



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE MIGRACIONES

Foro para la Integración Social de los Inmigrantes

El nuevo marco legal y la salud de los inmigrantes

Aprobada en Pleno de 7 de junio de 2012



Índice

Índice

	Página
1. Introducción/Presentación	5
2. Aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus actuaciones.	7
2.1. Justificación de la extraordinaria y urgente necesidad para la aprobación por el Gobierno de un Real Decreto-Ley.	7
2.2. Procedimiento establecido para su tramitación: urgencia y celeridad. Ausencia de solicitud de informes	9
3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma.	11
3.1. Nuevas medidas para garantizar el Sistema Nacional de Salud	11
3.2. Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios internacionales de la Seguridad Social.	13
4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes.	17
4.1. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas.	17
4.2. Consejo Europeo de Tampere, octubre de 1999. Trato justo de los nacionales de terceros países.	19
4.3. Comunicación de la Comisión “una política común de emigración para Europa: principios, medidas e instrumentos” de junio de 2008	21
4.4. Directiva Comunitaria 2000/43/CE.	22
4.5. La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951.	22
4.6. El Libro Blanco “juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE.	22
4.7. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.	23
4.8. Artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.	24
4.9. Dictamen del Consejo Económico y Social Europeo sobre Salud y Migraciones.	24
4.10. Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios de 1990. .	25
4.11. Convenio nº 97 de la OIT sobre los trabajadores migrantes. Convenio de la OIT nº 143 sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes.	26

	Página
4.12 El programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo celebrada en 1994.	28
4.13. Artículos 10.2/ 13.1, 43 y 53.3 de la Constitución Española.	29
4.14. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional. STC 952003. STC 236/2007.	29
4.15. La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La nueva Ley General de Sanidad 33/2011.	32
4.16. Estatutos de Autonomía de las CC.AA.	33
5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrantes.	41
6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante.	51
7. Implicaciones jurídicas de la reforma	57
7.1. Reforma de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España.	57
7.2. Reforma de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.	57
7.3. Reforma del Real Decreto 240/2007 sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de la UE.	58
8. Identificación de propuestas de aplicación en el marco del desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012.	59



1. Introducción/Presentación

“Las fronteras reales de hoy no separan las naciones, sino al poderoso del desvalido, al libre del esclavizado, al privilegiado del humillado. Hoy no hay muros que puedan crear una división entre las crisis humanitarias o de los derechos humanos en una parte del mundo y las crisis de la seguridad nacional en otra.”

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas,
en su discurso de aceptación al recibir el
Premio Nobel de la Paz en 2001.

El Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, en su calidad de Órgano Colegiado del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, ante la promulgación en el BOE, el pasado día 24 de abril y su posterior convalidación en el Congreso de los Diputados, con fecha 17 de mayo, del Real Decreto Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, por el cual se modifica la Ley de Extranjería y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras, tomó la decisión en su sesión plenaria de 17 de mayo, de proceder a la elaboración de un informe/ monografía específica, que entre otros aspectos, abordara el análisis de las consecuencias que esta modificación legislativa pueda tener para la personas inmigrantes y sobre los actuales niveles de integración, a la vez que analizara las motivaciones que han podido llevar al Gobierno a legislar mediante Real Decreto Ley, sin contar con los informes previos, entre ellos el del propio Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, como hubiera sido aconsejable, si se hubiera optado por la iniciativa legislativa como Proyecto de Ley.

Una monografía específica que analice el actual marco legislativo internacional, europeo y estatal que regula el derecho de acceso de la población inmigrante al Sistema Público de Salud, las principales características de la utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante y las propuestas tendentes a que el desarrollo reglamentario garantice una cobertura sanitaria suficiente.

En la citada sesión plenaria del día 17 de mayo se acordó la denominación de la monografía, “El nuevo marco legal fijado por el Real Decreto Ley 16/2012 y la salud de la población inmigrante”, tomando la decisión de encomendar la coordinación de los trabajos de redacción a la Comisión de Políticas de Integración, participación e interculturalidad, para su debate y aprobación, si procede en el pleno extraordinario a convocar para el 7 de junio.

El Real Decreto 3/2006, de 16 de enero, por el que se regula la composición, competencias y régimen de funcionamiento del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, estipula que una de las funciones del Foro consiste en “elaborar un informe anual sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados”. En el marco de estos informes el Foro ha analizado el área de salud y elevado diversas recomendaciones al Gobierno en diversos momentos. Cabe citar el informe del 2007 en el cual se afirmaba que: “Dentro de la política sanitaria, un objetivo prioritario ha de

ser el garantizar la equidad dentro del sistema sanitario para reducir las desigualdades en salud entre las personas autóctonas y las inmigrantes interviniendo tanto en temas y cuestiones sanitarias (acceso, prevención de enfermedades, promoción de salud, intervenciones clínicas...) como en aspectos sociales que tienen una importante repercusión en la salud de los y las inmigrantes”. Para continuar afirmando que “en sanidad el acceso implica la idea de que cada persona debe poder conseguir, sin trabas, la atención sanitaria que necesita para mantener o mejorar su salud. En este ámbito las barreras pueden ser de distintos tipos: estructurales, jurídicas, culturales, de información o de comunicación”.

El presente informe/monografía se realiza en el marco de las funciones asignadas al Foro, referidas a la elaboración de informes sobre las propuestas, planes y programas que puedan afectar a la integración social de las personas inmigrantes, a iniciativa propia o cuando le sean requeridos por los órganos competentes de la Administración General del Estado. Al igual que la promoción o elaboración de estudios e iniciativas sobre asuntos relacionados con la integración social de los inmigrantes y refugiados.

Con este informe el Foro tiene la voluntad de reforzar el espíritu de diálogo, búsqueda de consenso y capacidad de propuestas que lo ha caracterizado desde su creación, considerando de vital importancia el que el Gobierno de España pueda conocer el análisis que desde las diversas vocalías del mismo se hace del Real Decreto Ley 16/2012, de sus consecuencias y de las diferentes propuestas que en él se contienen.

2. Aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus actuaciones

2.1. Justificación de la extraordinaria y urgente necesidad para la aprobación por el Gobierno de un Real Decreto-Ley

El **artículo 86.1 de la Constitución Española** señala que “en caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Gobierno podrá dictar disposiciones legislativas provisionales que tomarán la forma de Decretos-leyes y que no podrán afectar al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I, al régimen de las Comunidades Autónomas ni al Derecho electoral general”.

La **jurisprudencia del Tribunal Constitucional** avala la posibilidad de abordar estas reformas mediante la aprobación de un Real Decreto-ley siempre que concurren circunstancias excepcionales de extraordinaria y urgente necesidad. En concreto, señalan:

- STC 60/1986, de 20 de mayo: Que una materia esté reservada a la ley ordinaria, con carácter absoluto o relativo, no excluye «eo ipso» la regulación extraordinaria y provisional de la misma mediante Decreto-ley, porque “la mención a la Ley no es identificable en exclusividad con el de ley en sentido formal”.
- STC 111/1983, de 2 de diciembre: La justificación del Decreto-ley podrá también darse en aquellos casos en que por circunstancias o factores, o por su compleja concurrencia, no pueda acudir a la medida legislativa ordinaria sin hacer quebrar la efectividad de la acción requerida, bien por el tiempo a invertir en el procedimiento legislativo o por la necesidad de inmediatez de la medida.
- SS. TC 29/1986, de 20 de febrero; y 177/1990, de 15 de noviembre: La utilización del Decreto- Ley, mientras se respeten los límites del artículo 86 CE, tiene que reputarse como una utilización constitucionalmente lícita en todos aquellos casos en que la gobernación del país requiera una acción normativa inmediata o en que las coyunturas económicas exijan una rápida respuesta, y el juicio político sobre la concurrencia de este presupuesto de hecho habilitante corresponde al Gobierno, sin perjuicio de su posible control jurídico en caso de ausencia de toda justificación.

El Foro, sin cuestionar la legitimidad del uso del Real Decreto-ley, considera que una reforma de este calado hubiera debido tener otro canal legislativo permitiendo el contraste y el aporte necesario, entre otros, del propio Foro mediante la emisión de un informe preceptivo.

2. Aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus actuaciones

En la **Exposición de Motivos del Real Decreto-ley 16/2012**, se justifica la concurrencia de estas circunstancias excepcionalísimas y la necesidad de una acción normativa inmediata:

1. “Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace pues, imprescindible la adopción de **medidas urgentes** que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista”. Señala, asimismo, que “son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes”.
2. “Las medidas que se aplican en el presente real decreto-ley tienen como objetivo fundamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo, lo que hace necesario que éstas se **apliquen con la mayor urgencia posible**. Se hace preciso, en el actual contexto socioeconómico, que dichas medidas se materialicen en un instrumento normativo **de efecto inmediato** que de respuesta, sin demora, a las demandas internas de mejora de la equidad que exige la ciudadanía, de eficiencia que exige el Tribunal de Cuentas y de seguridad que exige el sector sanitario, y a las externas de transparencia y viabilidad que exige la Unión Europea”.
3. “El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en nuestro país.

Y es, precisamente, esta materia la que se encuentra regulada en el Capítulo I de este real decreto-ley, donde se regula la condición de asegurado, en su Disposición final tercera, por la que se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, precepto que no tiene naturaleza orgánica según establece la disposición final cuarta de dicha ley, así como en su Disposición final quinta en la que se modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero.”

2. Aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus actuaciones

2. 2 Procedimiento establecido para su tramitación: urgencia y celeridad. Ausencia de solicitud de informes

Las SS. TC 29/1986, de 20 de febrero; y 177/1990, de 15 de noviembre configuran el Real Decreto Ley como una **acción normativa inmediata**.

La esencia del Real Decreto Ley es la celeridad en su tramitación que permite adoptar medidas urgentes sin estar sometidos al procedimiento legislativo ordinario. Por ello, no se solicitan informes ni dictámenes de los órganos consultivos, incluyendo del Consejo de Estado, como sí ocurre con la elaboración de los proyectos de ley o de reales decretos. El artículo 22 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, que regula el procedimiento para la aprobación de los proyectos de ley, incluyendo la solicitud de dictámenes e informes no es de aplicación en el caso de los Reales Decretos leyes, únicamente en el supuesto de proyectos de ley (artículos 87 y 88 de la constitución). El artículo 24 de la Ley 50/1997 contempla la petición de informes y el trámite de audiencia para la tramitación de proyectos de reales decretos, pero tampoco es aplicable en el caso de los Reales Decretos Leyes.



3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma

3.1 Nuevas medidas para garantizar el Sistema Nacional de Salud

I.- Régimen para los ciudadanos de la Unión Europea

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación, en el esquema progresivo de impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.

Sin embargo, la falta de adecuación de algunas de las normas existentes a la realidad socioeconómica y la falta de rigor en su eficiencia, ha conducido a nuestro Sistema a una situación de grave dificultad económica sin precedentes.

La expedición de Tarjetas Sanitarias Europeas a personas residentes en España que no cumplieran los requisitos de residencia previstos en la Directiva 2004/38/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, ha puesto de manifiesto la fragilidad del mecanismo de reconocimiento del derecho a la protección de la salud en nuestro país.

El Tribunal de Cuentas así lo ha señalado, indicando que el Sistema estaba asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, erosionando enormemente nuestra capacidad financiera e impidiendo realizar mejoras en nuestros servicios.

Entre las medidas adoptadas por el Gobierno de España en el Real Decreto – Ley 16/2012, de 20 de abril, se encuentra la transposición de los requisitos de residencia para los ciudadanos de la Unión Europea y sus familiares, de conformidad con la Directiva 2004/38/CE, en el nuevo artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre Entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de Estados miembros de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo.

1. A partir del día 24 de abril de 2012, los ciudadanos de la Unión Europea y sus familiares que deseen residir en España, deberán solicitar su inscripción como residentes (residencia superior a tres meses).

Para inscribirse como Residentes, deberán acreditar, básicamente, o bien ser trabajadores por cuenta ajena o propia, o bien, si no trabajan, estar en posesión de recursos económicos suficientes y tener un seguro de enfermedad público o privado.

3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma

2. Si desean acceder al Sistema público de Salud español, en régimen de igualdad con los españoles, deberán acreditar dichos requisitos previos de residencia. No siendo suficiente, a partir del día 24 de abril, el simple empadronamiento en el Ayuntamiento de residencia.
3. Una vez inscritos como residentes, deberán solicitar la condición de “asegurado” en las oficinas del Instituto Nacional de Seguridad Social.
4. Una vez “asegurados”, ya pueden solicitar la Tarjeta Sanitaria en los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma donde residen.

II. Régimen para los extranjeros nacionales de Estados Terceros

1. En consonancia con lo dispuesto en esta nueva medida para los ciudadanos de la Unión Europea y sus familiares, el Gobierno español ha modificado los requisitos que deben acreditar los extranjeros para poder obtener asistencia sanitaria.
2. A partir del día 24 de abril, si desean acceder al Sistema público de Salud español, en régimen de igualdad con los españoles, los extranjeros no ciudadanos de la Unión Europea y familiares, y que son nacionales de Estados Terceros, deberán demostrar que son residentes en España, es decir, que tienen en vigor una autorización de residencia expedida por las autoridades españolas,
3. Los extranjeros residentes deberán solicitar la condición de “asegurado” en las oficinas del Instituto Nacional de Seguridad Social.
4. Una vez “asegurados” ya pueden solicitar la Tarjeta Sanitaria en los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma donde residen.
5. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:
 - a) de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, hasta su situación de alta médica
 - b) de asistencia al embarazo, parto y postparto.En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia en las mismas condiciones que los españoles.
6. Como medida transitoria, se ha establecido que los extranjeros que se encuentran en España seguirán recibiendo la asistencia sanitaria ordinaria que ya disfrutaban, desde el día 1 de septiembre de 2012, fecha en la que entra en vigor el requisito de residencia previa para obtener la condición de asegurado.

Se recuerda en todo caso que el hecho de disponer de un título habilitante no será elemento determinante para dotar de la debida protección sanitaria respecto a los colectivos más vulnerables –atención de urgencia por enfermedad o accidente; asistencia al embarazo-parto y postparto y en todo caso a los extranjeros menores de 18 años-, ya que todos ellos se encuentran protegidos.

3.2. Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios internacionales de la Seguridad Social

Una de las motivaciones en las que se asienta la necesidad de promulgar el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus actuaciones se encuentra en el Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios internacionales de la Seguridad Social, emitido por el Tribunal de Cuentas, en el cual se pone de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en nuestro país.

El Informe del Tribunal de Cuentas aborda, en el marco de los Reglamentos Comunitarios y Convenios internacionales de Seguridad Social aplicables en el ejercicio 2009 (siete Convenios suscritos por España con Andorra, Brasil, Chile, Ecuador, Marruecos, Perú y Túnez):

- 1) El análisis de la gestión financiera de las prestaciones de asistencia sanitaria prestadas por el Sistema Nacional de Salud español (Comunidades Autónomas e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria respecto de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) a personas protegidas por la Seguridad Social de otros países.
- 2) El cobro por la Seguridad Social española de la asistencia sanitaria prestada a los extranjeros.
- 3) El posterior retorno de los cobros a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- 4) Los pagos derivados de la atención sanitaria prestada en terceros países a personas protegidas por la Seguridad Social española.

El informe del Tribunal de Cuentas no aborda o pone en cuestión las prestaciones sanitarias a la población inmigrante en situación irregular en España, no pertenecientes a los 29 Estados del Espacio Económico Europeo, a Suiza, o a alguno de los siete Estados con los que España tenía suscritos Convenios Bilaterales.

El Tribunal de Cuentas, en su informe, no cuestiona el carácter universal de nuestro sistema sanitario, ni la atención que se presta a la población inmigrante en situación irregular en cumplimiento de los derechos humanos y la legislación internacional. El tribunal de Cuentas en este informe no pone en cuestión el derecho a la salud y a las prestaciones sanitarias, viniendo a poner de relieve deficiencias en la gestión administrativa y las disfunciones en distintos organismos de la Administración española, que están ocasionando la no reclamación y facturación a ciudadanos europeos de prestaciones sanitarias asumidas por nuestro Sistema Sanitario.

3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma

El Tribunal de Cuentas en su informe plantea que en España, los reembolsos derivados de la asistencia sanitaria prestada a asegurados por terceros países que se encuentran en estancia temporal en España se calculan mediante un sistema de justificación de los costes efectivos o gasto real (calculados en función de los precios públicos aprobados por cada Comunidad Autónoma y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria por cada tipo de prestación de asistencia sanitaria), si bien, hasta el 1 de enero de 2009, coexistió este sistema con otro basado en estimaciones del número de turistas recibidos en España y que, según las estimaciones de este Tribunal, solo en caso de turistas del Reino Unido, supuso para España unas pérdidas anuales de, al menos, 20 millones de euros.

El informe responde a cuatro objetivos fundamentales:

- 1) Analizar el procedimiento seguido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y por el Instituto Social de la Marina para la gestión financiera del importe de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social.
- 2) Analizar, desde la perspectiva de los principios de legalidad y buena gestión financiera, las actuaciones realizadas por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en relación con la cuantificación de los costes medios o cuota global.
- 3) Analizar la correspondencia entre la facturación emitida por una muestra de los Servicios de Salud de siete Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la facturación presentada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social para su cobro a los países correspondientes, y 4) verificar los retornos efectuados a las Comunidades Autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, como consecuencia de los cobros y pagos gestionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, derivados de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social.

Entre las conclusiones y recomendaciones que figuran en el Informe aprobado por el Tribunal de Cuentas, obtenidas sobre una muestra de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, pueden destacarse las siguientes:

España está prestando asistencia sanitaria a personas protegidas por la Seguridad Social de Portugal y de Francia que se trasladan a España sólo con la finalidad específica de poder acceder a los centros, servicios y establecimientos sanitarios españoles sin tener derecho a recibir gratuitamente esta asistencia sanitaria, por no trabajar en España. Ello supone un coste para nuestro Sistema Nacional de Salud, que España no tiene porqué soportar.

El Tribunal ha verificado que España no cuenta con una base de datos, centralizada, de beneficiarios vinculados a los titulares con derecho a la asistencia sanitaria a cargo de la Seguridad Social española (tanto españoles como extranjeros), por lo que existe el riesgo de que trabajadores o pensionistas extranjeros protegidos por la Seguridad Social española incluyan, indebidamente, en la Tarjeta Sanitaria Individual (documento expedido por las Comunidades Autónomas que otorga el derecho a recibir asistencia sanitaria en España) como beneficiarios a su cargo a personas que están aseguradas en sus Estados de origen.

3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma

El Tribunal de Cuentas ha comprobado que, a 15 de junio de 2010, estaban inscritos en la Tesorería General de la Seguridad Social 453.349 personas de nacionalidad extranjera (correspondientes a alguno de los 29 Estados del Espacio Económico Europeo, a Suiza, o a alguno de los siete Estados con los que España tenía suscritos Convenios Bilaterales) que tenían la condición de “personas sin recursos económicos suficientes, por lo que, en consecuencia, tienen asistencia sanitaria gratuita a cargo de la Seguridad Social española.

El Tribunal pone de relieve que otro de los riesgos inherentes a la figura de “personas sin recursos económicos suficientes” de nacionalidad extranjera, es que la persona que solicita el derecho a la asistencia sanitaria en España puede estar asegurada en su país de procedencia, lo que conlleva que se le atienda gratuitamente en España, y que España no pueda reclamar el importe de la asistencia sanitaria prestada..

Por otra parte, destaca que existían, a 15 de junio de 2010, un total de 2.586 personas que tenían la condición de “personas sin recursos económicos suficientes” que habían obtenido del Instituto Nacional de la Seguridad Social, indebidamente, una Tarjeta Sanitaria Europea emitida por España y que, por tanto, pueden recibir asistencia sanitaria en cualquier país del Espacio Económico Europeo y en Suiza con cargo a la Seguridad Social española.

Recomienda que el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria deberían realizar las actuaciones oportunas para validar periódicamente que dichas personas siguen cumpliendo los requisitos exigidos a quienes tienen la condición de “persona sin recursos económicos suficientes”, tanto si son titulares de una Tarjeta Sanitaria Europea, como si sólo poseen la Tarjeta Sanitaria Individual.

El Tribunal de Cuentas ha podido constatar, con carácter general, que España no factura a los países de origen de los extranjeros, el importe de los medicamentos facilitados por los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Esta situación supone un importante perjuicio económico para España, y en particular para las propias Comunidades Autónomas y para el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria respecto de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, perjuicio que ascendió (de acuerdo con la estimación efectuada por este Tribunal de Cuentas) sólo en el ejercicio 2009, al menos, a 4.500.000 euros. Esta situación debe ser subsanada por las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

En relación a la facturación de las actuaciones realizadas por los servicios sanitarios de emergencia en el ejercicio 2009, el importe no facturado por las Comunidades Autónomas y por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de acuerdo con la estimación efectuada por este Tribunal de Cuentas, podría ascender al menos a 3.500.000 euros, sólo en el ejercicio 2009.

La facturación emitida por España derivada de la asistencia sanitaria prestada a las personas protegidas por la Seguridad Social de Brasil, Chile, Ecuador y Perú nunca ha sido pagada por estos Estados, a pesar de haber sido puesta al cobro por España, teniendo en cuenta que estos Convenios Bilaterales entraron en vigor el 1 de diciembre de 1995, el 13 de marzo de 1998, el 1 de noviembre de 1962 y el 1 de febrero de 2005, respectivamente. La deuda pendiente de cobro de estos Estados con España ascendió a 5.519.334,16 euros a 31 de diciembre de 2008. En este mismo sentido, España había suscrito Convenios Bilaterales de Seguridad Social que contemplaban las

3. Análisis de las principales motivaciones en las que se asienta la reforma

prestaciones de asistencia sanitaria con Panamá y Paraguay, Convenios que, actualmente, no están en vigor. El Tribunal propone que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social estudie la conveniencia de mantener la vigencia de los Convenios Bilaterales de Seguridad Social, en la parte relativa a la asistencia sanitaria debido, entre otros motivos, al incumplimiento reiterado del pago por parte de los países con los que España tiene suscritos estos Convenios Bilaterales.

El Tribunal considera que el Convenio Bilateral suscrito con Marruecos en materia de asistencia sanitaria es perjudicial para España desde el punto de vista económico.

El Tribunal considera conveniente que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas verifiquen que las personas de nacionalidad extranjera en posesión de la tarjeta sanitaria individual, expedida por dichos Servicios de Salud, reúnen todos los requisitos exigidos legalmente, mediante su contraste con la información existente en la Base de Datos de Población Protegida del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, entre otras recomendaciones, el Tribunal considera conveniente que las Comunidades Autónomas transfieran a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, que en cada caso prestaron la asistencia sanitaria, el importe recibido del Instituto Nacional de la Seguridad Social por la facturación a personas protegidas por la Seguridad Social de otros Estados, de forma proporcional a la facturación efectuada por dichos centros, de esta forma, se incentivaría la gestión de la facturación por parte de estos centros de las atenciones sanitarias prestadas por ellos, mediante el retorno a estos centros de parte de los ingresos correspondientes a la facturación emitida a las personas protegidas por la Seguridad Social de otros países.



4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

4.1. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas

El referido Pacto fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entrando en vigor con fecha 3 de enero de 1976.

En su artículo 2 punto 2 se pone de relieve que los Estados adheridos al Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social-

En su artículo 5.2 se expresa que no podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un país en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, a pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado.

En su artículo 9, pone de manifiesto que todos los Estados adheridos al Pacto, reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. De igual forma en el artículo 12, los Estados firmantes del Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán todas aquellas que sean necesarias para la creación de las condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y los servicios médicos en caso de enfermedad.

En el año 2000 se aprobó la observación 14 que desarrolla algunos aspectos del artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En dicha Observación, en el apartado de Temas especiales de interés general se incorpora el principio de no discriminación e igualdad de trato, la perspectiva de género, la mujer y el derecho a la salud, los niños y adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades etc.

Esta observación también recoge las obligaciones legales de los Estados Parte (España entre ellos) en tres niveles: respetar, protege y cumplir entre las que está, como obligación básica la de satisfacer los niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, **incluida la atención primaria atendiendo al criterio de no discriminación e igualdad de trato.** ¹

¹ Se adjunta el enlace con la Observación a la que se hace referencia: <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

España ratificó el 23 de Septiembre de 2010 el Protocolo del PIDESC, otro instrumento legal de gran importancia por el que nuestro país se compromete de forma oficial a cumplir lo que en él se establece. ²

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinó el quinto informe de España sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/ESP/5) en sus sesiones 12^a, 13^a y 14^a, celebradas los días 7 y 8 de mayo de 2012 (E/C.12/2012/SR12-14), y aprobó, en su 28^a sesión, el 18 de mayo de 2012, las observaciones finales que realiza al Estado Español para ser tenidas en consideración. Entre las cuales cabe destacar las siguientes:

- El Comité está preocupado por las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, del 20 de abril de 2012, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud (art. 12).
- El Comité recomienda al Estado parte asegurar que, de conformidad con el Comentario General 14 y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal. También recomienda que el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.
- El Comité expresa su preocupación por la reducción de los niveles de protección efectiva de los derechos consagrados en el Pacto que ha resultado de las medidas de austeridad adoptadas por el Estado parte, perjudicando de forma desproporcionada el disfrute de sus derechos por las personas y los grupos desfavorecidos y marginados, especialmente los pobres, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad, los adultos y los jóvenes desempleados, las personas mayores, los gitanos, los migrantes, y los solicitantes de asilo (art. 2.1).
- El Comité recomienda al Estado parte garantizar que todas las medidas de austeridad adoptadas identifiquen el contenido mínimo esencial de todos los derechos del Pacto, y tomar todas las medidas apropiadas para proteger este contenido esencial en cualquier circunstancia, especialmente para las personas y los grupos desfavorecidos y marginados. En este contexto, el Comité recomienda al Estado parte recopilar información estadística desagregada, con el objeto de identificar a las personas y grupos afectados y aumentar la eficacia de sus esfuerzos para la protección de sus derechos económicos, sociales y culturales. El Comité también señala a la atención del Estado parte su carta abierta sobre los derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de la crisis económica y financiera, con fecha 16 de mayo de 2012.
- Preocupa al Comité que, pese a las medidas adoptadas por el Estado parte, los inmigrantes y los gitanos sigan siendo objeto de discriminación en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular en lo que respecta al

² http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3-a&chapter=4&lang=en

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

empleo, la vivienda, la salud y la educación. También preocupa al Comité la persistencia de actitudes hostiles e intolerantes hacia estos colectivos, inclusive por parte de los agentes de la fuerza pública (art. 2.2).

- El Comité recomienda al Estado parte incrementar las medidas adoptadas para erradicar la discriminación que sufre la población inmigrante y los gitanos, así como para sancionar todo tipo de práctica discriminatoria. El Comité recomienda al Estado parte adoptar el proyecto de Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No Discriminación.
- El Comité recomienda al Estado parte revisar las reformas adoptadas en el contexto de la actual crisis económica y financiera para garantizar que todas las medidas de austeridad implementadas mantengan el nivel alcanzado de protección de los derechos económicos, sociales y culturales, y sean en todos casos temporales, proporcionales y no perjudiciales para los derechos económicos, sociales y culturales
- El Comité pide al Estado parte que dé amplia difusión a las presentes observaciones finales en todos los niveles de la sociedad, en particular entre los agentes estatales, los jueces y las organizaciones de la sociedad civil y que, en el próximo informe periódico, dé cuenta al Comité sobre las medidas adoptadas para aplicarlas. También alienta al Estado parte a que haga participar a las instituciones nacionales de derechos humanos, las organizaciones no gubernamentales y los demás miembros de la sociedad civil en el debate nacional previo a la presentación de su próximo informe periódico.

4.2. Consejo Europeo de Tampere, 15 y 16 de octubre de 1999

Según la Introducción, la sesión especial en Tampere se celebra para la creación de un espacio de libertad, seguridad y justicia en la Unión Europea, añadiendo que desde el Consejo se lanza un firme mensaje para confirmar la importancia de este objetivo. El Consejo Europeo de Tampere constituye además un eslabón importante en la cadena que ha desembocado en la aprobación del Pacto Europeo sobre Inmigración y Asilo en octubre de 2008. En el resumen explicativo elaborado por el Presidente francés del Consejo de Justicia e Interior cuando se aprobó el Pacto, se señala que éste expresa al más alto nivel “el compromiso político de la Unión Europea y de sus Estados miembros para con sus ciudadanos y los terceros Estados de cara a una verdadera política común en materia de migraciones”. El Pacto destaca que “una gestión armoniosa y eficaz de las migraciones debe ser global y tratar al mismo tiempo la migración legal y la lucha contra la inmigración irregular” y también señala que “una inmigración mal gestionada puede ser perjudicial para los Estados de acogida y para los propios inmigrantes. La organización de la inmigración debe tener en cuenta las capacidades de acogida de Europa...”. Igualmente, entre los cinco compromisos que integran el Pacto, el primero se dirige a “organizar la migración legal teniendo en cuenta las prioridades, las necesidades y la capacidad de acogida determinadas por cada Estado miembro y favorecer la integración”. En el segundo compromiso, se señala que “los extranjeros que se encuentren en situación irregular en el territorio de los Estados miembros, deben abandonar el territorio,” siendo preferible el retorno voluntario. Los Estados miembro lucharán con firmeza contra forma de explotación de los inmigrantes en situación irregular.

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

Entre los Hitos de Tampere recogidos en el apartado “Hacia una Unión de libertad, seguridad y justicia” se recoge: la integración europea ha estado firmemente enraizada en un compromiso compartido de libertad, sustentado en los derechos humanos” (punto I)

Precisando en el apartado A). Una política de asilo y migración común de la Unión Europea, punto III, números 18, 19, 20 y 21 que:

«18. La Unión Europea debe garantizar un trato justo a los nacionales de terceros países que residen legalmente en el territorio de sus Estados miembros. Una política de integración más decidida debería encaminarse a concederles derechos y obligaciones comparables a los de los ciudadanos de la Unión, así como a fomentar la ausencia de discriminación en la vida económica, social y cultural y a desarrollar medidas contra el racismo y la xenofobia.

19. Basándose en la comunicación de la Comisión sobre un Plan de Acción contra el Racismo, el Consejo Europeo insta a que se incremente la lucha contra el racismo y la xenofobia. Los Estados miembros aprovecharán las mejores prácticas y experiencias. Se seguirá fortaleciendo la cooperación con el Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia y con el Consejo de Europa. Además, se invita a la Comisión a que presente lo antes posible propuestas de aplicación del artículo 13 del Tratado CE en relación con la lucha contra el racismo y la xenofobia. Para luchar contra la discriminación de forma más general, se anima a los Estados miembros a elaborar programas nacionales.

20. El Consejo Europeo reconoce la necesidad de aproximar las legislaciones nacionales sobre las condiciones de admisión y de residencia de los nacionales de terceros países, basadas en una evaluación conjunta de la evolución económica y demográfica de la Unión, así como de la situación en los países de origen. Para ello pide que el Consejo adopte decisiones con rapidez, basándose en propuestas de la Comisión. Dichas decisiones deberán tener en cuenta no sólo la capacidad de acogida de cada Estado miembro, sino también sus vínculos históricos y culturales con los países de origen.

21. El estatuto jurídico de los nacionales de terceros países debería aproximarse al de los nacionales de los Estados miembros. A una persona que haya residido legalmente en un Estado miembro durante un periodo de tiempo por determinar y que cuente con un permiso de residencia de larga duración, se le debería conceder en ese Estado miembro un conjunto de derechos de carácter uniforme lo más cercano posible al de los ciudadanos de la Unión, que contenga, por ejemplo, el derecho a residir, recibir educación y trabajar por cuenta ajena o propia, sin olvidar el principio de no discriminación respecto de los ciudadanos del Estado de residencia. El Consejo Europeo hace suyo el objetivo de ofrecer a los nacionales de terceros países que hayan residido legalmente».

4.3. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una Política Común de Emigración para Europa: Principios, medidas e instrumentos

En el marco de los trabajos desarrollados para la armonización de una política común europea de inmigración y asilo, en junio de 2008 la Comisión europea realiza una comunicación, que carece de efectos jurídicos vinculantes al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones en junio de 2008, en el que recalca una vez más que la política común de inmigración es una prioridad para la UE.

En este documento, la Comisión aboga, entre otros aspectos, por la **integración plena** como garantía de aprovechamiento del potencial beneficioso de la inmigración. Manifiesta, asimismo, que debe **basarse en los valores universales** de respeto de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad, asumidos por la UE, así como en el respeto de la Carta de los Derechos Fundamentales y del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

En este sentido, la agenda social renovada de la UE en materia de acceso, oportunidad y solidaridad, fomentará la instauración de una sociedad integrada e inclusiva, en la que las oportunidades sean accesibles a todos.

En la mencionada Comunicación, la Comisión propone diez principios comunes sobre los que debe girar la política común de inmigración que aglutina bajo los epígrafes de prosperidad, seguridad y solidaridad. Menciona ejemplos de acciones concretas que deben llevarse a cabo a nivel de la UE o del Estado miembro destinadas a poner en práctica dichos principios.

En el principio tercero “Prosperidad e inmigración: la integración es la clave del éxito de la inmigración”, la Comisión recomienda a los Estados:

- Garantizar el acceso efectivo y no discriminatorio de los inmigrantes legales a la atención sanitaria y a la protección social, y una aplicación efectiva de la legislación de la UE que establezca que los nacionales de terceros países tengan el mismo trato que los nacionales de la UE con respecto a la coordinación de los regímenes de seguridad social en toda la UE.
- Afianzar más la aplicación del marco de la UE en materia de integración, por ejemplo, la participación ciudadana, la integración en el mercado laboral, la integración social, las medidas contra la discriminación, la igualdad de oportunidades, la enseñanza y las medidas a favor de los jóvenes, el diálogo intercultural y la gestión de la diversidad.

Finalmente, en las conclusiones, la Comisión entiende que en una actuación coordinada y coherente de la UE y sus Estados miembros, las cuestiones relacionadas con la inmigración se deben tener en consideración en las demás políticas que puedan estar relacionadas con ella. Las dimensiones económica, social e internacional de la

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

inmigración deben integrarse en todas las políticas pertinentes, incluidas las de desarrollo, comercio, política de cohesión, la política social y de empleo, las de medio ambiente, educación, **sanidad**, agricultura y pesca; la política de seguridad y la política económica y fiscal.

4.4. Directiva Comunitaria 2000/43/CE

La **Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000** regula la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico.

El artículo 3.1.e), que regula el ámbito de aplicación, establece que la directiva se aplicará a todas las personas, por lo que respecta tanto al sector público como privado, incluidos los organismos públicos, en relación con la protección social, incluida la seguridad social y la asistencia sanitaria.

El artículo 3.2 de la Directiva establece que la misma no afecta a la diferencia de trato por motivos de nacionalidad y se entiende sin perjuicio de las disposiciones y condiciones por las que se regulan la entrada y residencia de nacionales de terceros países y de apátridas en el territorio de los Estados miembros y de cualquier tratamiento derivado de la situación jurídica de los nacionales de terceros países y de los apátridas.

4.5. La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951

La **Convención de Ginebra de 1951** recoge en su artículo 23 el derecho a la asistencia pública estableciendo que los Estados Contratantes concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y socorro públicos.³

4.6. El Libro Blanco “¡juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, de 23 de octubre de 2007

Este Libro Blanco que establece recomendaciones para la acción conjunta entre los diferentes países de la Unión, define la estrategia comunitaria de salud pública hasta 2013, proponiendo cuatro principios con sus consiguientes acciones para la Comisión y/o Estados Miembros y tres objetivos estratégicos para los próximos años.

³ La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, en su artículo 36 establece que la concesión del derecho de asilo o de la protección subsidiaria implicará el reconocimiento de los derechos establecidos en la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, en la normativa vigente en materia de extranjería e inmigración, así como en la normativa de la Unión Europea, y, en todo caso el acceso a la educación, a la asistencia sanitaria, a la vivienda, a la asistencia social y servicios sociales, a los derechos reconocidos por la legislación aplicable a las personas víctimas de violencia de género, en su caso, a la seguridad social y a los programas de integración, en las mismas condiciones que los españoles.

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

○ Principio nº 1. Una estrategia basada en valores sanitarios compartidos

La política sanitaria, tanto interior como exterior, debe basarse en valores claros. La Comisión ha colaborado con los Estados miembros para definir un planteamiento para los sistemas de atención sanitaria basado en valores. En junio de 2006, el Consejo adoptó una Declaración sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE, que enuncia como valores esenciales la universalidad, el acceso a una atención sanitaria de calidad, la equidad y la solidaridad⁴. Sobre esta base se adoptará una nueva declaración acerca de los principios comunes para una política sanitaria más amplia. El Consejo también invitó a la Comisión a tener en cuenta e integrar la dimensión de género, que se verá reforzada con la nueva estrategia.

La Carta de los Derechos Fundamentales reconoce el derecho de los ciudadanos a la prevención sanitaria y a beneficiarse de tratamientos médicos. Varias declaraciones internacionales consagran derechos fundamentales en materia de salud (...).

○ Principio nº 2: «La salud es el tesoro más preciado»

(...) En el Informe de la Comisión al Consejo Europeo de primavera de 2006 se exhortaba a los Estados miembros a reducir el elevado número de personas inactivas por problemas de salud. También se subrayaba que, en numerosos sectores, la política desempeña un papel en la mejora de la salud en beneficio de la economía en su conjunto.

No debemos percibir el gasto sanitario únicamente en términos de coste, también se trata de una inversión de futuro. Puede considerarse una carga para la economía, pero el coste real para la sociedad radica en los costes directos e indirectos asociados a los problemas de salud, así como en la falta de inversiones suficientes en ámbitos sanitarios pertinentes. (...).

○ Objetivo 2: Proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud

La protección de la salud humana es una obligación en virtud del artículo 152 del Tratado CE (...)

4.7. Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** fue suscrita por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 y posteriormente ratificada por España. En su preámbulo se proclama como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, y tiene como finalidad *que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.*

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

En su artículo 25 establece:

1. 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

4.8. Artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

Por su parte, la **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** fue firmada por los Presidentes del Parlamento Europeo, del Consejo y de la Comisión, el 7 de diciembre de 2000, con ocasión del Consejo Europeo de Niza. En ese momento la proclamación de esta Carta significaba tan solo un compromiso político, sin ningún efecto jurídico obligatorio. El 12 de diciembre de 2007 la Carta fue adaptada, y el Tratado de Lisboa firmado el 13 de diciembre de 2007 (en vigor desde el 1 de diciembre de 2009) le otorgó el mismo valor jurídico vinculante que a los Tratados.

Su artículo 35 dispone:

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

“Los derechos humanos son protecciones garantizadas jurídicamente a nivel internacional, contra las acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana de individuos y grupos”⁴.

4.9. Dictamen del Consejo Económico Social Europeo sobre salud y migraciones

Mediante carta del 14 de febrero de 2007, la futura Presidencia portuguesa solicitó al Comité Económico y Social Europeo que elaborara un dictamen exploratorio sobre la «Salud y migración». En el Pleno del Consejo de julio de 2007 se procedió a su aprobación.

El Dictamen pone de relieve la importancia que tiene el que las políticas de la UE y de los Estados miembros proporcionen un nivel elevado de protección de la salud a los migrantes y sus familias, proponiendo la toma de medidas en un gran número de

⁴ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

ámbitos tanto políticos, como de empleo, salud, seguridad en el trabajo, la educación, la protección social, así como la promoción de la salud y la atención sanitaria

Entre sus recomendaciones a los estados cabe reseñar a los efectos de la presente monografía, la siguiente: *“El acceso a los tratamientos médicos y a los cuidados preventivos debería proporcionarse, como un derecho humano, a todas las personas que residan en la UE, independientemente de su estatus, de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Humanos fundamentales, que garantiza el acceso a los cuidados preventivos y a la atención médica”.*

4.10. Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios de 1990.

La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares fue adoptada por la Asamblea General en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990. El Foro, aún siendo consciente de que ninguno de los Estados miembros de la Unión Europea ha ratificado hasta la fecha esta Convención, considera conveniente seguir recomendando al Estado español, como ya hizo en sus informes de 2008 y de 2011, la ratificación de dicha Convención que ya ha sido realizada por 45 Estados a nivel internacional y son decenas las organizaciones y entidades que, a nivel europeo e internacional, siguen solicitando la ratificación de la misma por parte de los Estados miembro de la UE.

En su preámbulo pone de manifiesto que los problemas humanos que plantea la migración son aún más graves en el caso de la migración irregular, y que por tanto, se debe alentar la adopción de medidas adecuadas, a fin de evitar y eliminar los movimientos y el tránsito clandestinos de los trabajadores migratorios, asegurándoles a la vez la protección de sus derechos humanos fundamentales mientras permanezcan en los territorios de acogida.

Considera que los/as trabajadores/as no documentados o que se hallan en situación irregular son empleados frecuentemente en condiciones de trabajo menos favorables que las de otros trabajadores y que para determinadas empresas ello constituye un aliciente para buscar ese tipo de mano de obra con el objeto de obtener los beneficios de una competencia desleal.

La Convención Internacional otorga a todos los trabajadores/as migratorios y a sus familiares, ya sean regularizados o irregulares, el derecho a recibir cualquier tipo de prestación sanitaria urgente y al seguimiento de su tratamiento.

4.11. Convenio n° 97 de la OIT sobre los trabajadores migrantes. Convenio de la OIT n° 143 sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes

La aceleración de la globalización económica ha generado más trabajadores migrantes que lo ocurrido en cualquier otro tiempo. El desempleo y la creciente pobreza han determinado que muchos trabajadores de los países en desarrollo busquen trabajo en el extranjero. Los países desarrollados han aumentado su demanda de trabajadores, especialmente de trabajadores no calificados. Como consecuencia de ello, son millones los trabajadores y sus familias que viajan a otros países para encontrar trabajo. Se estima que actualmente existen en el mundo 175 millones de migrantes, de los que aproximadamente la mitad son trabajadores, (y que alrededor de un 15 por ciento de éstos se encuentra en situación irregular). Las mujeres representan casi la mitad de los migrantes. Los trabajadores migrantes contribuyen a la economía de sus países de acogida y las remesas de dinero que envían a sus hogares ayudan a desarrollar las economías de sus países de origen. Sin embargo, al mismo tiempo, es frecuente que los trabajadores migrantes tengan una escasa protección social y sean vulnerables a la explotación y al tráfico de personas. Los trabajadores migrantes con una capacitación son menos vulnerables a la explotación, pero su partida ha privado a algunos países en desarrollo de unos trabajadores valiosos de los que están necesitadas sus economías. Las normas de la OIT sobre las migraciones confieren mecanismos, tanto a los países de origen de los trabajadores migrantes como a los países receptores, para la gestión de los flujos migratorios y para la garantía de una adecuada protección a esta categoría vulnerable de trabajadores (5).

En razón de la importancia de que las migraciones estén bien gestionadas, la Conferencia Internacional del Trabajo de 2004 instó a la aplicación de un plan de acción destinado a los trabajadores migrantes, que incluye un marco multilateral no vinculante para los trabajadores migrantes de la economía global, una aplicación más extensa de las normas pertinentes, el fomento de las capacidades y una base global de conocimientos sobre esta cuestión.

Selección de instrumentos pertinentes de la OIT

- **Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97) - [ratificaciones]**

Estipula que los Estados que lo ratifiquen deberán facilitar las migraciones internacionales con fines de empleo, estableciendo y manteniendo un servicio gratuito de asistencia y de información para los trabajadores migrantes, y adoptando medidas contra la propaganda engañosa sobre la emigración y la inmigración. Incluye disposiciones sobre los servicios médicos apropiados para los trabajadores migrantes y la transferencia de ingresos y ahorros. Los Estados deben aplicar un trato no menos favorable que el que se aplica a sus nacionales con

⁵ OIT: *En busca de un compromiso equitativo para los trabajadores migrantes en la economía globalizada*, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 92ª reunión, Ginebra, 2004; P. Stalker, *Workers without frontiers: The impact of globalization on international migration*, (OIT, Ginebra, 2000).

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

respecto a un número de cuestiones que incluyen las condiciones de empleo, la libertad sindical y la seguridad social.

En cuanto a la atención sanitaria, señala literalmente la obligación de velar porque los trabajadores migrantes y los miembros de sus familias gocen de una protección médica adecuada, incluso por motivo de enfermedad o accidente sobrevenidos.

- **Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143) - [ratificaciones]**

Dispone medidas para combatir las migraciones clandestinas e ilegales, y, al mismo tiempo, establece la obligación general de respetar los derechos humanos básicos de todos los trabajadores migrantes. También extiende el campo de la igualdad entre los trabajadores migrantes con residencia legal y los trabajadores nacionales más allá de las disposiciones del Convenio de 1949, para garantizar la igualdad de oportunidades y de trato en el empleo y la ocupación, la seguridad social, los derechos sindicales y culturales, y las libertades individuales y colectivas a las personas que, como trabajadores migrantes o miembros de sus familias, residen legalmente en el territorio de un Estado que lo hubiese ratificado. Los Estados Miembros deberán facilitar la reunión de las familias de los trabajadores migrantes que residen legalmente en su territorio.

Indica que, a condición de haber residido legalmente en el país con fines de empleo, el trabajador migrante no podrá ser considerado en situación ilegal o irregular por el hecho mismo de la pérdida de su empleo, la cual no deberá entrañar por sí misma el retiro de su permiso de residencia o de trabajo y deberá beneficiarse de un trato igual al de los nacionales, conservando, tanto él como su familia de igualdad de trato en lo concerniente a los derechos derivados de empleos anteriores.

Se hace constar que hasta el momento este Convenio no ha sido ratificado por el Estado español.

Otros instrumentos de la OIT que hacen referencia a los trabajadores migrantes:

Instrumentos actualizados:

- Convenio (núm. 97) sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949
- Recomendación (núm. 86) sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949
- Convenio (núm. 143) sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975
- Recomendación (núm. 151) sobre los trabajadores migrantes, 1975

Instrumento en situación provisoria

- Recomendación (núm. 100) sobre la protección de los trabajadores migrantes (países insuficientemente desarrollados), 1955

Solicitud de información

- Recomendación (núm. 19) sobre las estadísticas de migraciones, 1922

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

Instrumento que ha sido superado

Convenio dejado de lado

- Convenio (núm. 21) sobre la inspección de los emigrantes, 1926

Instrumentos retirados

- Convenio (núm. 66) sobre los trabajadores migrantes, 1939
- Recomendación (núm. 2) sobre la reciprocidad de trato, 1919
- Recomendación (núm. 26) sobre la protección de las emigrantes a bordo de buques, 1926

Recomendaciones reemplazadas

- Recomendación (núm. 61) sobre los trabajadores migrantes, 1939
- Recomendación (núm. 62) sobre los trabajadores migrantes (colaboración entre Estados), 1939

4.12. El programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo celebrado en 1994

Su principio 8° establece que *“Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”*.

Asimismo el punto 7.11 establece que *“Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual”*.

En el punto 10.13 establece que: *“Los gobiernos de los países de destino deberían respetar los derechos humanos básicos de los migrantes documentados, al mismo tiempo que afirman su propio derecho a reglamentar el acceso a su territorio y a adoptar políticas que configuren las corrientes migratorias. En lo que respecta a la admisión de los migrantes, los gobiernos deberían evitar la discriminación por razón de la raza, la religión, el sexo y la discapacidad, los aspectos relacionados con la salud y otros aspectos conexos pertinentes con arreglo a las reglamentaciones nacionales de inmigración y en particular las necesidades especiales de las personas de edad y de los niños. Se insta a los gobiernos a*

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

promover, mediante la reunión de las familias, la normalización de la vida familiar de los migrantes legales que tienen derecho de residencia prolongada.”.

En el punto 10.22.e) establece que se deberán Proporcionar servicios adecuados de salud y educación y otros servicios sociales a los refugiados y las personas desplazadas;

4.13 Artículos 10.2, 13.1, 43 y 53.3 de la Constitución Española

Artículo 10.2

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Artículo 13.1

1. 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 43

- 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Artículo 53.3

“3. El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo Tercero, informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.”

4.14. Jurisprudencia del Tribunal Constitucional. STC 95/2003. STC 236/2007

El Tribunal Constitucional ha consolidado una doctrina respecto de la titularidad de los derechos por parte de extranjeros (STC 107/1984) diferenciando tres grupos de derechos:

- **Derechos atribuidos a la persona** en cuanto tal, con independencia de su condición jurídica (por ejemplo, tutela judicial efectiva o derecho de reunión)
- **Derechos no atribuidos a los extranjeros** salvo en ciertos ámbitos y con determinadas condiciones (art 23 Constitución)

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

- **Derechos** cuya atribución a los extranjeros **dependerá de la regulación legal** de los mismos y respecto a los cuales es admisible que se fijen diferencias respecto de los nacionales (art 43 protección a la salud).

El punto de partida de la construcción del régimen jurídico-constitucional de los extranjeros se encuentra centralizado en el artículo 13 CE. El artículo 13.1 establece que “los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título (Primero) en los términos que establezcan los tratados y las Leyes”. Este artículo constituye la habilitación del Estado para extender a los extranjeros derechos que la Constitución no les reconoce expresamente.

El legislador cuenta con un margen de actuación, tiene cierta libertad para reconocerles la titularidad de un derecho, y ésta, es la línea defendida por el TC que interpreta que la ley y los tratados cumplen la finalidad de configurar el contenido de los derechos en cuanto se ejerzan por extranjeros.

Para la contextualización del derecho a la protección a la salud, debe recordarse que éste se encuentra recogido en **el artículo 43 de la constitución**, dentro del Capítulo III del Título I y no dentro de los derechos fundamentales y libertades públicas regulados en la Sección II del Capítulo II, que es el núcleo de mayor protección. Por ello, en virtud del artículo 53.3 de la Constitución “**Sólo podrá ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen**”.

Esta doctrina se recoge en la **Sentencia 95/2000, de 10 de abril de 2000**:

“No es intrascendente recordar a estos efectos que la jurisprudencia de este Tribunal ha venido definiendo el alcance de la proyección del principio de igualdad y no discriminación sobre los derechos y libertades de los extranjeros, a los que se refiere el art. 13.1 CE, al establecer que gozarán en España de las libertades públicas garantizadas en el Título I, si bien en los términos que establezcan los Tratados y la Ley. Desde nuestra STC 107/1984, de 23 de noviembre, hemos mantenido que ni la expresión misma de libertades públicas ha de interpretarse en sentido restrictivo, ni tal remisión supone que se haya querido desconstitucionalizar la posición jurídica de los extranjeros relativa a ellas, sino que supone, únicamente, el reconocimiento de éstas con arreglo a su configuración legal. Y así, como declaramos en dicha Sentencia y hemos reiterado en las SSTC 99/1985, de 30 de septiembre, y 130/1995, de 11 de septiembre, los extranjeros gozan en nuestro país, en condiciones plenamente equiparables a los españoles, de aquellos derechos que pertenecen a la persona en cuanto tal y que resultan imprescindibles para la garantía de la dignidad humana (art. 10.1 CE); por contra, no es posible el acceso a otro tipo de derechos (como los reconocidos en el art. 23 CE, según dispone el art. 13.2 y con la salvedad que contiene) y, finalmente, existe un tercer grupo integrado por aquellos derechos de los que podrán ser titulares en la medida y condiciones que se establezcan en los Tratados y Leyes, siendo admisible en tal caso que se fijen diferencias respecto a los nacionales.

Pues bien, en lo que se refiere al supuesto que nos ocupa, preciso es advertir que tanto **el mantenimiento del sistema público de Seguridad Social (art. 41 CE) como el reconocimiento del derecho a la salud (art. 43 CE)** y, consecuentemente, la obligación

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

de los poderes públicos de organizarla y tutelarla mediante las medidas, prestaciones y servicios necesarios (art. 43 CE) **se contienen en el Título I** del texto constitucional, lo que permite establecer la relación entre ellos y la previsión ya mencionada del art. 13.1 CE, **deduciéndose el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria en las condiciones fijadas por las normas correspondientes.**

Otros pronunciamientos sobre la materia, insistiendo sobre la diferenciación de derechos:

- **STC 95/2003, de 22 de mayo de 2003**, que considera como indisponible el derecho a la tutela judicial efectiva.

Los extranjeros disfrutan de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución, si bien atemperando su contenido a lo establecido en los Tratados internacionales y en la Ley interna española. Pero ni siquiera esta modulación o atemperación es posible en relación con todos los derechos, pues ‘existen derechos que corresponden por igual a españoles y extranjeros y cuya regulación ha de ser igual para ambos’ (STC 107/1984, de 23 de noviembre, Sala Segunda, FJ 4, ‘Boletín Oficial del Estado’ de 21 de diciembre); así sucede con aquellos derechos fundamentales ‘que pertenecen a la persona en cuanto tal y no como ciudadano’ o, dicho de otro modo, con ‘aquéllos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana que conforme al art. 10.1 de nuestra Constitución constituye fundamento del orden político español’ (ibídem, FJ 3). Pues bien, uno de estos derechos es el que ‘todas las personas tienen... a obtener la tutela efectiva de los Jueces y Tribunales’.

De ahí que, si el extranjero no residente legalmente en España no dispone de recursos suficientes para procurarse Abogado que le defienda y Procurador que le represente, verá cerrado su acceso a la jurisdicción y no podrá someter al control de ésta la legalidad de la actuación administrativa (art. 106.1 CE) en un aspecto que le concierne directamente, como es su status de extranjero (autorizaciones de residencia, trabajo, exenciones de visado, etc.), y que puede desembocar en su expulsión del territorio nacional. Ello supone, sin duda, una vulneración del derecho a la tutela judicial efectiva consagrado en el art. 24.1 CE.

- **STC 236/2007, de 7 de noviembre de 2007**

“Debemos partir del dato de que nuestro ordenamiento no desconstitucionaliza el régimen jurídico de los extranjeros, el cual tiene su fuente primera en el conjunto del texto constitucional. En concreto, **la titularidad y el ejercicio de los derechos fundamentales de los extranjeros en España deben deducirse de los preceptos que integran el título I, interpretados sistemáticamente. Para su determinación debe acudir en primer lugar a cada uno de los preceptos reconocedores de derechos que se incluyen en dicho título, dado que el problema de su titularidad y ejercicio “depende del derecho afectado”**”

(...) el legislador al que remite el art. 13.1 CE no goza de igual libertad para regular la titularidad y el ejercicio de los distintos derechos del título I, **pues aquélla depende del concreto derecho afectado.**

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

(...) El legislador goza, en cambio, de mayor libertad al regular los “derechos de los que serán titulares los extranjeros en la medida y condiciones que se establezcan en los Tratados y las Leyes. (...)Al regular tales derechos la libertad del legislador es más amplia ya que **puede modular las condiciones de ejercicio “en función de la nacionalidad de las personas, introduciendo tratamientos desiguales entre españoles y extranjeros”**, si bien aquella libertad “no es en modo alguno absoluta. (...)De nuestra jurisprudencia se deduce que **éste sería el régimen jurídico** de derechos tales como el derecho al trabajo (STC 107/1984, de 23 de noviembre, FJ 4), **el derecho a la salud ...).**

4.15. La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la nueva Ley General de Salud Pública 33/2011.

En las leyes generales de salud se hace expresa mención de la obligación de las Administraciones Públicas a atender los principios de igualdad, solidaridad y equidad en el acceso a los servicios públicos de salud.

La Ley 14/1986 afirma 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. Que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizaran en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

La Ley 16/2003 obliga a incorporar medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que, por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales, tenga especiales dificultades para el acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 33/2011 en el preámbulo pone de manifiesto que “La búsqueda de la salud debe ser una tarea solidaria y compartida que no reconozca fronteras. Este aspecto cobra singular importancia en el mundo globalizado del siglo XXI, marcado por profundas desigualdades que siguen un patrón social entre países y dentro de los propios países, y hace de la aspiración a la equidad no sólo un fin, sino un medio para lograr una mejor salud para todas las personas. La equidad es al fin y al cabo consustancial a la salud y sólo las sociedades que procuran la igualdad consiguen buenos resultados en salud. Hoy las amenazas a la salud pública en el ámbito internacional no pueden detenerse o prevenirse mediante una sanidad de fronteras, de contención. Son la cooperación y la solidaridad las principales acciones de prevención, de ahí que no pueda abordarse la salud pública de cualquier territorio sin considerar la acción internacional como parte integrante de la política nacional de salud pública”.

Entre los principios generales de la salud pública destaca el principio de equidad por el que se determina que las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad.

En su artículo 6 regula el que todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4.16. Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas

Se han analizado los Estatutos de Autonomía y en particular los reformados en los últimos 5 años por entender que pueden ofrecer una visión más actualizada.

- 1°. La mayoría de los Estatutos de Autonomía de las Comunidades Autónomas reconocen explícitamente el derecho a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
- 2°. Algunos Estatutos, como el de Andalucía, consagran el derecho a acceder a todas las prestaciones del sistema.
- 3°. La Ley establecerá los términos, condiciones y requisitos.
- 4°. El reconocimiento universal es para todas las personas, sin excepción, tal como establece el artículo 43 de la Constitución Española.
- 5°. En los reconocimientos de derechos más pormenorizados habría que atender a lo especificado en cada Estatuto, que en la mayoría de los casos hacen referencia a las personas con vecindad administrativa en la Comunidad de que se trata.
- 6°. Aunque todos los Estatutos reconocen que la sanidad interior y la sanidad pública es una competencia compartida con el Estado, los representantes de varias Autonomías han manifestado públicamente que la modificaciones introducidas por el Real Decreto-Ley, 16/2012, invaden competencias que pertenecen a sus Comunidades Autónomas, por lo que se reservan la posibilidad de interponer los recursos pertinentes.
- 7°. Las leyes de las distintas Comunidades Autónomas reconocen la universalización de la asistencia sanitaria.

Artículos de los Estatutos Autonómicos a referenciar:

Andalucía

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Artículo 22. Salud.

1. Se garantiza el derecho constitucional previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.
2. Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a:
 - a) Acceder a todas las prestaciones del sistema.
 - b) La libre elección de médico y de centro sanitario.
 - c) La información sobre los servicios y prestaciones del sistema, así como de los derechos que les asisten.
 - d) Ser adecuadamente informados sobre sus procesos de enfermedad y antes de emitir el consentimiento para ser sometidos a tratamiento médico.
 - e) El respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
 - f) El consejo genético y la medicina predictiva.
 - g) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.
 - h) Disponer de una segunda opinión facultativa sobre sus procesos.
 - i) El acceso a cuidados paliativos.
 - j) La confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico.
 - k) Recibir asistencia geriátrica especializada.
3. Las personas con enfermedad mental, las que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo, tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.
4. Con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores.

(Este derecho se reconoce en el marco del Título I del referido Estatuto de Autonomía, que en su artículo 12 establece como destinatarios a todas las personas con vecindad administrativa en Andalucía).

Artículo 55. Salud, sanidad y farmacia.

1. Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros,

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

servicios y establecimientos sanitarios, así como en el marco del artículo 149.1.16.^ª de la Constitución la ordenación farmacéutica. Igualmente le corresponde la investigación con fines terapéuticos, sin perjuicio de la coordinación general del Estado sobre esta materia.

2. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.
3. Corresponde a Andalucía la ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.
4. La Comunidad Autónoma participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título IX.

Cataluña

Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.

Artículo 23. Derechos en el ámbito de la salud.

1. Todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública, en los términos que se establecen por ley.
2. Los usuarios de la sanidad pública tienen derecho al respeto de sus preferencias en lo que concierne a la elección de médico o médica y de centro sanitario, en los términos y las condiciones que establecen las leyes.
3. Todas las personas, con relación a los servicios sanitarios públicos y privados, tienen derecho a ser informadas sobre los servicios a que pueden acceder y los requisitos necesarios para su uso; sobre los tratamientos médicos y sus riesgos, antes de que les sean aplicados; a dar el consentimiento para cualquier intervención; a acceder a la historia clínica propia, y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud propia, en los términos que se establecen por ley.

Artículo 162. Sanidad, salud pública, ordenación farmacéutica y productos farmacéuticos.

1. Corresponde a la Generalitat, en materia de sanidad y salud pública, la competencia exclusiva sobre la organización y el funcionamiento interno, la

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

2. Corresponde a la Generalitat la ordenación farmacéutica en el marco del artículo 149.1.16 de la Constitución.
3. Corresponde a la Generalitat, en todo caso, la competencia compartida en los siguientes ámbitos:
 - a) La ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las prestaciones y los servicios sanitarios, socio-sanitarios y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para todos los ciudadanos.
 - b) La ordenación, la planificación, la determinación, la regulación y la ejecución de las medidas y las actuaciones destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efectos sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica.
 - c) La planificación de los recursos sanitarios de cobertura pública y la coordinación de las actividades sanitarias privadas con el sistema sanitario público.
 - d) La formación sanitaria especializada, que incluye la acreditación y la evaluación de centros; la planificación de la oferta de plazas; la participación en la elaboración de las convocatorias y la gestión de los programas de formación de las especialidades y las áreas de capacitación específica y la expedición de diplomas de áreas de capacitación específica.
 - e) El régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público.
4. La Generalitat participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título V.
5. Corresponde a la Generalitat la competencia ejecutiva de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.

Aragón.

Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.

Artículo 14. Derecho a la salud.

1. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad.

Artículo 71. Competencias exclusivas.

En el ámbito de las competencias exclusivas, la Comunidad Autónoma de Aragón ejercerá la potestad legislativa, la potestad reglamentaria, la función ejecutiva y el establecimiento de políticas propias, respetando lo dispuesto en los artículos 140 y 149.1 de la Constitución.

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en las siguientes materias:

55.ª Sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Comunidad Autónoma participará, de acuerdo con el Estado, en la planificación y la coordinación estatal en lo relativo a sanidad y salud pública.....

Baleares

Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears

Artículo 25. Salud.

Se garantiza el derecho a la prevención y a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal.

Artículo 31. Competencias de desarrollo legislativo y ejecución.

En el marco de la legislación básica del Estado, corresponden a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears el desarrollo legislativo y la ejecución de las siguientes materias:

Salud y sanidad. Formación sanitaria especializada. Sanidad vegetal y animal.

Extremadura.

Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Artículo 9. Competencias exclusivas.

1. La Comunidad Autónoma de Extremadura tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:
24. Sanidad y salud pública, en lo relativo a la organización, funcionamiento interno, coordinación y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma. Participación en la planificación y coordinación general de la sanidad. Promoción de la salud y de la investigación biomédica.

Castilla y León.

Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

Artículo 10. Derechos de los extranjeros.

En el marco de la Constitución y de la legislación estatal aplicable, los derechos que el presente Estatuto reconoce a los ciudadanos de Castilla y León se extenderán a los

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

extranjeros con vecindad administrativa en la Comunidad en los términos que establezcan las leyes que los desarrollen.

Artículo 13. Derechos sociales

Derecho a la salud. Todas las personas tienen derecho a la protección integral de su salud, y los poderes públicos de la Comunidad velarán para que este derecho sea efectivo.

Los ciudadanos de Castilla y León tendrán garantizado el acceso, en condiciones de igualdad, a los servicios sanitarios de la Comunidad en los términos que la ley determine

Artículo 74. Competencias sobre sanidad.

1. Son de competencia exclusiva de la Comunidad de Castilla y León, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, las funciones en materia de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos los ámbitos, la planificación de los recursos sanitarios públicos, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público y la formación sanitaria especializada.

Leyes autonómicas:

Comunidad de Madrid (Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria): En su artículo 2 establece que constituye un principio rector de su política sanitaria: la Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo para las personas residentes en la Comunidad de Madrid, así como para los transeúntes, en la forma y condiciones previstas en la legislación general que resulte de aplicación, atendiendo a los principios de igualdad y solidaridad y equidad en el acceso.

Comunidad de Cataluña (Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria): En su artículo 2 establece como principio rector de su política sanitaria: la Universalización para todos los ciudadanos residentes en Cataluña de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.

Comunidad Valenciana (Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria): En su artículo 3 establece que, entre otros principios, la ordenación sanitaria responde a la Universalización de la atención sanitaria para toda la población de la Comunidad Valenciana, garantizando la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, de conformidad con la normativa básica. Por su parte, el artículo 16 establece que Se garantiza la igualdad de acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios de carácter público.

Euskadi (Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria). En su artículo 10 establece que El sistema sanitario de Euskadi garantizará el desarrollo y aplicación de todos los derechos y deberes de carácter instrumental y complementario que deriven de la regulación legal del derecho a la protección de la salud, potenciando, entre otros, el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas en sus relaciones con los servicios sanitarios, así como la observancia de la obligación de dejar

4. Marco normativo sobre el derecho a la salud de las personas inmigrantes

constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico, y de recabar el consentimiento correspondiente, previas las condiciones necesarias de información.

Andalucía (Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud): En su artículo 2 establece como principio rector la universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por su parte, el artículo 3 reconoce la titularidad del derecho a la protección de la salud a españoles y extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía, entre otros.

La normativa básica a la que se hace referencia es la determinada por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y que constituye legislación básica del Estado, la cual, en su artículo 1 reconoce la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria [a] todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.

A modo de conclusión de este apartado, el Foro considera que el marco legislativo vigente tanto Internacional como Europeo y Estatal fundamentan el Derecho a la Salud como un derecho humano que debe ser respetado y protegido sin discriminación alguna. Al limitarse el acceso de determinados colectivos a la atención primaria –entre ellos los migrantes en situación irregular- no solo no se está garantizando la sostenibilidad del sistema sino que a corto y medio plazo se podría llegar a generar una fractura en la propia concepción del Derecho, que pasaría a ser considerado un servicio para aquellos que cumplen determinadas condiciones.



5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

Se ha recopilado información proporcionada por entidades especializadas en atención a la población inmigrante en materia sanitaria, así como, estudios e investigaciones realizados por diversas organizaciones e instituciones del sector sanitario, conjuntamente con otras fuentes de información públicas.

Las desigualdades sociales en salud son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, o que se traduce en una peor salud entre los colectivos menos favorecidos.

Estudios científicos muestran que estas desigualdades son responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores conocidos de riesgo de enfermar. La evidencia científica también señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas sanitarias y sociales adecuadas.

La estructura social determina desigualdades en salud, siendo algunos de los factores: a) Las condiciones de empleo (*situación laboral, precariedad*) y trabajo (*riesgo físico y ergonómico, organización y entorno psicosocial*); b) la carga de trabajo no remunerado (*tareas domésticos y de cura de personas*), c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) el barrio o área de residencia y sus características influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, apoyo social y las situaciones de estrés.

Un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias en la salud y el bienestar *de esta población*.

Todo esto hace referencia, al tiempo que evidencia, cómo en España la posición socioeconómica, el género, el territorio y *más recientemente la inmigración*, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud en la población.

Consideraciones generales

Es indudable que la población extranjera no comunitaria trabaja y vive en condiciones más precarias que la autóctona (mayor presencia en la economía informal, contratos temporales, movilidad geográfica) y, por tanto, está más expuesta a sufrir riesgos de

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

exclusión socioeconómica; según hace referencia el Estudio sobre “Inmigración y Estado de Bienestar en España” de la Caixa.⁶

Existen muchos factores que limitan el acceso a los servicios sanitarios por parte de las personas inmigrantes, tales como la pobreza, el estigma, la discriminación, la exclusión social o las diferencias culturales y lingüísticas.

En el ámbito de la salud, el primer objetivo debería ser eliminar estas barreras de acceso al sistema sanitario dotando de mediadores interculturales a los hospitales y centros de salud, etc.) que impiden su universalización de facto.

Como se indica en el estudio de la Caixa, la población inmigrante tiene una mejor salud que la población autóctona, con una probabilidad entre un 30 y un 50% menor de declarar un estado de salud regular o malo, de sufrir una discapacidad o enfermedad crónica o experimentar limitaciones en su actividad diaria. La causa fundamental de esta diferencia reside en la mayor juventud de la población inmigrante.

La inmigración que no queremos ver

La imagen de la “migración sanitaria” es uno de los estereotipos más comunes en relación a la movilidad humana. Como tal se basa en percepciones y no en datos reales. En 2009, la red europea de Médicos del Mundo estudió el acceso de la personas inmigrantes sin permiso de residencia en 10 países de la UE (Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, Países Bajos, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza; para ello se realizaron 1.218 entrevistas a personas inmigrantes. En dicha encuesta solo el 4% citó razones de salud, lo que demuestra que la inmigración en España es un fenómeno complejo y multicausal.

El turismo sanitario, no es una vía que sea utilizada por las personas inmigrantes en España

Según el ODs (Observatorio de Desigualdad en Salud) no es verdad que los inmigrantes copen los servicios sanitarios, y hace referencia la Red ISIR (*inmigración y salud* 9.02.2010) que, un 27% de los españoles “cree que los inmigrantes abusan de la atención sanitaria gratuita” y más de un 31% está “más bien de acuerdo” en que la población inmigrante causa una disminución en la calidad de la atención sanitaria, de acuerdo con el último estudio del CIS “Actitudes hacia la inmigración” (2008). Nada más lejos de la realidad, los inmigrantes van menos al médico y consumen menos fármacos que los españoles, las cifras son claras: diversos informes avalan que visitan 6,4 veces al año su centro de salud de Atención Primaria frente a las 11,1 visitas de los españoles.

Además los estudios reflejan que hacen uso de los servicios sociales en el inicio del proceso migratorio, como un primer trampolín a su adaptación a vivir en España.

⁶ Francisco Javier Moreno, María Bruquetas Callejo. Colección *Estudios Sociales* número 31. Obra Social La Caixa 2011

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

“Van menos al médico”

Uno de los últimos estudios que se han conocido, elaborado por médicos de Atención Primaria (AP) de Zaragoza, desmiente la creencia de que la población inmigrante sobrecarga el sistema sanitario.

Los inmigrantes adultos van 4,2 veces al médico por las 6,7 de los españoles. En el caso de los niños, los inmigrantes acuden 5,5 veces frente a las 7,3 visitas de los niños autóctonos.

El estudio se realizó sobre las citas llevadas a cabo en 2007 en centros de salud de Zaragoza. Se analizaron más de 5 millones de visitas de una población de 473.523 (el 11,17% inmigrantes). El ponente del estudio, Luis Andrés Gimeno Feliu, explica a RTVE.es que entre las causas puede estar el mejor estado de salud de los inmigrantes, "probablemente son mucho más sanos", y un concepto de "estar enfermo" diferente.

A ello se le añaden otros factores como "dificultades de acceso" por no conocer todos sus derechos o una situación laboral más precaria que impide que puedan dejar de ir a trabajar para ir al médico.

“Usan menos antidepresivos”

Por lo que respecta a las recetas, el consumo farmacéutico es "significativamente superior" en la población autóctona que en la inmigrante, según el estudio de médicos de Atención Primaria de Zaragoza.

Los españoles gastan una media de 236 euros al año en medicinas frente a los 81 euros de los inmigrantes. En el caso de los niños el gasto es de 41 euros frente a 22. En general, tanto los adultos como los menores españoles consumen más psicofármacos que los inmigrantes.

El estudio recoge que "los varones autóctonos tienen un consumo de antidepresivos más de siete veces superior y de antipsicóticos más de ocho veces que los inmigrantes". En este caso, las diferencias pueden deberse también a problemas de accesibilidad, pero también a su mayor salud, emigran los más sanos, y a su "menor medicalización" por motivos culturales.

En este sentido, señala Gimeno Feliu que los que menos acuden al médico y consumen fármacos son los asiáticos porque tienen su propia medicina natural.

“Emigran los que están más sanos”

La población inmigrante utiliza los servicios sanitarios con menor frecuencia que la autóctona. Es la principal conclusión que presentó la Fundación Ciencias de la Salud en un estudio que analizó cuatro encuestas de salud realizadas en la ciudad de Madrid (2005), Cataluña (2006), Comunidad Valenciana (2006) y Canarias (2005).

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

En total se realizaron más de 26.000 entrevistas a población adulta de 16 a 74 años de edad, excluyendo a las personas mayores de 74 años, porque por encima de esa edad el porcentaje de población inmigrante residente en España es muy pequeño.

El profesor Enrique Regidor, director de la investigación y profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Complutense, aseguró en la presentación del estudio que los resultados obtenidos "son extrapolables al resto de las autonomías".

No se detectaron muchas diferencias entre la población inmigrante y la española en el número de veces que acudían a la consulta del médico general o eran hospitalizados. Aunque ocurre lo contrario con el médico especialista y los servicios preventivos, ambas prestaciones son utilizadas con mucha menor frecuencia por la población inmigrantes que por la española.

"Los españoles padecen más trastornos crónicos"

La Revista Española de Salud Pública publicó la pasada primavera el estudio sobre "Inmigración y Salud: Necesidades y utilización de los servicios de Atención Primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria de Girona".

La investigación, en este caso, se realizó mediante una encuesta a 645 usuarios sanitarios. Al preguntarles si habían visitado algún médico en el último mes, el 61,2% de los españoles dijeron que sí, frente al 50,1% de los inmigrantes.

Cuestionados sobre el consumo de fármacos en las últimas 48 horas, el 66,7% habían consumido medicamentos frente al 50% de los extranjeros.

La Revista Española de Salud Pública: "Inmigración y Salud: necesidades y utilización de los servicios de Atención Primaria por parte de la población inmigrante en Girona". 2009, hace referencia al nº de trastornos crónicos donde los españoles representan el 51% y los inmigrantes el 29,6%.

La inmigración y el "sobre uso de la salud pública"

Luis Andrés Gimeno, médico de familia en Zaragoza y representante del Grupo de Inmigración y Salud de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria (SEMFYC) hace referencia a un estudio realizado en Aragón en el que queda demostrado que los españoles acuden más al sistema sanitario (8 visitas al año) que el colectivo inmigrantes (5 veces al año); hay menos ingresos hospitalarios por cada 100 habitantes en todos los tramos en inmigrantes que entre la población española y sus estancias hospitalarias son más cortas y que tres personas inmigrantes consumen en farmacia lo que una persona española.

Las características sanitarias, de estilos de vida y actividades preventivas hacen referencia a que la población inmigrante: fuma menos, tiene un menor sobrepeso y obesidad, menos HTA, DM, hiperglucemia, asma, enfermedades crónicas, han recibido

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

menos citologías, mamografías, PSAs y cribado de cáncer; están menos días en cama y se sienten con mejor salud.

El uso del sistema sanitario, hace referencia a un menor consumo hospitalario, desmontando la hipótesis del estudio que el que los inmigrantes como población frágil supone un mayor coste sanitario, sin embargo, el consumo medio por alta es un 30% más bajo en inmigrantes que en españoles. Ajustado por edad, casuística y seriedad sigue siendo un 10% más bajo y la estancia media por neonato sano es un 20% más baja.

La procedencia de la población por ingresos españoles 79% inmigrantes 21%, urgencia españoles 90.9% inmigrantes 9.1% y consultas externas 82,7% inmigrantes 17,3% hace referencia a los nacionales.

Según el “Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español” (Movimientos demográficos actuales y su influencia socio-sanitaria: Retos y oportunidades de la Fundación PFZER Junio del 2008, hace referencia a que los inmigrantes acuden a urgencias un 15,9% más, pero van al médico un 9,3% menos de forma preventiva. Las consultas de Atención Primaria son el servicio más utilizado por españoles 80, % e inmigrantes 77.1%

Las personas migrantes no colapsan los sistemas de atención primaria

Médicos del Mundo declara que, las personas inmigrantes no colapsan los sistemas de atención primaria como refutan números estudios, de hecho usan menos el sistema de atención primaria que la población autóctona.

Citamos referencias de estudios realizados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en 2008. El informe mostraba que las personas inmigrantes, representando más del 10% de la población residente en España solo suponía el 5% de los pacientes de atención primaria, muy de lejos de su presencia en la sociedad. Sobre el uso de los servicios de atención primaria por parte de inmigrantes en España, el 57,7% de la población española había acudido al menos una vez en el periodo de un año frente al 12,7% de la población inmigrante.

Otro estudio realizado por la Universidad del País Vasco y Médicos del Mundo Euskadi en 2006 concluyó que la proporción de frecuentación era menor entre los inmigrantes que la población vasca. La media de consultas anuales en la población vasca era de 5 al año, media que no alcanzaban ninguno de los colectivos de inmigrantes analizados.

Este estudio señala, además, que las personas mayores, que tradicionalmente usan más los recursos de la sanidad pública, apenas tienen un peso destacado en el colectivo de inmigrantes, ya que son muy pocos los inmigrantes que tienen más de 65 años.

Según el Observatorio Vasco de Inmigración prácticamente no existe población extranjera mayor de esa edad, ya que se concentran en tramos situados entre los 20 y los 45 años.

Fuente: RTVE, Esther Pérez-Amat / Ana Martín Plaza

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

Utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España, diferencias con la población española

La Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III al analizar el uso de los servicios sanitarios en la población inmigrante en España según su lugar de origen y estratificación por sexo hace referencia a que los hombres inmigrantes utilizan los servicios sanitarios menos que los hombres españoles, con la excepción de los hombres de África Subsahariana que visitan con mayor frecuencia a los médicos especialistas y hacen un mayor uso de la hospitalización y con la excepción, asimismo, de los hombres de América Centro/Sur que lo hacen de las urgencias.

Las mujeres muestran una utilización similar de los servicios sanitarios que la población española, si bien es cierto e importante señalar que las mujeres procedentes de países occidentales hospitalizan más que la población española, las mujeres de Asia y Oceanía utilizan menos el médico general que la población española y las mujeres de África del Norte utilizan menos el médico especialista.

Las mujeres inmigrantes hacen un uso de los servicios de screening de cáncer de cervix y de mama inferior a la población española. La excepción en el caso de screening de cáncer de cervix son las mujeres procedentes de América Centro/Sur que lo utilizan de forma similar a la población española. En el caso de screening de cáncer de mama la excepción son las mujeres procedentes de Asia/Oceanía, que hacen un uso similar al de la población española

El Caso de Navarra hace referencia a la accesibilidad a la atención sanitaria de la población extranjera mediante la Tarjeta Individual Sanitaria, y hace referencia al informe Nº 12 Abril 2011 (Boletín del Observatorio Permanente de la Inmigración en Navarra, Enfoques Políticas sociales y población inmigrante Navarra: Salud), que en primer lugar señala que la población inmigrante es más joven y, es en este aspecto, donde se concentran las consideraciones más positivas sobre la salud y se realiza también por ello un menor uso de los servicios sanitarios. Los datos señalan con claridad que las personas inmigrantes utilizan los recursos sanitarios en menor medida que la población autóctona. La distribución por tramos de edad muestra que el 19% de las TIS de personas extranjeras son de menores de 15 años, el 51% de las tarjetas corresponde a mayores de 65 años. Este dato incide en que las encuestas realizadas en Navarra y el conjunto de España revelan que el estado de salud percibido es mejor entre las nacidas en el extranjero.

Del mismo modo, es preciso remarcar que la mayoría de la población inmigrante accede al Servicio Navarro de Salud por encontrarse cotizando en situación activa en la Seguridad Social y, de hecho, en un mayor porcentaje que la población española.

Según el estudio FAPI: “Frecuentación de la atención primaria y del patrón de consumo farmacéutico según el origen de los pacientes (inmigrantes vs autóctonos)”. Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) 2009, hacemos referencia al gasto anual de productos farmacéuticos en adultos por los españoles 236€ y 81€ por inmigrantes, el gasto anual pediátrico por los españoles 41€ y 22€ por

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

inmigrantes, las visitas anuales al médico-adultos españoles 6,7 veces e inmigrantes 4,2 veces y las visitas anuales a pediatra los españoles 7,3 veces y los inmigrantes 5,5 veces.

“El gasto realizado en Sanidad por inmigrantes es inferior a su peso” según el estudio “Impacto de la inmigración extracomunitaria”, Gobierno Vasco 2008 y destaca el gasto sanitario por habitante y año, 1.195 €/año los españoles y 735€/año los inmigrantes.

Según el estudio sobre la Inmigración y el Sistema Sanitario Público Español” de la Fundación PFIZER, Junio 2008 destaca que del 20% de la población inmigrantes solo un 5,9% de ellos manifiesta haber sufrido una dolencia grave al ser preguntados por si habían sufrido algún problema de salud en España.

El estudio hace referencia también a que, salvo las urgencias hospitalarias, los servicios sanitarios son utilizados en un porcentaje mayor por parte de la población española.

La atención sanitaria, no es el objetivo, que las personas persiguen al iniciar su proceso migratorio en opinión del 96% de las personas encuestadas en España (“El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos” Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de MÉDICOS DEL MUNDO. Informe de la encuesta 2008. Sept.2009).

En dicho estudio, el profesor Enrique Regidor, Dpto. de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Univ. Complutense de Madrid, indica que “La población inmigrante en España utiliza los servicios sanitarios con menor frecuencia que la autóctona, al igual que ocurre en otros países”.

La población inmigrante utiliza con menor frecuencia que la población española la mayoría de los servicios sanitarios, según estudio “Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre población inmigrante y población española”. Encuestas realizadas en Canarias (2004), Madrid (2005), Valencia (2006) y Cataluña (2006). Informe de FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD, a los que describimos la utilización de servicios médico general 46% españoles y 40.67% extranjeros, los servicios del especialista 28,92% españoles y 21,85% extranjeros; los servicios de urgencias el 23,52% españoles y el 24,95% población extranjera; los servicios hospitalizaciones 8,6% españoles y 7,47% extranjeros y los servicios del dentista el 40,47% la población española y el 30,52% población extranjera.

Conclusiones similares al estudio anterior, Encuesta Nacional de Salud, 2006. ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, MINISTERIO DE SANIDAD.

Conclusiones Generales

La población inmigrante en España utiliza con menor frecuencia que la española los servicios médico sanitarios.

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

Las explicaciones de este menor uso son básicamente tres: las personas inmigrantes suelen ser jóvenes y sanas y así lo confirma el padrón (la edad media de las personas extranjeras ronda los 33 años, y la de las españolas, 41). La segunda explicación tiene que ver con las barreras de acceso a los servicios sanitarios relacionadas con la falta de información sobre el funcionamiento del sistema, las trabas administrativas o las dificultades lingüísticas o culturales. La tercera explicación reside en el hecho de que para las personas inmigrantes su propia salud no constituye una prioridad, y siempre prevalece su proyecto migratorio personal, de manera que suelen acudir a consulta médica únicamente cuando padecen dolencias graves.

La inmigración en España representa una población joven y, en su mayoría disfruta de una titularidad del derecho a la asistencia sanitaria vinculada principalmente a su situación laboral.

La inmigración en España, no representa el “turismo sanitario” porque mayoritariamente disfrutan de las prestaciones médico sanitarias en merito a sus cotizaciones y como personas sujetas a impuestos directos e indirectos.

Los inmigrantes que han cotizado a la seguridad social, en muchos de los casos, ya no son beneficiarios de las prestaciones a las que tuvieron derecho por haber retornado. Los inmigrantes titulares de derechos por cotizaciones y pago de impuestos directos no disfrutan de las prestaciones médico sanitarias por estar incorporados en sectores de la economía española más precarios, desregularizados y cuya movilidad laboral limitan, en su conjunto, la solicitud de atención sanitaria en todas sus modalidades no pudiendo utilizar los horarios establecidos a tal efecto, salvo los servicios de urgencia, en caso extremo.

La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (1985, enmendada en 1995)

Ya desde la introducción, el colectivo médico se compromete a “buscar los medios apropiados para asegurar o restablecer” los derechos de los pacientes, “cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente”. Así pues, de partida, el Real Decreto – Ley 16/2012, y las situaciones de exclusión sanitaria que de éste se deriva, sitúa a los profesionales sanitarios ante un dilema ético y deontológico.

Esto es así pues el primer apartado del documento de la Declaración entiende que “toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada” (apdo: 1.a.), un derecho que se ha venido siendo garantizado a nivel legislativo hasta la fecha de publicación y aplicación del RD-Ley 16/2012.

Igualmente, de cara a las implicaciones del citado RD-Ley, en el apdo. 1.f. de la Declaración de Lisboa, se afirma que “el paciente tiene derecho a una atención médica continua”.

5. Diagnóstico sobre la utilización de los Servicios de Salud Pública por parte de la población inmigrante

El apartado 9 establece que “toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que le ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personas y sobre los servicios de salud disponibles”.

Finalmente el apartado 10.a. se establece que, en relación al paciente, la “cultura y sus valores” han de ser respetados en la misma medida que su “divinidad y el derecho a su vida privada”.

6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante

La aplicación de la reforma en la población inmigrante conllevará las consecuencias socio-sanitarias que se consignarán a continuación y que son independientes de aspectos fundamentales como:

- Que la salud es un derecho humano universal del cual toda persona es titular y deber ser garantizado por los Estados.
- Que la situación administrativa de los inmigrantes no puede vincularse exclusivamente a su condición de extranjeros, puesto que la irregularidad de su situación en muchos casos estará vinculada a la economía sumergida, que abarca a empresarios que contratan ilícitamente sin respetar la legislación laboral, delincuentes que se dedican a la trata y explotación de seres humanos,..., y en otros casos podrá ser sobrevenida, como en los que después de haber agotado las prestaciones de desempleo pasan a una situación de paro de larga duración, mujeres dedicadas a las labores del hogar que fueron reagrupadas y que perderán su condición de beneficiaria cuando su marido pierda el derecho a la sanidad, personas que han cumplido su penas de prisión y después de agotar el subsidio por excarcelación necesiten tratamiento médico, etc.
- El Foro se suma a la preocupación mostrada por el Comité de los Derechos Económicos y Culturales el cual vela por el cumplimiento del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales suscrito por España al igual que por el resto de los Estados miembros de la Unión Europea y ratificado el 23 de septiembre de 2010 el Protocolo a dicho Pacto. Preocupación que hace referencia a “las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recorta los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos de salud (artículo 12)”.

De igual forma, el Foro se suma a la recomendación que realiza el Comité al Estado español relativa a asegurar que, de conformidad con el Comentario General 14 y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal. También recomienda que el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.

El Estado español podrá ejercer su derecho a la presentación de las correspondientes alegaciones al citado Informe en el plazo reglamentario establecido a tal efecto.

- El personal médico deberá enfrentar cómo dará cumplimiento a los deberes recogidos, entre otros documentos, en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente, en cuya introducción se recoge expresamente que “Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra

6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante

administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o reestablecerlos”.

Entre las consecuencias socio-sanitarias cabe mencionar:

- * En el momento en el que entré plenamente en vigor la presente reforma, miles de personas que actualmente están cubiertas por la sanidad pública quedarán excluidas de la misma, limitándose a partir del 1 de septiembre a casos de urgencia, embarazo y menores de edad. Por otra parte, la atención en urgencia no da acceso al tratamiento que debiera en su caso seguir con el importante riesgo que ello comporta para la colectividad.
- * A partir de dicha fecha y al no tener acceso a los servicios de atención primaria, desaparece la posibilidad de prevención y detección temprana de enfermedades, incluidas aquellas que puedan tener impacto en la salud pública. Por otra parte, los equipos de atención primaria son determinantes para la detección de mujeres víctimas de violencia o de trata y la correlativa activación de los protocolos previstos para la eficacia de la protección a las mismas.
- * Lo preocupante es que dentro del colectivo excluido de la atención primaria se identifican personas con especial vulnerabilidad, como pueden ser las antes mencionadas mujeres víctimas de violencia o afectadas por la trata con fines de explotación sexual, personas dependientes, enfermos crónicos e infecciosos y discapacitados, y se perdería todo el trabajo e inversión en medios materiales desplegados en los últimos años.
- * Preocupante es también que la exclusión de la atención primaria de aquellas personas que precisan una continuidad en un tratamiento (antirretroviral, radioterapia, quimioterapia, etc.) al que solo se puede acceder estando incorporado al sistema público de salud y que pudiera suponer un riesgo su propia vida.
- * También tiene efectos en procesos administrativos impulsados por inmigrantes en situación regular, como la reagrupación familiar, al quedar excluidos sus ascendientes de la condición de beneficiarios.
- * Por otra parte, la aplicación de la norma tiene un impacto en el ámbito sociológico que confronta con los esfuerzos desplegados en pos de la integración y cohesión social. En particular, entendemos que se está trasladando al conjunto de la sociedad española una visión negativa sobre los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran las personas inmigrantes en situación irregular, al atribuirles la responsabilidad de las fallas del sistema sanitario y de su deterioro económico. Crece de esta forma el discurso xenófobo frente al otro diferente.
- * Se transmite la idea de que el sistema sanitario se sostiene con las aportaciones a la Seguridad Social de empleados y empresas, cuando la realidad es que la sanidad española se sostiene con los impuestos, a los que contribuyen igualmente los

6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante

trabajadores/as extranjeras aún en el caso de que estén en situación administrativa no regular (compran, consumen, pagan IVA, tasas, etc.)

- * La no cobertura en atención primaria a las personas en situación administrativa irregular, obligará, en muchos casos, a que estas personas esperen hasta que consideren que su situación es lo bastante peligrosa para justificar su presencia en los servicios de urgencias. Problemas menores que podían haberse tratado en etapas iniciales pueden agravarse, lo que encarecerá el tratamiento. En cambio, la mayoría de las personas inmigrantes indocumentadas pueden optar por intentar, en un principio, solucionar los problemas de salud por su cuenta, auto medicándose o acudiendo a otras personas de su comunidad que no son profesionales sanitarios.
- * Retirar la tarjeta sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular **podría llegar a provocar “problemas de salud pública”**. Las entidades alertan sobre un posible incremento de las atenciones en urgencias y de las consecuencias económicas de dicho incremento. Esta medida, podría provocar efectos secundarios en la población residente legal” ya que “los grupos a los que se dificulte el acceso a la atención primaria van a contraer enfermedades y las van a propagar”, algo que se evitaría “facilitando la prevención”. No podemos obviar que son muchas las personas inmigrantes en situación regular que conviven a diario con inmigrantes en situación irregular, tanto en las viviendas, como en otros ámbitos. Al igual que son muchos los menores de 18 años, a los que el Real Decreto les garantiza la atención sanitaria que conviven con familiares sin regularizar.
- * El artículo 3 ter del Real Decreto 16/2012, podría estar apoyándose en la consideración de que las personas inmigrantes, en general, y de forma particular los inmigrantes en situación irregular, hacen un uso abusivo de los servicios públicos de salud. Argumento que se ha acreditado erróneo a la luz de los datos de los diferentes estudios e investigaciones que se han realizado al respecto.
- * En este contexto, manteniendo restringido el acceso a la atención sanitaria, limitándola solo a las urgencias, la situación puede conducir, por la acumulación de episodios patológicos, a un agravamiento o cronificación de las enfermedades que son ocultadas o atendidas con retraso, provocando así la necesidad de hospitalizar estos casos y proporcionar una atención médica más costosa económicamente.
- * Se debe tener en consideración que existen enfermedades que tienen un alto potencial de transmisibilidad y el hecho de no tratarlas a tiempo pueden suponer un riesgo para la salud pública y, por ende, aumentar el coste para el sistema sanitario.
- * Tengamos en consideración que las políticas públicas de salud sólo pueden ser efectivas si incluyen a todo el mundo que vive en una misma área geográfica. Este planteamiento debe incluir tanto vacunación como prevención y tratamiento de enfermedades infecto contagiosas.

6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante

- * Algunas enfermedades infecciosas pueden propagarse en mayor medida si una parte de la población queda fuera de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento. La falta de acceso a atención primaria puede dificultar el cumplimiento del tratamiento de determinadas enfermedades infecciosas y tener graves repercusiones para la salud pública.
- * Las personas inmigrantes no traen de sus países enfermedades transmisibles. La población inmigrante es principalmente joven y sana, la edad media de llegada de los extranjeros no europeos suele estar entre los 29 o 30 años. Son las condiciones de vida, de trabajo, el hacinamiento en asentamientos, entre otros factores sociales los que aumentan su vulnerabilidad.
- * Con la entrada en vigor de Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, Las tarjetas Sanitarias actuales tendrán vigencia hasta el 31 de agosto del 2012, a partir de esa fecha los ciudadanos deberán demostrar que están dados de alta en la Seguridad Social para tener derecho a la emisión de la tarjeta sanitaria y los derechos que ésta conlleva.
- * Esta situación llevará a que se establezcan diferentes tipos de asegurados, según la condición del ciudadano, ya que deberán justificar su calidad de afiliados, situación que puede poner en riesgo, sobre todo a la población inmigrante, como por ejemplo, aquella que se encuentre en trámites de renovación de su autorización de residencia y trabajo, ya que la Seguridad Social puede dejar al residente en espera a la concesión de su renovación, como viene sucediendo en la actualidad, trámite que puede tardar entre 2 a 5 meses en diversas Comunidades Autónomas, corriendo el riesgo de quedarse sin tarjeta sanitaria no solo el asegurado, sino sus dependientes.

También debemos tener en cuenta que esta medida dejará muchos vacíos en cuanto a las futuras actuaciones, como es el caso de diversas circunstancias concretas con las que se vienen encontrando a diario las propias organizaciones sociales, tales como:

- * Facturas emitidas por las consejerías de Sanidad en diversas CC.AA por atenciones sanitarias a menores en atención primaria a nombre de sus progenitores, que hasta ahora se recurren por la universalidad de la atención. ¿qué pasará con el nuevo RDL?
- * Preocupa el olvido de la situación en la que quedan las personas inmigrantes que han sido residentes regulares y por distintas situaciones se encuentran en la actualidad en una situación de irregularidad sobrevenida, así mismo los que se encuentran en vía de recursos de sus correspondientes autorizaciones, recursos por vía administrativa que pueden tardar entre 6 a 8 meses, más aun en la vía judicial, cuyos plazos son excesivos.

6. Principales consecuencias socio-sanitarias que la aplicación de la reforma tendrá sobre la población inmigrante

- * Riesgos derivados de la ausencia de medicina preventiva al alcance de todos: cáncer, planificación familiar...
- * Ausencia de control y tratamiento de enfermedades crónicas e infecto contagiosas incluso con enfermedades erradicadas en España, que pueden provocar contagios a la población en general.
- * Atenciones derivadas a especialistas en temas claves: ginecología, salud mental, alcoholismo...
- * En casos de violencia de género, ¿los partes de lesiones se consideraran una urgencia?
- * ¿Qué ocurrirá con viudas y/o divorciadas que nunca hayan cotizado?

Desde el Foro creemos que deben tomarse en cuenta estas situaciones, para la elaboración y adecuación de los reglamentos para poner en marcha esta nueva medida.



7. Implicaciones jurídicas de la reforma

7.1. Reforma de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España

La disposición final tercera del **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, determinando que los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

El derecho a la asistencia sanitaria queda por tanto regulado en el artículo 3 ter de la **ley 16/2003, de 28 de mayo** que establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

La antigua redacción del artículo 12 de la Ley **Orgánica 4/2000, de 11 de enero** reconocía el derecho a la asistencia sanitaria a aquellas personas que estuvieran empadronadas en un municipio.

7.2. Reforma de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

El artículo 1 del **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** modifica el contenido del artículo 3 de la **ley 16/2003, de 28 de mayo**, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud que regula la condición asegurado.

Este artículo crea también un nuevo artículo 3 bis que regula el reconocimiento y control de la condición de asegurado y un nuevo artículo 3 ter dedicado a la asistencia sanitaria en situaciones especiales.

El artículo 2 del **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** modifica el contenido del artículo 8 de la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** que regula la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y el contenido del artículo 20 que regula el desarrollo de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y los apartados 1 y 2 del artículo 21.

Este artículo añade también un nuevo artículo 8 bis que regula la Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, un nuevo artículo 8 ter que regula la Cartera común suplementaria del sistema Nacional de salud, un nuevo artículo

8 quáter que regula la Cartera común de servicios accesorios del sistema Nacional de Salud y un nuevo artículo quinquies que regula la Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

El artículo 9 del **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** añade una nueva disposición adicional décima a la **ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional**, que regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

7.3. Reforma del Real Decreto 240/2007 sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de la UE

La Disposición Final quinta del **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** modifica el contenido del artículo 7 del **Real Decreto 240/2007**.

Su exposición de motivos justifica la reforma argumentando que la **Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004**, relativa al derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, por la que se modifica el Reglamento (CEE) n.º 1612/68 y se derogan las Directivas 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/194/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE y 93/96/CEE, regula en su artículo 7 las condiciones que se deben cumplir en aquellos casos en los que un ciudadano europeo desee residir en otro Estado Miembro, distinto del que es originario, por un periodo superior a tres meses.

Sin embargo, el **Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero**, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo no ha transpuesto el artículo 7 de la Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, en sus términos literales.

El **Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril** afirma que esta circunstancia ha supuesto, y seguirá suponiendo si no se modifica, un grave perjuicio económico para España, especialmente en cuanto a la imposibilidad de garantizar los retornos de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos. Por esta razón decide modificar el contenido del artículo 7 del **Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero** transponiendo de forma literal el contenido del artículo 7 de la **Directiva 2004/38/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004**.

8 .Identificación de propuestas de aplicación en el marco del desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012

El Foro considera necesario, que previamente se realice una memoria económica, teniendo en consideración el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo (BOE 18 julio 2012).

- El Foro propone que en el marco de la memoria del análisis del impacto normativo que se lleve a cabo, se analice el impacto económico de la norma que desarrolle el Real Decreto-Ley 16/2012.
- Según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional *el mantenimiento del sistema público de Seguridad Social (art. 41 CE) como el reconocimiento del derecho a la salud (art. 43 CE) y, consecuentemente, la obligación de los poderes públicos de organizarla y tutelarla mediante las medidas, prestaciones y servicios necesarios (art. 43 CE) se contienen en el Título I del texto constitucional, lo que permite establecer la relación entre ellos y la previsión del art. 13.1 CE, deduciéndose el derecho de los extranjeros a beneficiarse de la asistencia sanitaria en las condiciones fijadas por las normas correspondientes.*
- Aprovechar el desarrollo reglamentario para desarrollar medidas que combinen sostenibilidad y eficacia del sistema con las garantías de derechos y el carácter universal del derecho a la salud.
- Que en el desarrollo reglamentario se tengan en consideración las recomendaciones al Estado Español realizadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las cuales fueron emitidas tras examinar el quinto informe de España sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, teniendo en consideración que sobre la aplicación de las mismas el Estado Español deberá dar cuenta al Comité en el próximo informe anual.
- Que en el desarrollo reglamentario se tenga en consideración toda la legislación internacional, europea y estatal referenciada en la presente monografía. Al igual que el dictamen del Consejo Económico y Social Europeo, los convenios de la OIT, la jurisprudencia del Tribunal Constitucional y los Estatutos de Autonomía, evitando de esta forma posibles recursos de inconstitucionalidad.
- Que en el desarrollo reglamentario se tengan en cuenta los compromisos adquiridos por el Estado Español en *XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, Suiza, del 28 de noviembre al 1 de diciembre de 2011.*

A tal efecto debe recordarse, que las Conferencias Internacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja son un acontecimiento único, en el que participan los gobiernos del mundo entero a fin de examinar los importantes retos que se plantean en el plano humanitario. Tienen lugar cada cuatro años.

8. Identificación de propuestas de aplicación en el marco del desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012

Del lado de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, asisten a la Conferencia los representantes del Comité Internacional de la Cruz Roja, de la Federación Internacional y de las 187 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Del lado de los gobiernos, participan los 194 Estados Partes en los Convenios de Ginebra entre los que se encuentra el Estado Español. Además, hay observadores de otras organizaciones humanitarias, del sistema de las Naciones Unidas, así como de las Sociedades Nacionales en formación o en espera de reconocimiento.

La XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en la cual participaron como se ha expuesto, juntos a todos los componentes del Movimiento de la CR y la MLR, los 194 Estados partes en la Convenios de Ginebra, **adoptó como 3ª resolución la titulada: Migración: acceso, dignidad, respeto por la diversidad e inclusión social**, de la cual se destaca:

- ➔ “Reconociendo la importancia del respeto de la dignidad humana y de la protección de todos los migrantes, y expresando profunda preocupación ante el constante sufrimiento de los migrantes que pudieran vivir fuera del sistema sanitario, social y jurídico convencional y que, por diversas razones, pudieran no tener acceso a procesos que garanticen el respeto de sus derechos fundamentales.”
- ➔ *Expresando preocupación ante la, a menudo, alarmante situación humanitaria de los migrantes en condiciones de vulnerabilidad en todas las fases de su experiencia migratoria y ante los constantes riesgos que estos enfrentan en lo que atañe a su dignidad, la seguridad, el acceso a la protección internacional, así como al acceso a la atención de salud, el alojamiento, los alimentos, la vestimenta y la educación.*
- ➔ *Recordando anteriores compromisos contraídos por los Estados y por el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para promover la no violencia y el respeto por la diversidad y la inclusión social de todos los migrantes.*
- ➔ “Exhorta a los Estados a que, dentro del marco del derecho internacional aplicable, garanticen que los procedimientos nacionales vigentes en las fronteras internacionales, especialmente aquellos que pudieran culminar en la negación de acceso a la protección internacional, la deportación o la interceptación de personas, incluyan normas de salvaguarda adecuadas para proteger la dignidad y garantizar la seguridad de todos los migrantes; exhorta también a los Estados a que, de conformidad con el derecho internacional pertinente y las legislaciones nacionales, brinden a los migrantes la protección internacional apropiada y garanticen su acceso a servicios pertinentes, como los servicios de restablecimiento del contacto entre familiares; invitándose, además, a los Estados y a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a que evacúen consultas sobre la aplicación de dichos procedimientos, según proceda.”

En el desarrollo Reglamentario, el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes considera de vital importancia que se tengan en consideración las diferentes consecuencias que la aplicación de la medida, puede tener para la población inmigrante y para los procesos de integración de las personas inmigrantes en España.

8. Identificación de propuestas de aplicación en el marco del desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012

Minimizando el efecto de las mismas. Consecuencias que han sido expuestas y analizadas en la presente monografía.

El Foro atendiendo a la experiencia acumulada, considera poco viables las propuestas realizadas tendentes a garantizar la cobertura sanitaria a la población inmigrante mediante la firma de convenios de colaboración entre las Comunidades Autónomas y las organizaciones no gubernamentales. Entendemos que la obligación de prestar asistencia sanitaria recae en las Administraciones Públicas y que la delegación de la asistencia sanitaria en organizaciones no gubernamentales generaría un sistema paralelo de atención. Las organizaciones sociales cumplen en todo caso un papel de apoyo a las personas en situación de exclusión social, pero no pueden ni pretenden sustituir la función de las Administraciones Públicas en la cobertura de necesidades vinculadas a derechos sociales básicos.

El Foro propone que, en el desarrollo reglamentario, se exploren vías como las firmas de convenios especiales para la cobertura de sectores no incluidos en el concepto de asegurado o de beneficiario.



Secretaría
Foro para la Integración Social de los Inmigrantes

Dirección General de Integración de los Inmigrantes.

José Abascal 39. 28003 Madrid

Tlfn: 91-363-90-52

91-363-16-24

Fax: 91-363-70-56

c.e.: forointegracion@mtin.es

www.mtin.es