluye esta guía destacar: si tiene o no dependencia; si tiene o no discapacidad, y el grado en el caso de que la tenga; si tiene casa propia, los ingresos con los que cuenta; el núcleo de convivencia; el nivel educativo; apoyos dentro de su entorno social; o si tiene o no cuidador, entre otros.

“En el diagnóstico social sanitario se definen las dificultades que obstaculizarán la cobertura eficiente de las necesidades terapéuticas y asistenciales de la persona cuando deje el establecimiento sanitario y la manera como se van a solventar” (Colom Masfret, 2010, p.112) Es decir, a través del diagnóstico social el trabajador social tratará de evaluar las posibles dificultades que pueda tener la persona o su entorno cuando, por ejemplo, finalice el tratamiento, y entre las que podrían destacarse el no contar con el apoyo de un cuidador, las barreras arquitectónicas o lugares no

adaptados con los que pueda encontrarse la persona, las dificultades económicas, la imposibilidad de realizar sus labores profesionales como hasta ahora, etc. Muchas veces, la presencia de éstas, provoca que el paciente se encuentre con dificultades a la hora de recuperarse, que tenga recaídas, que no pueda realizar o continuar los tratamientos establecidos por el médico, que se encuentre dificultades a la hora de volver a realizar su vida cotidiana, incluso problemas a nivel emocional (depresiones, por ejemplo).

Respecto a las funciones del trabajador social sanitario, señalar que éste tiene unas funciones determinadas que pueden encontrarse en el documento elaborado por Jose Luis Castrillo Alonso, Teresa de Jesús Díez Sanchez, M^a Ángeles Escaja Muga, José Miguel García Vela, Esther González Camino, Rosa González Fernández, et al., mencionado anteriormente.

Son funciones generales del Trabajo Social Sanitario:

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.
5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.

6. Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.
7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.
8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.
9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidades, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
10. Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social. (2013, pp. 19-20)

4.1 Trabajo Social: la intervención del trabajador social sanitario con los inmigrantes en situación irregular

Como se ha visto anteriormente, muchas Comunidades Autónomas han optado por no acatar la normativa expedida en el Real Decreto – Ley. El caso de Castilla y León, no se ha tomado ningún programa especial como en otras Comunidades Autónomas, por lo que la atención a los inmigrantes en situación irregular se realiza en los tres supuestos reconocidos por el real decreto, es decir, en situación de situación de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta

médica; de asistencia al embarazo, parto y postparto; así como a los extranjeros menores de dieciocho años.

La intervención del trabajador social sanitario en la comunidad de Castilla y León, por tanto, consistiría en prestar información al inmigrante en situación administrativa irregular sobre la situación en la que se encuentran tras la aplicación del Real Decreto–Ley, es decir, que no podrán recibir asistencia sanitaria en atención primaria y los supuestos en los que sí podrían recibirla (situación de urgencia, embarazo y menores de edad). En el caso de los inmigrantes en situación administrativa irregular que antes sí recibían atención –pues solo se precisaba del padrón para recibir asistencia sanitaria–, se les informó de la situación de desprotección en la que quedaban tras la entrada en vigor del Real Decreto–Ley, así como los tres supuestos, señalados por el Real Decreto–Ley, en los que sí podrán recibirla.

Imprescindible decir que los trabajadores sociales sanitarios están en contacto con ciertas entidades del Tercer Sector, para derivar a aquellos inmigrantes en situación irregular que no reciben asistencia sanitaria, con el objetivo de que conozcan sus derechos y limitaciones (hasta donde es necesario que se financien el tema) (por ejemplo, la gratuidad de las prestaciones que pueden recibir) y de que conozcan diversas entidades donde pueden recibir atención sanitaria gratuita, como ciertas ONG que prestan este tipo de servicios en algunas Comunidades Autónomas, no teniendo constancia de que existan estas mismas dentro de la comunidad de Castilla y León.

4.2 La objeción de conciencia

Cebolla Bueno (2011) define la objeción de conciencia como “negativa inequívoca de un individuo a realizar el mandato jurídico de una norma al considerarla contraria a sus convicciones ideológicas, religiosas o morales” (p. 139)

Para los profesionales del trabajo social, la objeción ética no es solo un derecho reconocido, sino que viene reflejada en el artículo 47 del propio código deontológico de la profesión. Dicho artículo expone:

Artículo 47.- El/la profesional del trabajo social, de acuerdo con los principios básicos recogidos en este Código, según el marco de la intervención profesional (en relación con la persona usuaria, con otros profesionales y con las instituciones) y en los supuestos profesionales en los que la aplicación de la norma o mandato institucional suponga un conflicto con sus principios éticos, religiosos o morales, podrá invocar el derecho al acto individual de objeción de conciencia sin perjuicio de asumir posteriormente las responsabilidades derivadas de dicho acto.

Indicar también el artículo 36 del propio Código, que expresa:

Artículo 36.- El/la profesional del trabajo social ha de conocer la normativa, la organización y el funcionamiento de la entidad en la que trabaja, respetando sus objetivos. En caso de que aquellos sean contrarios total o parcialmente a los principios básicos de la profesión, el/la profesional actúe en conformidad con lo establecido en el presente Código. En caso de conflicto entre la dependencia laboral y el respeto a los principios de la profesión que pudieran generar acciones incompatibles con los principios éticos o la calidad o eficiencia profesional en beneficio de la persona usuaria, el/a profesional podrá recabar el apoyo y en su caso el amparo del Colegio Profesional.

Este artículo haría una referencia, indirecta, a la objeción de conciencia señalada en el artículo 36. Importantes tener en cuenta, de igual manera, los artículos 13 y 17 del Código Deontológico de la profesión.

Artículo 13.- Los/las profesionales del trabajo social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.

Artículo 17.- Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.

Estos artículos dejan ver no solo el derecho del profesional a la objeción de conciencia, sino que obligaciones éticas que deben cumplir para poder prestar un servicio de calidad y, en los cuales se deja ver que el profesional del trabajo social debe garantizar a todas las personas, sobre todo a aquellas que se encuentren en una situación vulnerable y sin discriminación alguna, una intervención de calidad en la cual se de la igualdad de oportunidades, y puedan acceder no solo a ciertos recursos, sino al apoyo para cubrir sus necesidades.

En relación al Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, y la exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular de la asistencia sanitaria, se elaboró un documento (Anexo 2) donde los trabajadores sociales de los centros sanitarios podían hacer constar su objeción de conciencia a dicho Real Decreto–Ley “alegando que dicha norma atenta directamente contra sus principios éticos y deberes deontológicos, por lo que objetan contra su cumplimiento y deciden libre e individualmente prestar asistencia a cualquier ciudadano que solicite su actuación profesional.” (Lima Fernández, 2013, p. 16)

Algunas de las razones que considero de gran importancia para la objeción de conciencia contra la reforma sanitaria son: la vulneración de un derecho básico como

es el derecho a la salud; el coste no solo económico, sino humano, que podría llegar a suponer el no atender a una persona enferma o el no seguimiento, tanto médico como social de la misma, la exclusión de personas con enfermedades crónicas o con necesidades sociales que precisan de una atención desde la atención primaria de salud (por el trabajador social sanitario de atención primaria) dada la relación establecida entre la necesidad y/o problema social y la enfermedad a la que puede estar asociada; así como la discriminación que se realiza al atender a unas personas y a otras no cuando el propio código ético, en sus artículos 13 y 17, los cuales garantizan que se prestará la mejor atención posible, así como la intervención adecuada, a cualquier persona sin discriminación alguna y, sobretodo, a aquellos colectivos de mayor vulnerabilidad.

4.3 Propuesta de protocolo de actuación con inmigrantes en situación administrativa irregular

La entrada en vigor del Real Decreto – Ley 16/2012, de 20 de abril, trajo consigo unas consecuencias que afectaron, principalmente, a aquellas personas en situación administrativa irregular. De igual manera, numerosos inmigrantes que antes sí contaban con el acceso al sistema sanitario a causa de la exigencia, tan solo, de la inscripción en el padrón municipal del municipio en el cuál tenían su domicilio habitual, perdieron el derecho del acceso al propio sistema con el requisito de exigencia de residencia para poder recibir asistencia sanitaria, lo que provocó que cientos de personas perdieran su derecho.

Como se ha señalado de forma anterior, muchas Comunidades Autónomas tomaron ciertas medidas en relación al propio Real Decreto–Ley a través de las cuales ofrecían, incluso, asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular que antes sí hubieran podido acceder al sistema, o que prestaban asistencia sanitaria en ciertas situaciones, lo que provocaba una desigual atención en la totalidad del territorio español.

Partiendo de esto, realizo una propuesta de protocolo para aquellos inmigrantes en situación administrativa irregular que precisen de una atención sanitaria de primer nivel o de un seguimiento médico, como en situaciones de accidente, padecimiento de enfermedad crónica, padecimiento de una enfermedad grave, etc.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA LOS INMIGRANTES EN SITUACION ADMINISTRATIVA IRREGULAR QUE PRECISEN UN TRATAMIENTO MÉDICO

Protocolo realizado por: Sandra Villafáñez Conde

Justificación

La entrada en vigor del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, provocó que aquellas personas procedentes de países extracomunitarios y en una situación administrativa irregular no pudieran acceder al sistema sanitario español excepto en tres supuestos, tal y como señala la nueva redacción del artículo tercero del Real Decreto – Ley:

- De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica
- De asistencia al embarazo, parto y postparto
- Los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

La principal modificación que introdujo este Real Decreto – Ley, fue la manera en la cual se configuró la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, de forma anterior a la normativa anterior. Esta normativa señalaba que aquellos extranjeros extracomunitarios deberán estar autorizados como residentes en España, así como estar reconocidos en la condición de asegurado o de beneficiario del Sistema de Seguridad Social. En el caso de que no cumplan con los requisitos señalados por la ley,

podrán acceder al Sistema Nacional de Salud a través de una contraprestación económica sujeta a un convenio especial.

El principal problema se encuentra cuando nos fijamos en aquellas personas extranjeras en situación administrativa irregular, con bajos recursos que tienen la opción de ampararse en los convenios especiales para poder recibir asistencia sanitaria, o en aquellas que, si bien han trabajado anteriormente y han recibido asistencia sanitaria, han quedado excluidas dada su situación administrativa irregular, provocada muchas veces por la tardanza que supone el tener que esperar la llegada de determinados papeles y/o certificados provenientes de sus países, o de que pase un tiempo determinado para poder expedir la nacional española por residencia. A éstos se le suman el caso de aquellas personas que precisan de una atención primaria de salud a causa de su situación de salud (enfermedades crónicas, enfermedades infecto-contagiosas, enfermedad mental, etc.) y que, con esta reforma, no la reciben.

Las Comunidades Autónomas han asumido de diferente manera el Real Decreto – Ley, de acuerdo a las competencias atribuidas por la Constitución Española de 1978 en el artículo 148.1.21, referentes a la Sanidad e Higiene. De esta manera, muchas Comunidades Autónomas han tomado diferentes maneras de cumplir este Real Decreto. Castilla La – Mancha, por ejemplo, es la única comunidad autónoma que ha cumplido el Real Decreto–Ley al completo, mientras que otras han optado por ofertar determinados servicios o por dictar una serie de normativas o planes que permitan dar asistencia sanitaria a aquellas personas inmigrantes en situación irregular.

Este protocolo, por tanto, va dirigido hacia aquellas personas que, provenientes de otro país extracomunitario, y en una situación administrativa irregular, precisen de una atención médica que no incluya los tres supuestos principales que el 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.

Objetivo

Este protocolo tiene como objetivo el poder garantizar la prevención y detección de ciertas enfermedades, así como la continuidad de ciertos tratamientos a aquellas personas extranjeras en situación administrativa irregular que precisen de ello.

Profesionales

Los profesionales involucrados en este protocolo serán los administrativos del Centro de Salud de Atención Primaria, los trabajadores sociales y los médicos y enfermeras

Los profesionales que estarán involucrados en la realización de este protocolo serán, principalmente, los trabajadores sociales, administrativos y médicos y enfermeras del mismo centro de salud.

Normativa en la que apoyarse

El artículo 43.1 de la Constitución Española reconoce el derecho a la salud pública a través de la protección de la salud, no obstante, con la entrada del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad de Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, este derecho se ve limitado a las personas que ostenten, tan solo, la condición de asegurado o beneficiario del Sistema de Seguridad Social, o que estén sujetos a los convenios especiales, para lo cuál deberán abonar una cuota fija mensual.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, garantiza en su artículo 1.2 que todas aquellas personas españolas así como los ciudadanos extranjeros residentes en el territorio nacional serán titulares del derecho a la protección de la salud. Además, el artículo 2.2 establece que las Comunidades Autónomas podrán dictar normas de desarrollo y complementarias de la Ley General de Sanidad ejerciendo las competencias atribuidas por el Estado a través del artículo 148.1 de la Constitución Española de 1978.

De la misma manera, numerosas declaraciones, tratados y/o convenios internacionales garantizan el derecho a la salud, así como un nivel adecuado de la misma. Entre éstos destacamos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, la Declaración de los Derechos del Niño o la Carta Social Europea entre otros.

Definición de caso tipo

Mujer. 35 años. Nacional de Paraguay. Dos años viviendo en España en situación administrativa irregular. A la espera de la adquirir la nacionalidad española por residencia. Parada desde hace más de un año y medio. Tiene una enfermedad crónica no contagiosa para la que precisa de revisiones médicas cada cierto tiempo.

Procedimiento a seguir

- Valorar la situación sociosanitaria del paciente que acude por parte del trabajador social y del médico y/o enfermera.
- Determinar si es o no necesaria la atención primaria de forma continuada para esa persona.
- Realizar un informe social y un informe médico, por el trabajador social y el médico de atención primaria, que justifique la necesidad de atención primaria para esa persona.
- Estudio del informe social y médico por parte de un representante médico, un representante de enfermería, un representante administrativo así como de un trabajador social.
- Registro en el programa informático de referencia –MEDORA en el caso de los centros sanitarios de atención primaria dentro de la Comunidad Autónoma de Castilla y León– donde se registren las visitas así como las razones por las cuál el paciente acude al centro de salud de atención primaria.

- Supervisar y realizar un seguimiento de ese paciente y determinar en qué momento deja de ser necesaria, si procediera, la atención sanitaria de ese paciente.

Beneficios

El llevar a cabo este protocolo para aquellas personas que padecen ya de una enfermedad evitaría complicaciones que conllevaran un ingreso en urgencias y, por tanto, un coste mayor que si se le prestase atención sanitaria de primer nivel. Asimismo, se evitaría el riesgo de complicaciones que pudieran provocar la muerte y mejoraría su estado de salud. Reducción del foco de contagio en caso de enfermedad vírica.

CONCLUSIONES

La entrada en vigor del Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, el 24 de abril de ese mismo año, supuso un cambio radical en el Sistema Nacional de Salud, así como un retroceso respecto a ciertos derechos que se habían reconocido en legislaciones y normativas anteriores.

Las razones políticas alegadas por el gobierno central, así como las que se exponen en el RDL tenían como objetivo la sostenibilidad del sistema sanitario español, sustentándose en las cifras del Tribunal de Cuentas, que afirmaban que éste se encontraba en una grave situación económica. Pero, ¿hacía falta limitar el derecho a la salud para ello? Si no se presta atención sanitaria, ya sea de primer nivel, especializada o de urgencia, ¿puede garantizarse realmente ese derecho? Personalmente creo que no, que para poder garantizar un derecho tan básico y universal como el de la salud, es necesario prestar una asistencia sanitaria mínima que garantice ese derecho y evite una mortandad elevada, o la muerte de alguien por falta de asistencia sanitaria, como ya ha ocurrido a lo largo de estos últimos años. Asimismo, informes y estudios posteriores demostraron que el gasto sanitario, tras la limitación de asistencia sanitaria articulada por el RDL, no ha descendido drásticamente y esto se debe a una razón muy simple y demostrada, así mismo, por varios estudios e informes: la población extranjera utiliza en menor frecuencia los servicios sanitarios que la población española.

Tal vez el cambio más controvertido que se vio impulsado por este RDL fue la limitación al acceso sanitario a las personas inmigrantes, pues supuso un antes y un después en el reconocimiento de su derecho a la salud. Con anterioridad bastaba con empadronarse en el municipio donde se residía para poder acceder al sistema sanitario español mientras que, tras la entrada en vigor del RDL, era preciso acreditar y demostrar la autorización de residencia expedida por las autoridades españolas.

Esta condición de residencia provocó que muchos inmigrantes en situación irregular no pudieran acceder a los servicios públicos de salud y, por tanto, vieran limitado su

derecho a la salud, quedando sujetos, tan solo a tres supuestos para poder acceder a éstos: situaciones de urgencia, embarazo, parto y postparto, y menores de dieciocho años.

En definitiva, esto supuso un cambio en el modelo sanitario, el cuál abogaba por la universalidad, pasando de la universalidad a la exclusión, con las consecuencias que esto supone.

Sin embargo, el pasado marzo, el actual Ministro de Sanidad anunció una medida futura que supondría una leve modificación del RDL, exponiendo que los inmigrantes volverían a tener derecho a la asistencia sanitaria de primer nivel, pero que, sin embargo, no tendrían derecho a la tarjeta sanitaria, a recibir recetas o a ser atendidos fuera de su CCAA o de la Unión Europea.

Pero no solo es la limitación del derecho a la salud o la exclusión de aquellas personas extranjeras en situación administrativa irregular, sino que suponía un aumento de las desigualdades sociales, un recorte de derechos reconocidos por la propia legislación sanitaria española, por la Constitución y por diversos tratados internacionales ratificados por la propia España.

Si bien, para estas personas en situación administrativa irregular, el propio RDL daba una solución: los convenios especiales. A éstos tan solo se podía acceder con una aportación económica que permitía que estas personas recibieran asistencia sanitaria pero, ¿cómo una persona, en situación administrativa irregular y sin ingresos suficientes, puede permitirse abonar el pago exigido para poder acceder al convenio?

Otra de las medidas que impulsaba este RDL era la racionalidad terapéutica y la introducción del copago. Esto me hace plantearme una pregunta que considero importante: ¿puede una persona, que cobra una prestación mínima, asumir el gasto de este copago?

Pero estos no son los únicos problemas a los que se enfrentan los inmigrantes en situación administrativa irregular tras la aplicación de este RDL, y es que cada Comunidad Autónoma abogó por diferentes maneras de llevar el RDL a cabo.

Ciertas CCAA optaron por el cumplimiento del RDL en su totalidad, otras se negaron a aplicar dicho RDL y un tercer grupo de CCAA optaron por desarrollar una serie de mecanismos, procedimientos o programas especiales que permitieran una continuación de la asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación irregular en determinados servicios y/o en ciertos supuestos (enfermedad mental, enfermedad crónica, enfermedad considera de riesgo para la salud pública). Por tanto, hay una descoordinación importante entre las formas en las cuales las CCAA han asumido dicho RDL, creando diferencias y, por tanto, desigualdades, no solo entre ellas y sus servicios públicos de salud, sino también respecto a la población que vive en cada lugar.

Tal vez entre el no cumplimiento y cumplimiento, excesivo en el caso de Castilla La – Mancha, del RDL medie el formular alguna propuesta, como el protocolo de actuación que contiene el presente trabajo fin de grado (punto 5.4), o la elaboración de un plan como, por ejemplo, el realizado por Cataluña, quien exige a los inmigrantes en situación irregular un empadronamiento mínimo de tres meses para recibir asistencia sanitaria de primer nivel, y un tiempo igual o superior a un año para poder acceder a los servicios especializados.

En definitiva, este Real Decreto–Ley paraliza el proceso hacia la universalización que comenzó a darse en 1986, expulsando del Sistema Nacional de Salud a determinados colectivos de gran vulnerabilidad como son las personas extranjeras en situación irregular, algo que no puede entenderse si se atiende tanto a la Constitución Española en su artículo 43, como a los diversos tratados internacionales que velan por el derecho a la salud y a los que España se encuentra suscrito. Al mismo tiempo, también aumenta las desigualdades sociales entre los sujetos titulares de derecho y aquellos que no lo son; atenta contra el derecho universal a la salud e incluso favorece la propagación de ciertas enfermedades infecto-contagiosas al no tener una prevención,

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud incluso puede, en el caso de enfermedades graves o de una atención médica deficiente o ineficiente, causar la muerte de alguien, como ya ha ocurrido.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado i Cudolà, V y Prado Pérez, R. (2014). Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado de bienestar. *Revista Vasca de Administración Pública*, 99-100, pp.87-110. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4943668>
- Aja, E. (2009), *Los derechos de los inmigrantes en España*. Valencia, España, Editorial: Tirant lo Blanch.
- Cebolla Bueno, O. (2011) La objeción de conciencia en trabajo social: ¿realidad o sueño? *Servicios Sociales y Política Social*. Vol.3, N.95, pp. 137-164. Disponible en: <http://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/Movimientos/VOLUNTARIADO.CGTS.pdf#page=137>
- Colom Masfret, D. (2010) El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47, pp. 109-119. Disponible en <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Trabajo%20social%20sanitario%20del%20sistema%20sanitario.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social. (2012) Código Deontológico de Trabajo Social.
- Constitución Española, 1978. Boletín Oficial del Estado, 311, 29 de diciembre de 1978.
- Delgado del Rincón, L.E. (2014) El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares: reflexiones sobre la reforma introducida por el Real Decreto – Ley 16/2012, de 20 de abril. *Revista estudios políticos*, 163, pp. 189-231. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4663436>

- García–Calabrés, F. (2009), *Inmigrantes en España. Claves para comprender un fenómeno mundial*. España, Editorial: Ediciones Laberinto
- Castrillo Alonso, J.L., Díez Sánchez, T.J., Escaja Muga, M.A., García Vela, J.M., González Camino, E., González Fernández, R., Guzmán Fernández, M.A., De Mercado Llorente, T., Rodríguez Losada Allende, M., Torres Serna, T. y Velasco Velado, M.C. (2013) *Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario*. España: Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/documentos-publicaciones/documentos-institucionales>
- Lema Añón, C. (2012) *Apogeo y crisis de la ciudadanía de la salud: historia del derecho a la salud en el siglo XX*, Madrid, España: Editorial DYKINSON
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, 10, de 12 de enero de 2000.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, de 30 de mayo de 2003.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, 240, de 5 de octubre de 2011.
- Lima Fernández, A.I. (2013) Organizaciones profesionales y deontología: plano nacional e internacional. En L.M Rondón García y M. Taboada González. (Coord.), *Voces para la ética en Trabajo social en tiempos trémulos*. (pp. 105-126) Madrid, España: Paraninfo, D.L.
- Lomas Hernández, V. (2013) De ciudadano a asegurado o el tránsito inacabado hacia la universalización de la asistencia sanitaria. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 8, pp. 42-62. Disponible en: <https://cesco.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/405>

- López Sala, A.M. (2005) *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*. Barcelona, España, Editorial: Anthropos Editorial.
- Médicos del Mundo. (2014) Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Recuperado de: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf
- Médicos del Mundo. (2015) *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 en la comunidad de Madrid*. Recuperado de: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.biblio/mem.detalle/id.396/relcategoria.4998/reلمenu.134>
- Moreno Fuentes, F.J. Inmigración y Estado de Bienestar en España. (2007) *Política y sociedad*. Vol. 44, n.2, pp.171-184 Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/ejemplar/182026>
- Olmos Alcaraz, A. (2012) Discurso político e inmigración: análisis crítico de discurso a propósito de la reforma gubernamental realizada al sistema de salud pública en España. *Discurso y Sociedad*, Vol. 6, n.4, pp739-758 [On line] Disponible en [www.dissoc.org/ediciones/v06n04/DS6\(4\)Olmos.html](http://www.dissoc.org/ediciones/v06n04/DS6(4)Olmos.html)
- Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 98, de 24 de abril de 2012.
- Sánchez Carazo, C. (2012) Salud y recursos limitados desde los usuarios del sistema sanitario. En J. De la Torre. (Ed.), *Salud, justicia y recursos limitados* (pp. 83-101).Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas.

- Sobrino Guijarro, I (2013) Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. *Lex Social. Revista jurídica de los Derechos Sociales*. Vol. 3 N.2, pp. 127-158 [On line] Disponible en http://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/view/760
- Vallejo, L. (2012) Inmigrantes ante la reforma sanitaria. *Revista Perfiles*. Octubre, pp. 17-19.
- Villareal, M (2012). Desigualdades, pobreza y desafíos futuros en las migraciones internacionales. En A. Guerra y J.F. Tezanos. (Ed.), *La inmigración y sus causas* (pp.93 - 140).Madrid, España. Editorial: Sistema.

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

- Alemán Bracho, C y Alonso Seco, J.M. (2012) Políticas públicas para inmigrantes y emigrantes en España. Aproximación histórica, teórica y legislativa. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, pp. 7-19. Disponible en <http://revistas.um.es/azarbe/article/view/151101>
- Bell Adell, C y Gómez Fayrén, J. (2001) La inmigración, ¿problema o reto? *Papeles de geografía*, 34, pp.51-67. Disponible en <http://revistas.um.es/geografia/article/view/47061>
- Blanco Moreno, A y Thuissard Vasallo, I.J. (2010) Gasto sanitario e inmigración: una mirada clave de integración. *Presupuesto y gasto público*, 61, pp.93-132 [On line] Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/61_08.pdf
- Cantero Martínez, J. (2014) ¿Quiénes tienen la condición de asegurados y de beneficiarios? Reducción de la cobertura del servicio público sanitario. *CESCO Centro de Estudios de Consumo*. [On line] Disponible en <http://blog.uclm.es/cesco/files/2014/03/Qui%C3%A9nes-tienen-la-condici%C3%B3n-de-asegurados-y-de-beneficiarios.pdf>
- De la Red, N. (2008) ¿Por qué y para qué la ética profesional en Trabajo Social? En A. Berasluz Correa y M.R. Ovejas Lara (Coord.), *Gizarte langintzako i. Jardunaldia. Lanbideari begirada etikoa I. Jornada de trabajo social. Una mirada ética a la profesión* (pp. 55-64) Vitoria-Gasteiz, España: Gráficas Vicuña, S.L. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1504704/1592383/Publicaci%C3%B3n+Jornadas+Etica.pdf>
- De Lucas, J. (2002), Algunas propuestas para comenzar a hablar en serio de la política de inmigración. En J. de Lucas y F. Torres. (Ed.), *Inmigrantes: ¿cómo los*

- tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas. Madrid, España, Editorial: Talasa Ediciones
- De Lucas, J. y Torres, F. (2009), Introducción. En J. de Lucas y F. Torres. (Ed.), *Inmigrantes: ¿cómo los tenemos? Algunos desafíos y (malas) respuestas*. Madrid, España, Editorial: Talasa Ediciones
 - Lema Tomé, M. (2013) La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *Eunomía. Revista en Cultura de la legalidad*, 5, pp. 95-115. Disponible en <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2149/1082>
 - Lima Fernández, A.I. (2008) ¿Desde dónde abordar la ética en Trabajo Social? El código deontológico de la profesión. En A. Berasluzé Correa y M.R. Ovejas Lara (Coord.), *Gizarte langintzako i. Jardunaldia. Lanbideari begirada etikoa I. Jornada de trabajo social. Una mirada ética a la profesión* (pp. 65-76) Vitoria-Gasteiz, España: Gráficas Vicuña, S.L. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1504704/1592383/Publicaci%C3%B3n+Jornadas+Etica.pdf>
 - López Sala, A. M. (2007) La política española de inmigración en las dos últimas décadas. Del asombro migratorio a la política en frontera y la integración. Fundación Pedro García Cabrera (Ed.) *Inmigración en Canarias: contexto, tendencias y retos*. (Pp. 23–38) Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2295890>
 - Moreno Fuentes, F.J, Arriba González de Durana, A y Moreno Fernández, L. (2006) Inmigración, diversidad y protección social en España. *Revista Española del Tercer Sector*, 4, pp.53-97. Disponible en <http://digital.csic.es/handle/10261/1676>
 - Mora Castro, A. (2005) La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación sociosanitaria e intervención psico-social.

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho, 12, pp. 1-12. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1307315>

ANEXOS

ANEXO 1

Comunidades Autónomas	Medidas o programas especiales de acceso a la atención sanitaria alternativa	Colectivo al que afecta	Cobertura	Observaciones
Andalucía	Si	Inmigrantes en situación irregular sin recursos	Atención primaria y especializada	No vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, enfermedades de salud mental, así como enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública
Aragón	Sí. "Programa Aragonés de Protección Social a la Salud Pública"	Inmigrantes irregulares sin recursos. Personas con documentación válida y en vigor, que cumplen los requisitos establecidos en las instrucciones de 19 de abril de 2013	Atención primaria y especializada	vías de acceso a para pacientes que no entran en Programas especiales para enfermedades crónicas, enfermedades de salud mental, así como enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública
Canarias	Sí.	Personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en el territorio español, que carecen de recursos económicos suficientes	Atención primaria y especializada	Existe vías de acceso a para pacientes que no entran en programa especial para enfermedades crónicas así como para enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública, pero no para enfermedades de salud mental.
Cantabria	Sí	-	Atención primaria y especializada	No consta que se den vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental y/o consideradas de riesgo para la salud pública
Castilla La – Mancha	No	-	-	No consta que se den vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental y/o consideradas de riesgo para la salud pública
Castilla y León	No	-	-	No consta que se den vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental y/o consideradas de riesgo para la salud pública

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Cataluña	Sí	Extranjeros empadronados en Cataluña que no ostenten la condición de asegurado o beneficiario	Atención Primaria (tres meses de empadronamiento) y especializada (mayor o igual a un año de empadronamiento)	No consta que se den vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental y/o consideradas de riesgo para la salud pública
Comunidad de Madrid	Sí	Inmigrantes en situación irregular	-	Existen vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental así como las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.
Comunidad Valenciana	Sí	Inmigrantes en situación irregular (se lleva a cabo registro)	Atención primaria y especializada	Existen vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades de salud mental, así como para enfermedades consideradas de riesgo para la salud pública. No consta para enfermedades crónicas.
Euskadi	Sí. Decreto 114/2012, de 26 de junio, Orden 4 de julio de 2013, Instrucción comarcal de 12 de septiembre de 2013	Inmigrantes en situación irregular. (se lleva a cabo registro)	Atención primaria y especializada	Existen vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos, pero no para enfermedades de salud mental
Extremadura	Sí. PASCAEX	Inmigrantes en situación irregular	Atención primaria y especializada	No consta que existan vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental así como las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.

El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

Galicia	Sí. Programa Gallego de Protección Social de la Salud Pública	Personas con documentación identificativa válida y en vigor que no tengan derecho a la asistencia sanitaria desde el 01/09/2012, que no puedan acogerse a un convenio especial y que cumplan requisitos fijados en las instrucciones	Atención primaria y especializada	No constan que existan vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental pero sí para las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.
Islas Baleares	No	-	-	No existen vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental pero sí para las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.
La Rioja	No	-	-	No existen vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, pero sí para enfermedades de salud mental así como las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.
Principado de Asturias	Sí.	Personas extranjeras en situación administrativa irregular que no tengan reconocida la cobertura sanitaria. Registro de pacientes	Atención primaria y especializada	No consta que existan vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales para enfermedades crónicas, de salud mental así como las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos.
				No consta que existan vías de acceso a para pacientes que no entran en programas especiales, de salud mental así como las consideradas de riesgo para la salud pública con ciertos condicionamientos, pero sí para enfermedades crónicas

ANEXO 2

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE
CI..... Nº..... CP.....
CIUDAD.....
PROVINCIA.....

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

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

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

HAGO CONSTAR MI OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL:

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

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

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

Lo que comunico para su conocimiento y efectos

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

FIRMADO: