



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**MÁSTER OFICIAL EN MIGRACIONES INTERNACIONALES**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER DEL CURSO ACADÉMICO 2012/13**

**DESCIFRANDO EL NO DERECHO DE LA  
SANIDAD DE LOS INMIGRANTES: EL ESTUDIO  
DE UN CENTRO DE SALUD LUCENSE**

MARTA FRANCO VIÑAS

**Tutor Académico:** Antía Pérez Caramés

**Convocatoria:** Septiembre 2013

# ÍNDICE

	Páginas
Resumen	3
Introducción	4
1. Antecedentes y marco teórico:	5
1.1. El Estado de Bienestar y la concepción de los inmigrantes como ciudadanos	5
1.2. El acceso de la población inmigrante a los sistemas de protección social	8
1.3. Evolución legislativa sobre el derecho a la asistencia sanitaria en España	12
1.4. La aplicación de la Reforma sanitaria en España: el caso de Galicia	19
2. Objetivo e hipótesis	26
3. Material y método	28
4. Resultados	37
5. Conclusiones	50
6. Bibliografía	54
ANEXOS	
Anexo 1	60
Anexo 3	62

## RESUMEN

Este Trabajo Fin de Máster se ha centrado en la elaboración de un estudio de caso en un centro de salud lucense sobre el acceso de las personas migrantes al sistema sanitario en Galicia. El objetivo principal ha sido analizar cómo se produce la aplicación de la normativa que restringe el derecho de acceso a la asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación administrativa irregular (*Real Decreto – Ley 16/2012*) y cuáles son las consecuencias que tiene para la población inmigrante y para el trabajo diario en el centro de salud.

En primer lugar se elaboró un marco teórico amplio y conciso que se centró en abordar la creación del Estado de Bienestar; la concepción de ciudadanía para los inmigrantes; el acceso a los servicios de protección social por parte de la población inmigrante; la evolución del derecho a la asistencia sanitaria en la legislación española y gallega; y el análisis de la actual reforma sanitaria y la reacción en Galicia.

Respecto a la metodología, se llevó a cabo una observación del centro de salud para identificar cómo era la organización del mismo en cuanto a la distribución del espacio físico; se hicieron observaciones a diferentes horas del día para saber la afluencia de personas que acudían a consulta; y se realizaron entrevistas a seis miembros del cuerpo médico de cabecera, a tres enfermeras, a dos miembros del personal administrativo y a la trabajadora social del centro de salud. Debido a la Ley de Protección de Datos no se pudo entrevistar a ningún inmigrante que estuviera en situación administrativa irregular.

Los resultados exponen que respecto al trabajo diario en el centro de salud, éste no se ha visto afectado por la aplicación de la nueva normativa ya que la mayor parte de los médicos y enfermeras entrevistados no tienen a muchos inmigrantes en su cupo, la mayoría están regularizados y los que no, son personas que tenían asistencia sanitaria antes del 1 de septiembre de 2012, por lo que han tenido que adaptarse al nuevo plan gallego para poder seguir teniendo acceso a la sanidad.

En relación con la documentación necesaria para inscribirse en este programa, es importante que la información proporcionada por los profesionales de los centros de salud sea buena (tanto administrativos como trabajadores sociales), porque si no habrá mucha población inmigrante que aunque reúna todos los requisitos necesarios para acceder al programa, finalmente no pueda debido a problemas administrativos y burocráticos que surgen desde la definición del propio programa.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace poco más de un año, los inmigrantes en situación administrativa irregular solamente pueden acceder al sistema sanitario en nuestro país bajo los supuestos de urgencia por enfermedad grave o accidente, mujeres durante el embarazo, parto y posparto y menores de 18 años según la entrada en vigor del Real Decreto – Ley 16/2012 que restringe el derecho de estas personas a recibir asistencia sanitaria.

Para intentar contrarrestar los efectos derivados de esta normativa y ampliar la cobertura sanitaria, el Servicio Galego de Saúde (SERGAS) creó el Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública que permite a los extranjeros con documentación válida y en vigor que se encuentran en situación irregular en Galicia, seguir teniendo acceso a la sanidad siempre y cuando reúnan una serie de requisitos: tener un empadronamiento igual o superior a 183 días en cualquier ayuntamiento gallego; no reunir la condición de asegurado o beneficiario o no tener acceso a un convenio especial; y no disponer de ingresos anuales superiores al IPREM.

Con el fin de identificar las consecuencias derivadas de la aplicación de esta normativa estatal que restringe la asistencia sanitaria a personas inmigrantes en situación irregular y averiguar cómo se está gestionando este programa gallego, se decidió focalizar este Trabajo Fin de Máster en la elaboración de un estudio de caso en un centro de salud lucense, ya que éste constituye el primer nivel de referencia que existe a la hora de acceder al sistema sanitario para cualquier ciudadano.

De esta manera, el marco teórico de este Trabajo Fin de Máster aborda conceptos relacionados con el Estado del Bienestar, la ciudadanía y los sistemas de protección social, al mismo tiempo que analiza pormenorizadamente la legislación española y gallega en materia de extranjería y sanidad conjuntamente. Posteriormente se define el objetivo que se persigue y la hipótesis de la que se parte para poder describir la metodología utilizada (observaciones, entrevistas, análisis de documentos), mostrar los resultados obtenidos y exponer las conclusiones que se sacaron del conjunto del trabajo.

## 1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Con la entrada en vigor del *Real Decreto – Ley 16/2012* en nuestro país, muchos inmigrantes en situación administrativa irregular se han visto privados de una asistencia sanitaria, salvo en casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, en situación de asistencia al embarazo, parto y posparto y/o menores de edad.

Tal y como lo reconoce la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948), “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (artículo 25.1). En el caso de los inmigrantes en situación irregular, el derecho a la salud se está viendo vulnerado diariamente en nuestro país, aunque ciertas Comunidades Autónomas se han negado a aplicar dicho *Real Decreto – Ley* y han elaborado alternativas para poder continuar ofreciendo este servicio a toda la población.

A lo largo de las siguientes páginas, nos centraremos en abordar la creación del Estado de Bienestar; la concepción de ciudadanía para los inmigrantes; el acceso a los servicios de protección social por parte de la población inmigrante; la evolución del derecho a la asistencia sanitaria en la legislación española y gallega; y el análisis de la actual reforma sanitaria y la reacción en Galicia.

### 1.1. El Estado de Bienestar y la concepción de los inmigrantes como ciudadanos

A finales del siglo XIX en Europa, se configuró un sistema de protección social denominado Estado del Bienestar que mediante intervenciones estatales se encargaba de garantizar una mayor igualdad de oportunidades para toda la población, facilitando para ello la mejora de su calidad de vida y de su bienestar social, a través de un sistema de seguridad social (pensiones de desempleo, de jubilación y de invalidez) y de una serie de servicios sociales básicos (sanidad, educación, vivienda...)

Es imprescindible mencionar aquí la obra de Esping – Andersen, en la cual se introduce el concepto de <<régimen de bienestar>> para identificar las diferentes formas en que se configuran los países en función del papel que juega el Estado, el mercado y la sociedad civil, con el fin de garantizar a sus ciudadanos una serie de prestaciones sociales. Para ello, el autor elaboró una tipología de modelos atendiendo al grado de <<desmercantilización>> existente, o lo que es lo mismo, la posibilidad de garantizar los mismos derechos a los ciudadanos sin que el mercado sea parte interventora del proceso.

En primer lugar, el régimen de bienestar *liberal* (propio de los países anglosajones como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia) que se caracteriza por una “mínima intervención del Estado” que juega un “papel residual” focalizado en la ayuda a los pobres, donde el mercado es la estructura fundamental y central de este modelo ya sea para “la obtención de los recursos como para la provisión de prestaciones y servicios”, por lo que su grado de desmercantilización es muy bajo (Moreno y Bruquetas, 2011: 14).

En segundo lugar, el régimen de bienestar *conservador – corporativista* (propio de los países de Europa Central como Alemania, Francia, Bélgica, Austria, etc.) se caracteriza por “el rol central de la familia, el carácter marginal del mercado y la acción subsidiaria del Estado en la provisión social” (Sunkel, 2006: 4). “Los derechos se vinculan a la clase y al estatus social de los trabajadores” (Esping - Andersen, 1993:48) y el grado de desmercantilización ocupa un lugar intermedio.

Por último, el régimen de bienestar *socialdemócrata* (propio de los países nórdicos como Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia) se caracteriza por ser un modelo solidario y universalista, donde el Estado es el encargado de “garantizar un alto nivel de protección social”, de “tratar de alcanzar el pleno empleo” y de “garantizar el mantenimiento de los ingresos” (Moreno y Bruquetas, 2011: 14). En cambio, existe una máxima independencia entre la persona y el mercado (o lo que es lo mismo, un alto grado de desmercantilización) por lo que su papel es completamente secundario.

A mayores de estos tres regímenes, algunos autores identifican el régimen de bienestar *mediterráneo* (propio de los países del sur de Europa como España, Italia, Grecia y Portugal) caracterizado por la intervención combinada del Estado y de las familias (teniendo un grado de desmercantilización intermedio), donde se mezclan elementos del modelo conservador como “el aseguramiento social para programas como las pensiones de jubilación o las prestaciones por desempleo” y del modelo socialdemócrata como “políticas de carácter universal en sanidad y educación” (Moreno y Bruquetas, 2011: 14).

En el caso de España, existe una importante polémica de carácter académico sobre en qué modelo nos encontramos, en el mediterráneo o en el conservador. De todas maneras, varios autores coinciden en que lo que caracteriza el sistema bienestar español es que es “un sistema de aseguramiento social; con programas de protección universalistas; donde los agentes públicos y privados se combinan en la provisión de servicios; donde la familia tiene un papel central; existe un alto grado de descentralización y un bajo nivel de gasto social” (Moreno y Bruquetas, 2011: 17-18).

Por ende, no podemos obviar que este sistema de protección social está dirigido a toda la población (aunque las maneras de acceder al mismo sean diferentes en unos regímenes o en otros), por lo que es imprescindible ahondar en el concepto de ciudadanía configurándose éste como un conjunto de derechos de titularidad individual, de alcance universal y de distribución equitativa dentro de una comunidad política. Estos derechos son garantizados por un conjunto de instituciones que velan porque se cumpla el correcto ejercicio de los mismos (Bauböck, 2006).

Cuando un inmigrante se establece en el país de acogida y obtiene el permiso de residencia y de trabajo, está dando un primer paso para convertirse en ciudadano en potencia. Eso sí, aunque se consiguen ciertos derechos civiles, sociales y libertades, todos aquellos derechos relacionados con la vida política quedan relegados de su condición de ciudadano, tal y como veremos más adelante.

Si nos centramos en la obtención de la nacionalidad, en el caso de España tenemos que regirnos por el criterio de “ius sanguinis” o “vínculo de sangre” que debe existir entre el progenitor y su hijo. A mayores, se puede adquirir la nacionalidad por “naturalización” o por “residencia” lo que implica que se resida legalmente en el país, de manera continua e interrumpida, durante un tiempo determinado dependiendo del país de origen (uno, dos, cinco y diez años) aunque siempre es el Ministerio de Justicia el que tiene el poder de denegar la obtención del mismo (Silveira, 2002-2003).

“La ciudadanía es un estatus conformado por el acceso a los recursos básicos para el ejercicio de derechos y deberes. La no discriminación en el acceso a esos recursos constituye la condición necesaria y suficiente de la ciudadanía” (Moreno, 2003: 1). Es en este punto en el que los inmigrantes sufren una discriminación ya que no tienen acceso a los mismos derechos que el resto de la población.

Es inevitable referirnos a Thomas Henry Marshall (1949) para hablar del concepto de ciudadanía y de las teorías sobre la evolución de ésta en las sociedades capitalistas, distinguiendo para ello tres ciclos históricos: la constitucionalización de “los derechos civiles en el siglo XVIII (con la superación del Antiguo Régimen), de los derechos políticos en el siglo XIX (con la institucionalización del liberalismo democrático y la representación electoral) y de los derechos sociales en el siglo XX (con la consolidación del igualitarismo en los estados de bienestar)” (Moreno, 2003: 2). Para referirnos a las sociedades democráticas actuales, también se habla de que somos ciudadanos que tenemos derechos civiles (de libertad de pensamiento, de expresión y de propiedad privada), derechos políticos (de asociación y representación) y por supuesto derechos sociales (en relación con la educación y la sanidad).

Pero, ¿qué derechos tienen los inmigrantes como ciudadanos? La *Constitución Española (1978)* afirma que “los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley” (artículo 13.1). Se distingue en el artículo 14 que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”, haciendo clara la distinción de que este artículo se refiere sólo a los españoles y no a los extranjeros. También se hace hincapié en los diferentes derechos que tienen tanto los españoles como los extranjeros (vida, integridad física y moral, libertad ideológica, libertad y seguridad, intimidad, asociación, educación, tutela judicial efectiva, etc.) al mismo tiempo que se refleja perfectamente que sólo los españoles tienen acceso a determinados derechos (participación en asuntos políticos, petición individual y colectiva).

En la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y en sus modificaciones mediante las Leyes Orgánicas 8/2000, de 22 de diciembre, 11/2003, de 29 de septiembre, 14/2003, de 20 de noviembre y 2/2009, de 11 de diciembre*, se especifica que “los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos (...) Se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles” (artículo 3.1.)

A grandes rasgos, se especifican determinados derechos que son reconocidos para todos los extranjeros (enseñanza básica – obligatoria para los menores; asistencia sanitaria de urgencia; servicios y prestaciones sociales básicas; asistencia jurídica gratuita; asociación; sindicación; reunión – manifestación y huelga) y otros que están reservados solamente para extranjeros en situación regular (libre circulación; prestaciones Seguridad Social; educación en niveles no básicos; ayudas en materia de vivienda; servicios y prestaciones sociales; y asistencia sanitaria). Eso sí, en el artículo 15 se puntualiza que “los extranjeros estarán sujetos, con carácter general, a los mismos impuestos que los españoles”.

## 1.2. El acceso de la población inmigrante a los sistemas de protección social

En primer lugar, queremos especificar las diferencias que existen entre los anteriormente descritos regímenes de bienestar a la hora de acceder a los sistemas de protección social por parte de la población inmigrante.



El régimen *liberal* se basa en una visión asistencialista en la que se atiende a la población más desfavorecida con mayores necesidades básicas donde es el mercado el encargado de ofrecer estas prestaciones.

El régimen *conservador-corporativista* permite que la población acceda a las prestaciones sociales en función de su participación en el mercado de trabajo, por lo que los inmigrantes legalmente residentes tienen los mismos derechos que la población autóctona. De esta manera, el acceso a sistemas de protección social de personas excluidas del mismo está “basado en una lógica de solidaridad nacional” (Moreno y Bruquetas, 2011: 37).

En el régimen *socialedemócrata*, los derechos sociales están regidos por un criterio de residencia por lo que lo fundamental es controlar que se cumpla la legalidad de la misma a través del continuo control territorial de fronteras exteriores e interiores.

Por la contra, en el régimen *mediterráneo* se accede a estas prestaciones “mediante el aseguramiento social vinculado a la participación en el trabajo y a la afiliación a la seguridad social (extranjeros con permiso de trabajo) y a través de la residencia en el territorio” (Moreno y Bruquetas, 2011: 38).

Como hemos visto, en España se puede acceder a los sistemas de protección social a través de las cotizaciones a la seguridad social en el empleo formal y mediante la residencia, independientemente del estatus jurídico que tenga la persona. Observando esto podemos deducir que la población inmigrante en situación administrativa irregular no accede a ciertas prestaciones derivadas de su participación en el mercado de trabajo, ya que seguramente trabaje dentro de la economía sumergida y no tenga derecho a todo lo derivado de la seguridad social.

En las siguientes líneas se analizarán los diferentes programas de protección social a los que la población (extranjera y autóctona) tiene acceso o no dentro del Estado español.

Con respecto a la seguridad social, ésta es financiada a través de las cotizaciones de los trabajadores y empresarios durante un período de tiempo determinado y “proporciona una serie de esquemas de aseguramiento ante determinados riesgos sociales vinculados al ámbito laboral como el desempleo, los accidentes laborales, la invalidez y la jubilación” (Moreno y Bruquetas, 2011: 39) por lo que cualquier persona (extranjera o nacional) que no trabaje y por lo tanto no cotice a la seguridad social, no tendrá derecho a las prestaciones derivadas del mismo.

Por la contra, cualquier ciudadano que trabaje dentro de la economía formal, independientemente de su nacionalidad, tiene derecho a percibir estas prestaciones, aunque también existen las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez que pueden solicitar todos los españoles y los extranjeros legales residentes que no hayan cotizado a la seguridad social y que cumplan una serie de condiciones estipuladas.

En el caso de la población inmigrante, tener un empleo estable y un permiso de trabajo es imprescindible para conseguir renovar el permiso de residencia, sino fácilmente cualquier extranjero podría encontrarse en una situación administrativa irregular. De esta manera, este colectivo puede cotizar a la seguridad social siempre y cuando tenga un trabajo fijo y remunerado dentro de la economía formal, accediendo de esta manera a las prestaciones gestionadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Respecto a los gastos de la seguridad social, “actualmente la mano de obra inmigrante se ha convertido en un factor equilibrador del presupuesto, puesto que actúa como contribuyente del sistema y solicita escasas prestaciones” (Moreno y Bruquetas, 2011: 43), ya que esta población aún se encuentra en plena edad activa y no necesita acceder a las prestaciones de jubilación que son las que constituyen el mayor gasto en nuestro sistema de protección social.

Los servicios sociales, por la contra, se encargan de responder a las diferentes problemáticas sociales que tiene la población, facilitando que los colectivos más desfavorecidos tengan un proceso óptimo de inserción y de integración en la sociedad a través de los distintos recursos y herramientas que estos ofrecen a la población (Moreno y Alerdi, 2008). Los servicios sociales están descentralizados por lo que cada comunidad autónoma es la encargada de su actuación, a nivel de atención primaria desde los municipios y a nivel de servicios especializados desde las competencias autonómicas. Además, se encargan de la gestión de prestaciones no contributivas y de rentas mínimas de inserción, como es la RISGA (Renta de Integración Social de Galicia) en el caso gallego.

En cuanto al acceso que tiene la población inmigrante a estos servicios, los extranjeros residentes legalmente tienen derecho a las mismas prestaciones en igualdad de condiciones que los españoles de acuerdo con el artículo 14 de la *Ley 4/2000*, mientras que aquellos que están en situación administrativa irregular, tienen derecho a éstas si están empadronados y depende de cada comunidad autónoma la regulación para acceder a las mismas.

Los servicios sociales suelen utilizarse frecuentemente por este colectivo en el momento de llegada al país, convirtiéndose en una especie de puerta de acceso para su inserción en el lugar de acogida, al mismo tiempo que permite que los inmigrantes accedan al resto de servicios de protección social a través del asesoramiento e información sobre las diversas gestiones que tienen que realizar una vez instalados en el país de destino. Observando los datos que se han obtenido a lo largo de los años en las diferentes investigaciones, se ha demostrado que los extranjeros suelen acudir a los servicios sociales en momentos puntuales en los que se encuentran con dificultades económicas, utilizándolos como un “primer trampolín de inserción” en la sociedad (Moreno y Alerdi, 2008:16).

En cuanto al derecho de acceso a la educación por parte de la población inmigrante (redactado conforme a la *Ley Orgánica 2/2009*), “todos los menores de dieciséis años tienen el derecho y el deber a la educación, que incluye el acceso a una enseñanza básica, gratuita y obligatoria; los extranjeros menores de dieciocho años también tienen derecho a la enseñanza posobligatoria; los extranjeros mayores de dieciocho años tienen derecho a la educación de acuerdo con lo establecido en la legislación educativa; y los extranjeros residentes mayores de dieciocho años tienen el derecho a acceder a las demás etapas educativas posobligatorias, a la obtención de las titulaciones correspondientes, y al sistema público de becas en las mismas condiciones que los españoles”.

Las elevadas tasas de escolarización de nuestro país indican que, pese a la existencia de algunas dificultades, los alumnos inmigrantes son finalmente incluidos en el sistema educativo, aunque se observa que a pesar de que existe un acceso en igualdad de condiciones para toda la población, existe una marcada segregación de la comunidad escolar entre centros públicos (ocupados mayoritariamente por población inmigrante) y privados – concertados. Además, una vez pasada la etapa obligatoria, se observa que existe un mayor número de extranjeros que optan por continuar sus estudios superiores con Formación Profesional antes que seguir estudiando Bachillerato y acceder a la Universidad. También es particularmente significativa la presencia de alumnos inmigrantes en programas de garantía social (Moreno y Bruquetas, 2011).

Con respecto al acceso a la asistencia sanitaria, la población inmigrante suele acudir menos a los servicios de atención primaria que la población autóctona, mientras que en el acceso a urgencias, las cifras se elevan ligeramente entre los extranjeros tal y como lo demuestra el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2009).

Es importante mencionar que este acceso debería de ser igualitario para toda la población puesto que contrariamente al argumento populista que afirma que “si la población migrante no trabaja y ni paga impuestos, no contribuye al Sistema Nacional de Salud por lo que no puede tener acceso al mismo”, desde enero de 1999, el Sistema Nacional de Salud se financia mediante impuestos generales, tanto directos (IRPF) como indirectos (IVA) entre otros y no a través del sistema de cotizaciones sociales, por lo que todas las personas contribuimos al mismo cuando compramos o consumimos cualquier cosa.

En ningún caso, los inmigrantes escogen España como país de destino por su atención sanitaria y por sus prestaciones sociales respondiendo a un “efecto llamada”, ya que una mejora de la calidad de vida y la búsqueda de un empleo mejor, son los motivos más determinantes que escogen para venir según la Encuesta nacional de inmigrantes (2007).

### 1.3. Evolución legislativa sobre el derecho a la asistencia sanitaria en España

El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes ha sufrido variaciones a lo largo de la historia, situándonos en este momento con una importante cifra de personas que no están siendo atendidas, salvo que estén en situación de urgencia o enfermedad grave.

Como veremos más adelante, la universalización de la cobertura sanitaria tras la entrada en vigor de la *Ley General de Sanidad (1986)* afectaba únicamente a la población de nacionalidad española, quedando relegado el acceso libre y gratuito de la población extranjera salvo que cotizasen a la seguridad social. Los encargados de atender a los inmigrantes en situación irregular eran los profesionales sanitarios de ONGs, de servicios sanitarios de beneficencia o personas a título personal. Fue a partir de la aprobación de la *Ley de Protección del Menor (1996)* cuando las mujeres embarazadas y los menores indocumentados consiguieron acceder a las prestaciones sanitarias en igualdad de condiciones que los españoles, y a raíz de la elaboración de la *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* cuando el criterio de empadronamiento sirvió para que los extranjeros pudiesen acceder al sistema sanitario (Moreno y Bruquetas, 2011).

En el texto de la *Constitución Española (1978)* “se reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo responsabilidad de los poderes públicos la organización y la tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios” (artículo 43).

Debido a que España es un Estado descentralizado, en materia de Sanidad las Comunidades Autónomas han asumido competencias relacionadas con la asistencia social, sanidad e higiene (artículo 148) al mismo tiempo que el Estado tiene competencia exclusiva en materias como la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos (artículo 149).

*La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y sus modificaciones mediante las Leyes Orgánicas 8/2000, de 22 de diciembre, 11/2003, de 29 de septiembre, 14/2003, de 20 de noviembre y 2/2009, de 11 de diciembre* se elaboraron para hacer frente al fenómeno migratorio que estaba aconteciendo en España convirtiéndolo en un país de destino de los flujos migratorios y de tránsito hacia otros Estados. Todas las modificaciones han ido variando aspectos o incorporando aquellos que no estaban incluidos, conformando una nueva Ley Orgánica con múltiples cambios desde que se elaboró por primera vez en el año 2000.

Con respecto al derecho a la asistencia sanitaria (artículo 12), éste estuvo vigente tras su modificación en la *Ley Orgánica 2/2009* y se definía de esta manera:

- Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
- Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Más concretamente en el marco de la legislación específica en materia de sanidad, empezaremos centrándonos en la *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad* que en su artículo 1 se define el objeto de la misma basado en la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la *Constitución Española*. También se especifica que “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” mientras que “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”.

El artículo 4 se refiere a la descentralización de este derecho a nivel estatal especificando que “tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a las que se refiere este título dentro de una concepción integral del sistema sanitario” en donde “las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía”.

Por medio del *Real Decreto 1088/1989, del 8 de septiembre* se permitió el acceso a la asistencia sanitaria pública a los ciudadanos sin capacidad para efectuar las cotizaciones a la Seguridad Social, donde en su artículo primero “se reconoce el derecho a las prestaciones de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los españoles que tengan establecida su residencia en territorio nacional y carezcan de recursos económicos suficientes”

El objeto de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* fue establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias. Dichas acciones, a las cuales se hace referencia en este primer artículo, eran las siguientes (artículo 5): las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del sistema sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales.

Los titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria (artículo 3) de acuerdo a esta ley son los siguientes:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la *Ley Orgánica 4/2000*.
- 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.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

En esta ley se habla por primera vez de la tarjeta sanitaria individual (artículo 57), la cual permite “el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud” ya que funciona “como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular”. El *Real Decreto 183/2004, de 30 de enero*, es el encargado de regular la emisión y la validez de dicha tarjeta sanitaria que será efectiva en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente.

Por último, hay que referirse al *Real Decreto - Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, que modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que se elaboró supuestamente para “superar un vacío normativo que ponía en riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, completando el marco normativo vigente y estableciendo un régimen jurídico más adecuado (...) y para regular un mecanismo de reconocimiento de dicha condición que resultase de aplicación tanto a los españoles como a los ciudadanos de otras nacionalidades” pero que está impidiendo que inmigrantes en situación irregular accedan al ejercicio de este derecho.

De esta manera, el artículo 3 “de la condición de asegurado” distingue que las personas que tienen condición de asegurado son aquellas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.
- Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Respecto a la condición de asegurado, el artículo 3.3 especifica que en el caso de las personas de nacionalidad española o de algún estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de

ingresos determinado reglamentariamente, delimitado posteriormente a través del *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto*, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, estableciéndose en este caso, que el límite de ingresos será no tener ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros, ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

En el artículo 3.4 se especifica que quiénes tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, serán: el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad; el ex cónyuge a cargo del asegurado; y los descendientes o personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

En el artículo 3.5 se especifica que “las personas que no tengan condición de asegurado o beneficiario, podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción a un convenio especial” y es a través del *Real Decreto 576/2013, de 26 de julio*, que entró en vigor el 1 de septiembre, donde se establecen los requisitos básicos que se necesitan para acceder a este convenio especial de prestación de asistencia sanitaria (artículo 3):

- Acreditar la residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año
- Estar empadronadas en algún municipio del ámbito territorial
- No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título

Para la suscripción a este convenio (artículo 6), la persona deberá abonar a la Administración pública una cuota mensual de 60 euros si es menor de 65 años y 157 euros si tiene 65 años o más años, pudiendo ser incrementada por las comunidades autónomas si incluye otra serie de servicios complementarios.

Con relación a los inmigrantes en situación irregular, este *Real Decreto – Ley* añade el artículo 3 ter. “asistencia sanitaria en situaciones especiales” que expone:

“Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:



- 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.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones de los españoles”.

De acuerdo con la Disposición transitoria primera, “las personas que, con anterioridad a la entrada en vigor de este *Real decreto – Ley*, tuvieran acceso a la asistencia sanitaria en España, podrán seguir accediendo a la misma hasta el día 31 de agosto de 2012 sin necesidad de acreditar la condición de asegurado en los términos previstos en el artículo 3 de la *Ley 16/2003, de 28 de mayo*”.

Con esta reciente y vigente ley, se excluye del acceso a este derecho a aquellos extranjeros que se encuentren en situación administrativa irregular y no como pasaba antes, que bastaba el empadronamiento para acceder a la asistencia sanitaria.

Es importante detenernos a analizar las diferentes reacciones que ha habido en algunas Comunidades Autónomas tras la aprobación del *Real Decreto – Ley*, recogidas en un informe de Amnistía internacional que denuncia los obstáculos que los inmigrantes en situación irregular tienen a la hora de ejercer su derecho a la salud.

Junto a ellos cabe destacar a numerosas asociaciones y movimientos de la sociedad civil que se han unido a denunciar dicha violación de derechos, siendo el caso de plataformas como Yo sí Sanidad Universal, observatorios de sanidad, personal sanitario, Médicos del Mundo, Red Acoge, etc.

Con la elaboración del *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*, se pretendía seguir ofreciendo asistencia sanitaria a todas aquellas personas que, sin tener la condición de asegurados o beneficiarios del mismo, dispusiesen de la tarjeta individual sanitaria emitida en la comunidad autónoma de Euskadi previamente a la entrada en vigor el *Real Decreto – Ley 16/2012* y además, a las personas que cumpliesen los siguientes requisitos simultáneamente de acuerdo con el artículo 2.3:

- Estar empadronadas en cualquiera de los municipios de la Comunidad Autónoma de Euskadi en el que tengan su domicilio habitual, por un periodo continuado de, al menos, un año inmediatamente anterior a la presentación de la solicitud de reconocimiento de la asistencia sanitaria.

- Ser persona perceptora de prestaciones económicas integradas en el Sistema Vasco de Garantía de Ingresos e Inclusión o tener ingresos inferiores a la cuantía correspondiente a la renta básica para la inclusión y protección social de acuerdo a su normativa reguladora.
- No tener acceso a un sistema de protección sanitaria público por otro vía.

En el caso de Navarra se elaboró la *Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero*, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de la comunidad, en el que en su único artículo se enuncia que “todas las personas con residencia en Navarra tienen derecho de forma gratuita a la asistencia sanitaria primaria o especializada, prestada por el sistema sanitario público de la Comunidad Foral de Navarra, con cargo a los Presupuestos Generales de Navarra, cualquiera que sea su edad, nacionalidad o situación legal o administrativa” otorgándole de esta manera “un documento de identificación de acceso al régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en Navarra”.

En Asturias, a través de los centros del Servicio de Salud del Principado de Asturias se ha regulado la atención para ciudadanos extranjeros sin recursos económicos que empadronados en Asturias, podrán acceder a la asistencia sanitaria mediante la solicitud en el centro de atención primaria que les corresponda.

Desde el gobierno catalán se manifestó la idea de seguir atendiendo a todas las personas que residiesen en el territorio, por lo que las personas que lleven empadronadas al menos 3 meses en Cataluña y tengan ingresos inferiores a la renta básica, podrán seguir accediendo a la atención primaria, reservando el acceso a la atención especializada a las personas que lleven más de un año empadronadas, o a casos en situación de gravedad o urgencia. Paralelamente, el conceller de Salud propuso también la creación de una tarjeta sanitaria especial para los inmigrantes en situación irregular, garantizando de esta manera el acceso a la sanidad.

En el caso de Andalucía, que siempre se ha mostrado contraria a la reforma por atentar contra el derecho a la salud y contra ciertas competencias autonómicas, la asistencia se ha mantenido en los mismos términos que los que existían antes de la entrada en vigor del *Real Decreto – Ley*, a través de una tarjeta de reconocimiento temporal a inmigrantes en situación irregular.

Además, comunidades como Andalucía, Asturias, Cataluña, Canarias y País Vasco han presentado recursos de inconstitucionalidad que se han admitido a trámite.

Otras comunidades autónomas en cambio, han decidido implementar las disposiciones del *Real Decreto-Ley* y han procedido a regular –mediante instrucciones o circulares administrativas– las pautas de actuación que seguirán en materia de asistencia sanitaria.

Por ejemplo, desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria se dejaron de emitir nuevas tarjetas de asistencia sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular a través de instrucción interna del Servicio Cántabro de Salud (SCS). Esto significa que no se reconoce el derecho a la asistencia a nuevos usuarios en esa situación, pero, de momento, no se suspende el derecho a quienes ya lo tenían reconocido.

En el caso de la Comunidad de Madrid, ésta llegó a excluir a personas inmigrantes sin permiso de residencia previamente al 31 de agosto de 2012 (fecha máxima para poder seguir recibiendo asistencia sanitaria teniendo la tarjeta sanitaria) aunque posteriormente rectificó ya que estaba violando la ley. Actualmente, se considera que los inmigrantes en situación irregular son personas que están "en situación de TIR (Transeúnte sin Permiso de Residencia), es decir, sin derecho a la asistencia sanitaria y a la emisión de tarjeta sanitaria individual".

#### 1.4. La aplicación de la Reforma sanitaria en España: el caso de Galicia

Antes de centrarnos en la respuesta adoptada desde la Consellería de Sanidade a través de la creación del "*Programa galego de protección social da saúde pública*" para atender a todos los extranjeros que residiesen en Galicia de forma estable sin recursos económicos suficientes, vamos a hacer una exposición de la evolución en materia de sanidad respecto a la legislación autonómica gallega.

En la *Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia* se constituye la base donde se reconoce a Galicia como Comunidad Autónoma para su autogobierno, a través de la cual se define en el artículo 33.1 que "corresponde a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior".

Posteriormente se elaboró la *Lei 1/1989, do 2 de xaneiro, do Servizo Galego de Saúde*, a través de la cual se crea el Servicio Gallego de Salud (artículo 1) que "se constituye como un organismo autónomo de carácter administrativo" y "tendrá como finalidad la gestión de los servicios sanitarios de carácter público dependiente de la Comunidad Autónoma de Galicia y la coordinación integral de todos los recursos sanitarios y asistenciales existentes en su territorio". Tanto esta ley (excepto los

artículos 1 y 2) como su modificación posterior, la *Lei 8/1991, do 23 de xullo*, quedaron derogadas a través de la *Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia* (vigente hasta el 24 de septiembre de 2008).

A través del *Decreto 177/1995, do 16 de xuño*, se regula la tarjeta sanitaria en la Comunidad Autónoma de Galicia y mediante la *Orde do 12 de Xullo de 1995* se desarrolla dicho decreto, especificando en su artículo 1 que este documento “identifica a los ciudadanos residentes en Galicia protegidos por el sistema sanitario público y les acredita para el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias que tengan legalmente reconocidas, financiadas a través de la Xunta de Galicia”.

Aunque la *Lei 7/2003, do 9 de decembro*, no esté vigente en la actualidad es importante mencionar que “su objeto era la ordenación sanitaria en Galicia a través de la delimitación general de las actuaciones que permitiesen hacer efectivo en su ámbito territorial el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud” (artículo 1) y que de acuerdo con el artículo 131 de dicha ley, los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria eran “todas las personas que residiesen en los municipios de esta Comunidad Autónoma y los transeúntes en el territorio de la Comunidad (...) así como todos los gallegos de origen o ascendencia que, residiendo fuera de Galicia, se viesen amparados por los convenios oportunos (...); a las personas menores y las mujeres gestantes no incluidas en el apartado 1 del presente artículo; y además, se garantizaba a todas las personas la atención sanitaria en situación de urgencia y emergencia”.

Posteriormente se elaboró la *Lei 8/2008, de 10 de xullo, de saúde de Galicia* para “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia, el derecho constitucional a la protección de la salud en el marco de las competencias que le atribuye el Estatuto de autonomía, mediante la ordenación del Sistema de Salud de Galicia” (artículo 1). Los requisitos para ser titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria (artículo 4) se vieron modificados en esta Ley con respecto a la anterior y posteriormente en el artículo 32 de la *Lei 12/2011, de 26 de decembro, de medidas fiscais e administrativas* definiéndose así:

“El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia y de cobertura universal se garantiza a todas las personas que residan en los ayuntamientos de esta comunidad autónoma, cumpliendo alguno de los siguientes criterios:

- Que conste el empadronamiento en cualquiera de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma con una antigüedad de más de 183 días.
- Que radique en Galicia el núcleo principal o la base de sus intereses económicos, de forma directa o indirecta.
- Que residan habitualmente en Galicia el cónyuge, o la persona con análoga relación de afectividad, no separado legalmente, y los hijos o las hijas o los menores de edad que dependan de la persona física.

A los transeúntes y desplazados en el territorio de la comunidad autónoma se les garantizará (...) el derecho comunitario y europeo y los convenios nacionales e internacionales que resulten de aplicación, así como a todos los gallegos y a todas las gallegas de origen o ascendencia que, residiendo fuera de Galicia, se vean amparados por los convenios”.

Para hacer frente a la situación que se estaba viviendo en nuestra comunidad debido a la crisis económica y el paro, se elaboró la *Orde do 5 de setembro do 2011* para regular y establecer el procedimiento para el reconocimiento del derecho al acceso a la asistencia sanitaria por parte de las personas sin recursos económicos suficientes (PSR) y de las que estuvieran en situación de desempleo (Código 29).

Posteriormente a la adopción del *Real Decreto – Ley 16/2012*, desde la Consellería de Sanidade se elaboró la *Resolución do 31 de agosto de 2012* para establecer los criterios por los que se dispensaría asistencia sanitaria en esta comunidad a aquellas personas que no reuniesen la condición de asegurado o beneficiario:

- Las personas con documentación identificativa válida y en vigor, que a partir del 1 de septiembre del 2012 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con la condición de asegurado o beneficiario y que no puedan acogerse a un convenio especial, podrán solicitar la inclusión en el Programa gallego de protección social de la salud pública (definido en la *Resolución do 21 de setembro de 2012*)
- Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España que se encuentren en Galicia, que no tengan ni puedan tener asistencia sanitaria pública ni exportar el derecho desde su país de origen, y que no puedan incluirse en Programa gallego de protección social de la salud pública, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- 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.
  - Los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones de los españoles.
- Las personas que dispongan de autorización para estar en España siendo solicitantes de protección internacional y/o víctimas de trata de seres humanos en periodo de restablecimiento y reflexión.
  - Las prestaciones para atender enfermedades que supongan un riesgo para la comunidad son aplicables a toda la población que reside en Galicia (*Instrucción 17/2012*)

Las modalidades nombradas antes referidas a situación de urgencia o enfermedad grave, mujeres embarazadas, menores, solicitantes de protección internacional o víctimas de trata se denominan situaciones especiales y para que se pueda atender a estas personas, será necesario entregar una solicitud de asistencia sanitaria (ver en Anexo 1), regulada por la *Instrucción 10/2012* de la Xunta de Galicia, en el momento de acceder a los centros de salud o servicios sanitarios, junto con un documento acreditativo de su identidad.

Mediante la *Resolución do 21 de setembro de 2012* se crea el Programa galego de protección social da saúde pública, al que pueden acceder como se especificó antes, aquellos extranjeros con documentación identificativa válida y en vigor, que a partir del 1 de septiembre del 2012 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con la condición de asegurado o beneficiario y que no puedan acogerse a un convenio especial. Los requisitos para la solicitud de inclusión en este Programa son:

- No tener derecho a la asistencia sanitaria con la condición de asegurado o beneficiario, no poder acogerse a un convenio especial, ni exportar el derecho desde su país de origen.
- Estar empadronado en un ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Galicia con una antigüedad igual o mayor a 183 días
- No disponer de ingresos anuales, en España o en el país de origen o procedencia, superiores al IPREM (Indicador público de renta de efectos múltiples)

Se tramita en el centro de salud que corresponde por residencia y se realiza de manera individual y personal del interesado. La documentación necesaria (original y en vigor) será la siguiente:

- Solicitud de acogimiento en el Programa galego de protección social da saúde pública que incluye: datos personales, dirección, declaración responsable de ingresos, declaración de no ser asegurado ni beneficiario, número y parentesco de miembros familiares, autorización a la consulta telemática de los datos
- Documento identificativo: DNI, tarjeta de identidad del extranjero (TIE) o pasaporte

Se estipuló un procedimiento transitorio para poder incorporarse a este programa si se tenía tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre del 2012, con un plazo límite hasta el 1 de junio del 2013 (se ha ampliado hasta el 1 de diciembre de 2013).

A mayores, si los solicitantes no tenían tarjeta sanitaria previa, tendrán que incluir también dicha documentación:

- Certificado de empadronamiento (igual o superior a 183 días)
- Libro de familia
- Denegación de inscripción en el Registro Central de Extranjeros
- Certificado de ingresos en el país de origen (impuesto sobre la renta de personas físicas del último ejercicio)
- Certificado de que no procede la exportación del derecho a la asistencia sanitaria en países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de la Confederación de Suiza o países con convenios bilateral.

En el caso de que no se pudiese presentar toda la documentación que se requería (excepto solicitud y documentación identificativa), se podría entregar un informe de un trabajador social que valorase si se dan las circunstancias económicas y de residencia o especiales que impidan que se presenten todos los documentos.

El acogimiento en este programa supondrá la emisión de un documento acreditativo con una validez de un año (ver en Anexo 2) y antes de la finalización del plazo, se podrá formular una solicitud de renovación. Supuestamente, la prórroga se realizará mediante la elaboración de un escrito de intención de renovación por parte del solicitante y entregando un certificado de ingresos tributarios, según las últimas informaciones proporcionadas por el SERGAS en una entrevista a La Voz de Galicia

recientemente. Dado que este programa entró en vigor del 24 de septiembre del año pasado, aún no ha transcurrido el tiempo establecido de un año de validez del mismo, por lo que se desconoce si con la entrega de estos dos documentos, la prórroga sería automática.

Paralelamente, se han incluido dos tablas que miden la estimación de la inmigración en situación irregular en Galicia para saber cuánta población quedaría sin asistencia sanitaria de haberse seguido las directrices del *Real Decreto – Ley*, utilizando para ello un método indirecto de comparación de registros, entre el padrón municipal de habitantes (extranjeros extracomunitarios) y las autorizaciones de residencia de ciudadanos en régimen general (extranjeros con certificados de registro o tarjetas de residencia en vigor). Se han obtenido los datos del padrón de enero de 2012 y 2013, al mismo tiempo que las autorizaciones de residencia del 31 de diciembre de 2011 y de 2012 para poder reflejar los datos con mayor exactitud.

AÑO 2012	PMH (Total)	PMH (Extranjeros Extracomunitarios)	RÉGIMEN GENERAL	IRREGULARIDAD
<b>TOTAL</b>	2781498	66319	42346	23973
<b>HOMBRES</b>	1334183	30026	20779	9247
<b>MUJERES</b>	1438170	36293	21567	14726
AÑO 2013	PMH (Total)	PMH (Extranjeros Extracomunitarios)	RÉGIMEN GENERAL	IRREGULARIDAD
<b>TOTAL</b>	2763499	64918	42976	21942
<b>HOMBRES</b>	1334183	29404	21076	8328
<b>MUJERES</b>	1429316	35514	21900	13614

Fuente: Padrón de habitantes y Autorizaciones de residencia régimen general. Elaboración propia

Podemos observar que el número estimado de irregulares en el año 2013 es un poco inferior al del año 2012, pero también en lo que se refiere a la población general empadronada en Galicia por lo que puede que haya personas que hayan regresado a sus países de origen o que se hayan desplazado hacia otras comunidades autónomas.

Respecto a diferenciación por sexo, hay un mayor número de mujeres que de hombres en el padrón de habitantes, siendo casi nula la diferencia en la inscripción en el régimen general. De todas maneras, la diferencia entre hombres y mujeres es más visible en relación a la irregularidad, siendo mucho más numerosas las mujeres y por lo tanto, siendo más proclives a no recibir asistencia sanitaria.

También se incluyen un par de tablas que miden el porcentaje de inmigrantes en situación irregular (estimados previamente) sobre el total de extranjeros comunitarios por un lado y extracomunitarios por otro en los años 2012 y 2013:



<b>AÑO 2012</b>	PHM (Extranjeros comunitarios)	PMH (Extranjeros Extracomunitarios)	Estimación extranjeros irregulares	% Población irregular/extranjeros extracomunitarios
TOTAL	45864	66319	23973	36,15
HOMBRES	26839	30026	9247	30,80
MUJERES	19025	36293	14726	40,58
<b>AÑO 2013</b>	PHM (Extranjeros comunitarios)	PMH (Extranjeros Extracomunitarios)	Estimación extranjeros irregulares	% Población irregular/extranjeros extracomunitarios
TOTAL	44468	64918	21942	33,80
HOMBRES	25736	29404	8328	28,32
MUJERES	18732	35514	13614	38,33

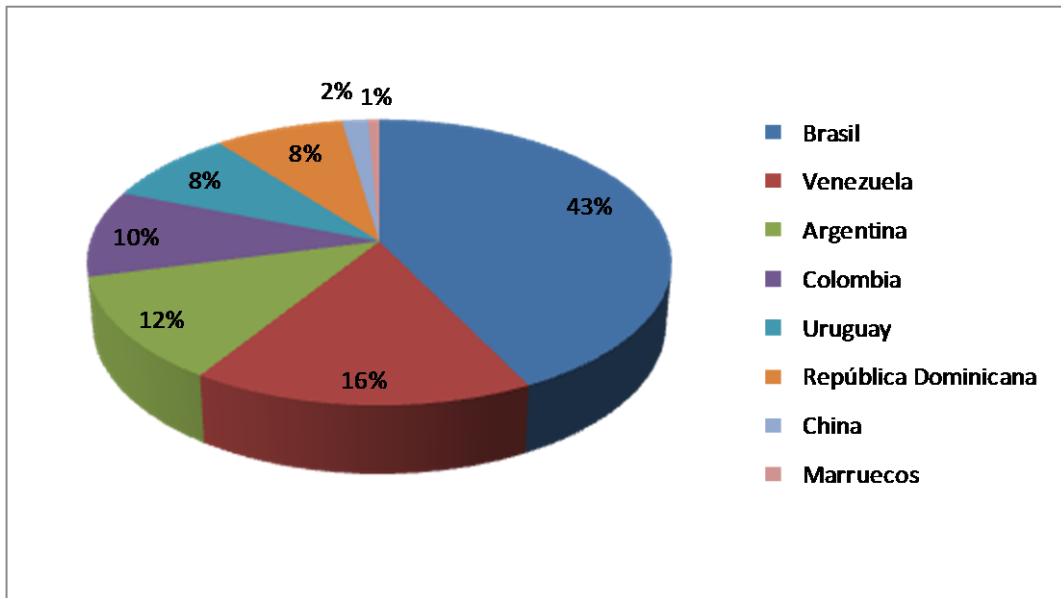
Fuente: Padrón de habitantes. Elaboración propia

Lo que se observa es que comparativamente, hay un porcentaje ínfimamente mayor de población irregular sobre el total de extranjeros extracomunitarios en el año 2012 que en el 2013, siendo algo superior también si diferenciamos por sexo. Esto es perfectamente lógico ya que según la estimación obtenida, había un mayor número de inmigrantes en situación irregular en el año 2012 que en el 2013.

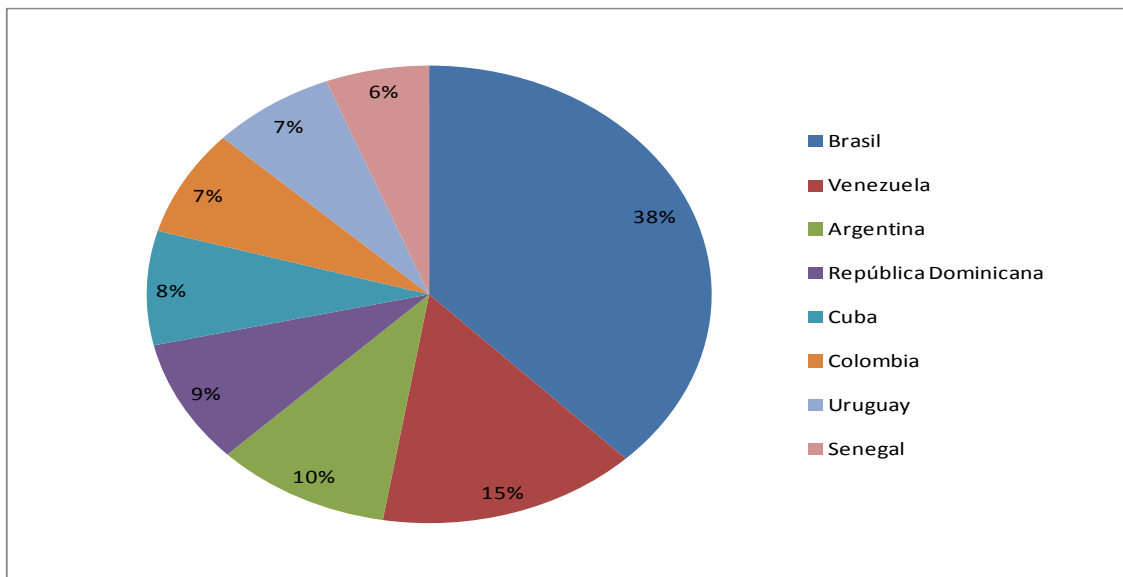
Tanto en el año 2012 como en el año 2013, más de un tercio del total de extranjeros extracomunitarios estaba en situación irregular. En ambos casos, los porcentajes de mujeres irregulares con respecto las extranjeras extracomunitarias eran superiores a las de los hombres. En general son porcentajes bastante altos lo que muestra una importante presencia de inmigrantes irregulares en Galicia que quedarían fuera de la cobertura sanitaria que establece el Estado desde su normativa actual.

Paralelamente, si se combinan las principales nacionalidades de la población de extranjeros extracomunitarios que viven en Galicia con el número de autorizaciones de residencia de extranjeros en el régimen general respecto a estas mismas nacionalidades, se obtienen dos gráficos (año 2012 y año 2013) que hacen referencia a la estimación de las nacionalidades más representativas respecto al número de extranjeros irregulares que hay en Galicia y que se quedarían sin asistencia sanitaria.

Como podemos observar, la mayor parte de extranjeros residentes en Galicia (ya sean regulares o irregulares) proceden de Brasil, seguido de Venezuela y Argentina correspondientemente en estos dos años. Mientras que en el año 2012, había una mayor población con nacionalidad colombiana, uruguaya y dominicana, en el año 2013 se reparte igualitariamente entre estas tres, sumadas a Cuba y a Senegal. En el año 2012 hay un porcentaje importante de población china mientras que en el año 2013 no es tan predominante. Lo mismo ocurre con los marroquíes que son sustituidos por extranjeros provenientes de Senegal en el año 2013.



Fuente: Padrón de habitantes (2012) y Autorizaciones de residencia (31/12/2011). Elaboración propia



Fuente: Padrón de habitantes (2013) y Autorizaciones de residencia (31/12/2012). Elaboración propia

## 2. OBJETIVO E HIPÓTESIS

Este Trabajo Fin de Máster se ha centrado en la elaboración de un estudio de caso en un centro de salud lucense sobre el acceso de las personas migrantes al sistema sanitario en Galicia, debido a los cambios acontecidos tras la elaboración del *Real Decreto-Ley 16/2012 del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, y a la creación del Programa galego de protección social da saúde pública instaurado en nuestra comunidad autónoma como respuesta a la puesta en marcha del *Real Decreto – Ley*.

El objetivo principal ha sido analizar cómo se produce la aplicación de la normativa que restringe el derecho de acceso a la asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación administrativa irregular y cuáles son las consecuencias que tiene para la población inmigrante y para el trabajo diario en el centro de salud.

Partimos de que el servicio de asistencia primaria gestionado a través de los centros de salud es el primer nivel de referencia para acceder a la asistencia sanitaria, por lo que los extranjeros empadronados en cualquier ayuntamiento tenían derecho al acceso a la sanidad antes de la entrada en vigor del *Real Decreto – Ley*. A raíz de éste, la situación administrativa pasó a ser el determinante para que los inmigrantes pudieran seguir recibiendo asistencia sanitaria, salvo que se encontrasen en casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, embarazo o extranjeros menores de 18 años. Consecuentemente, algunas comunidades autónomas decidieron establecer programas para hacer frente a esta normativa, por lo que en Galicia se creó el *Programa galego de protección social da saúde pública*, mediante el cual los extranjeros (independientemente de su situación administrativa) residentes en Galicia de forma estable (un mínimo de 183 días de empadronamiento) y sin recursos económicos suficientes, pudiesen acceder a la asistencia sanitaria. De esta manera, los inmigrantes irregulares que antes de la puesta en marcha del *Real Decreto – Ley* habían conseguido la tarjeta sanitaria, tenían que inscribirse en este programa y los que no, reunir una serie de documentación para poder acceder al mismo.

Por lo tanto, en este Trabajo Fin de Máster se partió de la hipótesis de que a pesar de la existencia de una normativa autonómica que no restringe tan drásticamente el acceso de la población inmigrante en situación irregular al sistema sanitario como lo hace la normativa estatal, existen mecanismos burocráticos que no favorecen que la inclusión en el *Programa galego de protección social da saúde pública* sea tan efectiva y rápida como debería de ser.

Por un lado, parte de la documentación que los inmigrantes irregulares tienen que reunir para poder inscribirse en el programa resulta complicado que la consigan ya que algún documento implicaría viajar al país de origen o presentarse en Extranjería (hay que recordar que se encuentran en situación irregular por lo que existe el temor a que les abran una orden de expulsión si acuden); y por otro, el tiempo que pasa entre que se solicita la inscripción en el programa y se resuelve es bastante, teniendo en cuenta además que cada tres meses tienen que acudir al centro de salud a renovar La solicitud (aunque eso no se especifica en la normativa referida al Programa galego sino que sólo aparece reflejado en el documento de inclusión en el programa).

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

En primer lugar es fundamental explicar por qué se ha escogido un tema como es el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario para el Trabajo Fin de Máster, y es que, de acuerdo con la actual normativa estatal, se está vulnerando el derecho que tiene esta población a la hora de acceder a la asistencia sanitaria cuando se encuentra en situación administrativa irregular.

Debido a que es un tema de reciente actualidad y que no existen muchos trabajos que aborden dicha problemática, se consideró interesante la posibilidad de ahondar más en este tema utilizando como metodología de investigación el estudio de caso en un centro de salud, para poder conocer cómo es el funcionamiento de este servicio de asistencia sanitaria y cómo se gestionan los problemas derivados de esta restricción de derechos por parte de los inmigrantes en una situación real del día a día.

En relación con la metodología de estudio de caso, Yin (1989) la define como una herramienta valiosa en la investigación porque permite que se registre y se analice la conducta de las personas involucradas en su contexto real, utilizando para ello diversas herramientas cuantitativas y cualitativas como documentos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes y de las instalaciones (Martínez Carazo, 2006).

De acuerdo con Chetty (1996), este método de estudio es una metodología adecuada para investigar los fenómenos que buscan dar respuesta al cómo y al por qué; permite estudiar un tema determinado en el que las teorías existentes resultan inadecuadas; ofrece una visión desde múltiples perspectivas y permite explorar de manera más profunda obteniendo un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno (Martínez Carazo, 2006).

Se parte de un diseño de estudio en el que se plantea el problema y se definen los objetivos y las posibles hipótesis que se persiguen con la investigación. Es imprescindible hacer una revisión bibliográfica sobre el tema - objeto de estudio y sobre los antecedentes del mismo para poder orientar adecuadamente el trabajo. Una vez organizada esta parte, llega la fase de realización del estudio donde una vez identificadas las unidades de análisis, se procede a recoger los datos utilizando para ello diferentes técnicas cualitativas y cuantitativas. Posteriormente, se analizan los datos obtenidos en la fase anterior y se elabora un informe sobre las conclusiones de la investigación en relación con los objetivos definidos previamente.

En este Trabajo Fin de Máster, se ha elaborado un estudio de caso en un centro de salud de la ciudad de Lugo “Illas Canarias” siendo la principal unidad de análisis el espacio físico del centro de salud en sí mismo.

Se considera fundamental incluir previamente una contextualización de la organización a nivel autonómico del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) para poder entender cómo se estructura la atención primaria para posteriormente, describir este centro de salud, su organización y los recursos sociales de su zona de influencia.

La Consellería de Sanidade es el órgano de la administración autonómica encargado de la dirección y el control del desarrollo de las funciones y competencias que le corresponden a la Xunta de Galicia en materia de sanidad. Por su parte, el Servizo Galego de Saúde (SERGAS) es el organismo autonómico que se encarga de facilitar los servicios preventivos, asistenciales, rehabilitadores y socio-sanitarios, integrados en una serie de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El SERGAS está estructurado en dos niveles: en primer lugar, la atención primaria (centros de salud) que se caracteriza por prestar una asistencia próxima, personas y continuada en el tiempo, ya sea a través de labores asistenciales o con actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades y programas de atención específicos; y en segundo lugar, la atención especializada (hospitales públicos) que comprende la atención hospitalaria, la atención ambulatoria, la atención de salud mental, la atención a dependencias y conductas aditivas y atención de urgencias.

En lo referente al primer nivel, la atención primaria en Galicia se estructura en torno a la Gerencia de atención primaria que es el órgano directivo superior, encargado de la gestión de los recursos sanitarios a este nivel y está dividido en seis: A Coruña, Santiago de Compostela, Lugo, Ourense, Pontevedra y Vigo.

Inmediatamente debajo de éste, se encuentran los Servicios de Atención Primaria (SAP) que se corresponden con el nivel organizativo superior de gestión, planificación y apoyo que integra una o varias Unidades de Atención Primaria (UAP). En el mismo nivel, un SAP cuenta con el apoyo de las Unidades Auxiliares y de las Unidades de Urgencias.

Las Unidades de Atención Primaria (UAP) constituyen la estructura básica para prestar la atención integral a la población. Está formado por médicos generales, pediatras, enfermeras y personal no sanitario (auxiliares administrativos, celadores y personas del servicio general).

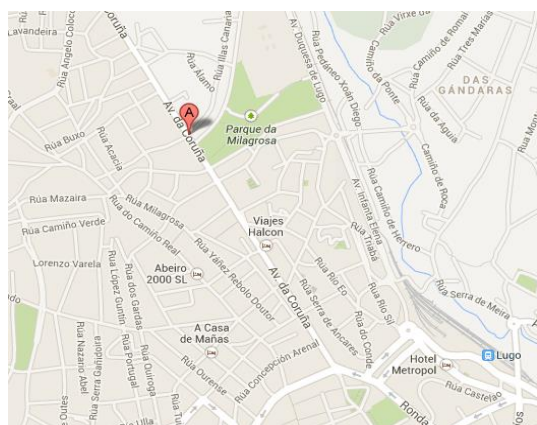
Las Unidades Auxiliares son las unidades que realizan las actividades dentro de especialidades básicas que constituyen un apoyo a la asistencia básica. Está formada por las unidades de pediatría de apoyo, de salud bucodental, de fisioterapia, de odontología, de salud materno – infantil y de trabajo social. Los centros de orientación familiar (COF) y los centros de salud mental están dentro de estas unidades pero están adscritos a la atención especializada.

Las Unidades de Urgencias son las que prestan atención fuera del horario de atención ordinaria y están formadas por médicos generales, pediatras y enfermeros.



El Servicio de Atención Primaria (SAP) Illas Canarias está situado en la zona norte de la ciudad de Lugo (calle Illas Canarias s/n), sirviendo de nexo entre dos partes de la ciudad, una de ámbito urbano y otra de ámbito rural. Esta última se dedicó principalmente a actividades de agricultura y ganadería durante años pero actualmente se ha visto modificada por la proximidad al casco urbano de la ciudad y al polígono industrial del Ceao, el mayor del municipio.

El área de influencia se extiende por el norte de la ciudad desde la Avenida de la Coruña, a la altura de la calle Otero Pedrayo, hasta el final de la avenida donde se



sitúa el Polígono Industrial O Ceao; por el este abarca distintos barrios como: Paradai, Romai, A Granxa, A Croa, Burozos, Agro do Granxeiro y algunas calles de las Gándaras; y por el oeste comparte zona de influencia con el centro de salud “A Milagrosa” focalizando su actuación en los barrios de Mazi, Pías, Tirimol y Meilán.

Las razones por las que se escogieron este centro de salud para llevar a cabo este Trabajo Fin de Máster se debieron a que atiende a mucha más población inmigrante que otros centros. De hecho, según la trabajadora social del centro de salud, la mayoría de los inmigrantes que viven en Lugo acuden tanto a este centro como al de “A Milagrosa”, puesto que viven en zonas colindantes a estos y al ser una zona alejada del casco histórico, el alquiler de viviendas es más barato. Además, justo al lado del centro, está el parque de la Milagrosa donde todos los viernes hay un mercadillo y muchas familias inmigrantes trabajan en el negocio de la venta ambulante.

El centro de salud es un edificio que está dividido en dos plantas (planta baja y primera planta) donde están ubicadas las diferentes consultas. Al entrar a mano derecha está el mostrador de información donde se encuentra el personal administrativo del centro y es donde está ubicado el puesto de cita previa:

Los servicios que se ofrecen desde este centro de salud son los siguientes:

- ❖ Servicios básicos:
  - ✓ Medicina general
  - ✓ Enfermería
  - ✓ Pediatría
- ❖ Servicios de apoyo:
  - ✓ Odontología
  - ✓ Enfermería obstétrico ginecológica (matronas)
  - ✓ Farmacia
  - ✓ Trabajo social
- ❖ Extracciones
- ❖ Servicios administrativos
- ❖ Aplicación informática: Cita previa

Los recursos humanos con los que cuenta el centro se dividen de esta manera:

- ❖ Servicios Básicos:
  - ✓ Médicos generales: 12
  - ✓ Pediatras: 2
  - ✓ Médicos internos residentes: 1
  - ✓ ATS/DUE: 14
  - ✓ Auxiliares de enfermería: 3
  - ✓ Administrativos: 6

❖ Servicios de Apoyo Especiales:

- ✓ Trabajadora social: 1
- ✓ Farmacéuticos: 2
- ✓ Matrona: 1
- ✓ Odontólogo: 1
- ✓ Auxiliar de enfermería: 1
- ✓ Técnico especialista: 1

Respecto a la ubicación física de las consultas, en la planta baja se dividen de esta manera:

<u>Consulta 1:</u> Pediatría	<u>Consulta 9:</u> Medicina General
<u>Consulta 3:</u> Enfermería (pediatría)	<u>Consulta 9B:</u> Sala de programas: citologías y ecografías
<u>Consulta 4:</u> Pediatría	<u>Consulta 10:</u> Enfermería
<u>Consulta 5:</u> Enfermería (pediatría)	<u>Consulta 11:</u> Medicina General
<u>Consulta 6:</u> Enfermería	<u>Consulta 12:</u> Medicina General
<u>Consulta 7:</u> Medicina General	<u>Consulta 13:</u> Enfermería
<u>Consulta 8:</u> Medicina General	Sala de urgencias

Con respecto a las consultas de la primera planta, se dividen de esta manera:

<u>Consulta 14B:</u> Enfermería	<u>Consulta 25:</u> Enfermería
<u>Consulta 14:</u> Medicina General	<u>Consulta 26:</u> Enfermería
<u>Consulta 15:</u> Medicina General	<u>Consulta 27:</u> Toma de muestras, exploraciones
<u>Consulta 16:</u> Enfermería	<u>Consulta 28:</u> Medicina General
<u>Consulta 17:</u> Enfermería	<u>Consulta 29:</u> Odontología
<u>Consulta 18:</u> Medicina General	<u>Consulta 30:</u> Higienista dental



<u>Consulta 19</u> : Medicina General	<u>Consulta 31</u> : Trabajadora social
<u>Consulta 20</u> : Enfermería	<u>Consulta 32</u> : Atención farmacéutica
<u>Consulta 21</u> : Matrona	<u>Consulta 33</u> : Despacho Jefe de servicio
<u>Consulta 22</u> : Enfermería	<u>Consulta 35</u> : Sala de sintrom
<u>Consulta 23</u> : Medicina General	Sala de juntas
<u>Consulta 24</u> : Medicina General	Biblioteca

En relación con los recursos sociales que se encuentran en la zona influencia del centro de salud Illas Canarias, podemos distinguir los siguientes:

❖ Casa da Muller: En este centro se proporciona atención personalizada y gratuita sobre malos tratos, vejaciones, agresiones sexuales, acoso sexual, etc; información y asesoramiento social sobre alternativas para adoptar en situaciones de malos tratos y agresiones en el ámbito familiar, sobre los recursos existentes en la comunidad; sobre la gestión y tramitación de ayudas económicas e individuales; orientación laboral; cursos ocupacionales; oposiciones; bolsas de empleo; información y asesoría jurídica en temas de separaciones, divorcios, abandonos del hogar, sentencias incumplidas, denuncias por violencia, discriminación laboral, bajas por maternidad; atención y apoyo psicológico; intervenciones en situaciones de emergencia o crisis; terapia de apoyo y seguimiento del proceso; servicio de atención y acogida en casos de violencia y malos tratos, etc. Está situada en la Avenida de la Coruña, 242.

❖ INEM (Instituto Nacional de Empleo): Es el organismo autónomo de la Administración general del Estado Español cuya función principal es la gestión del empleo, registro público de los contratos, gestión de subvenciones de empleo a las empresas, y gestión de las prestaciones por desempleo. Está situado en la calle Río Cabe, 8-10.

❖ Proyecto Hombre Lugo: Es un centro que se encarga de la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones. Actualmente en esta instalación trabaja una sola persona, se encarga de informar a las personas interesadas de incorporarse al programa, de hacer su diagnóstico y de realizar el seguimiento de los que están en reinserción. Está situado en la calle Monte Faro, 1.

❖ Residencia de mayores “As Gándaras”: Este centro, situado en la calle Calzada Gándaras s/n, es una residencia mixta, de titularidad pública (pertenece a la Xunta de Galicia) y tiene 226 plazas.

❖ Centro de día “As Gándaras”: Este centro (calle Gándaras de Piñeiro s/n), anexo a la residencia de ancianos, presta su servicio a personas con autonomía reducida mayores de 65 años. Facilita la integración de los mayores a través de programas de atención supervisada para toda la jornada o parte de ella y supone un apoyo para las familias, así como una alternativa a la residencia. También dispone de servicio de transporte de ida y de vuelta.

❖ Espazo>lab (Espacio de orientación laboral del Ayuntamiento de Lugo): Está situado en el antiguo cuartel de Garabolos situado al final de la Avenida de la Coruña, 500. Es un servicio integral de orientación, formación y desarrollo de los programas de fomento del empleo del Ayuntamiento. Cuenta con un equipo de profesionales especializados en el asesoramiento laboral que coordinan las distintas iniciativas municipales en materia de empleo y, además, funciona como nexo de unión entre las empresas y las personas demandantes de empleo.

❖ Centro EECA Lugo: Es un centro de educación permanente para adultos que lleva a cabo actividades dedicadas a la formación básica para adultos, de normalización lingüística, de formación, orientación e inserción laboral, de sensibilización, y de formación en nuevas tecnologías. También ofrece cursos monográficos (manipulador de alimentos, formación para la salud, etc.) y actividades de formación del profesorado y de ocio y animación sociocultural. Está ubicado en la calle Garaballa de arriba, 9.

❖ Asociación DIGNIDADE LUGO (Calle Perpetuo Socorro nº44, 4º): Es una organización no lucrativa, que tiene como uno de sus objetivos, la colaboración social en materia educativa de la juventud, principalmente con los colectivos más susceptibles de ser víctimas de la pobreza y/o marginación. Trabajan con menores y jóvenes en situación de dificultad social y con familias que sufren algún tipo de exclusión social; realizan labores de prevención y contribuyen a la rehabilitación, readaptación y reinserción de personas en situación de dificultad social.

❖ Casa de familia DIGNIDADE LUGO (Calle Perpetuo Socorro nº44, 1º): Es un centro colaborador de la Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia para la atención integral de menores en situación de riesgo o desamparo de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años que no pueden permanecer en sus hogares.

❖ Centro de intervención en medio abierto CIEMA LUGO (Calle Alcalde Ramiro Rueda Fernández, 10 entresuelo): Es un centro colaborador de la Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia para la atención integral de menores infractores de determinadas medidas judiciales: tratamiento, ambulatorio, asistencia al centro de día, permanencia de fin de semana, libertad vigilada, convivencia, prestaciones en beneficio de la comunidad, tareas socioeducativas, etc.

❖ Centro de día DIGNIDADE Abeiro LUGO (Calle Perpetuo Socorro nº44, 4º): Es un centro colaborador de la Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia para la atención integral de menores en edades comprendidas entre los 0 y los 18 años, donde se atiende a menores en situación de riesgo o desamparo y a familias con problemas que necesitan un respiro.

❖ Centro de Convivencia de la Milagrosa: Es el centro donde se encuentran los servicios sociales de atención primaria de esta zona. Además, cuenta con un salón de actos, tres salas para talleres y actividades, una sala de juntas, una sala de rehabilitación, un salón de peinado y una cafetería de uso libre. Está situado en la calle Monte Faro, 10.

Respecto a la metodología de trabajo concretamente, se procedió a hacer una observación del centro de salud para identificar cómo era la organización del mismo en cuanto a la distribución del espacio físico. Para conocer datos más específicos del centro y de la organización de los servicios de Atención Primaria se utilizó la página web del SERGAS ([www.sergas.es](http://www.sergas.es)) y alguna memoria de alumnas en prácticas de otros años que habían estado con la trabajadora social del centro de salud. No hubo manera de saber a cuánta población inmigrante (diferenciada por sexo y por edad) atiende este centro porque no están bien delimitadas las calles que pertenecen a este centro de salud, por lo que no se pudo utilizar tampoco el Padrón para conocer estos datos. De todas maneras, a través del personal administrativo del centro se pudo saber que actualmente están registrados 17048 personas aunque sin saber tampoco cómo es la distribución por sexo y por edad.

Una vez comenzado el proceso de elaboración del marco teórico de la investigación, había muchas dudas con respecto a la normativa estatal y autonómica específica en la asistencia sanitaria, por lo que de manera informal, hubo dos reuniones con la trabajadora social del centro para aclarar aquellos aspectos que ofrecían dudas y que no estaban del todo claro. Esto ayudó a que se pudiese desarrollar la parte de análisis legislativa de una manera óptima y tener claro qué preguntas debían hacerse en las entrevistas respecto a este tema.

Con el fin de poder combinarlo con las visitas al centro de salud para hacer las entrevistas, se acudió a realizar las observaciones en diferentes franjas horarias (a primera hora de la mañana, a media mañana, a última hora de la mañana, a primera hora de la tarde, a media tarde y a última hora de la tarde) para saber la afluencia de personas que acudían a consulta y así obtener una visión más generalizada y concisa del funcionamiento diario en un centro de salud. De todas maneras, es importante hacer hincapié que al realizarse a finales de julio, en plena época de vacaciones, el vaivén de gente era diferente y probablemente inferior que si las observaciones se hubiesen llevado a cabo en otra época del año.

Para poder hacer las entrevistas al personal del centro, se procedió a hablar con la Jefa de Servicio para pedirle permiso para realizar este estudio en el centro de salud. De ahí se consultó con la Gerencia de Atención Primaria y no hubo ningún problema para proceder con la investigación.

Las entrevistas se restringieron a menos profesionales de los deseados puesto que solamente estaba la mitad de la plantilla (se realizaron en época de vacaciones) y a veces no era tan fácil acceder a estos porque al no haber tantos pacientes, había mucho personal que salía antes o entraba después en su puesto de trabajo. En total se entrevistaron a seis médicos de familia (cuatro de turno de mañana y dos de turno de tarde), tres enfermeras (dos de turno de mañana y una de turno de tarde), a la trabajadora social del centro y a dos miembros del personal administrativo (uno del turno de mañana y uno del turno de tarde). La selección fue totalmente aleatoria en función de los profesionales que se encontraban en el centro de salud en el momento de acudir en las diferentes franjas horarias, excepto la entrevista a uno de los médicos en particular ya que a través de la trabajadora social, se sabía que éste tenía en su cupo a mucha población inmigrante por lo que resultaba interesante entrevistarlo para el trabajo. Las entrevistas fueron estructuradas ya que había un guión preestablecido con las preguntas a realizar, aunque también se formularon algunas en función de las respuestas que ofrecían los entrevistados. En función del tipo de profesional que se entrevistaba, las preguntas se focalizaban más en un tema u en otro ya que por ejemplo, la trabajadora social conocía más detalladamente todo el proceso de instauración del programa gallego debido a su participación en el mismo, que lo que podía conocer una enfermera del centro. Se abordaron temas relacionados con el funcionamiento diario del centro de salud, con el cupo de población inmigrante que tenía el cuerpo médico, con la instauración del Real Decreto – Ley, con la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular, con el *Programa galego de protección social da saúde pública*, etc. (ver en Anexo 3).

Debido a la Ley de Protección de Datos no se pudo entrevistar a ningún inmigrante que estuviera en situación administrativa irregular que se inscribiera en el *Programa galego de protección social da saúde pública* en este centro de salud. A través de Cruz Roja, se estuvo intentando conseguir que alguna de las usuarias que acuden a la organización concediese alguna entrevista para conocer en primera persona cómo ha sido el proceso para la regularización de su derecho a la asistencia sanitaria, pero también fue un intento “en vano” por el miedo que tienen a hablar debido a la situación administrativa que tienen.

#### **4. RESULTADOS**

Los resultados que se reflejan a continuación se han obtenido tras las distintas observaciones que se realizaron en el centro de salud donde se elaboró el estudio de caso y tras las entrevistas formuladas a los diferentes profesionales que trabajan en el centro.

Como se comentó anteriormente, las diferentes observaciones se hicieron en verano por lo que no había tanta gente como si se hubiesen hecho en otra época del año, ya que hay mucha población que se va de vacaciones en estos meses. A primera hora de la mañana había bastante población envejecida, seguramente por el sintrom y para hacer análisis de sangre. En general, había más concentración de gente hacia media mañana pero mayoritariamente gente mayor. Hacia última hora de la mañana o primera de la tarde, es cuando más facilidad de acceso existe para poder hacer las entrevistas al personal del centro de salud porque no acude tanta población a consulta y el ambiente está más tranquilo, sobre todo en verano. Con respecto a la tarde, había gente a lo largo de todo el periodo pero como en la jornada de mañana, todo bastante tranquilo ya que son unos meses donde la gente suele estar fuera de la ciudad.

En relación con la población inmigrante, no se notaba una presencia demasiado llamativa, salvo la de mujeres musulmanas con sus hijos para acudir al pediatra. En horario de tarde, había más población extranjera puesto que uno de los médicos de cabecera que está en este turno, tiene en su cupo más de la mitad de gente inmigrante, lo que hace que mucha población acuda al mismo con mayor frecuencia que a otros. Basarse en la identificación racial para poder distinguir a población inmigrante constituye un sesgo en cualquier investigación, pero dado que se llevó a cabo una observación no participante, la manera de saber que una persona era inmigrante se basó en el aspecto físico y en el idioma que utilizaba para comunicarse, pudiendo en muchos casos existir errores en la identificación.

Respecto al resultado de las entrevistas, la gran mayoría de los médicos de familia y de las enfermeras tienen incluido en su cupo alrededor del 1-5% de población inmigrante, salvo el caso de uno de los médicos que tiene más del 50% de su cupo formado por población inmigrante:

*“Casi el 60% de la población. Quizás sea el horario más cómodo, por ser horario de tarde. Es el horario que parece más accesible”  
(Informante n°4. Médico de familia)*

Respecto a las principales nacionalidades que atienden los médicos y enfermeras entrevistadas, destaca la población procedente de Marruecos, Colombia y Argentina, aunque la más predominante es la marroquí.

Se destacó que acude población joven, en edad activa principalmente, y que no existen diferencias en igualdad de acceso entre población inmigrante y autóctona a la hora de acudir a consulta.

*“Yo totalmente digo que no vienen más inmigrantes en mi cupo que nacionales. No abusan más por ser de fuera, yo digo que no”  
(Informante n°3. Enfermera)*

*“Es un cupo joven por lo que no hay diferencias entre jóvenes inmigrantes y jóvenes nacionales. La patología es similar y acuden por situaciones similares. Y dentro de los pacientes crónicos, con una patología añadida, la forma de acudir es la misma. Los que precisan más dependencia clínica o emocional con el médico acuden también de igual manera. No existe diferencia de acceso de unos y de otros y eso independientemente de que muchos en su lugar de origen el acceso estaba muy limitado, era un acceso privado que aquí es mucho más libre” (Informante n°4. Médico de familia)*

Aunque también existen casos en los que sucede lo contrario, que sí existen diferencias a la hora de acudir a consulta entre población inmigrante y población autóctona:

*“Vienen más los autóctonos, son más frequentadores. El inmigrante viene puntualmente cuando tiene algún problema y el seguimiento es más difícil por cuestiones idiomáticas y económicas, en el tema de la medicación” (Informante n°5. Médico de familia)*

*“Los sudamericanos por ejemplo vienen más que los de aquí. En general destacan las mujeres sudamericanas que vienen más (Informante nº6. Médico de familia)*

Tras unas primeras preguntas relacionadas con la presencia de población inmigrante en las consultas, se quiso conocer diferentes cuestiones relacionadas con la instauración del *Real Decreto – Ley* en nuestro país, sobre la opinión de éstos sobre las restricciones de derechos para personas inmigrantes en situación irregular y cómo afectan los cambios en su día a día.

Uno de los supuestos del *Real Decreto – Ley* para atender a población inmigrante en situación irregular se da cuando se encuentren en situación de urgencia por enfermedad grave o accidente, pero no especifica qué es enfermedad grave y en qué se diferencia, por ejemplo, de una enfermedad crónica. Por ello, los miembros del cuerpo médico son las personas más adecuadas para poder responder a esta cuestión que deja en suspense cuándo se atendería a un inmigrante y cuándo no.

*“Yo consideraría enfermedad grave lo que fuese grave para él y para su entorno. Una enfermedad de transmisión yo la consideraría grave porque puede ser un problema grave de salud ya sea para él o para el entorno, ya sea próximo o de gente que se pueda relacionar con él. Enfermedad grave si ves que puede tener un infarto o que acaba de amputarse una pierna, eso es lo básico, pero una enfermedad grave yo la consideraría en función social, que pudiese contagiar a él mismo y a su entorno, que fuese una epidemia” (Informante nº1. Médico de familia)*

*“Es que a ver qué consideran ellos por enfermedad grave. Que se aclaren. Grave por ejemplo, una mujer que tengo yo en mi cupo con malaria que le facturaron y está con fiebre alta y con riesgo para su salud. Grave es cualquier enfermedad que hace que no puedas hacer tu vida de manera normal. El cáncer te acaba matando si no pones tratamiento. Lo de grave es mucho decir. Si la ley no lo aclara, es un cajón de sastre. Es muy ambigua” (Informante nº2. Médico de familia)*

*“Creo que la distinción de enfermedad grave solamente se refiere a esa enfermedad aguda grave con un compromiso de la vida en ese momento. Porque enfermedad grave es una hipertensión y no se va a poder atender porque se consideran de las crónicas que no van a ser posibles de atender. A lo que se refiere y creo que es el espíritu es que*

*va a crear muchos problemas en el concepto ése de gravedad. Gravedad sería un proceso crónico invalidante en el tiempo como puede ser la hipertensión o la diabetes y se va a dirigir a aquello que comprometa la vida del paciente en ese momento. El médico es el que decide. Por ejemplo, una hipertensión no va a poder atenderla pero una crisis hipertensiva sí que se tendrá que atender” (Informante nº4. Médico de familia)*

*“Enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes son graves a medio – largo plazo. Las complicaciones que va a tener son mucho mayores y los gastos que se van a derivar son infinitivamente superiores que si tú hubieses controlado al diabético. No es una enfermedad grave de muerte inminente pero es una enfermedad que va a provocar una serie de secuelas a medio – largo plazo que va a implicar para el sistema público un gasto infinitivamente superior que si ahora lo tuviésemos controlado” (Informante nº8. Enfermera)*

La realidad es que ha habido una restricción de derechos a la hora de no prestar asistencia sanitaria a la población inmigrante en situación irregular y existen opiniones de diferente tipo al respecto, aunque generalmente sobresale la crítica a los recortes en salud pública:

*“Es muy loable que toda la gente tenga derecho a que la atiendan que es su salud y es un bien impagable y va con uno mismo. Tenía que seguir siendo la sanidad universal” (Informante nº2. Médico de familia)*

*“Es que me parece que si tenemos una cosa que se llama Constitución y dice que la salud es para todos, pues en esos todos meto a los que les toca venir por desgracia a este país. Muchas veces los sin papeles son los que en peores condiciones llegan por desgracia para todos” (Informante nº3. Enfermera)*

*“Va a suprimir mucha posibilidad de prevención en población que es muy susceptible porque es población pobre, alguna de ella rozando los límites de la pobreza y la marginación y no van a poder asumir ni siquiera la parte de los 60 euros mensuales que tienen que pagar, por lo que va a ser muy difícil el acceso. Además prácticamente rompe lo que era el espíritu de la sanidad pública en este país de acceso libre, y una gran sanidad por ese mismo acceso libre sin miedos y sin prevenciones*



*de ningún tipo. Rompe también con el principio básico de un servicio público básico que atiende a todo aquello que se nos presente, no solamente lo urgente sino aquello que pueda revestir dentro de unos años. La medicina no se basa en atender en el momento sino en prevenir lo que pueda ocurrir. Esa parcela de prevención se pierde y se va a duplicar el trabajo en los servicios de urgencia donde van a tener derecho siempre” (Informante nº4. Médico de familia)*

*“Una vez que el inmigrante está aquí no se le debe de recortar, se le tiene que atender” (Informante nº5. Médico de familia)*

*“Si están aquí y son seres humanos se les tiene que dar la atención que se nos da a los demás” (Informante nº9. Enfermera)*

*“Todas personas debieran tener derecho de acceso a la atención sanitaria, como derecho que está recogido como tal. A parte que el hecho de que no puedan acceder al sistema sanitario repercute en todas las personas” (Personal administrativo nº2)*

Aunque también hubo profesionales que apoyaban la idea de recortes para esta población:

*“Era necesario porque este país no da para más. Yo creo que el dinero de todos no se tiene que gastar con arrogancia. El que no esté de acuerdo con esto que le pague la asistencia. A mí no me tienen que obligar a dar asistencia a medio mundo. Yo lo siento, mientras aquí haya necesidad, creo que hay que priorizar dado que no hay dinero” (Informante nº6. Médico de familia)*

*“Me parece bien que se haya restringido para que haya una igualdad con las personas del país” (Informante nº7. Médico de familia)*

La mayoría justificaba el mantenimiento de la asistencia sanitaria a la población inmigrante debido a las posibles enfermedades infecciosas que podían traer de sus países de origen y como una prevención para posibles enfermedades derivadas de éstas para nuestra sociedad, haciendo hincapié en el ahorro económico que también podría hacer la Administración si no aplicase dichas medidas:

*“Con esto lo que va a haber son más infecciones. No se va a poder cortar la cadena epidemiológica” (Informante nº1. Médico de familia)*

*“A veces es que te curas tú en salud, tú no sabes lo que trae esa gente, e incluso a nivel de vacunas. Yo creo que a lo mejor nos vamos a encontrar sorpresas y al cabo de un tiempo empezamos a notar que enfermedades que evolucionaban de una manera. Hay que tenerlos controladas como a la población general, independientemente de su situación” (Informante nº3. Enfermera)*

*“Hasta egoístamente si no tratamos las enfermedades infecciosas van a aumentar mucho en nuestra población. Ya, egoístamente es malo. Vamos a empezar a tener enfermedades que nunca habíamos tenido o que ya estaban desaparecidas. Va a ver un repunte. Vamos a tener más gente enferma. Estas personas en algún momento si las dejas y no las atiendes, va a ser muy grave al final. Hasta egoístamente ellos (la Administración) van a tener más gasto, ya si vamos por la vía económica, si las patologías no las cortas a tiempo, luego el gasto que se va a generar va a ser mucho mayor. Si hasta se ponen económicamente les va a salir más caro, realmente” (Informante nº8. Enfermera)*

*“Al final te gastas más dinero porque si tú tienes un diabético que no está controlado, que no tiene regulada la medicación, al final eso va a terminar en una situación grave, y a lo mejor es mucho mejor seguirlos y que terminen el tratamiento. Para mí lo fundamental es la prevención y muchas veces hablan de prevención pero nada” (Informante nº9. Enfermera)*

Prácticamente ninguno de los entrevistados tenía idea de en qué aspectos se había recortado el acceso de la población inmigrante a la sanidad y en qué consistía el *Programa galego de protección social da saúde pública*, ya que habían sido informados mediante circulares en el correo electrónico pero de manera informal.

La mayoría desconocían si alguno de sus pacientes había tenido que inscribirse en este programa para seguir recibiendo asistencia sanitaria, ya que se trata de una gestión plenamente administrativa que cuando llegan a consulta está solucionada. Si tuviesen algún problema, los derivarían directamente al personal administrativo para que los citase con la trabajadora social del centro y arreglasen las cuestiones que precisasen. De todas maneras, los entrevistados creían que sus pacientes que eran inmigrantes ya llevaban tiempo instalados en el país y que estaban regularizados, por lo que no necesitarían adaptarse al programa.

Solamente uno de los entrevistados, que coincide que es el médico de familia que tiene más de la mitad de su cupo compuesto por inmigrantes, conocía en qué consistía el programa y cómo se estaba llevando a cabo:

*“El Programa galego de protección social da saúde pública está funcionando bien aunque parece que es un proceso que va más lento que en otras comunidades, que está más paralizado. Se ve que la implantación fue más lenta, casi no se aprecia. Yo de hecho, de todos mis pacientes no tengo a ninguno sin derecho a prestación. En Galicia les aparece una información (a los administrativos) para que completen los datos del paciente y a aquellos que hayan perdido ese derecho por el nuevo decreto, se les dice que se empadronen. Ellos aquí no pierden nada porque siguen estando asignados a un médico, se les puede hacer las recetas pero se les dice que solucionen cuanto antes su situación. Eso se deriva y se soluciona con el administrativo o con la trabajadora social que les corresponda” (Informante nº4. Médico de familia)*

Como se comentó anteriormente, todo lo relacionado con la gestión de la tarjeta sanitaria y la tramitación del *Programa galego de protección social da saúde pública* se lleva a cabo desde el centro de salud por el personal administrativo y por la trabajadora social, por lo que los profesionales del cuerpo médico no tienen que atender directamente los posibles problemas de este proceso, ya que cuando los pacientes acuden a consulta, las complicaciones que hubiesen podido surgir ya están solucionadas.

A través del personal administrativo quisimos saber cómo se atendía a la población inmigrante cuando acudía al centro de salud, ya fuese preguntando por si seguían teniendo acceso a la asistencia sanitaria o por el *Programa galego de protección social da saúde pública*, debido a que son los encargados de informar en primera instancia sobre el tema y de remitir al SERGAS toda la documentación que se precise. Por problemas de privacidad y de espacio reducido, prefirieron que no se les grabase, por lo que lo que se transcribe es una copia no textual de lo que ellos explicaron.

*“Primero llamamos a tarjeta sanitaria para comprobar la situación de la cobertura sanitaria del paciente. Si no están seguros del estado de la cobertura, se les informa de que deben de ir a la Seguridad Social para comprobarlo. Una vez allí, si siguen teniendo acceso al sistema*

*sanitario, les dan un código que automáticamente les activa el alta cuando vuelven al centro de salud. Si no, nosotros nos encargamos de remitirlos a la trabajadora social para que les informe de su situación y de lo que tienen que hacer. Igualmente, siempre solemos informar del Programa galego de protección social da saúde pública porque muchos lo desconocen”*

*“Normalmente la gente que viene es la que tenía asistencia sanitaria, es más raro que vengan cuando no la tenían”*

Para los extranjeros en situación irregular que tuviesen tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre de 2012, la normativa obliga a adaptar su situación al *Programa galego de protección social da saúde pública*, puesto que dejan de tener derecho para acceder a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que tenían antes.

*“El programa informático automáticamente nos avisa de que el paciente que está solicitando cita previa está en esta situación y debe adaptarse al nuevo programa, por lo que no se puede acceder a su ficha. Para ello, existe una casilla en el programa <<información programa>> que permite en el plazo de un mes ver la ficha del paciente y pedir cita previa, por lo que se utiliza para citarlo con la trabajadora social y arreglar su situación. Pasado este mes el programa bloquea el acceso al sistema y nosotros ya no podemos gestionar nada más para solucionarlo”*

*“Les figura una leyenda ya según entras en el programa informático con ese nombre (al personal administrativo), sale que esa persona debe regularizar su situación de asistencia sanitaria. Cuando llega al médico el problema ya está resuelto” (Trabajadora social)*

Para los extranjeros en situación irregular que no estén dados de alta en el sistema, existe otra solución a corto plazo:

*“Existe la aplicación <<Alta rápida de fuera de la comunidad>> en la que se puede incluir a cualquier persona que cumplimente los datos mínimos (pasaporte y/o NIE) y en el plazo de 2 a 3 meses, se les puede citar con la trabajadora social para que arreglen la situación en la que se encuentran y se adapten al Programa galego de protección social da saúde pública para poder recibir asistencia sanitaria. Se hacen altas y se dan citas para esto principalmente”*

Debido a que los cambios legislativos sobre asistencia sanitaria son de reciente actualidad, quisimos averiguar cómo ha sido la evolución de población inmigrante que acude a consulta con la trabajadora social para arreglar su situación de acceso sanitario, ya que antes bastaba con el empadronamiento para que se pudiese acceder a la asistencia sanitaria cuando un inmigrante se encontraba en situación administrativa irregular.

*“No se ha visto incrementado el porcentaje de población que acude a mi consulta para adaptarse a este programa. Seguramente se ha visto disminuida porque antes todos tenían acceso y ahora en este momento hay un grupo de población que queda fuera. A las consultas además es difícil acceder cuando uno no puede acceder a cita previa, ya que las consultas son previa cita en el centro de salud. Por lo que una persona que no tenga asistencia sanitaria, ya no puede pedir cita por lo que muchas veces ocurre es que personas que están en situación regular, que son amigos o españoles que son amigos, piden cita para ellos y traen a otra persona”*

*“Al estar empadronados la asistencia sanitaria estaba incluida directamente. Incluso si no estaban empadronados, siempre acaban siendo atendidos porque se buscaba que pudieran facilitarse desde alguna ONG o empadronándolos aunque fuese en el Hogar del Transeúnte”*

La manera de acceder a la asistencia sanitaria de personas inmigrantes en situación irregular implica la inclusión en el *Programa galego de protección social da saúde pública*, por lo que estas personas tienen que acudir a consulta con la trabajadora social para inscribirse en el mismo. Respecto a esto, ella explica cómo se está dando el proceso de inclusión en el mismo:

*“No hay un gran volumen de personas que hayan venido a mi consulta para inscribirse en el Programa galego estando en situación irregular. Primero porque no hay información, por dificultad de acceso. Si no tienen asistencia, no pueden pedir cita. Entonces bueno, hay centros en los que esto es más fácil porque lo piden otros o aunque vengan sin cita se les da esa información. Pero en otros no, la entrada es previa cita y si no hay cita, no hay consulta. Entonces no tienen ni la posibilidad de pedir información de qué necesitan para acceder”*

*“Respecto a la adaptación de personas en situación irregular al Programa galego, teniendo antes tarjeta sanitaria, de momento no ha habido mucha población que viniese a consulta. Puede que hayan venido un total de 30, pero no más. De momento no, porque verás, como las personas que estaban de alta en asistencia sanitaria por carencia de recursos, y tenían tarjeta sanitaria pueden hacer una prórroga de un año que es automática, que ahora se amplió esa prórroga hasta diciembre de este año para hacer prórroga. Y claro, todos aquellos que tengan la documentación en vigor. Hay algunas personas que perdieron el permiso de residencia y trabajo porque no hay trabajo y no pudieron renovar. Con lo cual no pueden hacer la prórroga y esos son los que solicitan. No es un número grande porque también se marcharon muchos inmigrantes, muchas personas inmigrantes ya salieron del país y marcharon a sus países. Por lo que tampoco es un volumen importante”*

La inclusión en el *Programa galego de protección social da saúde pública* obliga a entregar una serie de documentación en el centro de salud que corresponda por domicilio de empadronamiento. La labor de la trabajadora social en este caso es fundamental a la hora de comprobar si se tiene toda la documentación cumplimentada y para orientar a la población en el caso de dudas.

*“Está ocurriendo ahora que la documentación que es preceptiva para una persona en situación irregular para que tenga asistencia sanitaria es imposible que la presenten porque piden que acrediten que en su país no tengan asistencia sanitaria, y para conseguir esa acreditación tendrían que ir a su país a buscar ese papel en persona. Es bastante absurda la documentación que se puso como preceptiva y se está viendo que no se puede presentar. Por eso dice la norma, que de manera excepcional, el SERGAS les pedirá a las trabajadoras sociales un informe social en aquellos casos en los que no pueda presentar toda la documentación. Serían todos porque ninguno puede acreditar todo lo que se pide. Y es más, yo entiendo que una trabajadora social no puede acreditar que esta persona la tiene o no en su país, porque no lo sabemos. Es una acreditación absurda y encima el SERGAS a mí de momento, no me ha pedido ningún informe de ninguna persona cuando lo dice la norma, que será el personal de la tarjeta sanitaria la que me*

*tendrá que pedir a mí si tiene alguna duda un informe. Y yo por ahora no he recibido ninguna petición de informe”*

*“Mucha gente se está quedando sin asistencia por miedo. Uno de los papeles que tienen que entregar es el de su inscripción en el Registro Central de Extranjeros pero al estar en situación irregular no están inscritos, porque tienen miedo a ir por si les pueden abrir una orden de expulsión, así que no van. No saben que aunque no lo entreguen no pasa nada porque se puede solucionar con un informe social, pero por miedo ya ni presentan la solicitud de inscripción”*

*“La gente que viene con problemas respecto al Programa galego vienen aquí e intentamos de alguna manera resolverlo, pero habrá muchas personas que no sepan que existe la trabajadora social de los centros de salud o cómo resolver esto”*

El tiempo de respuesta respecto de la inclusión del interesado en el Programa galego de protección social da saúde pública no está establecido ni definido, puede variar dependiendo de lo que tarde la Administración. La trabajadora social explica cómo es el proceso:

*“A través de la administración de los centros de salud, la solicitud se remite a tarjeta sanitaria. Y después la aceptación o la denegación se remite al interesado. Puede tardar a lo mejor dos meses o así. Cuando ellos hacen la solicitud, se les sella un impreso. ¿Pero qué ocurre? Esto también es un arma de doble filo. Porque sí les viene aceptada la solicitud, aunque hubiesen hecho uso de ella no ocurre nada pero si se les denegara, ¿tendrían que aportar el coste de la asistencia que se les prestó en ese tiempo que estuvieron el resguardo de la asistencia? No se sabe”*

*“Si la carta es denegatoria no se les informa de que tienen que venir a hablar con la trabajadora social para poder solucionar el problema de falta de documentación”*

Respecto de la posibilidad de que la carta remitida desde tarjeta sanitaria sea denegatoria del acceso a la asistencia sanitaria, la trabajadora social nos habla de su experiencia en el centro de salud:

*“Las denegaciones que vi fueron porque a veces alguna persona regulariza la situación y acaba accediendo, y se da de alta porque está de alta en Seguridad Social o porque regularizó su situación. Pero bueno, yo tampoco vi denegaciones expresas. Nadie ha venido a aquí con una carta de denegación. ¿Qué está ocurriendo? Pues no lo sé. Habrá personas que lleven meses esperando con ese papel de resguardo que no sabemos si tienen asistencia o no”*

*“No me doy cuenta de que se haya denegado ningún caso” (Personal administrativo)*

La resolución que regula la instauración del *Programa galego de protección social da saúde pública* delimita la validez de un año para cualquier persona que se inscriba en el mismo, pero está pasando que las personas incluidas en el programa tienen que hacer una renovación trimestral de la solicitud.

*“Una vez aprobada la inclusión en el Programa galego, cada tres meses tienen que acudir al centro de salud para renovar el papelito. Pero tampoco se les informa en la carta que les envían. Dicen que le concedieron la asistencia sanitaria pero no les dicen “diríjase a su centro de salud” pero sí es verdad que abajo del todo del impreso que se les envía, pone que tiene una validez de tres meses. Si a la persona se le ocurre preguntar, le dirán que pueden renovar. Pero habrá a algunos que no se les ocurra preguntar. Yo ya estoy informando desde aquí cuando se hace la solicitud. Que le van a dar un papel y que cada tres meses tiene que venir al centro de salud a renovarlo. Entiendo que sería la propia Administración cuando emite esa tarjeta que tiene la validez de tarjeta, la que tendría que decirle “acude cada tres meses a renovar este papel al centro de salud que tiene validez de un año”.*

*“Si no se acude al centro de salud a los tres meses, yo entiendo que no pasa nada porque si no acude, ¿Qué ocurre? Esto genera un desconcierto porque vamos a ver, de asistencia sanitaria teóricamente sabe el personal administrativo, trabajadoras sociales y el profesional que lleva tarjeta sanitaria. Ahora bien, los médicos, las enfermeras, el personal puramente clínico no tiene ni idea de todo este sistema de trámite de tarjeta. Con lo cual no ocurre nada, pero si va a consulta con un documento caducado pueden decirle que no tiene derecho y marcharse con esa información. Cuando realmente sí tiene derecho. Es*



*más, si hiciese una consulta en el hospital y le facturara porque ese documento está caducado, podría acreditar que tenía derecho a asistencia sanitaria por un año. Lo único que no tiene es el papel en vigor pero el derecho sí lo tendría”.*

Con todos los cambios que se están dando respecto a la asistencia sanitaria, la trabajadora social nos explica que aún hay personas que se están quedando sin derecho a acceder a la misma:

*“Los extranjeros en situación irregular que lleven menos de 183 días empadronados no son los únicos que se quedan sin asistencia sanitaria. Hay muchos casos más. Pues mira por ejemplo, las personas reagrupadas familiares de residentes legales, reagrupadas a partir de abril del 2012, no pueden incluirse en la asistencia sanitaria de los hijos. Por ejemplo, un señor que reagrupa a su madre, como es mayor de 25 años la madre, no puede incluirse en la asistencia del hijo. Con lo cual, tampoco puede dárselo por límite de renta y como esa persona está en situación regular, tampoco el Programa galego le da asistencia”*

*Pero si el reagrupado está en situación regular, ¿por qué no puede acceder al límite de ingresos por renta?*

*“Porque lo dice la norma expresamente. Que esas personas tienen la obligación de suscribir un seguro privado pero no todos los reagrupados tienen medios para suscribir un seguro privado. Si eres reagrupado ascendiente no tienes derecho a asistencia sanitaria pública en este país. Es más, el convenio que acaba de publicarse (Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, donde se establecen los requisitos básicos para acceder al convenio especial de prestación de asistencia sanitaria), tampoco tengo nada claro que le dé derecho a estas personas. De momento nadie lo sabe porque salió en agosto, entra en vigor el 1 de septiembre y falta que se desarrolle por cada comunidad autónoma, y que nos den instrucciones de cómo tenemos que hacerlo”*

*“Por eso, hay más casos de personas que quedan fuera. ¿Cuántas? No se sabe porque como es imposible hacer el cálculo porque no tienen acceso, no los podemos contar”*

*“Incluso muchos de los que tienen derecho a la asistencia sanitaria, a veces, por problemas administrativos se están quedando fuera. Porque*

*por ejemplo las urgencias que tienen derecho, como nadie sabe qué hay que hacer para darles el derecho, como simplemente hay que cubrir un impreso y sellarlo por el centro para que no se facture esa consulta, antes el desconocimiento de lo que hay que hacer, a veces... bueno hombre, no voy a decir que no se les da atención pero que la atención es deficiente, sí se puede decir y que se les está facturando de forma sistemática, también se puede decir. Entiendo que por una mala praxis de la organización de nuestro propio sistema sanitario”*

Por último, a pesar de que estos recortes en materia sanitaria no hacen más que vulnerar derechos innatos a los seres humanos, los inmigrantes siguen luchando por quedarse en nuestro país. Ha habido vueltas a sus países de origen pero en general, muchos deciden mantener su residencia en España buscando un trabajo que les permite regularizar su situación y así poder seguir accediendo a estos derechos básicos.

## **5. CONCLUSIONES**

Tras pasado un año desde la entrada en vigor del *Real Decreto – Ley 16/2012*, se sabe que hay muchos inmigrantes en España que están sufriendo la vulneración de su derecho a la asistencia sanitaria por no encontrarse en una situación administrativa regularizada.

Debido a que la unidad de análisis de este trabajo ha sido un centro de salud, no se ha podido conocer hasta qué punto la atención en urgencias, siendo la modalidad de asistencia a la que sí pueden acceder los inmigrantes en situación irregular, está siendo la adecuada y se atiende a estas personas en igualdad de condiciones que los nacionales. Por ello, el funcionamiento del centro de salud en relación a esta restricción de derechos no se ha visto modificado ya que es un servicio de atención primaria y no atiende en situaciones de urgencia.

De todas formas, sí existe una repercusión en los centros de salud tras la reforma sanitaria ya que, antes de su entrada en vigor, los inmigrantes irregulares que estuviesen empadronados en cualquier municipio tenían derecho a la asistencia sanitaria, por lo que con la nueva normativa estos quedan fuera del sistema. Para contrarrestar estas medidas, en Galicia se creó el *Programa galego de protección social da saúde pública* que seguía permitiendo que cualquier inmigrante que no tuviese su situación administrativa regularizada, siguiese teniendo derecho a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, todos los inmigrantes que antes del 1 de septiembre

del 2012 tenían derecho a la sanidad y todos los inmigrantes que no la tuviesen pero que cumplan una serie de requisitos, pueden acceder a este programa y así seguir teniendo acceso a la asistencia sanitaria. Es aquí donde el centro de salud puede ver modificado su funcionamiento y es que, cualquier persona que se inscriba en este programa para seguir recibiendo atención sanitaria se informa en los centros sobre todo el procedimiento que tiene que seguir, entrega la documentación necesaria al personal administrativo del centro para que de ahí se remita al SERGAS y consulta las posibles dudas que existan sobre el programa a través del trabajador social del centro. Se trata fundamentalmente de trámites burocráticos que se gestionan con el personal administrativo y con el trabajador social, donde los profesionales del cuerpo médico no tienen ningún papel, ya que cuando los pacientes llegan a consulta, los posibles problemas que hayan surgido ya se han solucionado desde Administración.

Referido a las entrevistas realizadas al personal del cuerpo médico, estos justifican la continuidad de una asistencia sanitaria universal basándose en una visión centrada en la prevención de cualquier enfermedad infecciosa que los inmigrantes puedan transmitir al resto de la población, más que en el derecho inherente que tienen las personas, con independencia de su nacionalidad y de su situación administrativa, a la hora de acceder a la sanidad. No ha sido tanto una visión paternalista o asistencialista basada en la ayuda al más pobre, al indefenso, al que no tiene, sino más bien un enfoque centrado en prevenir algo malo que tienen “ellos” y que nos pueden transmitir y hacer daño a “nosotros”.

Muchas veces estos desconocen la situación administrativa de los inmigrantes que están dentro de su cupo, por lo que al no tener un trato demasiado profundo con ellos, tampoco saben si ha habido problemas a la hora de acceder a consulta. Todo esto es gestionado por los profesionales administrativos que son los encargados de organizar las citas previas de los pacientes. Cualquier problema que haya habido con respecto a la tarjeta sanitaria se soluciona desde Administración y es éste personal el encargado de informar en primer lugar de su situación a los pacientes y de conceder citas para la trabajadora social del centro para solucionarlo.

Tal y como expresan, la información transmitida por el SERGAS con respecto a la nueva ley y al programa gallego es escasa y la mayoría desconoce los cambios que ha habido con respecto a la restricción en el acceso sanitario a inmigrantes en situación administrativa irregular. También se ha observado que a pesar de que la información fue reducida, tampoco se notaron grandes intereses en conocer en profundidad en qué consistían estos cambios con respecto a la denegación de

asistencia a personas inmigrantes, por lo que no sólo la culpa es de la Administración autonómica por no informar de las reformas llevadas a cabo sino también de ellos por no querer saber más al respecto.

Respecto al trabajo diario en el centro de salud, éste no se ha visto afectado por la aplicación de la nueva normativa ya que la mayor parte de los médicos y enfermeras entrevistados no tienen a muchos inmigrantes en su cupo, y los que acuden regularmente tampoco son muchos. Solamente el médico de familia que tiene a mucha población inmigrante en su cupo comentó que había advertido casos en los que por un lado, población inmigrante acude para padecimientos que necesitan de una intervención quirúrgica para solucionarlo cuanto antes y por otro, población que no tiene patologías agudas que necesiten de una intervención inmediata, acuden ahora por si acaso finaliza la prestación y se quedan sin ese servicio.

La mayor parte de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular que acuden a este centro de salud son personas que tenían asistencia sanitaria antes de la entrada en vigor del *Real Decreto – Ley*, por lo que han tenido que adaptarse al nuevo plan gallego para poder seguir teniendo acceso a la sanidad pero se desconoce cuántos de ellos se han inscrito en el mismo.

Hay que hacer hincapié que la documentación que tienen que entregar los inmigrantes que acceden al sistema sanitario por primera vez no es la misma que la documentación que tienen que entregar los que ya tenían asistencia, por lo que si no están informados correctamente de que hay ciertos documentos que si no los pueden conseguir se puede solucionar mediante un informe social de la trabajadora social del centro, estos pueden decidir no entregarla porque creen que no reúnen los requisitos necesarios para entrar en el programa. Un ejemplo de ello es el informe de denegación del registro central de extranjeros que se requiere como parte de la documentación básica para poder acceder al programa. Si los trabajadores sociales de los centros de salud no se informan adecuadamente de que no es necesario que se entregue dicho documento (puede sustituirse por un informe social), habrá alguna persona que por miedo a que se le abra una orden de expulsión no irá al registro (ningún inmigrante en situación irregular puede estar inscrito en este registro), y no sabrá que este documento no es imprescindible para solicitar el acceso al programa gallego, por lo que no seguirá adelante con el proceso.

Quien hace la ley, hace la trampa, y está claro que existen determinados aspectos que no están claros y que es voluntad de cada persona, especialmente de los trabajadores sociales, de profundizar en la búsqueda de la solución ya que

requisitos como éste o como el papel que certifica que estas personas no tienen derecho a la asistencia sanitaria en sus países de origen (lo que implicaría que volvieran a estos países para buscar ese certificado) son documentos que impiden que las personas inmigrantes soliciten la inclusión en el *Programa gallego de protección social da saúde pública* siguiendo todos los pasos indicados. Si las bases que rigen la inclusión en este programa fuesen claras, seguramente habría muchas más personas inscritas en el mismo. Es importante que la información proporcionada por los profesionales de los centros de salud sea buena, porque si no habrá mucha población inmigrante que aunque reúna todos los requisitos necesarios para acceder al programa, finalmente no pueda debido a problemas administrativos y burocráticos.

Por lo que se pudo observar, los administrativos informan de todo lo necesario cuando un inmigrante acude al centro para solucionar los problemas de acceso, y una vez concertada la cita con la trabajadora social, ella es la encargada de solventar cualquier tipo de duda respecto a los plazos, la documentación y el proceso. Como pasa con todo, si te encuentras con profesionales competentes, las cosas se podrán solucionar pero si no es así, a lo mejor las cosas no suceden como deberían y personas que tenían derecho, se quedan sin éste por una mala información.

El *Programa gallego de protección social da saúde pública* se elaboró con el fin de seguir garantizando el derecho a la asistencia sanitaria a personas inmigrantes en situación irregular que por el *Real Decreto – Ley* quedaban excluidos del sistema. Aunque permite que no sólo los inmigrantes en situación regular tengan acceso a la asistencia sanitaria, en cierta manera a través de los problemas burocráticos que surgen en el proceso también se impide que el derecho de estas personas se cumpla. La obligatoriedad de estar empadronado un mínimo de 183 días impide que inmigrantes recién instalados en la comunidad o inmigrantes que no estaban empadronados, tengan que esperar 6 meses para poder solicitar la entrada en el programa, lo que es una forma de seguir impidiendo que la asistencia sanitaria sea completamente universal. Es evidente que el programa gallego es mejor seguir las directrices de la normativa estatal y atender a esta población en situaciones de urgencia pero aún así, la sanidad debería de ser un derecho al que cualquier persona pudiese acceder en nuestro país y en cualquier parte del mundo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Bauböck, Rainer (2006). "Migración y ciudadanía". *Zona Abierta*, 116(7): 135-169.
- Cachón, Lorenzo (2011). "Inmigración en España: del mercado de trabajo a la plena ciudadanía". *Oñati Socio – Legal Series*, v.1, nº3.
- Esping – Andersen, Gosta (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim – IVEI.
- Jiménez, Sergi; Natalia Jorgensen y José María Labeaga (2009). "Inmigración y demanda de servicios sanitarios". Informe FEDEA: 179-238.
- Jiménez, Viviana E. (2012). "El estudio de caso y su implementación en la investigación". *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, vol. 8 nº1: 141-150
- Martínez, Piedad Cristina (2006). "El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica". *Pensamiento y Gestión* nº20. Universidad del Norte, 165-193.
- Moreno, Francisco Javier (2007). "Inmigración y Estado de Bienestar en España". *Política y Sociedad*, vol. 44 nº 2: 171-184.
- Moreno, Gorka y Xabier Alerdi (2008). "Inmigración y servicios sociales: ¿última red o primer trampolín?". *Ikuspegi – Observatorio Vasco de Inmigración*.
- Moreno, Luis (2003). "Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar". *Unidad de Políticas Comparadas (CSIC)*, documento de trabajo 03-08.
- Rodríguez, Gregorio; Javier Gil y Eduardo García (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Ediciones Aljibe
- Silveira, Héctor C. (2002-2003). "Inmigración y derecho: La institucionalización de un sistema dual de ciudadanía". *Direito em Debate*, nº18 julio/diciembre 2002 - nº19 enero/junio 2003.
- Sunkel, Guillermo (2006). *Políticas familiares y regímenes de bienestar en América Latina*. CEPAL: Naciones Unidas.

### FUENTES ELECTRÓNICAS:

- Amnistía Internacional (2003). *El laberinto de la exclusión sanitaria: Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares* en [http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/AI\\_El\\_laberinto\\_de\\_la\\_exclusion\\_sanitaria.pdf](http://www.nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/AI_El_laberinto_de_la_exclusion_sanitaria.pdf), último acceso 28 agosto 2013.

- Autorizaciones de residencia de extranjeros (año 2012-2013) en <http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/certificado/index.html>, último acceso 28 agosto 2013.
- Consellería de Sanidade – SERGAS en <http://www.sergas.es/>, último acceso 28 agosto 2013.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, último acceso 28 agosto 2013.
- Moreno, Francisco Javier y María Bruquetas (2011). *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Obra Social La Caixa: Colección Estudios Sociales nº31 en [http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/inmigracion/31\\_es.html](http://www.publicacionestecnicas.com/lacaixa/inmigracion/31_es.html), último acceso 28 agosto 2013.
- Padrón de habitantes (año 2012-2013) en <http://www.ine.es>, último acceso 28 agosto 2013.

#### LEGISLACIÓN:

- Constitución Española (1978) en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-9564>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad en <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>, último acceso 28 agosto 2013.
- Lei 1/1989, do 2 de xaneiro, do Servicio Galego de Saúde en [http://www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/BibliotecaLeisdeGalicia/Lei1\\_1989.pdf](http://www.parlamentodegalicia.es/sitios/web/BibliotecaLeisdeGalicia/Lei1_1989.pdf), último acceso 28 agosto 2013.
- Real Decreto 1088/1989, del 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes en [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-21969](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-21969), último acceso 28 agosto 2013.
- Decreto 177/1995, do 16 de xuño, polo que se regula a tarxeta sanitaria na Comunidade Autónoma de Galicia en [http://portaljuridico.lexnova.es/legislacion/JURIDICO/84222/decreto-177-1995-de-16-de-junio-por-el-que-se-regula-la-tarjeta-sanitaria-de-la-comunidad-autonoma#A0001\\_00](http://portaljuridico.lexnova.es/legislacion/JURIDICO/84222/decreto-177-1995-de-16-de-junio-por-el-que-se-regula-la-tarjeta-sanitaria-de-la-comunidad-autonoma#A0001_00), último acceso 28 agosto 2013.

- Orde do 12 de Xullo de 1995, de desenvolvemento do Decreto 177/1995 en [http://www.xunta.es/dog/Publicados/1995/19950726/AnuncioAE12\\_es.html](http://www.xunta.es/dog/Publicados/1995/19950726/AnuncioAE12_es.html), último acceso 28 agosto 2013.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social en <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- 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 en <http://www.boe.es/boe/dias/2000/12/23/pdfs/A45508-45522.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre (...) en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/21/pdfs/A41193-41204.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Lei 7/2003, do 9 de decembro, de ordenación sanitaria de Galicia en <http://www.boe.es/boe/dias/2004/01/14/pdfs/A01344-01375.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual en <http://www.boe.es/boe/dias/2004/02/12/pdfs/A06386-06388.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Lei 8/2008, de 10 de xullo, de saúde de Galicia en <http://www.boe.es/boe/dias/2008/08/21/pdfs/A35080-35115.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero en <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/12/pdfs/BOE-A-2009-19949.pdf> último acceso 28 agosto 2013.

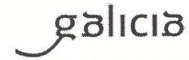


- Orde do 5 de setembro de 2011, pola que se actualiza o procedemento para o recoñecemento do dereito á asistencia sanitaria ás persoas sen recursos económicos suficientes e das que se encontran en situación de desemprego en [http://www.xunta.es/dog/Publicados/2011/20110909/AnuncioC3K1-020911-6016\\_gl.html](http://www.xunta.es/dog/Publicados/2011/20110909/AnuncioC3K1-020911-6016_gl.html), último acceso 28 agosto 2013.
- Lei 12/2011, de 26 de decembro, de medidas fiscais e administrativas en [http://www.xunta.es/dog/Publicados/2011/20111230/AnuncioC3B0-261211-10396\\_es.pdf](http://www.xunta.es/dog/Publicados/2011/20111230/AnuncioC3B0-261211-10396_es.pdf), último acceso 28 agosto 2013.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e mellorar a calidade e seguridade de sus prestacións en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Decreto 114/2012, de 26 de xuño, sobre o réxime das prestacións sanitarias do Sistema Nacional de Saúde en el ámbito de Comunidade Autónoma de Euzkadi en [http://www.euskadi.net/cgi-bin/k54/ver\\_c?CMD=VERDOC&BASE=B03A&DOCN=000110150&CONF=/config/k54/bopv\\_c.cnf](http://www.euskadi.net/cgi-bin/k54/ver_c?CMD=VERDOC&BASE=B03A&DOCN=000110150&CONF=/config/k54/bopv_c.cnf), último acceso 28 agosto 2013.
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula a condición de asegurado e de beneficiario a efectos da asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través do Sistema Nacional de Saúde en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Resolución de 31 de agosto de 2012, pola que acórdase a publicación da Instrución de 31 de agosto de 2012 sobre a prestación de asistencia sanitaria en Galicia ás persoas que non teñen a condición de asegurado ou de beneficiario recoñecida polo Instituto Nacional da Seguridade Social ou polo Instituto Social da Marina en [http://www.xunta.es/dog/Publicados/2012/20120913/AnuncioC3K1-110912-0001\\_es.html](http://www.xunta.es/dog/Publicados/2012/20120913/AnuncioC3K1-110912-0001_es.html), último acceso 28 agosto 2013.
- Resolución do 21 de setembro de 2012, pola que acórdase a publicación da Instrución do 21 de setembro de 2012 de creación do Programa galego de protección social da saúde pública en [http://www.cofpo.org/tl\\_files/Legislacion/DOG%202012-193%20Resolucion%20de%2021%20septiembre.pdf](http://www.cofpo.org/tl_files/Legislacion/DOG%202012-193%20Resolucion%20de%2021%20septiembre.pdf), último acceso 28 agosto 2013.

- Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra en <http://www.boe.es/boe/dias/2013/03/15/pdfs/BOE-A-2013-2821.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud en <http://www.boe.es/boe/dias/2013/07/27/pdfs/BOE-A-2013-8190.pdf>, último acceso 28 agosto 2013.

# ANEXOS

# Anexo 1: Solicitud de asistencia sanitaria para situaciones especiales



Rexistro de entrada

**SOLICITUDE ASISTENCIA SANITARIA PARA SITUACIÓNS ESPECIAIS**  
(Segundo a Instrucción 10/2012 que desenvolve o RDL 16/2012 de 20 de abril)

1º Apellido/1º Apellido		2º Apellido/2º Apellido		Nome/Nombre			
DNI/NIE/Documento identificativo		Sexo	Nacionalidade/Nacionalidad		País de procedencia		
Data nacemento/Fecha nacimiento		Nº persoas unidade familiar (1)		Teléfono fixo,móbil/Teléfono fijo, móvil			
Enderezo/Domicilio				Nº	Piso	Código Postal	Provincia
Concello/Ayuntamiento			Parroquia		Localidade/Localidad		

(1) Consignar só no caso de menores o número de familiares cos que convive/Consignar sólo en el caso de menores el número de familiares con los que convive

**DATOS DO REPRESENTANTE** (pai, nai, titor legal ou persoa autorizada. Debe achegar documento que acredite a tutoría ou representación legal):  
(padre, madre, tutor o persona autorizada. Debe entregar documento que acredite la tutoría o representación legal):

Nome e apelidos/Nombre y apellidos	DNI/TIE/Documento identificativo	Teléfono fixo,móbil/Teléfono fijo, móvil

**SOLICITA ASISTENCIA SANITARIA POLA MODALIDADE** (sinale a que corresponda):

<input type="checkbox"/>	<b>Urxencia por enfermidade grave ou accidente</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Asistencia ao embarazo, parto e postparto</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Estranxeiro menor de 18 anos</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Solicitantes de protección internacional</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Vítimas de trata de seres humanos</b>

**DATOS DE CONTACTO** (opcional), autorizo á Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde a utilizar os medios de contacto aquí indicados para futuras comunicacións (cubrir só aqueles medios que desexen que sexan empregados).

<b>TELÉFONO FIXO/FIJO</b>	<b>TELÉFONO MOBIL/MÓVIL</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>

**DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:**

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude, manifestando que quedo enterado da obriga de comunicar á Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde calquera variación que dos mesmos poida producirse no sucesivo.
- Que non teño a condición de asegurado ou de beneficiario a efectos da prestación sanitaria recoñecida polo INSS/ISM, e que carezo de calquera tipo de protección sanitaria pública. Ademais declaro que non procede a exportación do dereito á prestación da asistencia sanitaria dende o meu país de orixe ou procedencia.

**Así mesmo AUTORIZO:**

- Á Consellería de Sanidade ou o Servizo Galego de Saúde, de conformidade co artigo 2 do Decreto 255/2008, do 23 de outubro, e a Orde da Consellería da Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, do 7 de xullo de 2009, que o desenvolve, PARA A CONSULTA DOS MEUS DATOS DE IDENTIDADE E/OU EMPADROAMENTO MEDIANTE ACCESO TELEMÁTICO AOS DATOS DO MINISTERIO DE ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS.

<b>SINATURA</b> (nome e apelidos)/ <b>FIRMA</b> (nombre y apellidos)	En calidade de representante <input type="radio"/> En calidade de representante <input type="radio"/>	Selo do centro/Sello del centro
En .....	.....	.....
Lugar	Día	Mes
		Ano

De acordo ao previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, "Lei de protección de datos de carácter persoal", informábase que os datos incluídos nesta solicitude, serán registrados nos ficheiros automatizados responsabilidade da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde, para a xestión dos usuarios con acceso ao sistema sanitario galego, aplicándolle as medidas de seguridade esixida por lei. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación dos datos e oposición poderán ser realizados nos termos previstos na citada lei.  
O/A asinante autoriza a cesión dos datos de carácter persoal facilitados a terceiros ou aos encargados do tratamento que autorice a Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde, que se obrigarán a dedicalos en exclusiva para a finalidade con que foron creados os ficheiros de datos.



Documentación a aportar:

Estranxeiro menor de 18 anos	{	Documento identificativo Empadroamento nun concello de Galicia
Asistencia ao embarazo, parto e postparto	{	Documento identificativo Empadroamento nun concello de Galicia Informe de confirmación do embarazo
Solicitantes de protección internacional Vítimas de trata de seres humanos	{	Documento identificativo Documento que acredite a súa situación Empadroamento nun concello de Galicia ou escrito motivado que xustifique a imposibilidade de empadroarse

Documentación a aportar:

Extranjero menor de 18 años	{	Documento identificativo Empadronamiento en un ayuntamiento de Galicia
Asistencia al embarazo, parto y postparto	{	Documento identificativo Empadronamiento en un ayuntamiento de Galicia Informe de confirmación del embarazo
Solicitantes de protección internacional Vítimas de trata de seres humanos	{	Documento identificativo Documento que acredite a su situación Empadronamiento en un ayuntamiento de Galicia o escrito motivado que justifique la imposibilidad de empadronarse

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- Que son ciertos los datos consignados en esta solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar a la Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud cualquier variación que de los mismos pueda producirse en lo sucesivo.
- Que no tengo la condición de asegurado o de beneficiario a efectos de la prestación sanitaria reconocida por el INSS/ISM, y que carezco de cualquier tipo de protección sanitaria pública. Además declaro que no procede la exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria desde mi país de origen o procedencia.

**Así mismo AUTORIZO:**

- A la Consellería de Sanidad o al Servicio Gallego de Salud, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 255/2008, del 23 de octubre, de la Orden de la Consellería de la Presidencia, Administraciones Públicas y Justicia, del 7 de julio de 2009, que lo desarrolla, PARA LA CONSULTA DE MIS DATOS DE IDENTIDAD Y/O EMPADRONAMIENTO MEDIANTE ACCESO TELEMÁTICO A LOS DATOS DEL MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

De acuerdo a lo previsto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, "Ley de protección de datos de carácter personal", se le informa que los datos incluidos en esta solicitud, serán registrados en los ficheros automatizados responsabilidad de la Consellería de Sanidad/Servicio Gallego de Salud, para la gestión de los usuarios con acceso al sistema sanitario gallego, aplicandole las medidas de seguridad exigida por ley. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación de los datos y oposición podrán ser realizados en los términos previstos en la citada ley.  
El/la firmante autoriza la cesión de los datos de carácter personal facilitados a terceros o a los encargados del tratamiento que autorice la Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, que se obligarán a dedicarlos en exclusiva para la finalidad con que fueron creados los ficheros de datos.

### Anexo 3: Guiones de la entrevistas

#### ○ MÉDICOS DE FAMILIA Y ENFERMERAS

- ¿Cuántos años lleva en este centro como médico de familia?
- ¿Cuánta proporción de población inmigrante tiene dentro de su cupo?
- ¿Existe una tendencia más clara entre la población inmigrante que entre la autóctona a la hora de acudir a consulta? ¿Con mayor o menor frecuencia?
- ¿Qué opinión tiene sobre la entrada en vigor del Real Decreto – Ley en cuanto al acceso de los inmigrantes en situación irregular al sistema sanitario? ¿Cree que las circunstancias de enfermedad grave/accidente, embarazo y menores de edad son suficientes para atender a esta población? ¿Considera que se ha visto reflejado en el día a día del centro de salud los cambios de la ley?
- ¿De qué manera se les ha avisado de los cambios respecto a la entrada de la ley? ¿y sobre el Programa gallego?
- Uno de los supuestos para prestar asistencia sanitaria a un inmigrante irregular es estar en situación de urgencia por enfermedad grave. Como profesional de la medicina, ¿qué consideraría usted una enfermedad grave? En el caso de las enfermedades crónicas como un cáncer, ¿sabe cómo se procedería? ¿en qué momento pasaría a considerarse situación de urgencia?
- En Galicia se ha creado el Programa galego (...) para atender a los inmigrantes en situación irregular con un mínimo de días empadronados, ¿se ha encontrado con algún paciente que estuviese inscrito en este programa? ¿o que necesitase inscribirse para poder seguir recibiendo asistencia sanitaria?
- Hay inmigrantes que a pesar de estar en situación irregular, antes de la entrada en vigor del Real Decreto – Ley tenían acceso al sistema sanitario a través de la tarjeta sanitaria sólo por el hecho de estar empadronados en Galicia, pero ahora necesitan acceder al PGPSSP, ¿sabe que qué sucede en esas situaciones?

#### ○ TRABAJADORA SOCIAL

- ¿Cuántos años lleva en este centro como trabajadora social?
- ¿Cómo ha sido la evolución de población inmigrante que ha acudido a su consulta durante estos años? ¿Con qué problemáticas acudían?

- Antes de la entrada en vigor del Real Decreto – Ley 16/2012, ¿se ha encontrado con inmigrantes a los que se les haya denegado la asistencia sanitaria? De ser así, ¿cómo se ha podido encontrar una solución a dicha situación? Y tras la entrada en vigor de la misma, ¿se ha visto incrementado el número de personas que acuden a su consulta para tener acceso a la sanidad?
- ¿Qué opinión tiene sobre la entrada en vigor del Real Decreto – Ley en cuanto al acceso de los inmigrantes en situación irregular al sistema sanitario? ¿Cree que las circunstancias de enfermedad grave/accidente, embarazo y menores de edad son suficientes para atender a esta población?
- ¿Ha atendido a muchas personas que necesiten inscribirse en el PGPSSP? ¿Se puede saber cuántas personas están inscritas en el programa? ¿Se está quedando población sin recibir asistencia sanitaria?
- ¿Qué sucede con los que no están empadronados o llevan menos de 183 días empadronados en Galicia? ¿se restringe la asistencia en otros casos?
- ¿Qué problemas está encontrando la población inmigrante para reunir toda la documentación que tienen que presentar?
- El proceso que hay que seguir varía si se tenía tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre o si no se tenía. ¿Hay una tendencia más clara de una parte que de otra? El procedimiento transitorio para acceder al programa en estos casos era hasta el 1 de junio, ¿se ha modificado? ¿qué sucedía si acudían al centro médico sin haber entrado en el programa?
- ¿Qué sucede cuando hay población que acude al centro de salud sin saber de este programa ni de la restricción en cuanto al acceso a la sanidad?
- ¿En qué casos se podría entregar un informe de un trabajador social como usted? ¿Ha habido casos en los que ha elaborado dicho informe?
- ¿Cuánto se tarda en gestionar la tramitación al programa? Mientras tanto, ¿una persona puede acudir al centro de salud sin cargo ninguno?
- PERSONAL ADMINISTRATIVO
- ¿Cuánta proporción de población inmigrante suele acudir al centro, y más concretamente, a pedir cita previa o a preguntar alguna duda?

- ¿Existe una tendencia más clara entre la población inmigrante que entre la autóctona a la hora de acudir al centro? ¿Con mayor o menor frecuencia?
- En Galicia se ha creado el Programa galego de protección social da saúde pública para atender a los inmigrantes en situación irregular con un mínimo de días empadronados, ¿ha acudido gente a preguntar sobre este programa?, ¿cómo se gestiona desde administración este proceso?, ¿cuál es su función en el mismo?
- Hay inmigrantes que a pesar de estar en situación irregular, antes de la entrada en vigor del Real Decreto – Ley tenían acceso al sistema sanitario a través de la tarjeta sanitaria sólo por el hecho de estar empadronados en Galicia, pero ahora necesitan acceder al PGPSSP, ¿se ha encontrado con problemas a la hora de conceder alguna cita previa bajo este supuesto?, ¿cómo se soluciona?
- ¿Se ha encontrado con casos de denegaciones desde el SERGAS?