

Asociación Progestión
Investigación

ANÁLISIS DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS MUJERES MIGRANTES

Una visión social y jurídica sobre el
derecho de acceso a la atención
sanitaria en España



Este estudio ha sido realizado por la Asociación Progestión y ha sido financiado a través del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2023).



PROPIEDAD Y DERECHOS:

Asociación Progestión

COORDINACIÓN:

Sandra López

REALIZACIÓN:

Miguel M. Serrano

AUTORES:

Miguel M. Serrano

Daniel Treviño Romero

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Miguel M. Serrano

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos el apoyo de todas organizaciones participantes, como son: Médicos del Mundo, Fundación Maria Raventós, CEAR, Yo Sí Sanidad Universal y Salud Entreculturas.

Agradecemos también la valentía y generosidad de las mujeres que han decidido participar en este estudio y que muchas de ellas sufren en sus propios cuerpos y sus vidas las consecuencias de la exclusión sanitaria.



Análisis del acceso a la asistencia sanitaria en las mujeres migrantes. Asociación Progestión tiene licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 4.0 International License.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Origen del informe. Enfoque	1
Género, salud e interseccionalidad	2
Metodología	4

MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

Concepto de salud. El derecho a la salud y por qué es importante la relación entre los términos migración/racismo.	5
Recorrido por los cambios legales en materia de acceso a la salud de personas migrantes. Desde antes del 2012 a la actualidad	6
Retroceso en materia de derechos	7
(In)seguridad jurídica	13
Diferencias territoriales	16
Formas de acceso al sistema sanitario español para personas migrantes. Opciones, dificultades y/o barreras	20
¿Dónde nos encontramos? Un horizonte de posible cambio	24

RESULTADOS

Ser migrante y mujer. ¿Qué conlleva esta doble condición cuando hablamos de acceso a la atención sanitaria? 25

El idioma 26

Ser mujer además de ser migrante en situación de vulnerabilidad 31

El derecho a la salud como herramienta política. La politización de la salud. 32

Burocratización. 32

Cuando se instaura un discurso falaz y con tintes xenófobos. El falso "turismo sanitario". 33

La opacidad de la norma. Más de diez años de complejización y cimentación de la inaccesibilidad a la atención sanitaria 35

La importancia de la individualidad en lo que debería ser sistémico 37

Un momento clave: qué podemos esperar en el futuro cercano 42

CONCLUSIONES 44

RECOMENDACIONES 46

BIBLIOGRAFÍA 49

1. INTRODUCCIÓN

ORIGEN DEL INFORME. ENFOQUE

En el año 2021 se inaugura nuestra Oficina de Intervención ante Delitos de Odio (OIDO) racistas y/o xenófobos. Desde este recurso, Asociación Progestión pretendía poner el foco en una realidad de cuya existencia veníamos siendo conscientes, considerando que debíamos mirar de frente al odio y las violencias que de él derivan.

Este proyecto se constituye y desarrolla desde nuestra área jurídica. El objetivo es claro: ofrecer asesoría jurídica a personas que hayan sido víctimas de delitos de odio racistas o xenófobos, para que puedan conocer sus derechos, qué opciones tienen y con qué apoyos y recursos pueden contar.

Con el desarrollo de la OIDO, llega un momento en el que se plantea como necesario centrar nuestra atención en el acceso a la salud o, mejor dicho, la denegación de acceso al Sistema Nacional de Salud (también en este informe como SNS o sistema sanitario) a personas migrantes.

Por supuesto, éramos conocedoras del trabajo que venían desarrollando organizaciones y colectivos en este ámbito desde hace tiempo, pero toparnos con esta realidad desde la OIDO fue una “sorpresa” que no esperábamos.

Siendo así, nos pareció esencial comenzar a formar parte de diversos grupos de trabajo. En marzo de 2023 entramos a apoyar el trabajo que venía desarrollándose desde la Mesa de Salud de EAPN (Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social). En marzo de 2024 entramos con el mismo propósito a la mesa de Salud Comunitaria de Puente de Vallecas. Estos grupos son espacios de participación de diferentes entes involucrados en una visión inclusiva del sistema de salud, sustentados en principios de universalidad y de defensa del derecho a la salud de todas las personas.

A través de esta actividad, crece nuestra cercanía a los problemas de acceso a la salud de personas migrantes, lo que hace que esta temática vaya tomando cada vez más espacio en nuestro día a día.

En este punto, ya contamos con una realidad innegable: no solo nos topamos con el caso de personas migrantes cuya situación administrativa queda, por ley, fuera de la atención sanitaria (pública), sino que resultan ser tremendamente frecuentes casos en los que, a pesar de tener el derecho a la atención reconocido por ley, este es denegado.

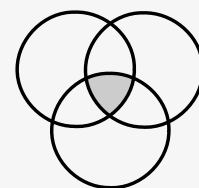
Según va creciendo nuestro conocimiento en este ámbito vamos entendiendo que esta denegación, este derecho vulnerado, se debe a una multiplicidad de factores, que a partir de ahora denominaremos en este informe como “barreras” barreras que en ocasiones suponen un impedimento total de acceso a la atención sanitaria. Otras, un acceso o atención deficientes. Con este informe no pretendemos definir el listado de barreras que suelen operar, considerando que hay mucho conocimiento de calidad generado en este sentido. Lo que buscamos es establecer un marco teórico, tanto social como jurídico, que permita analizar la vulneración del derecho a la salud, desde un posicionamiento de defensa de un sistema de salud público y universal. Esta es una labor que podemos llevar a cabo gracias al trabajo que vienen desarrollando múltiples organizaciones sociales. Un trabajo que ha buscado conceptualizar, definir y poner negro sobre blanco la realidad de un derecho que debería ser garantizado y protegido; pero que no siempre es así. Pero, además, ese trabajo esencial de generación y acumulación de un conocimiento de inmenso valor para lucha por una sanidad universal ha ido de la mano de un incansable, pero tremendamente desgastante, trabajo de solidaridad y apoyo a miles de personas para la protección de su derecho a la salud. Desde este informe intentaremos también realizar un acercamiento a esta trayectoria de militancia y solidaridad para la protección de un derecho fundamental.

Desde este enfoque, hemos querido dar aún un paso más, de cara a centrarnos en una parte específica de la comunidad migrante en nuestro país. Así, dirigimos este proyecto de investigación de manera específica a realizar un análisis del acceso a la atención sanitaria de mujeres migrantes. Esto lo hacemos porque consideramos ampliamente fundamentado el precepto de que el conjunto de dificultades que enfrenta una persona migrante, si además es mujer, sufre innegablemente un efecto multiplicador. A continuación pretendemos acercarnos más a este planteamiento.

Género, salud e interseccionalidad:



... ser mujer es una variable más que influye en el lugar que ocupas en el mundo, en tu manera de ver el mundo, de situarte en el mundo...



Profesional del ámbito social

El 46% de la población migrante de nuestro país son mujeres, habiendo aumentado su presencia un 417% a lo largo de la última década (1).

Desde Asociación Progestión entendemos el género como un aspecto transversal más del individuo que, en consonancia con otros, puede funcionar como aspecto multiplicador en cuanto a riesgos o vulnerabilidades se refiere.

La desigualdad de género, en el ámbito de la salud, se presenta en infinidad de aspectos. Por ejemplo, aquellas áreas de la salud relacionadas de manera exclusiva con las mujeres, como las que tienen que ver con su salud sexual y reproductiva, suelen ser secundarias en materias de investigación y desarrollo sanitario. Los roles de género se siguen manifestando en los diferentes estratos del sistema de atención sanitaria.

Desde una visión jurídica, en el marco de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, contamos con el artículo 27, para la Integración del principio de igualdad en la política de salud. Un artículo necesario, planteado con base en las recomendaciones de la Unión Europea de la necesidad de incluir la perspectiva de género en las políticas de salud pública, pero que adolece de una fuerte inespecificidad en cuanto a su planteamiento. En todos los aspectos, queda mucho camino por recorrer.

Nos parece necesario, en este punto, aclarar que durante el desarrollo del proyecto ha sido esencial contemplar otros aspectos influyentes en la situación de cada persona. Centrar la mirada en las condiciones “mujer” y “migrante” pero desde una visión de interseccionalidad nos obliga a no olvidar condiciones de clase, edad, discapacidad, orientación sexual etc.

En cuanto a salud se refiere, y en relación con el párrafo anterior, la Organización Mundial de la Salud dice: “El género es un factor que crea inequidades sanitarias por sí solo y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, etc.”

Hemos pretendido que la participación en la investigación sea diversa y amplia, prestando atención a estas otras realidades que también atraviesan a la persona de manera determinante.

Metodología:



“ANÁLISIS DEL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS MUJERES MIGRANTES. Una visión social y jurídica sobre el derecho de acceso a la atención sanitaria en España” se trata de un estudio de carácter etnográfico. Para este estudio se han utilizado dos vías de investigación:

- Entrevistas en profundidad:
 - Hemos contado con la participación de tres mujeres migrantes, cuya experiencia en primera persona ha sido fundamental para nutrir este informe. No hemos establecido criterios de edad, más allá de que sean mayores de 18 años, ya que no es considerado factor de necesaria influencia en cuanto a la temática tratada. Hemos contado con personas con orígenes diversos. Consideramos importante este factor, que se relaciona con aspectos como el idioma, elemento crucial cuando hablamos de acceso a la salud, como veremos a lo largo del estudio.
 - En segundo lugar hemos contado con la participación de cinco profesionales del ámbito social, especializados en el ámbito del derecho a la salud. Hemos pretendido ampliar el marco geográfico lo máximo posible, ya que cuando hablamos de atención sanitaria lo hacemos desde el marco estatal. En este sentido, aunque insuficiente, hemos contado con la participación de organizaciones que trabajan en Canarias, Madrid, Cataluña y con organizaciones que trabajan bajo un prisma nacional.
 - Personas voluntarias participantes en diferentes colectivos dirigidos a la defensa de una sanidad universal.

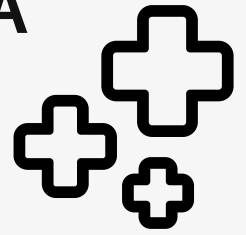
Toda esta información ha sido contrastada con el apoyo de un focus group en la fase final del proyecto.

- Análisis documental:
 - Teniendo en cuenta la naturaleza de la temática, así como su presencia en el espectro político y social, hemos nutrido este informe de material divulgativo realizado por otras organizaciones, materiales académicos y prensa, que ha servido para documentar algunos episodios históricos clave.

La redacción del informe tiene una intención divulgativa, con dos objetivos: que por un lado sirva como material de utilidad al que recurrir si se tiene alguna duda en la materia o temática tratada y, por otro lado, que sirva como marco desde el que establecer algunas reflexiones o cuestiones que consideramos relevantes. La identidad de todas las personas participantes se ha tratado bajo el anonimato.

2. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

CONCEPTO DE SALUD. EL DERECHO A LA SALUD Y POR QUÉ ES IMPORTANTE LA RELACIÓN ENTRE LOS TÉRMINOS MIGRACIÓN/RACISMO.



“ Ha habido en los últimos años, en mi opinión, una perversión de lo que es la salud y de cómo se entiende la salud pública, a través del que es mucho más importante de dónde vienes, cuál es tu documentación, tu situación administrativa, que qué te pasa ”

Profesional del ámbito social

El término salud puede ser interpretado de muchas maneras. Por supuesto, desde el ámbito de lo social, es a menudo necesario entender la salud de la persona desde una visión holística, compuesta por diferentes aspectos que no están únicamente relacionados con su salud en un sentido clínico, sino relacionándola más con el nivel de bienestar (o carencia del mismo) de la persona en todos sus ámbitos.

En este caso, para este informe, nos centramos en la concepción más extendida de salud, aquella que se refiere al estado fisiológico de las personas.

También, términos como “sanar”, “curar”... Son conceptos con una importante carga cultural, cuya profundidad y dimensión no son a menudo acogidas por la medicina clínica.

Partiendo de este punto, que consideramos de esencial aclaración, cuando hablamos de acceso a la atención sanitaria, hablamos del derecho (o carencia del mismo) al disfrute del Sistema Nacional de Salud del Estado español y a que esta atención cumpla los estándares de respeto e integridad exigibles de cara al respeto de la plena dignidad de la persona. Dejamos así fuera, por integridad del proceso investigador y naturaleza del proyecto, otros aspectos relevantes relativos a una visión del concepto de salud más amplia, esencial en nuestro trabajo diario.

La relación entre los conceptos migración y derecho a la salud toma especial relevancia a partir de 2012, año en el que tiene lugar la primera modificación legal que rompe el principio de universalidad y arrebató un derecho previamente reconocido a miles de personas con base en su situación administrativa y/o a su estatus migratorio.

Sobre este primer punto de inflexión y los sucesivos, hablaremos más en detalle en el siguiente apartado.

RECORRIDO POR LOS CAMBIOS LEGALES EN MATERIA DE ACCESO A LA SALUD DE PERSONAS MIGRANTES. DESDE ANTES DEL 2012 A LA ACTUALIDAD



El acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes o, mejor dicho, la concesión o denegación de su derecho al acceso a asistencia sanitaria, ha sido un tema de especial relevancia en el panorama político durante los últimos doce años

En el año 2012, partiendo previamente de un escenario de universalidad, hubo un cambio fundamental: para otorgar la tarjeta sanitaria se comenzaría a verificar que quienes la solicitan “de verdad” viven y “trabajan como nosotros y pagan sus impuestos”, dijo la entonces ministra Ana Mato (2). En resumen, quedaban fuera del sistema de atención sanitaria todas las personas que se encontraban en situación irregular.

Este cambio legislativo se encuadraba dentro de un paquete junto a más medidas restrictivas enfocadas a luchar contra el fenómeno que políticamente denominaban “turismo sanitario”, un supuesto escenario en el que la gente venía a nuestro país a aprovecharse de las bondades y beneficios de lo aperturista de nuestro sistema sanitario.

"No va a quedar ninguna persona desatendida" pero "vamos a acabar con el turismo sanitario" (2), anotaba también la entonces ministra. El término “turismo sanitario” ya fue puesto en entredicho en su momento, así como su utilización. El nuevo escenario que derivaba de la implantación del RDL 16/2012 era claro: quedaban fuera las personas en situación irregular, condición atribuible en la inmensa mayoría de los casos a las personas en mayor situación de vulnerabilidad. No hay cifra alguna que sustente que las personas en situación irregular han puesto en jaque alguno la sostenibilidad del sistema sanitario. En cambio, este concepto quedó tatuado de manera indeleble y parece haber dibujado un marco teórico que, desde el 2012, ha ido condicionando el derecho a la atención sanitaria de las personas migrantes en nuestro país.

Hablaremos del término “turismo sanitario” y su utilización, en este epígrafe queremos hacer un recorrido por los cambios legislativos más relevantes en la materia en las últimas dos décadas, como ejercicio que consideramos necesario para entender de donde partimos. De todo este periodo, derivamos tres consecuencias que consideramos clave y especialmente graves: el **retroceso en materia de derechos**, entendido como el arrebato de derechos ya conquistados, la **inseguridad jurídica** derivada de los cambios detallados a continuación para las personas migrantes en nuestro país como un factor incompatible con un Estado de derecho y, por último, las **diferencias territoriales** a nivel autonómico que, a causa de la politización del derecho a la salud, genera tremendas desigualdades.

Retroceso en materia de derechos:



1. Introducción:

El sistema de salud público en España, fundamentado originalmente en el principio de universalidad (3 y 4), ha sufrido cambios drásticos que han comprometido el acceso a la atención médica para varios colectivos, entre ellos (y de forma particular) la población migrante y, más en concreto, el de las mujeres migrantes (5). La Ley 16/2003 fue un hito que garantizaba la atención sanitaria a todos los residentes en el país, independientemente de su situación administrativa y de su estatus migratorio, enfoque que no solo reflejaba un compromiso con la equidad en cuanto al acceso a la salud, sino que también alineaba el contexto normativo español con la legislación internacional en materia de derechos humanos. Sin embargo, la crisis económica que comenzó en 2008 sirvió de excusa al gobierno que se encontraba al frente de la Administración en el momento en el que se introdujo la reforma para implementar varias políticas que denominaron “de austeridad” y que tuvieron profundas repercusiones en el ámbito de la salud pública en nuestro país.

La entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 marcó un retroceso significativo en el acceso a la salud para todas las personas migrantes, pero especialmente para aquellas más desprotegidas y vulnerables, esto es, las que se encuentran en situación administrativa irregular. Este decreto excluyó directamente a estas personas del Sistema Nacional de Salud, limitando su acceso únicamente a casos de urgencia, emergencias sanitarias, atención materna, y tratamiento de enfermedades graves. Esta reforma no solo se justificó en términos de reducción del presupuesto disponible y de necesidad de ahorro, sino que también fue introducida como una medida que garantizaba la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo en un contexto de crisis económica (6). Sin embargo, con este informe buscamos acercarnos a las consecuencias derivadas de estos cambios legislativos y la respectiva escisión de derechos.

Desde una perspectiva legal, la exclusión de las personas migrantes del SNS ha sido calificada como una violación de derechos fundamentales (7). La Defensora del Pueblo de España ha emitido varios informes denunciando la incompatibilidad del Real Decreto Ley 16/2012 con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el que se establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (8). A pesar de estas advertencias, el gobierno ha mantenido su postura, lo que genera importantes dudas sobre a su compromiso con los derechos humanos y la salud pública.

Los informes de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y el Comité de Derechos Humanos de la ONU, han instado a España a revisar su legislación y restablecer el acceso universal a la atención sanitaria (9). Esta presión internacional subraya la necesidad de alinear las políticas de salud con los principios de derechos humanos y salud pública, sugiriendo que un enfoque inclusivo no solo beneficiaría a las personas migrantes, sino que también mejoraría la salud general de la población y facilitaría la (prácticamente abandonada) ardua tarea de trabajar por la integración y la no discriminación que, en principio, rige el sistema sociopolítico y normativo en España.

2. Análisis comparativo entre la Ley 16/2003 y el Real Decreto Ley 16/2012

Para abordar en profundidad y analizar el impacto del cambio normativo en cuanto al acceso al sistema nacional de salud para la población migrante, vamos a detallar cómo las diferencias entre la Ley 16/2003 y el Real Decreto Ley 16/2012 tuvieron una afectación profunda respecto a los derechos, condiciones de acceso y barreras a las que se enfrenta este colectivo, haciendo especial énfasis en las problemáticas específicas que afectan a mujeres y personas en situación irregular.

2.1- Condiciones de acceso al Sistema Nacional de Salud Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

La Ley 16/2003 fue pionera a la hora de establecer el acceso universal al sistema de salud en España, partiendo del principio de equidad e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios para toda la población residente en el país, independientemente de su situación administrativa.

- Principio de universalidad: La Ley 16/2003 reconocía que toda persona residente en el territorio español tenía derecho al acceso a la sanidad pública. Este principio universal fue un pilar para la inclusión social y la igualdad en el sistema de salud.
- No distinción en situación administrativa: La ley no diferenciaba entre personas migrantes con residencia regular e irregular; cualquier persona que residiera en territorio español tenía derecho a acceder al sistema nacional de salud.
- Cobertura integral: Las personas migrantes, incluidas aquellas en situación irregular, podían acceder a todos los servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria, sin restricciones en cuanto al tipo de cobertura.

De esta manera, la Ley 16/2003 trataba de evitar la creación de grupos marginales dentro del sistema sanitario, fomentando la inclusión de todos los residentes en el país y promoviendo un enfoque preventivo y de atención continuada.

2.2- Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS

El Real Decreto Ley 16/2012, introducido en un contexto de crisis económica y bajo la premisa de garantizar la sostenibilidad del SNS, modificó sustancialmente el acceso a la sanidad pública para la población migrante y, en particular, para aquellos en situación administrativa irregular. Este cambio promovió una serie de implicaciones que aumentaron las barreras de acceso y afectaron negativamente a los sectores más vulnerables de la población migrante.

- Limitación del derecho a la atención sanitaria: Con esta normativa, el derecho al acceso a la sanidad pública quedó restringido para personas en situación irregular, quienes solo podían recibir asistencia en urgencias, atención durante el embarazo, parto y postparto, y cuidado a menores de 18 años.
- Condición de asegurado y cotización a la seguridad social: La normativa vinculó el acceso a la sanidad pública con la condición de asegurado, que implicaba estar afiliado y cotizando a la seguridad social o contar con seguro de salud privado, lo cual excluyó directamente a los migrantes en situación irregular.
- Costes y seguros privados: La exclusión de los inmigrantes en situación administrativa irregular también incentivó la suscripción a seguros privados de salud, un coste considerablemente elevado para personas en condiciones socioeconómicas vulnerables.

Esta restricción generó una serie de barreras prácticas, legales y económicas que excluyeron a una gran parte de la población migrante del SNS, con un impacto significativo, sobre todo para aquellas personas ya en riesgo de exclusión. Analizaremos estas unas páginas más adelante, en el apartado "Consecuencias".

2.3 - Acceso previo al año 2012 bajo la Ley 16/2003 con una mirada más específica a la salud de las mujeres migrantes.

Bajo la Ley 16/2003, todas las mujeres migrantes, sin importar su situación administrativa, tenían acceso pleno a los servicios de salud reproductiva, lo cual incluía:

- **Atención ginecológica regular:** Las mujeres podían realizarse revisiones ginecológicas y acceder a los servicios preventivos, como exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.
- **Acceso a planificación familiar:** La ley garantizaba a las mujeres migrantes el acceso a métodos anticonceptivos y a programas de planificación familiar, lo cual facilitaba el ejercicio de sus derechos reproductivos.
- **Atención integral durante el embarazo y el parto:** Se reconocía la atención de las mujeres embarazadas como un derecho, asegurando el acceso a servicios pre y postnatales de calidad.
- Este enfoque integral fue clave para la salud de la mujer migrante y facilitó que accedieran a la prevención, reduciendo el riesgo de enfermedades y asegurando que aquellas en situación de vulnerabilidad recibieran atención adecuada y oportuna.

2.4 - Restricciones a partir del Real Decreto Ley 16/2012 con una mirada más específica a la salud de las mujeres migrantes

La implementación del Real Decreto Ley 16/2012 introdujo barreras significativas en el acceso a estos servicios, afectando la salud y los derechos reproductivos de las mujeres migrantes en situación irregular de varias formas:

- **Limitación de acceso a la atención ginecológica:** Las mujeres migrantes en situación irregular quedaron excluidas de los servicios de atención ginecológica regular y de los programas de prevención, lo cual incrementó el riesgo de problemas de salud sin diagnóstico temprano, como cáncer de cuello uterino o de mama.
- **Exclusión de la planificación familiar:** Perdieron el acceso a servicios públicos de planificación familiar, lo cual tuvo consecuencias directas en términos de control reproductivo y en la prevención de embarazos no deseados, aumentando así el riesgo de embarazos de alto riesgo no monitoreados en un grupo poblacional especialmente vulnerable.

- **Cobertura reducida durante el embarazo y postparto:** Aunque se mantuvo la cobertura durante el embarazo, el parto y el postparto, las restricciones en la atención preventiva y de planificación familiar limitaron el bienestar general de estas mujeres, muchas de las cuales no pueden acceder a los controles previos al embarazo.

En definitiva, estas limitaciones implantadas a través del RD 16/2012 no sólo tenía un impacto en la salud de aquellas personas en situación administrativa irregular, sino que la limitación de derechos relativa a este cambio normativo se manifestaba de manera aún más feroz contra aquellas personas atravesadas por otras realidades, en este caso y de manera indudable, a las mujeres.

2.5 - Consecuencias tras los cambios legislativos del 2012

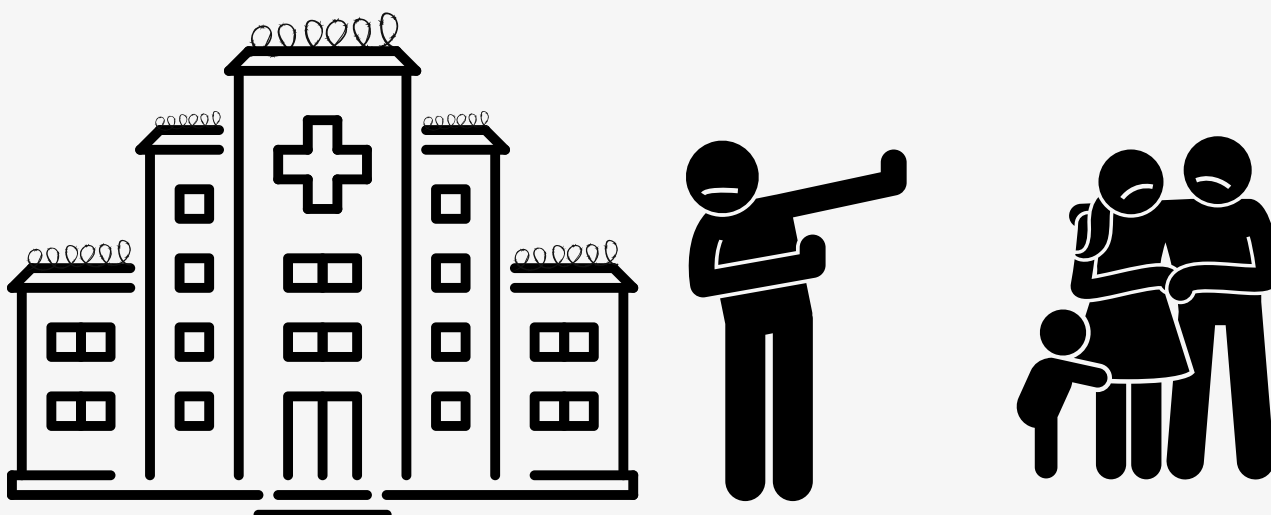
- **Deterioro en la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes** a partir de las limitaciones de acceso a la atención ginecológica.
- Surgimiento de **barreras económicas y sociales**, como:
 - Costes de atención sanitaria fuera del sistema público: La exclusión del SNS obligó a muchos migrantes en situación irregular a depender de servicios de salud privados, cuyos costes no son asumibles para la mayoría de este sector de población, especialmente para aquellos que están en situación de precariedad laboral.
 - Inseguridad jurídica: La falta de claridad en cuanto a la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 generó confusión y miedo en la población migrante, que temían ser denunciados o sufrir represalias al intentar acceder a servicios de salud, un factor que amplificó las barreras de acceso.
- **Implicaciones para la Salud Pública y el enfoque preventivo:** La denegación de acceso a servicios esenciales y preventivos para un grupo considerable de personas generó consecuencias para el SNS en general (10), como:
 - Aumento de la presión sobre los servicios de urgencia: Al verse limitados a la atención de emergencia, muchos inmigrantes en situación irregular optaron por acudir a urgencias para tratar problemas de salud que podrían haberse abordado en atención primaria, lo cual incrementó la carga y los costes en este sector.
 - Riesgo de brotes de enfermedades infecciosas: La exclusión de la atención primaria en situación administrativa irregular no pudieran acceder a vacunaciones y medidas de control de enfermedades, incrementando el riesgo de brotes de

enfermedades infecciosas y de transmisión en toda la comunidad.

- Pérdida del enfoque preventivo en salud: La limitación de servicios para aquellas personas que no hayan regularizado su estatus administrativo/migratorio representa un retroceso en los objetivos preventivos y de salud pública, que buscan detectar y tratar enfermedades en sus primeras fases para reducir su impacto a nivel poblacional.

La comparación entre la Ley 16/2003 y el Real Decreto Ley 16/2012 revela que, mientras la primera buscaba un acceso universal e integral al SNS, la segunda marcó un retroceso significativo para la población migrante, sobre todo para las personas en situación irregular. Las restricciones introducidas en 2012 incrementaron las desigualdades en el sistema de salud, especialmente para mujeres y colectivos vulnerables, creando barreras que impactan profundamente tanto en la salud individual como en el bienestar colectivo.

Este análisis destaca la necesidad de reconsiderar las políticas de salud pública en relación con la población migrante, especialmente en el marco de los derechos humanos y la cohesión social, promoviendo nuevamente un sistema inclusivo y preventivo que no deje a ningún grupo en situación de vulnerabilidad.



(IN) SEGURIDAD JURÍDICA:



La inseguridad jurídica en cuanto al acceso a la atención sanitaria para las personas migrantes en España se manifiesta de manera más que palpable en la ambigüedad de la normativa. La reforma introducida en el año 2012 ha generado un entorno confuso en el que, por ejemplo, la interpretación de lo que constituye una "situación de urgencia" es altamente variable. Esta falta de claridad provoca que los y las profesionales de la salud se enfrenten a dilemas éticos y legales en su práctica diaria, ya que en muchos casos son ellos/as quienes deben decidir si atender a un/a paciente que podría no cumplir con los restrictivos criterios establecidos por el cambio en la normativa.

La Circular 1/2013 del Ministerio de Sanidad, que tenía como objetivo aclarar la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, en realidad no hizo más que aumentar la sensación de inseguridad, la incertidumbre y la confusión. En vez de proporcionar directrices claras, dejó muchas áreas grises y vacíos que permitieron a las comunidades autónomas aplicar la normativa de manera diversa. Esta fragmentación en la aplicación de la normativa y las palpables divergencias entre territorios, han generado un sistema en el que las personas migrantes pueden recibir un trato desigual dependiendo de la región en la que se encuentren. Por ejemplo, en comunidades como Cataluña, se han implementado políticas que promueven un enfoque más inclusivo, permitiendo a los migrantes acceder a atención primaria y especializada. Sin embargo, en otras regiones, como Madrid, la falta de claridad y las interpretaciones restrictivas han llevado a situaciones donde las personas migrantes son sistemáticamente excluidas de la atención sanitaria, entre otros muchos espacios, por problemáticas como pudiera ser la dificultad en cuanto a empadronarse o la ausencia de citas destinadas a la presentación de solicitudes de protección internacional (asilo, protección subsidiaria, residencia por razones humanitarias...).

El miedo a las repercusiones legales y financieras se convierte en una relevante barrera de acceso adicional que impide que muchas personas migrantes busquen atención médica. La posibilidad de que se les cobre por la asistencia sanitaria (lo cual pudiera llegar a ser catastrófico en muchos casos, dadas las dificultades en cuanto a la búsqueda de empleo y a la ausencia de autorizaciones para trabajar en situación regular), de ser denunciados a las autoridades migratorias, o incluso de ser detenidos, es un temor real que limita su acceso al Sistema Nacional de Salud. Este clima de miedo no solo afecta a los individuos, sino que también tiene repercusiones significativas para la salud pública y complica una integración saludable, poniendo serias trabas a una correcta convivencia.

La falta de atención a enfermedades tratables puede llevar a brotes que, en última instancia, afecten a toda la comunidad.

La Ley 7/2018 que se propone restablecer el acceso universal al SNS, representa un esfuerzo por mitigar algunas de las desigualdades creadas por la reforma de 2012. Sin embargo, su implementación ha sido desigual y sujeta a la interpretación de cada comunidad autónoma, lo que significa que, en la práctica, muchas personas migrantes siguen enfrentándose a barreras significativas para acceder a la atención sanitaria. La ausencia de un marco normativo claro y coherente no hace más que aumentar la sensación de inseguridad jurídica en cuanto al acceso al sistema nacional de salud.

La inseguridad jurídica en el acceso a la atención sanitaria para la población migrante en España se manifiesta también a través de la interpretación y aplicación de diversas normativas europeas e internacionales. Por ejemplo, la Directiva 2001/55/CE sobre la protección temporal de personas desplazadas en caso de afluencia masiva, así como el marco normativo del derecho internacional en cuanto a derechos humanos, establecen obligaciones que los Estados miembros deben cumplir en relación con la atención sanitaria de los migrantes (11). En este sentido, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que debería extenderse a la población migrante sin distinción. Sin embargo, la aplicación de estos principios en el contexto español ha sido desigual y a menudo limitada por la interpretación restrictiva de las leyes nacionales.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional español también ha abordado la cuestión del derecho a la salud, enfatizando que el acceso a la atención sanitaria es un derecho fundamental que debe ser garantizado en igualdad de condiciones (12). A pesar de esto, la realidad es que las políticas sanitarias se han visto afectadas por cambios normativos que no han considerado adecuadamente las directrices europeas y las obligaciones internacionales, lo que ha resultado en la exclusión de muchas personas, particularmente aquellas que se encuentran en situación irregular. La falta de una definición clara de "emergencia" y de los criterios para la atención en estas circunstancias han llevado a una interpretación variada que depende en gran medida de la autonomía de las comunidades autónomas. Este marco normativo fragmentado crea un entorno propicio para la desigualdad y la discriminación en el acceso a la atención médica.

Además, el Principio de No Discriminación, consagrado en el artículo 14 de la Constitución Española, debe aplicarse de manera rigurosa para garantizar que todas las personas, independientemente de su estatus migratorio, tengan acceso a la atención sanitaria. Sin embargo, las políticas adoptadas desde 2012 han puesto en tela de juicio este principio, al limitar el acceso de ciertos grupos a servicios esenciales, lo que contraviene no solo la legislación nacional, sino también los compromisos internacionales asumidos por España. Esta situación plantea interrogantes sobre la compatibilidad de las políticas sanitarias con el marco de derechos humanos, que exige un enfoque inclusivo y equitativo en la atención sanitaria.

Es fundamental tener en cuenta que la inseguridad jurídica y la ambigüedad en torno a la normativa al respecto no solo afectan a la atención sanitaria, sino que también tienen implicaciones más amplias en la integración social de las personas migrantes. Al impedirles acceder a un adecuado sistema de salud, se les está negando un derecho fundamental que es crucial para su bienestar y su capacidad de contribuir positivamente a la sociedad en la que residen. Un enfoque más inclusivo y claro en las políticas de salud no solo beneficiaría a las personas migrantes, sino que también fortalecería el sistema sanitario en su conjunto, promoviendo una sociedad más equitativa y cohesionada.

La evaluación y revisión de la legislación actual es, por tanto, una necesidad urgente para garantizar que la normativa se ajuste a los principios de justicia, igualdad y no discriminación, creando así un entorno más inclusivo que favorezca la salud y el bienestar de toda la población, incluidos aquellos en situación de vulnerabilidad.

DIFERENCIAS TERRITORIALES:



El artículo 149.1.2ª de la Constitución Española asigna de manera exclusiva a la Administración General del Estado la competencia en materia de nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo, tal como también se establece en el artículo 2 bis de la Ley 4/2000. No obstante, nuestro sistema se basa en un modelo de gobernanza en cooperación, en el cual el Estado regula el régimen jurídico del extranjero, mientras que los servicios sociales son competencia de las Comunidades Autónomas. La integración, entendida como una acción asistencial para fomentar la inclusión y promover la convivencia, se incluye entre las competencias autonómicas. Por lo tanto, son las Comunidades Autónomas las encargadas de emitir el informe sobre el esfuerzo de integración previsto en el artículo 31 de dicha ley, que puede ser presentado en las Oficinas de Extranjería para su valoración en el proceso de regularización, así como en los de renovación de permisos de residencia y/o trabajo.

Es relevante también señalar la importancia de las entidades locales, ya que estas ejercen la mayor parte de las competencias autonómicas, conforme al artículo 25.2 e) de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. Esta disposición otorga a los órganos municipales la competencia para evaluar e informar sobre situaciones de necesidad social, así como la de atender inmediatamente a personas en riesgo de exclusión social, lo que resulta lógico dado que son la administración más cercana a la ciudadanía. Asimismo, son responsables de tramitar las inscripciones en el padrón municipal, un aspecto fundamental para el acceso a los derechos y servicios sanitarios proporcionados por el sistema público de salud, especialmente para la población migrante.

A continuación, estudiaremos y analizaremos las vías de acceso concretas al Sistema Nacional de Salud para las personas inmigrantes en España, poniendo especial atención a aquellas sin permiso de residencia (o estancia, trabajo...), que se encuentran en una situación considerablemente crítica. Este análisis se llevará a cabo tomando como modelo dos Comunidades Autónomas.

En este contexto, se pondrá especial énfasis en la situación de la mujer migrante y en sus necesidades particulares, especialmente en lo relativo a derechos sexuales y reproductivos, así como a recibir una atención adecuada durante el embarazo, el parto y el posparto. Cabe recordar que la asistencia sanitaria a menores y a mujeres en situación irregular durante el embarazo, parto y posparto está garantizada por la disposición

adicional octava del RD 1192/2012, que, al no haber sido derogada por el RD 7/2018, sigue en vigor. Sin embargo, la falta de referencia explícita y la ausencia en cuanto al desarrollo de protocolos ante estas situaciones en el RDL 7/2018 y en el documento de Recomendaciones (2019) (13) ha resultado en que muchas Comunidades Autónomas hayan quedado desprotegidas, con denegaciones de atención y facturaciones por asistencia. Así, se evidencian las exclusiones existentes en el sistema de prestaciones sanitarias, así como la heterogeneidad dentro del Estado español. Las disparidades normativas y procedimentales entre Comunidades Autónomas no solo constituyen un obstáculo para la población inmigrante, sino que también reflejan la tensión vertical entre la Administración central y las administraciones autonómicas y locales, generando divisiones en competencias en materias que siguen lógicas contradictorias, como la política migratoria y la protección social.

La implementación de políticas de salud para la población migrante en España ha revelado una notable variabilidad entre las distintas comunidades autónomas, lo que ha llevado a la creación de un sistema fragmentado que afecta la equidad en el acceso a la atención sanitaria. Esta disparidad no solo se debe a diferencias en la interpretación de la normativa, sino también a factores políticos, económicos y culturales que influyen en cómo cada región aborda el tema de la salud de la población migrante.

En comunidades como Cataluña, se ha adoptado un enfoque más inclusivo, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación administrativa, puedan acceder a la atención primaria y especializada. La ley catalana de salud (14), vigente desde 2009, establece explícitamente que el derecho a la salud es universal, y se han implementado programas específicos para facilitar el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud. Por ejemplo, el programa de atención a la salud de la población inmigrante ha permitido a miles de personas acceder a servicios médicos sin temor a ser denunciadas.

Por otro lado, en la Comunidad de Madrid, la situación es notablemente diferente. Desde la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, las políticas de salud han sido mucho más restrictivas. La Comunidad de Madrid ha exigido a las personas migrantes la presentación de documentos que demuestren su situación de residencia para poder acceder a la atención médica, lo que ha resultado en una notable exclusión de multitud de personas.

Este contraste no solo refleja diferencias en la política regional, sino que también genera un entorno de desconfianza y miedo, donde muchas personas optan directamente por no buscar atención médica.

La disparidad en la aplicación de políticas de salud también se observa en otras

comunidades autónomas. Por ejemplo, en Andalucía, se han implementado medidas que buscan asegurar el acceso a la atención sanitaria de todas las personas, independientemente de su situación administrativa y de su estatus migratorio. La Junta de Andalucía ha promovido varias campañas de sensibilización dirigidas tanto a la población migrante como a los profesionales de la salud, buscando reducir las barreras culturales y fomentar un ambiente inclusivo. Sin embargo, la implementación de estas políticas ha sido desigual en diferentes provincias de la comunidad, con áreas rurales que enfrentan mayores desafíos debido a la escasez de recursos y personal.

En contraste, comunidades como la Comunidad Valenciana han adoptado políticas más mixtas. Aunque se han realizado esfuerzos para facilitar el acceso a la atención sanitaria, la realidad es que muchas personas migrantes todavía enfrentan barreras significativas. La exigencia de documentación ha sido un obstáculo que limita la capacidad de acceso, y muchos profesionales de la salud se sienten inseguros en cuanto a la forma de proceder en aquellos casos en los que el/la paciente se encuentra en situación irregular.

Estas diferencias territoriales tienen profundas implicaciones en la salud de las personas migrantes y en la salud pública en general. En comunidades donde se aplican políticas restrictivas, se ha observado un aumento en los problemas de salud que podrían haberse evitado con una atención médica adecuada y el pertinente seguimiento. La exclusión de estas poblaciones del sistema de salud contribuye a la perpetuación de enfermedades prevenibles y a un mayor riesgo de contagio, afectando no solo a los migrantes, sino también a la población en general.

Además, la fragmentación del acceso a la atención genera y perpetúa situaciones de desigualdad y discriminación, lo que afecta la integración social de las personas migrantes. La falta de un marco normativo coherente que garantice el acceso universal a la salud genera un entorno en el que la salud se convierte en un privilegio, en lugar de un derecho. Esta situación no solo desafía los principios de justicia social, sino que también plantea serias preocupaciones sobre la cohesión social en un país que se enfrenta a crecientes desafíos migratorios.

La falta de formación y sensibilización, así como la cuestión ideológica y las sensibilidades en términos políticos entre los profesionales de la salud también varía entre regiones (y personas, zonas, hospitales...), lo que puede afectar la calidad de la atención recibida por las personas migrantes. En comunidades donde se han implementado programas de formación y sensibilización, como en algunas partes de Cataluña, se observa una mayor disposición por parte de los profesionales de cara a atender a la población migrante sin prejuicios ni barreras. En contraste, en áreas donde estas iniciativas son limitadas, las personas migrantes a menudo se enfrentan a actitudes discriminatorias que pueden

dificultar aún más su acceso a la atención.

En conclusión, las diferencias territoriales en torno al acceso a la atención sanitaria para personas migrantes en España revelan un sistema fragmentado que afecta la equidad y el derecho a la salud. Estas disparidades no solo son el resultado de la aplicación desigual de la normativa, sino que también están influenciadas por factores políticos, económicos y culturales. Es fundamental que se establezca un marco normativo y procedimental claro y coherente que garantice el acceso a la atención sanitaria para todas las personas, independientemente de su estatus migratorio, promoviendo así la salud pública y la cohesión social en nuestro país.



Formas de acceso al sistema sanitario español para personas migrantes. Opciones y dificultades/barreras



Las casuísticas a las que una persona migrante se enfrenta cuando hablamos de acceso a la salud son múltiples y se entrelazan con otras complejidades. El acceso a la asistencia sanitaria para la población migrante en España está regulado por un entramado normativo que presenta notables obstáculos tanto teóricos como prácticos. Los documentos de acceso a la asistencia sanitaria incluyen:

- Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).
- Documento para la asistencia sanitaria de extranjeros en situación administrativa irregular.
- Documento para la asistencia sanitaria de solicitantes de protección internacional.

Cada uno de estos instrumentos se encuentra enmarcado dentro de un procedimiento determinado, que puede variar entre territorios, y que implica una serie de requisitos legales y administrativos que, en la práctica, pueden constituir barreras significativas para la población migrante, limitando su acceso efectivo al Sistema Nacional de Salud. A continuación, haremos un breve análisis en el que se detallan las barreras específicas que enfrenta cada categoría o documento de asistencia sanitaria.

Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) para extranjeros con residencia legal

La TSI es el documento que acredita el derecho de los extranjeros con residencia legal a recibir asistencia sanitaria a cargo de fondos públicos, conforme a lo dispuesto en Artículo 57 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. No obstante, la obtención de la TSI presenta las siguientes barreras y dificultades:

- **Exigencia de alta en la Seguridad Social:** La reforma en cuanto al procedimiento y los requisitos de acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual implementada en 2012 (en la que se plantea que sólo las personas aseguradas, esto es, con un empleo y su correspondiente alta en Seguridad Social, o incluibles como beneficiarias pueden acceder al SNS con cargo a fondos públicos) supuso un cambio significativo en relación tanto con la normativa previa (Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) como con la posterior (Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud). Tanto en la Ley del 2003 como en el Real Decreto Ley de 2018, se establece un modelo universal de acceso a la asistencia sanitaria, procurando garantizar la cobertura a todas aquellas personas que residan en territorio español, con independencia de su estatus administrativo, migratorio o laboral. Sin embargo, en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se introdujeron restricciones significativas en cuanto al acceso a la tarjeta sanitaria, vinculando en gran medida dicho acceso al estatus administrativo de cada persona y a sus cotizaciones al sistema de Seguridad Social, excluyendo así por completo a los inmigrantes en situación administrativa irregular (salvo en supuestos de “urgencia”, atención materno-infantil o tratamiento de enfermedades “graves”. Estos cambios normativos generaron confusión e inseguridad jurídica, especialmente en cuanto a la interpretación de los requisitos de afiliación a la Seguridad Social como asalariado, generando importantes barreras tanto para las situaciones en las que no se tuviera acceso formal al sistema de Seguridad Social como para aquellas personas en situación administrativa irregular. Con el cambio introducido en 2018, se implementó de nuevo una flexibilización de requisitos para tratar de reencauzar la perspectiva de acceso universal; sin embargo, la transición entre normativas y las dificultades en términos administrativos y burocráticos, han generado un panorama de inseguridad jurídica y de confusión en cuanto a la obtención de documentos de asistencia sanitaria que derivan en importantes barreras de acceso aún en la actualidad.
- **Alternativa del convenio especial:** Cuando el INSS no reconoce el derecho a la asistencia, el artículo 3.4 del mencionado Real Decreto permite suscribir un convenio especial para la prestación de asistencia sanitaria; sin embargo, esta opción implica el pago de cuotas que la mayoría de personas excluidas de la atención con cargo a fondos públicos (precisamente por no tener empleo o por desarrollar su actividad laboral en situación irregular) no pueden afrontar, lo que genera un acceso desigual basado en la capacidad económica y que ahonda e intensifica la desprotección y discriminación a la que se ve sometido un amplio sector de población.

- **Complejidad procedimental**: Los trámites para obtener la TSI requieren conocimientos sobre el sistema administrativo y acceso a servicios electrónicos, lo que plantea una barrera significativa para las personas con limitaciones tecnológicas o idiomáticas. La falta de personal con formación en diversidad cultural en los CAISS-INSS dificulta aún más el proceso.

Documento para la asistencia sanitaria de extranjeros sin residencia legal

El documento para la asistencia sanitaria de extranjeros sin residencia legal, cuyo nombre varía entre Comunidades Autónomas (En Madrid, por ejemplo, se conoce por el acrónimo DASE), entre las que encontramos también modificaciones en cuanto a algunas de las formalidades del procedimiento de solicitud y expedición, permite a los migrantes en situación administrativa irregular acceder a los servicios del SNS con las mismas prestaciones que la TSI. No obstante, las barreras legales y prácticas que impiden su acceso incluyen:

- **Requisito de empadronamiento**: la Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicas las “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria”, exige la presentación de un volante de empadronamiento actualizado (menos de tres meses desde su fecha de emisión). Este requisito se justifica como una medida para acreditar la residencia habitual, pero, en la práctica, excluye a quienes carecen de un domicilio estable o enfrentan dificultades para empadronarse debido a interpretaciones restrictivas de la normativa por parte de los ayuntamientos. La exigencia de un empadronamiento de al menos tres meses infringe, en muchos casos, el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 43 de la CE.
- **Documentación**: La presentación de un documento de identidad en vigor puede ser difícil para muchas/os migrantes que han perdido sus documentos o enfrentan procesos de renovación prolongados en sus países de origen o consulados en España, así como para apátridas y solicitantes de protección internacional. Esta barrera contradice los principios de acceso universal a la salud defendidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que establece en su Observación General N.º 14 que los Estados deben garantizar la accesibilidad de los servicios de salud sin discriminación.

- **Renovación periódica:** La renovación conlleva la repetición de los requisitos iniciales, lo que perpetúa un ciclo de incertidumbre y vulnerabilidad legal. La falta de recursos y apoyo en la tramitación de estos documentos genera un riesgo constante de interrupciones en la atención médica, afectando el derecho a la salud reconocido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.

Documento para la asistencia sanitaria a personas solicitantes de asilo

Este trámite, como el anterior, se regula de manera autonómica. Las personas solicitantes de asilo ven reconocido su derecho de acceso a la asistencia sanitaria en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud:

“Las personas solicitantes de protección internacional cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.”

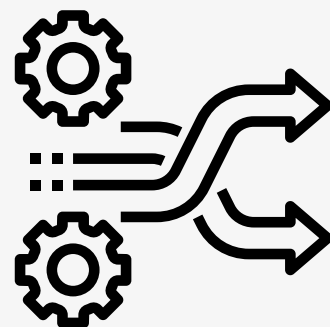
En cambio, en el RD 7/2018 nos encontramos con la acreditación a las autonomías para regular los procedimientos de reconocimiento de este derecho. De este hecho se derivan múltiples casuísticas por las que se termina denegando el derecho. (15)

Además, todas las dificultades relacionadas con el aspecto administrativo del punto anterior, las encontramos también, en mayor o menor medida, en este trámite.

Podemos así concluir que el acceso efectivo a la asistencia sanitaria para la población migrante está condicionado por un conjunto de barreras jurídicas y administrativas que dificultan la materialización del derecho a la salud, consagrado en el marco constitucional y en tratados internacionales ratificados por España.

Es fundamental que las autoridades revisen y adapten las normativas, simplifiquen los procedimientos y eliminen las barreras prácticas y legales que limitan el acceso a los servicios de salud, promoviendo un sistema más inclusivo y equitativo, alineado con los principios de igualdad y no discriminación.

¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS? UN ESCENARIO DE POSIBLE CAMBIO



El 24 de mayo de 2024 se publica la aprobación del proyecto de ley (16) para la universalidad del Sistema Nacional de Salud.

Este proyecto de ley, impulsado por el Ministerio de Sanidad vigente en el momento de redacción de este informe, es presentado por parte del gobierno y dicho ministerio como “la ley con la que garantizar el acceso universal, desterrar para siempre la exclusión sanitaria que trajo el Partido Popular (PP) en 2012 y cerrar esa herida” (17).

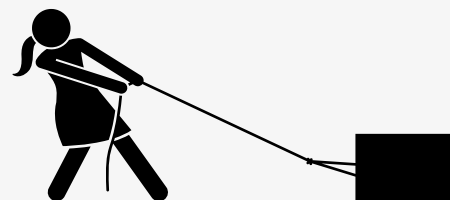
Indudablemente, esta noticia a inicios de este año ha supuesto un cambio de guion en lo esperado en materia de acceso a la salud de personas migrantes en nuestro país, marco en el que se concebía una dinámica continuista de exclusión. Incluso, durante la concepción de este proyecto nos movíamos aún en ese escenario de escaso cambio desde hace más de una década, por lo que el enfoque de este proceso investigador se ha visto también afectado.

Como vemos, el planteamiento desde el que se presenta este proyecto de ley es de recuperación de un escenario de universalidad, pero ¿es ciertamente así? Esta es la pregunta a la que pretendemos dar respuesta en el epígrafe correspondiente del bloque de resultados.



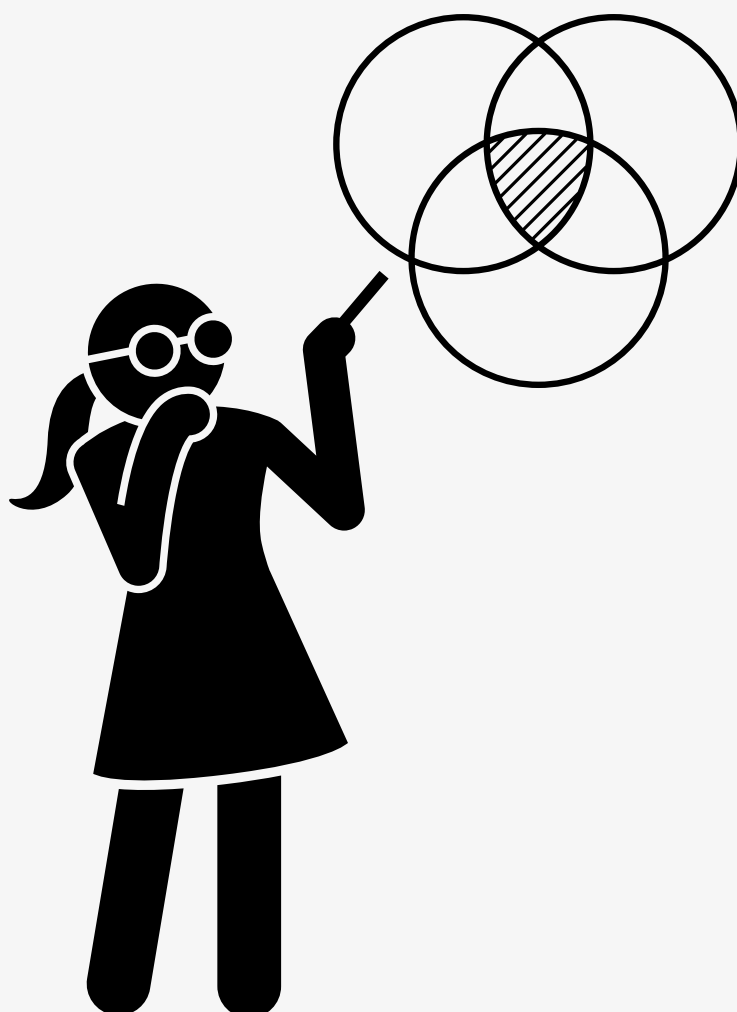
3. RESULTADOS

1. Ser migrante y mujer. ¿Qué conlleva esta doble condición cuando hablamos de acceso a la atención sanitaria?



En casi todos los testimonios recogidos en el desarrollo de esta investigación, los términos tanto “migrante” como “mujer” han constituido factores determinantes en cuanto a acceso a la salud se refiere (con acceso nos referimos tanto al derecho al uso como a un uso digno), aunque con enfoques diferentes, o en relación con diferentes problemáticas derivadas.

Por un lado, la condición de migrante, en un sentido jurídico, es más o menos relevante en función de la situación administrativa que tiene la persona. Lo que parece una realidad inapelable es que con cuanta menor seguridad administrativa cuenta la persona, mayores son las barreras para poder acceder al sistema de salud.



1.2- El idioma

Otro aspecto fundamental y recurrente en forma de barrera limitante para el acceso al sistema de atención sanitaria parece ser el idioma, aunque en diferentes formas, que pretendemos explicar a continuación.

Partimos de un factor relevante: no existe, de manera específica, el reconocimiento del derecho a traductor o intérprete en el ámbito de la atención sanitaria. Sin embargo, sí que existen diferentes normas y leyes que podrían sustentar el derecho de acceso o disposición del mismo.

A continuación, presentamos una serie de ejemplos en este sentido:

- **Artículo 43 Constitución Española:** Establece el derecho a la protección de la salud, lo que implica que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad. Aunque no menciona explícitamente la figura del intérprete, sí refuerza el principio de acceso no discriminatorio, lo que podría incluir la provisión de intérpretes en situaciones donde la comprensión del idioma sea una barrera.
- **Artículo 23 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS):** "Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva."
- **Artículo 12 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (LOEX):** Establece el derecho de los extranjeros a acceder a los servicios públicos, incluidos los servicios sanitarios, en condiciones de igualdad. Aunque no menciona específicamente el derecho a un intérprete, las conclusiones a las que nos lleva este artículo interpretado dentro del marco normativo español, infieren la necesidad de asegurar una comunicación efectiva, especialmente en los casos de personas que no dominan el idioma oficial.

- **Artículo 4 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:** Establece que la información sanitaria debe ser clara y comprensible, adaptada a las necesidades del paciente. Esto, en la práctica, debería incluir la posibilidad de proporcionar intérpretes para superar las barreras lingüísticas y garantizar que los pacientes reciban y comprendan adecuadamente la información que se les proporciona en cuanto a su estado de salud.
- **Artículo 23 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS):** "Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva."
- **Artículo 12 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (LOEX):** Establece el derecho de los extranjeros a acceder a los servicios públicos, incluidos los servicios sanitarios, en condiciones de igualdad. Aunque no menciona específicamente el derecho a un intérprete, las conclusiones a las que nos lleva este artículo interpretado dentro del marco normativo español, infieren la necesidad de asegurar una comunicación efectiva, especialmente en los casos de personas que no dominan el idioma oficial.
- **Normativa Europea y Convenios Internacionales**
 - **Directiva 2011/24/UE sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza:** Aunque se centra en la movilidad de los pacientes dentro de la Unión Europea, la Directiva refuerza el principio de que los pacientes tienen derecho a recibir información clara y comprensible, lo que se extiende a la necesidad de interpretación y traducción en contextos transfronterizos.
 - **Carta Social Europea y Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos:** Ambos documentos consagran el principio de no discriminación y el derecho al acceso a la salud, lo que refuerza indirectamente la obligación de proporcionar servicios de traducción e interpretación, especialmente para garantizar que las personas en situación vulnerable, como los migrantes, puedan acceder a los servicios sanitarios de manera equitativa.
- **Normativa Autonómica:** Algunas comunidades autónomas sí han entrado a valorar de forma explícita la relevancia del derecho a la interpretación en los servicios sanitarios, pero siempre desde una perspectiva voluntaria y poco controlada; algunos ejemplos:

- Comunidad de Madrid: Dispone de programas específicos para la atención a pacientes con barreras idiomáticas en hospitales y centros de salud.
- Cataluña: La legislación y las políticas sanitarias permiten el uso de intérpretes en situaciones que lo requieran, en particular en atención a personas migrantes.

Encontramos también ejemplos de Comunidades Autónomas, como Castilla la Mancha, que regulan la cuestión idiomática y la barrera que representa en cuanto al acceso a sanidad, a través de guías (Guía de Atención a Personas Migrantes (18)) que, con mayor o menor eficacia en términos prácticos, plantean en sus textos e instrucciones cuestiones como "Fomentar la comunicación eliminando las barreras idiomáticas mediante la interpretación lingüística y ayudando a resolver los malentendidos fruto de las diferencias socioculturales entre profesionales sanitarios y pacientes".

- **Jurisprudencia y Recomendaciones Internacionales:** Observamos también cómo, con el paso del tiempo, se ha ido generando jurisprudencia y emitiendo recomendaciones e invitaciones en torno a la cuestión que nos ocupa, como podemos apreciar en la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU , que establece que los servicios de salud deben ser accesibles para todos, lo que incluye la eliminación de barreras lingüísticas, sugiriendo que los gobiernos adopten medidas adecuadas, como la provisión de servicios de interpretación, para garantizar la comunicación efectiva.

Este marco legislativo propicia un espacio de derecho en el que un intérprete puede ser considerado fundamental para una atención sanitaria digna y de calidad. A pesar de ello, son recurrentes los testimonios que acreditan que el lenguaje sigue siendo una barrera para personas no hispanohablantes. Esta barrera se muestra de maneras diferentes en según qué territorios. Por ejemplo, en Madrid, se plantea como un problema de disfuncionalidad o resistencias por el personal sanitario para el acceso. De manera concreta, por parte de una profesional del ámbito social, se traslada esta problemática:

"La mayoría de usuarios/as en la Comunidad de Madrid, tanto en consultas de primaria como de especializada/hospitalaria nos enfrentamos a problemas con el servicio de traducción telefónica de la CM. Las dificultades a destacar son las siguientes:

- *Resistencia de los/as profesionales sanitarios a la hora de llamar al teléfono en la propia consulta. Les dicen que tienen que solicitarlo antes en admisión. Muchas veces, acuden antes a admisión y tampoco resuelven.*

- *El teléfono muchas veces no funciona*
- *Cuando intercedemos desde la entidad, bien sea contactando con admisión o con UTS de las distintas zonas, muchas veces se nos indica que debemos poner nosotras a la intérprete, que eso facilitaría el trabajo. Entendemos que no es nuestra organización quien tiene que poner el intérprete, ya que las personas usuarias no tienen por qué tener el seguimiento médico vinculado a la entidad y que cuando finalizan tiempo en nuestro programa, si no han adquirido el nivel correspondiente para realizar la cita en castellano, van a seguir precisando este servicio que es público y les corresponde por derecho.”*

Es decir, se cuenta con el registro de testimonios de personas migrantes no hispanohablantes que cuentan que se les ha denegado el servicio de teletraducción en la Comunidad de Madrid, instando a que sea una ONG que acompaña el caso quien aporta el intérprete. Este aspecto resulta llamativo porque la Comunidad de Madrid contrata, a través de concurso público, a una empresa privada específicamente para brindar el servicio de teletraducción. Según la página web de la comunidad de Madrid: “El Servicio de Teletraducción para usuarios no hispanoparlantes ofrece cobertura a todos los dispositivos de Atención Primaria: centros de salud, consultorios locales, Puntos de Atención Continuada, así como también para la Atención Domiciliaria, y está disponible las 24 horas del día los 365 días del año.”(19).

Según el portal de transparencia de la Comunidad de Madrid, este servicio tiene un coste de 82.764 euros para tres años de servicio, como decíamos, a través de una empresa privada. (20).

También hemos podido encontrar testimonios de personas migrantes no hispanohablantes que aseguran no haber recibido apoyo por parte de los profesionales sanitarios en sus primeros contactos con el SNS, no pudiendo hacer uso de manera adecuada de una atención sanitaria digna hasta que han comenzado a manejar el idioma.



Era muy difícil contactar con los médicos porque no hay traductores. Yo he intentado utilizar un poco el inglés. Eso me ha ayudado, pero también era un poco difícil el primer año, muy, muy, muy difícil entender al médico y también que el médico nos entienda. La falta de traductores ha sido muy difícil.



Mujer migrante

Por otro lado, encontramos testimonios que narran otras realidades, también constitutivas de barreras para el acceso. En la comunidad autónoma de Canarias, el usuario no hispanoparlante encuentra con frecuencia un cartel en los centros de salud que indica que no cuentan con intérprete, que debe ser la persona quien lo lleve.

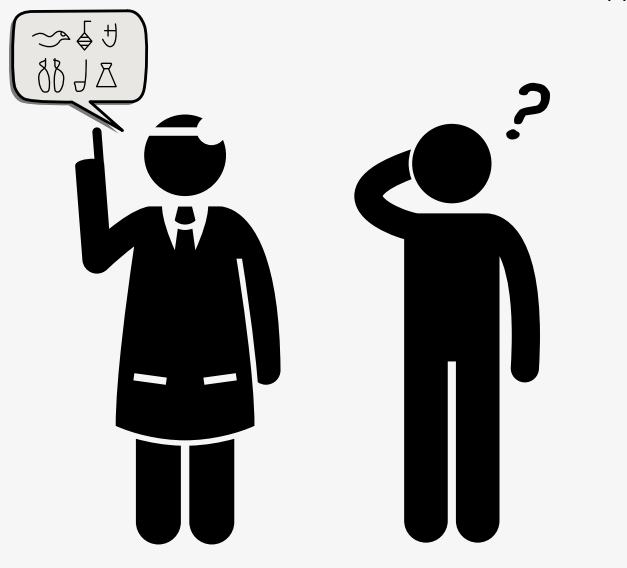
“ **...Nos encontramos un papel en el centro de salud que pone: no hablamos tu idioma, trae tu traductor y lo pone en diferentes idiomas** ”

Profesional ámbito social



“ **Cuando vas al médico y te está contando que te pase algo, la obligación de que tú te enteres como paciente es del médico, no del paciente de enterarse, no en un Estado de Derecho** ”

Profesional ámbito social



1.3- Ser mujer además de ser migrante en situación de vulnerabilidad

La condición de mujer como aspecto multiplicador de riesgos, violencias y vulnerabilidades no es algo que se comienza a manifestar cuando una mujer migrante intenta acceder al sistema de atención sanitaria, sino que se trata, como decíamos previamente, de un aspecto transversal. La desigualdad de género sufrida por las mujeres, en este caso también migrantes, es algo ya cimentado en sus vidas, por lo que es necesario destacar que existe una situación de desigualdad ya previa al intento de acceso al SNS.



“Por un lado está la cuestión de que, en general, ya las mujeres migrantes tienen no un nivel de discriminación mayor. O sea, que ya llegan con múltiples problemas, en parte porque cargan ellas con multitud de trámites donde reciben discriminación: Empadronamiento, cole, etcétera, o que están solas, o que trabajan internas y no tienen tiempo de ir al médico...”



Profesional género y migraciones

Pero la condición de mujer es algo que sigue poniendo de manifiesto diferencias cuando hablamos de asistencia sanitaria. La devaluación o denegación de la atención a aspectos que afectan exclusivamente a las mujeres ha sido una constante en estos últimos doce años. Como veíamos en los apartados anteriores, ha habido un claro y objetivo deterioro de todo lo relativo a los servicios ginecológicos.

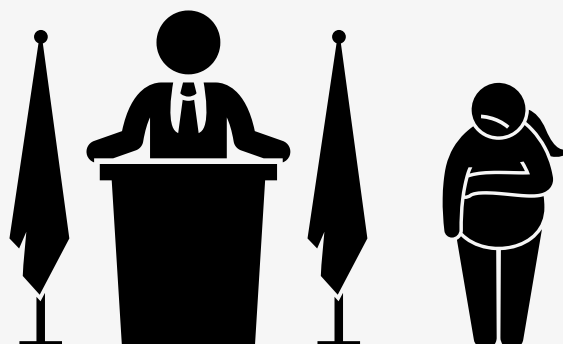
Por otro lado, algunas situaciones como las de embarazo, parto o menores, quienes se encuentran de manera más habitual bajo el cuidado de mujeres, han sido consideradas como excepciones a las que debe brindárseles protección independientemente de su situación administrativa. Pero encontramos en este caso otra casuística, y es que a nivel autonómico se dan también escenarios de desprotección de este tipo de situaciones, a raíz de la libre interpretación de la norma y la no especificación de esas “excepciones” en el Real Decreto Ley 7/2018.



Comunidades Autónomas como Madrid, que utilizaron el hecho de que en el (RDL) 7/2018 del PSOE no aparecieran las excepciones explícitamente para excluir a la gente. Cero protección especial, tienes que pasar por las unidades de tramitación exactamente igual.



Profesional género y migraciones



2. El derecho a la salud como herramienta política. La politización de la salud



Si bien el derecho a la salud debe representar uno de los pilares fundamentales de una sociedad justa y equitativa, en el contexto español el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha convertido en una cuestión intensamente politizada. Desde principios del siglo XXI, España ha experimentado una serie de reformas que han transformado el acceso a la atención sanitaria, a través de las cuales pudiera ser entendible que desde el marco político el derecho a la salud no solo se percibe como un derecho, sino también como un instrumento político y de gestión migratoria.

Para afirmar esto nos basamos en analizar qué gobiernos ostentaban el poder en el momento de los cambios legislativos más relevantes. Sin necesidad de hacer un recorrido exhaustivo se puede afirmar con rotundidad que los gobiernos más conservadores han traído reformas mucho más excluyentes, gobiernos más progresistas han desarrollado reformas más inclusivas.

Partiendo pues de la evidencia de una politización de la salud, a partir de los resultados ponemos especial atención en dos aspectos: la burocratización y el crecimiento y enraizamiento de discursos de evidente corte xenófobo, como el relativo al término “turismo sanitario”, cuya implantación es absoluta en el debate político, no así tanto la claridad de la existencia del fenómeno.

2.1- Burocratización

La dificultad para el acceso a la atención sanitaria no solo depende de la complejidad de la norma y de la situación administrativa de la persona. Son múltiples los testimonios, tanto de profesionales como de mujeres migrantes, que hablan de la dificultad del trámite. Por supuesto, agrandada por factores como la brecha digital y el contraste cultural.



Pues que es muy difícil para ellos, es hacer los trámites online y encima en español. Es que es muy difícil



Mujer migrante voluntaria para el apoyo a personas migrantes

Bajo el término burocratización encontramos de nuevo el mismo problema que hemos comentado en puntos anteriores: el acceso a la atención sanitaria dependerá de la situación administrativa de la persona, no de cómo sea su estado de salud. Entender el entramado burocrático en torno a la propia situación administrativa, qué significa, cómo afrontarlo, qué trámites realizar dependiendo de si tu situación es una u otra... Todo este sumatorio de factores constituyen un escenario de enorme complejidad, en muchos casos inabarcable si además sumamos otras posibles realidades, como pueda ser la precarización laboral y todo lo que conlleva, la responsabilidad del cuidado de los hijos, especialmente condicionante en el caso de mujeres migrantes etc.

2.2- Cuando se instaura un discurso falaz y con tintes xenófobos. El falso “turismo sanitario”

Todas estas modificaciones legislativas, todas estas barreras implantadas y complejizadas durante más de diez años han estado acompañadas, bajo una función cimentadora, por un término muy concreto: el llamado “turismo sanitario”.

Este concepto hace alusión al uso ilegítimo de nuestro sistema de salud por parte de personas extranjeras, que en teoría se aprovechan de un sistema de salud aperturista poniendo, supuestamente, al SNS en un estado de insostenibilidad económica.

Lo cierto es que este término se ha utilizado para reforzar cambios legislativos que a quien más han afectado ha sido a las personas irregulares y quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad pero, por otro lado, no existe ningún tipo de base empírica de esta problemática.

“ ***Necesitamos hacer un análisis jurídico y sociológico de cómo se ha ido introduciendo el término “turismo sanitario” en leyes, en normativas y en instrucciones, porque no es simplemente como algo que nos sobrevuele es que ya está en algunos textos, lo cual es todavía más preocupante, porque institucionaliza algo que no tiene base empírica, o sea, no hay base empírica para hablar de turismo sanitario como un fenómeno que se pudiera identificar.*** ”

Profesional en el ámbito de la antropología

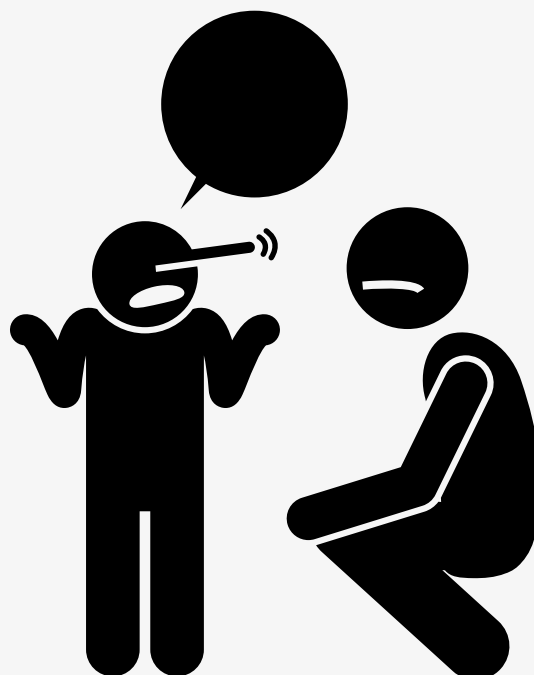
Todas estas modificaciones legislativas, todas estas barreras implantadas y complejizadas durante más de diez años han estado acompañadas, bajo una función cimentadora, por un término muy concreto: el llamado “turismo sanitario”. Este concepto hace alusión al uso ilegítimo de nuestro sistema de salud por parte de personas extranjeras, que en teoría se aprovechan de un sistema de salud aperturista poniendo, supuestamente, al SNS en un estado de insostenibilidad económica. Lo cierto es que este término se ha utilizado para

reforzar cambios legislativos que a quien más han afectado ha sido a las personas irregulares y quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad pero, por otro lado, no existe ningún tipo de base empírica de esta problemática.

Por otro lado, en lo que respecta a la situación de mujeres migrantes, existen diversos mensajes alarmistas, que se repiten a lo largo de los años. Ponemos especial atención en el supuesto fenómeno de que mujeres marroquíes cruzan la frontera con el único objetivo de dar a luz, para no hacerse cargo de los gastos derivados. Ya en el 2012, por supuesto con el marco de la reforma de ley presente, la Senadora del PP por Ceuta, cifraba este gasto entre 2004 y 2009 en 7 millones de euros para las arcas públicas españolas. Esto, además se acompañaba ya entonces de la idea de que estas personas eran introducidas por mafias (21). Datos muy similares se encuentran en el discurso político en diferentes momentos en los años posteriores.

Lejos de negar o afirmar que existan mujeres que buscan una asistencia sanitaria más segura en un momento tan vulnerable como es dar a luz, merece poner la atención en la criminalización y estigmatización que este discurso fomenta.

Independientemente de la realidad o no de las cifras, ningún dato respalda que la sostenibilidad económica del SNS esté en riesgo por el uso que de él hacen personas extranjeras en situación de vulnerabilidad. Siendo así, resulta tremendamente preocupante que sean las personas vulnerables quienes están en el centro de las miradas y en el centro de las consecuencias más negativas en los procesos de reforma de ley.



3. La opacidad de la norma. Más de diez años de complejización y cimentación de la inaccesibilidad a la atención sanitaria



Con este bloque pretendemos poner la mirada en uno de los aspectos que consideramos fundamentales en esta investigación, algo que hemos decidido denominar como "opacidad de la norma". Pretendemos referirnos así a un fenómeno muy específico: el conjunto de acciones y gestiones llevados a cabo por la administración pública en relación a la creación o modificación de nuevas normativas, que influyen en el acceso a la atención sanitaria y que termina convirtiéndose en una barrera, a menudo infranqueable, de cara al acceso a la información legislativa que atañe a la persona.

La existencia de este conjunto de acciones está contrastada por tres vías:

- Profesionales del ámbito social y sanitario, que alegan haber lidiado con reformas normativas no accesibles de manera pública.
- Mujeres migrantes, que aseguran haber vivido como muy difícil el acceso a información clave relativa a su acceso a la atención sanitaria.
- Ejemplos objetivos de estas reformas normativas, no accesibles de manera pública.

Esta opacidad, a través de cambios normativos que se han llevado a cabo de manera interna y no accesible para la ciudadanía, no se ha dado en todas las comunidades autónomas. Es decir, las diferencias territoriales en este sentido han sido, de nuevo, un factor tremendamente relevante en lo que a acceso a la salud se refiere.

Este aspecto resulta importante en varios sentidos, pero especialmente en lo referido al derecho al acceso a la información legislativa que atañe a la persona, amparado, entre otros, por el artículo 9.3 de la Constitución Española sobre los principios del Estado de Derecho, bajo la garantía de la publicidad de la norma. La transparencia, un principio clave en el que se cimenta la legislación en cuanto al acceso a información pública (Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno), también exige que los cambios normativos sean fácilmente accesibles.

La desobediencia de este marco jurídico pues, ha sido algo que ha tenido lugar de manera sistemática, como hemos podido corroborar a través de haber podido cotejar múltiples documentos emitidos por organismos públicos encargados de la gestión autonómica del SNS, que afectan de manera directa a la población migrante. Esto, según testimonios de profesionales entrevistados, ha sucedido en dos sentidos:

- **Normativas, comunicaciones o circulares internas destinadas a la denegación del derecho al acceso por factores no contemplados hasta la fecha:** Esto ha conllevado que a la persona en cuestión, tal vez amparada por el marco legislativo hasta el momento vigente, se le deniega el acceso a la atención sanitaria. Esta casuística conlleva la necesidad de un acompañamiento individualizado, a veces inasumible, lo que suele derivar en que la persona acaba siendo víctima de una exclusión sanitaria por motivos no contrastables.
- **Normativas, comunicaciones o circulares internas destinadas a la ampliación del derecho al acceso por factores no contemplados hasta la fecha:** en ocasiones, entes administrativos encargados de la gestión del acceso al SNS han decidido afianzar el acceso a la atención sanitaria para personas en situaciones concretas. La problemática que se ha dado en ese caso es que nunca llegan a publicarse. Es decir, es imposible que las personas que ahora tienen un derecho de acceso al SNS reconocido, lo sepan.

El acceso a esta información por parte de profesionales del ámbito social, así como activistas por el derecho a la salud y personas voluntarias de colectivos ciudadanos comprometidos con esta causa, ha sido posible mayoritariamente gracias a la implicación de personal sanitario en estos grupos de acción política o que han colaborado con diversas organizaciones sociales, siendo esta la única vía para conocer esta información.

4. La importancia de la individualidad en lo que debería ser sistémico



En este apartado se pretende concretar un concepto presente en prácticamente todas las entrevistas que se han desarrollado; la individualidad es un elemento que rige, en multitud de casos, si una persona puede acceder o no a la atención sanitaria.

Esta individualidad emana, según dichos testimonios, de una multiplicidad de factores, aunque hay dos que se repiten con asiduidad:

- La falta de claridad en la normativa, abre un escenario idóneo para la interpretación personal.
- El desconocimiento por parte de las personas encargadas de otorgar el derecho de acceso de la gran responsabilidad que supone la concesión o denegación del mismo, aspecto al que en ocasiones pueden sumarse también una serie de prejuicios como elementos que, en conjunción con el punto anterior, configuran un tipo de “telón de acero” entre la persona migrante que busca una atención sanitaria y el propio SNS.



Están los “guardianes de la puerta”, ese espacio de discrecionalidad tan grande que ha generado la ley, en el que se da a personas que están haciendo un trabajo que no tiene que ver con eso, el poder o el “marrón” si quieres, de tener que decidir sobre situaciones así.

Profesional en el ámbito de la antropología



La individualidad basada en estos dos puntos se manifiesta como elemento limitante en varias formas, según los testimonios recogidos:

- La individualidad basada en la persona responsable de conceder o denegar el acceso.
- La individualidad para el acompañamiento desde organizaciones y colectivos sociales.
- Las diferencias territoriales y la escasa claridad normativa.

Pretendemos detallarlas a continuación:

4.1- Individualidad para conceder el acceso. La interpretación del sujeto

¿No debería una norma o ley que regula el acceso a la atención sanitaria ser lo suficientemente concreta como para que no haya cabida para la interpretación? Esta pregunta resulta inevitable tras escuchar la visión y vivencia de diversas profesionales del ámbito sociosanitario.

Según los testimonios recogidos, las barreras de acceso suelen presentarse desde los primeros instrumentos o entes instaurados para la concesión del mismo, es decir, durante los primeros pasos que debe dar una persona para la solicitud de acceso al SNS.

Estas tienen diversas formas. Por ejemplo, en Madrid, en el año 2021 se pusieron en marcha las conocidas como "Unidades de Tramitación". Se trata de siete unidades encargadas de la gestión de las solicitudes de acceso a la atención sanitaria de personas en situación irregular en la Comunidad de Madrid. Según la propia Comunidad de Madrid, en un comunicado en 2021: *"Con esta actuación se pretende impulsar una gestión ágil y cómoda para los solicitantes de acceso sanitario público mediante una atención individualizada y personalizada a cada extranjero, en su propio idioma, dado que se dispone de Servicio de Teletraducción."*(22).

El resultado real ha sido bien distinto. Uno de los problemas principales de estas Unidades de Tramitación es que se dan demoras de meses para la concesión de una cita, lo que puede derivar en problemas realmente graves para personas que requieren de una atención sanitaria urgente.

Se recoge también de manera generalizada por parte de profesionales lo relevante que resulta quién es la persona que te atiende en estas Unidades de Tramitación, así como en el resto de entes administrativos encargados de la gestión en otras comunidades autónomas.

Esto se debe a diferentes motivos: en algunos casos se percibe que existe un desconocimiento del marco normativo que envuelve el acceso al SNS. En otros casos, personas solicitantes dicen haber percibido una actitud prejuiciosa o poco respetuosa. Es también frecuente, según el testimonio de profesionales, que personas solicitantes se hayan sentido cuestionadas por las personas que les han atendido, bajo la idea de que su presencia en España puede deberse a ese "turismo sanitario", del que hablábamos anteriormente:

“

“...la parte de sentirse que están observadas como si estuvieran en la policía, o sea, como si estuvieran en extranjería, haciéndoles preguntas todo el rato para intentar sacar que es un caso de turismo sanitario, de una situación que debería ser: cojo tu documentación, la tramito y te reconozco el derecho. Si cumple requisitos, ya está, cumplo la ley, no te tengo que estar contando más.

”

Profesional del ámbito social

Actualmente, colectivos sociales miran con preocupación determinadas informaciones de que se pretenden replicar las citadas Unidades de Tramitación en diferentes autonomías.

Por parte de mujeres migrantes que hablan en primera persona, como de profesionales, en todas las entrevistas, a excepción de una (mujer migrante) alegan haber sufrido o ser conocedores/as de situaciones discriminatorias basadas en prejuicios del profesional sanitario, de carácter racista o xenófobo. Estas situaciones han derivado en una denegación de servicio o deterioro de la calidad del mismo.

“

Depende de quién te

toque.

”

Esta frase ha aparecido hasta en cinco ocasiones en las entrevistas realizadas, tanto por parte de profesionales como voluntariado y de mujeres migrantes



4.2 Individualidad para el acompañamiento. El desgaste de profesionales y de quien se solidariza

Un factor generalizado desde la experiencia profesional y del voluntariado ha girado en torno a que, a pesar de que el acceso a la atención sanitaria debería ser algo claramente definido, cada caso conlleva una estrategia individual, una forma particular de defensa desde lo legal, debido a la escasa claridad de la norma, lo que conlleva un desgaste a profesionales y personas voluntarias implicadas en este ámbito.

Esta individualidad depende de los siguientes factores:

- Los posibles cambios normativos que hayan podido tener lugar en la comunidad autónoma en la que tiene lugar el caso en cuestión.
- La particularidad de cada centro de atención sanitaria en cuestión. Dada la posible influencia que puede darse en la situación de parte de las personas encargadas de otorgar o denegar el derecho de acceso, la forma de intentar solventar la situación varía. Las estrategias generales han ofrecido resultados poco útiles.

4.3 Las diferencias territoriales y la escasa claridad normativa

Una de las consecuencias que parece estar presente de manera recurrente es, como mencionábamos en puntos anteriores, la inseguridad jurídica de la persona, la cual persiste en muchos casos debido a la falta de armonización entre territorios en cuanto a los criterios de acceso, así como a aspectos normativos poco precisos y contradictorios entre normativas nacionales y autonómicas, generando un sistema en el que la diferencia entre formar parte del mismo o no, puede llegar a depender de la interpretación local y puntual de ese compendio normativo.

Si atendemos a la jurisprudencia constitucional, nos encontramos con sentencias como la STC 139/2016, que reconocen que el derecho a la sanidad es de configuración legal y, por lo tanto, modulable en torno a requisitos normativos. Esta condición implica que la exclusión de determinados colectivos, independientemente de la vulnerabilidad de los mismos, no es inconstitucional siempre que exista una base legal que respalde la exclusión en cuestión. Sin embargo, estas decisiones sí han sido criticadas desde una perspectiva internacional (23) y enfocada desde el prisma de una perspectiva ligada a los derechos humanos, puesto que limitan el acceso a un derecho que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el PIDESC (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales

Culturales) se plantea como de vocación universal, ya que se reconoce el derecho de toda persona a gozar del nivel más alto posible de salud, sin importar circunstancias como estatus migratorio/administrativo, poder adquisitivo o nacionalidad.

En definitiva, el marco legal y administrativo que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud en España presenta una estructura opaca y compleja, con desigualdades de acceso entre territorios en función de cuestiones como la disponibilidad de citas para presentar solicitudes de protección internacional, dificultades en cuanto al acceso a padrones municipales y dificultades en términos burocráticos en torno a los procedimientos de acceso al documento de asistencia sanitaria en cuestión; desigualdades que pueden llegar a cimentar la inaccesibilidad para una parte de la población migrante.



5. Un momento clave: qué podemos esperar en el futuro cercano



Como decíamos en la introducción, 2024 puede ser un momento muy relevante en cuanto a los derechos de acceso a la salud de mujeres migrantes en España, así como para el resto de la comunidad migrante en el país.

El proyecto de ley del Ministerio de Sanidad que pretende volver a un escenario de universalidad mantiene a todas las organizaciones sociales pendiente de posibles novedades.

Varias organizaciones especializadas en el ámbito del derecho a la salud reconocen haber tenido el espacio de comunicación con el Ministerio para poder trasladar opinión y propuestas, aunque cerca de cerrar el año, aún no se sabe cuáles de estas modificaciones entrarán a formar parte de la ley y cuáles no.

A hora y fecha de redacción de estas líneas, no hemos vuelto a tener noticias sobre el Proyecto de Ley (noviembre de 2024) pero la visión generalizada parece ser de cierto recelo e inseguridad.

Recelo, por un lado, por conocer cómo el gobierno históricamente interioriza las propuestas de mejora realizadas por parte de múltiples colectivos sociales, ente fundamental a la hora de conocer a quién deja verdaderamente fuera la ley. Inseguridad, por otro lado, por este término de extendido uso: la “aritmética parlamentaria”. La composición del gobierno en cuanto a diversidad de voces políticas se refiere es más compleja que nunca, por lo que se estima que no será fácil que una ley especialmente aperturista en lo que a acceso a la salud se refiere, se abra camino.

Por otro lado, cabe preguntarse si el planteamiento de la propuesta es realmente universalista, mientras que el Proyecto de Ley de universalidad tiene la intención de garantizar un acceso equitativo al SNS, la realidad material puede presentar obstáculos significativos. Las trabas burocráticas y las diferencias en la aplicación entre territorios son factores clave que pueden limitar la efectividad de la ley, especialmente para las personas migrantes en situación irregular.

Somos plenamente conscientes de que han quedado por tocar infinidad de temas relevantes en cuanto al derecho a la asistencia sanitaria de las mujeres migrantes en España. En este bloque de resultados hemos pretendido dos cosas:

1. Recoger todas aquellas afirmaciones, vivencias o realidades con las que nos hemos topado de manera repetida en el proceso investigador.
2. Generar un contenido que sume a la ingente cantidad de conocimiento, tremendamente necesario, generado por organizaciones y colectivos en el ámbito de estudio.

Por ahora seguimos con la mirada puesta en el futuro, sin olvidar el presente.



6. Conclusiones



A partir de la información presentada hasta ahora en los diferentes bloques del informe, planteamos algunas conclusiones que consideramos relevantes:

El derecho a la salud está gravemente politizado.

Somos conscientes de la obviedad nuestra afirmación. También somos conscientes de que gran parte de nuestros derechos están politizados, pero cuando hablamos de salud merece la pena no dejar nada sin señalar. España se autodefine y es reconocida en el marco de la Unión Europea como un Estado de Derecho. Teniendo en cuenta la definición de esta categoría, debería ser implanteable que la salud sea un derecho accesible o no dependiendo de la situación administrativa de la persona.

La salud ha sido instrumentalizada en la vida política del país, habiéndose utilizado como un medio para alimentar narrativas xenófobas, así como para justificar la exclusión de ciertos grupos poblacionales.

Las mujeres se ven obligadas a enfrentar una situación aún más compleja.

La sobrecarga en responsabilidades, el mayor riesgo a sufrir las diversas violencias dirigidas a las mujeres y la misma construcción de roles en base al género complejiza aún más disponer de una atención a la salud digna y de calidad, más aún si dicho derecho se encuentra soterrado bajo esa politización y exclusión que venimos detallando.

No olvidemos además la innegable presencia de sesgo por género y sexo presente en la ciencia y la investigación. ¿En qué lugar queda la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes si quedan en un lugar secundario en materias de investigación y además burocratizamos o blindamos el acceso a la atención?

Las organizaciones y colectivos sociales salvan a cientos de personas de la desatención sanitaria

Decenas de organizaciones sociales implementan proyectos de acompañamiento para el acceso a la salud. De aquí derivan dos puntos fundamentales:

- Las organizaciones y colectivos sociales son las responsables de dignificar y proteger nuestro entorno social, el de todos y todas, a partir de la atención y acompañamiento ofrecidos a miles de personas en la última década.
- La mera existencia de estas organizaciones y proyectos, muchos de ellos con cargo a fondos públicos, evidencia que nuestro Sistema Nacional de Salud es, de una manera u otra, excluyente y deja a gente fuera. La desatención es innegable.

El turismo sanitario es una falacia

No existe prueba alguna de que el turismo sanitario exista.

No existe un acceso libre a la información legislativa que atañe a las personas migrantes

Podríamos hablar de una ocultación casi sistémica de información normativa relevante en relación al reconocimiento del derecho al acceso al SNS de las personas migrantes en nuestro país.

Nuestro Sistema Nacional de Salud es excluyente

Cientos y cientos de personas no cuentan con el derecho reconocido a una atención sanitaria, viéndose abocadas a un escenario de deterioro de su salud, marginalidad e incertidumbre.

La sostenibilidad económica del SNS no depende de ofrecer o no atención sanitaria a las personas migrantes en situación administrativa irregular

Este planteamiento, que ha servido de marco para la implantación de nuevas leyes que rompen con el principio de universalidad del SNS, no ha estado nunca suficientemente fundamentado.

7. Recomendaciones y propuestas de mejora



Nos atrevemos en este apartado a realizar algunas recomendaciones y propuestas que esperamos que puedan aportar en la defensa por el derecho a la salud. Nos parece relevante señalar en este punto que desde Asociación Progestión defendemos la existencia de un Sistema Nacional de Salud público, pero universal, para todas y todos, independientemente de su situación administrativa. Consideramos que no podemos defender la idea de que España es un Estado de derecho si en este territorio hay personas cuyo acceso a la salud no está reconocido.

Comenzando con las recomendaciones, consideramos también que deben ser diferentes según a quien vayan dirigidas. Siendo así, nos dirigimos de manera diferenciada a personas migrantes, organizaciones sociales y personal de la administración pública.

A personas migrantes:

Si tienes alguna duda sobre tus derechos de acceso a la asistencia sanitaria puedes ponerte en contacto con nuestro equipo profesional a través de nuestra página web www.progestion.org, en la pestaña "Contacto".

Si desde tu centro de salud, hospital u otro organismo recibes una respuesta negativa, te aconsejamos lo siguiente:

- Si es en un centro de salud, solicita hablar con el trabajador social del centro. Tienes derecho a hacerlo, ya sea en ese momento o a través de una cita.
- Consulta con una organización social especializada en el ámbito, ya sea Asociación Progestión u otra que conozcas.

A organizaciones sociales:

Muchas de las organizaciones especializadas en salud cuentan con un recorrido y una experiencia a la que poco podemos aportar. Al mismo tiempo, son muchas las organizaciones que se encuentran, entre las personas beneficiarias de sus recursos, casos de denegación de atención sanitaria, a pesar de no ser su especialidad. Especialmente a

esos casos señalar el compromiso de las múltiples organizaciones que trabajamos en este ámbito para ofrecer el apoyo necesario que pueda ser de utilidad, nos ponemos a disposición.

Por otro lado, os invitamos a formar parte de las múltiples redes de trabajo conjunto entre organizaciones y colectivos que existen a lo largo y ancho del territorio español. Para seguir trabajando por un acceso a la atención sanitaria universal, es necesario llevarlo a cabo desde lo colectivo.

A trabajadores y trabajadoras del ente público:

Consideramos que en diversas ocasiones hay personas en las que se deposita una responsabilidad que no les corresponde. Determinar si alguien puede acceder o no a la atención sanitaria es algo que debe ser determinado por la ley, no obligarte a que lo interpretes. Si te encuentras en esta posición y alguna vez tienes dudas, te invitamos también a formar parte de esas redes de trabajo que existen en muchas ciudades de España.

Cerramos el informe con nuestras propuestas de mejora:

Necesidad de un marco normativo unificado

La existencia de normativas dispares entre comunidades autónomas crea una situación de desigualdad en el acceso a la salud. Es esencial establecer un marco normativo nacional que garantice el acceso equitativo a la atención sanitaria para todas las personas, independientemente de su estatus migratorio o lugar de residencia. Esto podría incluir la revisión y armonización de las leyes autonómicas.

Formación y sensibilización del personal sanitario

La capacitación de profesionales de la salud en temas de diversidad cultural, género y derechos humanos es crucial. Las políticas deben fomentar programas de formación continua que incluyan la mediación intercultural y la sensibilidad hacia las necesidades específicas de las mujeres migrantes, asegurando que reciban un trato justo y adecuado en todos los niveles de atención.

Servicios adaptados a las necesidades de los colectivos

Las políticas públicas deben incluir el diseño y la implementación de servicios de salud específicos para abordar las necesidades de colectivos cuya condición conlleve una mayor exposición a riesgos, como puede ser el caso de las mujeres migrantes. Además, se debe asegurar que haya servicios de traducción y mediación disponibles para facilitar la comunicación entre las pacientes y los profesionales de la salud.

Acceso a información clara y accesible

Muchas mujeres migrantes carecen de información sobre sus derechos y sobre los servicios sanitarios disponibles. Las políticas públicas deben incluir campañas de sensibilización y educación que proporcionen información clara y accesible, en múltiples idiomas, sobre cómo acceder a la atención sanitaria y los derechos que les asisten. Esto podría incluir la creación de recursos digitales y en papel, así como talleres comunitarios o cualquier otro medio que facilite el acceso a la información.

DEDICADO A AQUELLAS PERSONAS VOLUNTARIAS, TRABAJADORAS Y
TRABAJADORES DE CENTROS DE SALUD U HOSPITALES QUE APOSTARON POR
BUSCAR LA FORMA DE QUE QUIEN LO NECESITA, RECIBA UNA ATENCIÓN
SANITARIA, A TODAS VOSOTRAS Y VOSOTROS, QUE INCANSABLEMENTE DECIDÍS
IMPLICAROS POR LA DEFENSA DE UN DERECHO A LA SALUD UNIVERSAL, CON
TODO LO QUE CONLLEVA, **GRACIAS. SEGUIMOS.**



BIBLIOGRAFÍA.

1. Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad.
<https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/multiDiscriminacion/mujeresMigrantes/home.htm>
2. Prats, Jaime y de Benito, Emilio. (20 abril 2012) El Gobierno restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes irregulares. *El País*. <https://www.direccion.de/recuperacion-para-el-lector/>
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad de «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de «BOE» núm. 128, de 29/05/2003.
5. Decreto 4/2021, de 20 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.
6. La Moncloa. (20 abril 2012) El Gobierno aprueba medidas para racionalizar el gasto en Educación y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. La Moncloa.
<https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/paginas/2012/200412-consejo.aspx?galv2r=5>
7. Defensor del Pueblo. (2012) Resumen Informe Anual
8. ONU. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
9. United Nations General Assembly. (31 January 2020) Draft report of the Working Group on the Universal Periodic Review. Spain
10. Margarita Lema Tomé. (2013). La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular
11. Directiva 2001/55/CE del Consejo, de 20 de julio de 2001, relativa a las normas mínimas para la concesión de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas y a medidas de fomento de un esfuerzo equitativo entre los Estados miembros para acoger a dichas personas y asumir las consecuencias de su acogida.
12. Pleno. Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Límites de los decretos-leyes, derecho a la salud y competencias sanitarias, derecho a la protección de datos de carácter personal: nulidad del precepto legal que remite en blanco al reglamento la determinación del nivel de ingresos que no deben superar quienes, sin tener vínculo alguno con el sistema de Seguridad Social, aspiren a acceder a la condición de asegurados. Votos particulares.
13. Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicas las «Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengas residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria».

BIBLIOGRAFÍA.

14. «DOGC» núm. 5495, de 30/10/2009, «BOE» núm. 276, de 16/11/2009
15. Yo Sí Sanidad Universal (3 de noviembre de 2019. Actualizado el 30 de julio de 2020) Atención sanitaria a personas solicitantes de asilo. <https://yosisanidaduniversal.net/conseguir-asistencia/si-soy-solicitante-de-asilo>
16. Proyecto de Ley 121/000021 Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud.
17. Plaza Casares, Sara. (14 de mayo de 2024). El Gobierno aprueba un proyecto de ley para volver a la sanidad universal. <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/gobierno-aprueba-un-proyecto-ley-volver-sanidad-universal>
18. Peña Ruiz, Ignacio. Norman, Francesca. Pérez Molina, José Antonio. Gullón Peña, Beatriz. Chamorro Tojeiro, Sandra. Crespillo Andújar, Clara. Corbacho Loarte, M^a Dolores. Arcas Noguera, Cristina. Monge Maíllo, Begoña. Moreno Fernández, Laura. Aichner, Harald. Corral Aller, Martina. (2024) Guía de Atención a Personas Migrantes: Mediación Sanitaria Intercultural. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20241002/guia_de_atencion_a_personas_migrantes.pdf
19. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Madrid Salud. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/servicio-teletraduccion>
20. Portal de la contratación pública de la Comunidad de Madrid. <https://contratos-publicos.comunidad.madrid/contrato-publico/servicios-interpretacion-telefonica-tiempo-real-traduccion-documentos-vinculados>
21. EFE (11 de junio de 2012) Una senadora del PP propone retirar el pasaporte a las marroquíes que den a luz en Ceuta <https://www.rtve.es/noticias/20120611/senadora-pp-propone-retirar-pasaporte-a-marroquies-den-a-luz-ceuta/534724.shtml>
22. Comunidad de Madrid. (12 de noviembre de 2021). La Comunidad facilita el acceso a la sanidad pública a extranjeros en situación irregular. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/11/12/comunidad-facilita-acceso-sanidad-publica-extranjeros-situacion-irregular>
23. Pleno. Sentencia 139/2016, de 21 de julio de 2016. Recurso de inconstitucionalidad 4123-2012. Interpuesto por el Parlamento de Navarra en relación con diversos preceptos del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2016-7904>

Asociación Progestión
Investigación

