



La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular

Margarita Lema Tomé

Asociación Derecho, Laicidad y Libertades
margalema8@hotmail.com

Resumen

El Real Decreto-ley 16/2012 modifica radicalmente el régimen del derecho a la salud en España, al limitar la titularidad de éste a una condición administrativa y dejar, por lo tanto, sin cobertura sanitaria gratuita a los inmigrantes en situación administrativa irregular. El presente artículo analiza esta reforma a la luz de las obligaciones internacionales asumidas por España y explica los argumentos que pueden llevar a considerar al Real Decreto-ley 16/2012 inconstitucional.

Palabras clave

Real Decreto-ley 16/2012, inmigrantes en situación administrativa irregular, derecho a la salud, obligaciones internacionales.

Health care reform in Spain: the situation of undocumented immigrant population

Abstract

The Real Decreto-ley 16/2012 represents a major modification of the legal framework of the right to health in Spain, for the entitlement to the right to health is now subject to certain administrative conditions, and therefore undocumented immigrants are left without free health care coverage. The article analyzes this reform in light of the international obligations assumed by Spain and explains the reasons to consider the Real Decreto-ley 16/2012 unconstitutional.

Keywords

Real Decreto-ley 16/2012, undocumented immigrants, right to health, international obligations.

1. Introducción

Hace algunos meses se aprobó 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*¹. Esta norma supone una modificación radical de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*², en concreto de su artículo 3. El artículo 3 de la Ley 16/2003 hacía referencia a *los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria*, entre los que incluía a los españoles y a los extranjeros. El Real Decreto-ley 16/2012, sin embargo, cambia la redacción de dicho artículo para titularlo “de la condición de asegurado”, por lo que, conforme a la nueva redacción del artículo 3.1, *la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado*.

La condición de asegurado se restringe a cuatro supuestos (artículo 3.2):

a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

El desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012 se produjo pocos meses después, con la aprobación del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud³. Esta norma confirma los supuestos establecidos en el Real Decreto-ley 16/2012 y excluye de la condición de asegurado a las personas extranjeras que carezcan de una autorización en vigor para residir en territorio español⁴.

¹ Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 98, de 24 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.

² BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.

³ BOE nº 186, de 4 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>. Revisado el 22 de septiembre de 2012.

⁴ Los ciudadanos de los países que conforman la Unión Europea, el Espacio Económico Europeo y Suiza que estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros, sí que tendrán la condición de asegurados. Artículo 2.1 y 2.2 del Real Decreto 1192/2012:

“1. A efectos de lo dispuesto en este real decreto, son personas que ostentan la condición de aseguradas las siguientes:

a) Las que se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, (...).

b) Las no comprendidas en el apartado anterior ni en el artículo 3 de este real decreto que, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español.

Como consecuencia de esta nueva configuración, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular pasan a estar excluidas del Sistema Nacional de Salud a partir del 1 de septiembre de 2012⁵. El Real Decreto-ley 16/2012 sólo contempla una excepción: en un añadido al modificado artículo 3 (artículo 3 ter) establece que *los extranjeros no registrados ni autorizados en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. b) De asistencia al embarazo, parto y postparto*. El mismo artículo contempla asimismo que *en todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles*.

En resumen: la nueva norma (Real Decreto-ley 16/2012) supone un giro de 180 grados en la protección universal del derecho a la salud. A partir de ahora la titularidad del derecho a la salud deja de ser universal para estar supeditada a la condición de asegurado, y por lo tanto sujeta al cumplimiento de ciertos requisitos vinculados a la participación en el mercado laboral; como consecuencia se excluye de esta protección a todas aquellas personas no nacionales en situación administrativa irregular, es decir, a los inmigrantes “sin papeles”⁶. La única salvedad a esta regla general queda restringida a tres casos, en los cuales sí se brindará atención sanitaria sin tener en cuenta la condición de asegurado: la atención sanitaria de urgencia, la atención sanitaria a menores de 18 años, y en el caso de las mujeres, recibirán atención sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

El 17 de mayo de 2012, el Real Decreto-ley 16/2012 fue convalidado en el Congreso de los Diputados con los únicos votos a favor del Partido Popular (PP), formación política que ostenta el Gobierno de la nación y la mayoría absoluta parlamentaria desde su victoria en las elecciones generales de noviembre 2011, pero obtuvo el rechazo frontal de toda la oposición⁷. Con motivo de la convalidación de este Real Decreto-ley, la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato, justificó la adopción de esta medida aludiendo fundamentalmente a la necesidad de poner freno al “turismo sanitario”: basándose en un informe del Tribunal de Cuentas (2012) de 29 de marzo, que analiza la gestión de las prestaciones sanitarias en el marco de los reglamentos comunitarios y de los convenios bilaterales de la Seguridad Social suscritos por España con otros países y

2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros.

3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

2. Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.”

⁵ La Disposición transitoria primera del Real Decreto-ley 16/2012 estableció la fecha límite de 31 de agosto de 2012 para poder recibir asistencia sanitaria en España sin tener que acreditar la condición de asegurado.

⁶ El desarrollo reglamentario del Real Decreto-ley 16/2012 tuvo lugar en el mes de agosto de 2012, con la aprobación del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 186, de 4 de agosto de 2012). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>. Revisado el 22 de septiembre de 2012. En este Real Decreto se excluye de la condición de asegurado a aquellas personas que no sean nacionales (españolas) o que no sean nacionales de algún Estado de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza, y carezcan de una autorización para residir en territorio español (véase artículo 2 del Real Decreto 1192/2012).

⁷ El Real Decreto-ley 16/2012 fue convalidado con 178 votos a favor: 177 votos del PP y un único voto de un diputado del Grupo Parlamentario Mixto. El resto de partidos políticos votaron en contra. El resultado de esta votación puede consultarse en: <http://www.congreso.es/votaciones/InvocaReport?sesion=30&votacion=11&legislatura=10>. Revisado el 22 de septiembre de 2012.



que evidenciaba las pérdidas económicas por no facturar a otros países la asistencia médica y farmacéutica, la Ministra alegó que este gasto es producido por *ciudadanos que vienen, se operan, y se vuelven a sus países de origen, siendo el Sistema Sanitario de Salud -español- el que debe hacerse cargo de los gastos.* Según la Ministra, con la nueva regulación se evita *el descontrol que suponía que cualquier persona, sin concurrir los requisitos legales, y por el mero hecho de empadronarse en nuestro país, tuviese derecho a la tarjeta sanitaria* (La Moncloa, 2012). En su intervención, no obstante, insistió en que el Real Decreto-ley *da continuidad a nuestro actual modelo sanitario y avanza para conseguir la universalidad real de la Sanidad para todos los españoles y extranjeros con residencia legal en España.*

2. ¿Un derecho universal?

El Real Decreto-ley 16/2012 no ha cesado de recibir duras críticas desde la sociedad civil, denunciando precisamente la ruptura del carácter universalista del derecho a la salud que supone la nueva regulación, puesto que excluye de plano a un colectivo especialmente vulnerable: la población inmigrante en situación administrativa irregular.

El 16 de mayo de 2012, la víspera de la votación parlamentaria del Real Decreto-ley 16/2012, se publicó una declaración conjunta de 35 organizaciones de la sociedad civil, entre las que se encontraban organizaciones internacionales y españolas, donde se reclamaba el acceso a la asistencia sanitaria como un derecho humano básico, y se instaba a los miembros del Parlamento a votar en contra del artículo 3 ter del Real Decreto-ley 16/2012⁸. Tal y como se ha mencionado líneas atrás, el Real Decreto-ley 16/2012 fue finalmente convalidado.

Tras la entrada en vigor de la nueva normativa, organizaciones como Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC, 2012) reiteraron la denuncia sobre la reforma sanitaria, incidiendo en que supone una violación de los derechos humanos *por limitar el derecho a la salud de algunos de los colectivos más vulnerables de la sociedad y por ser una medida regresiva y discriminatoria.* Estas organizaciones han señalado también que esta medida supone una vulneración del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) suscrito por España.

También es necesario destacar las recomendaciones realizadas por la Organización Médica Colegial (2012), en su Declaración de 1 de septiembre, donde claramente indica que *el médico, en todo momento, debe atender a todos, independientemente de su situación legal,* y recuerda la posibilidad del facultativo de invocar su derecho a la objeción de conciencia (artículo 32.1 del Código de Deontología Médica). En esta misma línea se encuentra la campaña “derecho a curar”, una iniciativa de Médicos del Mundo (2012) a la que se han adherido numerosas organizaciones de la sociedad civil, que promueve la objeción de conciencia del personal sanitario al Real Decreto-ley 16/2012 y la movilización ciudadana reclamando la anulación inmediata de este Real Decreto-ley.

Tras la exposición de los argumentos por parte del Gobierno y de la sociedad civil, se hace necesario analizar la naturaleza jurídica del derecho a la asistencia sanitaria y por ende estudiar el marco jurídico de este derecho en España.

⁸ La declaración conjunta, titulada *El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano básico,* puede consultarse en: http://www.faciam.org/IMG/pdf/DECLARACION_N_PICUM_SANIDAD_INMIGRANTES_EspaA_-a.pdf. Revisado el 22 de septiembre de 2012.

a) El derecho a la salud en España: marco jurídico

Constitución Española

El derecho a la salud en España se encuentra consagrado en la Constitución Española de 1978, en el Capítulo III “De los principios rectores de la política social y económica”, concretamente en el artículo 43: *1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.* En ese mismo Capítulo III, en el artículo 41, se enuncia el derecho a la Seguridad Social: *Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.*

Un argumento esgrimido para limitar el alcance del derecho a la asistencia sanitaria ha sido, precisamente, la ubicación de los artículos 41 y 43 de la Constitución Española: ambos artículos se encuentran en el Capítulo III dedicado a los principios rectores de la política social y económica, y no al amparo del Capítulo II, “Derechos y libertades”, cuya Sección 1ª (“De los derechos fundamentales y de las libertades públicas”) enuncia una serie de derechos humanos constitucionalizados (derechos fundamentales) cuyo cumplimiento es exigible ante los tribunales. Los derechos recogidos en el Capítulo III, en cambio, sólo operarían a modo de directrices a seguir por los poderes públicos en sus políticas, pero carecerían de fuerza vinculante ante una eventual exigencia de cumplimiento⁹.

No obstante, tal y como veremos más adelante, este argumento pierde fuerza a la luz de dos circunstancias: de una parte, la firma y ratificación por parte del Estado español de una serie de tratados y convenios internacionales sobre derechos humanos, que no solo reconocen derechos fundamentales, sino que constituyen normas vinculantes, de obligado cumplimiento al Estado. Por otra parte, la propia Constitución española realiza, en su artículo 10.2, una remisión a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a cuantos tratados internacionales sobre derechos humanos hayan sido ratificados por España, para interpretar las normas del texto constitucional concernientes a derechos fundamentales y libertades. Por lo tanto, los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por España son parte integrante del Derecho interno, así como principios rectores y parámetros de interpretación a seguir. Esta circunstancia, por lo tanto, deberá ser tenida en cuenta a la hora de analizar el marco jurídico del derecho a la salud en España.

Normativa legal

Sin ánimo de ser exhaustivos, dado que no es el objetivo aquí hacer un listado normativo pormenorizado sobre la regulación del derecho a la salud y la asistencia sanitaria, me voy a referir únicamente a las principales Leyes básicas que han configurado el sistema de salud en España y que establecen los principios por los que han de regirse las prestaciones sanitarias.

⁹ En este sentido cabe destacar un artículo de la ex Defensora del Pueblo, M^a Luisa Cava de Llano (2012), donde hace referencia a la jurisprudencia del Tribunal Constitucional para distinguir entre derechos que no pueden ser objeto de limitación por pertenecer a la persona en cuanto tal, y aquellos que sí pueden ser objeto de restricciones para los extranjeros, como el derecho a la salud.

El punto de inflexión se produce en 1986, con la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁰. Esta Ley configura la prestación sanitaria como una prestación universal, al establecer como titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional (artículo 1.2). Es más, esta Ley materializa un cambio de concepción, que pasa a vincular el derecho a la salud y a la atención sanitaria a la persona, al ciudadano, y no a la condición de afiliación y alta en el Sistema de Seguridad Social¹¹.

La aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (que ha sido modificada por el Real Decreto-ley 16/2012 tal y como veíamos al principio de este artículo) supuso la confirmación y profundización en el camino hacia la universalidad del derecho a la salud. En su Exposición de Motivos, la Ley 16/2003 alaba los logros a este respecto de la Ley 14/1986: *La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema...* Además, en el artículo 2, la Ley 16/2003 consagra los principios por los que debe regirse el Sistema Nacional de Salud; entre ellos cabe destacar: la igualdad y la calidad (artículo 2.a) *La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad*), la universalidad y el carácter público, (artículo 2.b): *El aseguramiento universal y público por parte del Estado*), y la coordinación (artículo 2.c) *La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud*).

Asimismo, y como mencionamos más atrás, el artículo 3 de la Ley 16/2003 consagraba como titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria tanto a los españoles como a los extranjeros: artículo 3.1. *Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes: a) Todos los españoles y extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000. b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación. c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.*

Los extranjeros en situación administrativa irregular, es decir, sin permiso de residencia y/o trabajo tenían garantizado el derecho a la asistencia sanitaria puesto que el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000¹² establecía que bastaba la inscripción en el padrón municipal para gozar de este derecho *en las mismas condiciones que*

¹⁰ BOE nº 102, de 29 de abril de 1986. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.

¹¹ Tal y como indica González de la Heras (2004): *Desde el punto de vista jurídico, con la Ley General de Sanidad, la asistencia sanitaria deja de ser una prestación contributiva del Sistema de Seguridad Social para convertirse en un derecho de todos los ciudadanos residentes en España, y por tanto, la pertenencia o no a aquel sistema, alta y afiliación al mismo, y por extensión, la de la persona dependiente de afiliado y en alta, desaparece. Se esté o no en alta en un Sistema de Seguridad Social y se dependa o no económicamente de una persona en alta, se tiene derecho a la asistencia sanitaria y por lo tanto al reconocimiento administrativo de este derecho con carácter personal y propio.*

¹² Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, de 12 de enero de 2000. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/12/pdfs/A01139-01150.pdf>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.

los españoles¹³. Esta previsión normativa se mantuvo hasta el Real Decreto-ley 16/2012, cuya Disposición final tercera da una nueva redacción al artículo 12 de la LO 4/2000, excluyendo a los extranjeros en situación administrativa irregular del derecho a la asistencia sanitaria: *Se modifica el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que tendrá la siguiente redacción: Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.* Es decir, es necesario tener la condición de asegurado para poder ser titular del derecho.

Finalmente, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública¹⁴, confirma la senda de sus predecesoras, la Ley 14/1986 y la Ley 16/2003, estableciendo en su artículo 6.1 el principio de igualdad: *Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*

Es necesario señalar que a pesar de esta evolución normativa conducente a la universalización del derecho a la salud, la realidad social ofrecía un panorama sumamente distinto. De hecho, cuando todavía estaba vigente el artículo 12 de la LO 4/2000, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular se enfrentaban a numerosas trabas burocráticas de cara a la obtención de la tarjeta sanitaria, tal y como ha denunciado el Center for Economic and Social Rights en un Informe Conjunto realizado con otras 14 organizaciones de la sociedad civil (CESR *et al.*, 2012). En el mencionado Informe, Médicos del Mundo ha señalado que numerosas Comunidades Autónomas habían endurecido los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria, imponiendo el pago de tasas para su renovación. También se han detectado casos de denegación de la tarjeta sanitaria aun cumpliéndose los requisitos (*Ibid.*: 39-40). Asimismo, en el Informe se mencionan otras barreras burocráticas para la obtención de la tarjeta sanitaria por parte de la población inmigrante, como la exigencia de entrega de documentación adicional, tal y como ha señalado la Fundación Secretariado Gitano¹⁵. Según esta organización *este requisito constituye un caso de discriminación indirecta, puesto que se exige una serie de documentos a personas en situación de exclusión social que no pueden obtenerlos* (CESR *et al.*, 2012: 40). A estos obstáculos hay que añadir los derivados de la descentralización territorial (que, como se verá más adelante, dan lugar a la existencia de diferentes tratamientos de las tarjetas sanitarias,

¹³ La redacción completa del artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, era la siguiente: *Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria. 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. 3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. 4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.*

¹⁴ BOE nº 240, de 5 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.

¹⁵ Tal es el caso de la Comunidad Valenciana, que exige a los ciudadanos de la UE, Espacio Económico Europeo y Suiza, y que carezcan de recursos económicos, la presentación de un certificado del país de origen que acredite que no procede la exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria. Estos requisitos pueden consultarse en: <http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/tripticosip.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.

dependiendo de la Comunidad Autónoma), la carencia de documentos oficiales de identidad y la negativa a inscribirse en el padrón municipal por parte de muchas personas inmigrantes derivada del miedo, puesto que la policía puede acceder a los datos del padrón desde 2003 (Médicos del Mundo, 2009: 18-20).

Derecho Internacional

Tal y como señalábamos anteriormente, el marco regulador del derecho a la salud en España no se agota con la Constitución y con la normativa jurídica interna sobre el tema. España ha suscrito una serie de Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos que también regulan el derecho a la salud y que al haber sido válidamente ratificados, obligan jurídicamente al Estado español. Vamos a mencionar a continuación las principales normas de Derecho Internacional de los Derechos Humanos de las que España es parte y que contemplan el reconocimiento del derecho de prestación sanitaria:

Sistema Regional

Unión Europea:

- **Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)¹⁶:**

El artículo 35 de la Carta consagra el derecho a la protección de la salud: *Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.*

A simple vista, el artículo 35 de la Carta reconoce el derecho a la salud *en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales*, lo que podría interpretarse como una remisión a lo establecido en los ordenamientos jurídicos nacionales de los Estados miembros, y por ende, justificar las previsiones contenidas en el Real Decreto-ley 16/2012. No obstante, tal y como han mantenido Cavas Martínez y Sánchez Triguero (2005: 401-402), se trata de una remisión del “contenido material” de la asistencia a dispensar, así como del establecimiento de los requisitos de acceso a las prestaciones sanitarias, y no la posibilidad de limitar el principio de “universalidad subjetiva”, contenido en la norma. En otras palabras, y siguiendo a Bombillar Sáenz (2010), el hecho de que el artículo 35 remita a las legislaciones y prácticas nacionales para el establecimiento de las prestaciones sanitarias no supone una limitación del derecho a la salud, ni por la condición jurídico-política (ciudadanía europea) ni tampoco por la condición jurídico-administrativa (estancia legal o irregular o afiliación o no al régimen de Seguridad Social). Otro argumento en apoyo de los anteriores radica en el principio de indivisibilidad y de interdependencia de los derechos contenidos en la Carta¹⁷, (que consagra todos los derechos humanos -civiles, políticos, económicos, sociales y culturales- en un solo texto), y que pone de relieve que la privación de un derecho

¹⁶ El texto puede consultarse en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf. Revisado el 23 de septiembre de 2012. En diciembre de 2009, con la entrada en vigor del Tratado de Lisboa, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea adquirió el mismo carácter jurídico vinculante que los Tratados, por lo que es aplicable a los Estados miembros.

¹⁷ Tal y como indica Antoine-Grégoire (2012), la Carta recoge en un único documento los derechos fundamentales reconocidos por los Tratados de la Unión Europea (UE), los principios constitucionales comunes de los Estados miembros, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, y las Cartas Sociales de la UE y del Consejo de Europa. Asimismo, al englobar en un solo texto todos los derechos humanos, aplica el principio de indivisibilidad de estos.

repercute negativamente sobre los demás. Por lo tanto, es necesario garantizar a toda persona el derecho a la salud, íntimamente conectado con la realización de otros derechos contenidos en la Carta, como el derecho a la vida y a la integridad física (artículos 2 y 3), o el derecho a la igualdad y no discriminación (artículos 20 y 21).

Consejo de Europa:

- **Carta Social Europea (1961):**

España ratificó en 1980 la Carta Social Europea de 1961, comúnmente conocida como Carta de Turín¹⁸. En la Parte I de la Carta se reconoce como objetivo el establecimiento de las condiciones en que puedan hacerse efectivos determinados derechos y principios; en este listado destaca el nº 13: *Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica*. Además, el artículo 11 de la Carta reconoce el derecho a la protección de la salud: *Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidérmicas, endémicas y otras*¹⁹.

El artículo 12 de la Carta garantiza el derecho a la Seguridad Social y el artículo 13 reconoce, asimismo, el derecho a la asistencia social y médica. No obstante, el apartado 4º del artículo 13 de la Carta introduce una restricción de este derecho, puesto que restringe la aplicación de las previsiones del artículo 13 a las personas nacionales de las restantes partes contratantes *que se encuentren legalmente en su territorio*. Esta restricción no deja de ser una contradicción con lo promulgado en los artículos precedentes, puesto que, como se ha señalado, en la Parte I de la Carta aparece el compromiso de las partes contratantes de establecer, como objetivo de su política, las condiciones para que se hagan efectivos una serie de derechos y principios, entre los que destaca el derecho a la asistencia social y médica de toda persona que carezca de recursos suficientes; el reconocimiento de este derecho no se ciñe a los nacionales, ni sigue un criterio de residencia legal, sino que se promulga de “toda persona”. En este sentido, el artículo 11 de la Carta tampoco matiza en ningún momento el sujeto de derecho, sino que directamente consagra el derecho a la protección de la salud.

En 1996 se aprobó la Carta Social Europea revisada, que España ha firmado pero que todavía no ha ratificado. Aunque se necesita la ratificación para que un Tratado despliegue la totalidad de sus efectos jurídicos y por lo tanto sea jurídicamente vinculante, hay que tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, la firma de un Tratado supone ciertas obligaciones que el Estado firmante ha de cumplir, entre ellas la obligación de no tomar acciones que vayan en contra del objeto y fin del Tratado en cuestión²⁰. En segundo término, hay que recordar que la

¹⁸ BOE nº 153, de 26 de junio de 1980. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1980/06/26/pdfs/A14533-14540.pdf>. Revisado el 22 de septiembre de 2012.

¹⁹ El artículo 12 de la Carta garantiza el derecho a la Seguridad Social y el artículo 13 reconoce asimismo el derecho a la asistencia social y médica. Sin embargo, el apartado 4º del artículo 13 introduce una restricción de este derecho, limitándolo a las personas que se encuentren legalmente en el territorio del Estado; esta restricción no deja de ser una contradicción con lo promulgado en los artículos precedentes.

²⁰ Así se contempla en el artículo 18 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados.



Carta Social Europea revisada de 1996 supone una ampliación de la de 1961, y que ésta continúa plenamente vigente y por lo tanto vincula jurídicamente al Estado español.

Sistema Universal (Naciones Unidas)

- **Declaración Universal de Derechos Humanos -DUDH- (1948)²¹:**

La DUDH reconoce en su artículo 25.1 el derecho a un nivel de vida adecuado que garantice la salud: *Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.* Además, el artículo 2 de la DUDH reconoce el principio de igualdad y no discriminación en el disfrute de los derechos recogidos en la misma: *Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.*

A pesar de tratarse de una Declaración y no de un Tratado Internacional, la DUDH forma parte del derecho consuetudinario internacional, y por lo tanto sus previsiones están dotadas de fuerza jurídica, lo que posibilita que pueda ser oponible frente a los Estados, especialmente en relación a los principios consagrados en la Declaración.

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – PIDESC- (1966)²²:**

España ratificó el PIDESC en el año 1977²³. El artículo 12 del PIDESC consagra el derecho a la salud: *1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

Previamente, el artículo 9 del Pacto reconoce el derecho universal a la Seguridad Social: *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.*

²¹ Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Revisado el 24 de septiembre de 2012.

²² Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>. Revisado el 24 de septiembre de 2012.

²³ BOE nº 103, de 30 de abril de 1977. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1977/04/30/pdfs/A09343-09347.pdf>. Revisado el 24 de septiembre de 2012.

El PIDESC, al igual que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado conjuntamente con el PIDESC, y que fue ratificado por España a la vez) impone obligaciones jurídicas que son directamente vinculantes para los Estados Partes. Ahora bien, en el caso del PIDESC, el artículo 2.1 establece que *Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos*. Esta previsión, que contiene el principio de progresividad en la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, no figura en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pero este principio de realización progresiva no puede ser óbice para el cumplimiento de los derechos contenidos en el Pacto. Cualquier medida de naturaleza regresiva que adopte un Estado, como restringir un derecho, deberá estar plenamente justificada y cumplir con el principio del uso del máximo de los recursos disponibles, tal y como ha mantenido el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁴ (CESCR), órgano responsable de supervisar la aplicación del Pacto por los Estados Partes, en su Observación General nº 3 (1990)²⁵.

Con respecto al derecho a la salud hay que tener en cuenta la interpretación del artículo 12 del PIDESC realizada por el CESCR. En su Observación General nº 14 de 2000, titulada *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*²⁶, el Comité afirma lo siguiente:

- La universalidad del derecho a la salud y su carácter de derecho fundamental: “1. La salud es un derecho humano y fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.
- El principio de no discriminación en el disfrute del derecho a la salud: “18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/sida), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. (...)”.
- La progresividad en la realización de los derechos del Pacto no significa la ausencia de obligaciones inmediatas en relación al derecho a la salud: “30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas

²⁴ Para una información detallada de la labor del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se recomienda consultar la página web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que contiene información sobre los órganos (Comités) de Derechos Humanos: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/>. Revisado el 24 de septiembre de 2012.

²⁵ Disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?Opendocument).

Revisado el 24 de septiembre de 2012.

²⁶ Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>. Revisado el 24 de septiembre de 2012.



obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud". "31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12".

- En caso de adopción de medidas regresivas, el Estado deberá demostrar que ha estudiado de forma exhaustiva el resto de opciones posibles y justificar de forma debida la adopción de las mismas²⁷: "32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte".
- La obligación de respetar el derecho a la salud consagrado en el Pacto incluye a los inmigrantes en situación administrativa irregular: "34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos (...)".

En junio de 2012, con motivo del examen periódico de España ante el CESCR, el Comité emitió sus Observaciones Finales con respecto a la aplicación del Pacto por el Estado español. En estas Observaciones Finales el Comité se mostró preocupado por la reforma introducida en la Ley de Extranjería por el Real Decreto-ley 16/2012 y recomendó al Estado, recordando el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, que no limite el acceso de las personas a los servicios de salud, *cualquiera que sea su situación legal*²⁸: *19. El Comité está preocupado por las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, del 20 de abril de 2012, en particular a la Ley de Extranjería de 2009, que recortan los derechos de acceso de los inmigrantes en situación irregular a los servicios públicos*

²⁷ Hace escasos meses, en una carta abierta con fecha de 16 de mayo de 2012 y dirigida a todos los Estados miembros del Pacto, el Presidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recuerda la protección debida a estos derechos en el contexto actual de crisis económica y financiera. En la misiva establece las condiciones que deben cumplir las medidas regresivas en caso de que se hayan adoptado; entre ellas se encuentran: ser temporales (limitadas al periodo temporal de crisis), necesarias y proporcionadas (lo que implica que la adopción de cualquier otra medida o la falta de actuación sería más perjudicial para estos derechos), que no impliquen discriminación (especialmente que no afecte de manera desproporcionada a los derechos de los individuos y grupos más vulnerables y marginados) y que la medida respete el contenido mínimo básico del derecho. Se puede consultar en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/LetterCESCRtoSP16.05.12.pdf>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

²⁸ Disponibles en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrs48.htm>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

de salud (artículo 12). El Comité recomienda al Estado parte asegurar que, de conformidad con la Observación general N° 14 (2000) del Comité sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto) y con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias, las reformas adoptadas no limiten el acceso de las personas que residen en el Estado parte a los servicios de salud, cualquiera sea su situación legal. También recomienda que el Estado parte evalúe el impacto de toda propuesta de recorte en cuanto al acceso de las personas y colectivos desfavorecidos y marginados a los servicios de salud.

- **Otros Tratados Internacionales de Derechos Humanos:**

El derecho a la salud también viene reconocido en otros Tratados Internacionales de Derechos Humanos que han sido ratificados por España. Se pueden citar, entre otros, los siguientes: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)²⁹: artículo 5 (e) (iv); Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)³⁰: artículos 11 (1) (f), 12 y 14 (2) (b); Convención sobre los Derechos del Niño (1989)³¹: artículo 24; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)³²: artículo 25.

- **La Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La OMS es el organismo internacional de Naciones Unidas responsable de la salud. Actúa como autoridad directiva y coordinadora en materia de sanidad internacional. En la actualidad la OMS está formada por 192 Estados miembros, que se comprometen a cumplir con las prescripciones contenidas en la Constitución de la Organización (en vigor desde el 7 de abril de 1948). España ingresó en la OMS en 1951.

La Constitución de la OMS³³ recoge la definición de salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. Además califica el derecho a la salud de derecho fundamental y establece el principio de no discriminación en la titularidad del derecho: *El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*.

La OMS (2003) ha tenido la oportunidad de pronunciarse concretamente sobre el derecho a la salud y las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, incidiendo en los estereotipos en los que incurren los Estados a la hora de privar a las personas inmigrantes de este derecho: *Uno de los factores más importantes que determina si los migrantes encuentran obstáculos para acceder a los servicios de salud es la cuestión de su condición jurídica en el país. Por consiguiente, es conveniente iniciar este análisis con el examen de las cuestiones relativas a la salud y los derechos humanos de los migrantes indocumentados o "irregulares". Las leyes y políticas que impiden a los migrantes acceder a los servicios sociales (incluida la atención médica) en función de su condición de inmigración, tienen como base y transmiten la idea de que los migrantes irregulares*

²⁹ Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

³⁰ Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

³¹ Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

³² Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm>. Revisado el 25 de septiembre de 2012.

³³ Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Revisado el 25 de septiembre de 2012.



son los principales responsables de su precaria situación, de que a los contribuyentes les saldría muy caro pagar por sus servicios de salud y de que excluirles de las prestaciones sociales serviría para disuadir a futuros migrantes irregulares. Por tanto, permitir a los migrantes irregulares el acceso a los servicios de salud suele considerarse un acto de caridad o ‘generosidad’ por cuenta del Estado. Sin embargo, de acuerdo con las leyes de derechos humanos, los gobiernos tienen obligaciones jurídicas con respecto a la salud de toda persona que se encuentre en el ámbito de su jurisdicción.

En efecto, uno de los estereotipos que circulan sobre las personas inmigrantes en situación administrativa irregular es considerar que porque estas personas no tienen una nómina y por tanto no cotizan a la Seguridad Social, no están contribuyendo al sostenimiento y financiación de las prestaciones sanitarias. Es necesario remarcar que la financiación de la sanidad pública en España se realiza a través de impuestos³⁴ (IRPF, IVA, Sociedades, impuestos especiales) y no mediante las cuotas a la Seguridad Social; es decir: lo que se descuenta de la nómina del trabajador para Seguridad Social no financia la sanidad. Por lo tanto, la persona inmigrante en situación administrativa irregular, a través del pago de impuestos indirectos, estaría contribuyendo a dicha financiación.

Otro de los estereotipos existentes en torno a la inmigración es el relativo al “turismo sanitario”, al que aludíamos al principio de este artículo, y que mantiene que los inmigrantes utilizan los servicios sanitarios españoles para ser intervenidos quirúrgicamente y posteriormente retornar a su país de origen, sin abonar la cuantía de la intervención y tratamiento, que acaba siendo asumida por el erario público. La supuesta necesidad de limitar el denominado “turismo sanitario” a través de esta reforma no está justificada: diversos estudios³⁵ concluyen que las personas inmigrantes utilizan los servicios de salud en menor medida que los nacionales. Además, aunque el Ministerio de Sanidad ha calculado un ahorro de 1000 millones de euros anuales con la implantación de esta medida³⁶, algunos estudios alertan del aumento del gasto en que se incurrirá, a medio y largo plazo, como consecuencia de la falta de tratamiento de enfermedades crónicas e infecciosas, como el VIH/sida³⁷. Por lo tanto, la reforma puede dar lugar a consecuencias perniciosas que lleguen a suponer un verdadero peligro para la salud pública como el aumento de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.), como consecuencia de la falta de tratamiento (Pérez Molina y Pulido Ortega, 2012), y por ende de los gastos derivados.

Tras el análisis de esta perspectiva normativa, podemos concluir que el derecho a la salud es un derecho universal, y que el Estado español está sujeto al cumplimiento de sus obligaciones, tanto nacionales como internacionales, con respecto a este derecho.

³⁴ Ministerio de Sanidad y Política Social (2010: 16). Para una visión gráfica del sistema de financiación de la sanidad pública española, puede consultarse también el diagrama de flujos financieros del sistema sanitario español desde 2002, disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/flujosFinancieros.pdf>. Revisado el 5 de octubre de 2012.

³⁵ Entre otros, caben destacar Regidor *et al.* (2008).

³⁶ Véase Gabinete de Prensa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): <http://www.msps.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2526>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.

³⁷ “La aplicación del Real Decreto-ley 12/2012 de 20 de abril a una población con una enfermedad crónica, transmisible y con evolución habitualmente mortal sin tratamiento, como es la infección por VIH/sida, supondrá un ahorro económico muy inferior al esperado a corto plazo, por los gastos adicionales que genera e impactará negativamente en la salud pública de nuestro país, incrementando la mortalidad por sida y la morbilidad por enfermedades transmisibles, aumentando los gastos sanitarios a medio-largo plazo, y alejándonos de los objetivos de salud internacionalmente asumidos”. Pérez-Molina y Pulido Ortega (2012: 472-478).

3. Consecuencias de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012: Especial referencia a las mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular

La entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012 el pasado 1 de septiembre se traduce en la pérdida de las tarjetas sanitarias de todas las personas inmigrantes que no acrediten la condición de asegurados. Si se cruzan las cifras del Avance de la Explotación estadística del Padrón realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2012), publicada el 19 de abril, que recoge un total de 5.711.040 personas extranjeras en España (empadronadas), con los datos ofrecidos por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2012) a 30 de junio, donde figura que el número de extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor (es decir, inmigrantes “con papeles”) asciende a 5.333.805, obtendríamos que en el entorno de 377.000 personas extranjeras estarían en situación administrativa irregular, y por lo tanto se verían afectados por esta medida³⁸. La prestación sanitaria para este colectivo, con la excepción de los tres supuestos contenidos en la norma (casos de urgencia, menores de 18 años, y en el caso de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto), será de pago, mediante la suscripción de una póliza cuya cuantía anual oscilará entre los 710,40 euros (para personas menores de 65 años) y los 1.864,80 (para las personas mayores de 65 años); la póliza no cubre el coste de los medicamentos, que deberán ser abonados al 100%³⁹.

Sin embargo, al mismo que entra en vigor el Real Decreto-ley 16/2012, se abre un panorama ciertamente confuso, debido a la descentralización autonómica de la sanidad en el Estado español. Esto se traduce en que las diferentes Comunidades Autónomas españolas tienen un margen, en sus competencias, para establecer otros requisitos o directamente tomar la decisión de atender a este colectivo, aunque no estén en posesión de la tarjeta sanitaria. Tal es el caso de ocho Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-León, Cataluña, Galicia, Navarra y País Vasco), que han anunciado que seguirán atendiendo a las personas inmigrantes “sin papeles”, aunque con variaciones en cuanto a las condiciones establecidas para recibir dicha atención sanitaria (RTVE, 2012); a modo de ejemplo: Galicia ha anunciado que atenderá a esta población en caso de carezcan de recursos económicos suficientes y se encuentren empadronados en la Comunidad Autónoma con anterioridad al 1 de septiembre de 2012. Cataluña exigirá un empadronamiento de tres meses para poder optar a la asistencia sanitaria gratuita. Navarra pondrá a disposición una línea de ayudas económicas para aquellas personas que no puedan pagar la atención sanitaria. En cuanto a Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-León y País Vasco han anunciado que seguirán atendiendo a los inmigrantes en situación irregular como hasta ahora. El resto de las Comunidades Autónomas han declarado que aplicarán el Real Decreto-ley 16/2012, por lo que cobrarán por los servicios sanitarios a los inmigrantes que no tengan la condición de “asegurados”.

Es obvio que con la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular que padezcan enfermedades crónicas, transmisibles y mentales se encontrarán especialmente desprotegidas, con el consiguiente riesgo para sus vidas que supondrá la ausencia de un tratamiento médico. No obstante, las mujeres inmigrantes indocumentadas son un colectivo que presenta una vulnerabilidad especial debido a las dificultades con las que se

³⁸ En algunos casos las cifras del padrón pueden incluir a personas que han cambiado de residencia y no se han dado de baja, pero hay que tener en cuenta que hay inmigrantes que por diversas razones (temor a ser expulsados, desconocimiento de los trámites, dificultades para obtener la documentación requerida, etc.) no han llegado a empadronarse y por lo tanto no figuran en él.

³⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Disponible en: <http://www.msps.es/fr/gabinete/notasPrensa.do?id=2573>.



encuentran a la hora de acceder a las prestaciones sanitarias, incluso en los supuestos donde tienen derecho a éstas. Médicos del Mundo viene registrando numerosos casos de mujeres extranjeras embarazadas a las que se les ha exigido contar con la tarjeta sanitaria para ser atendidas, lo que ha ocasionado retrasos en los plazos de realización de exámenes médicos prenatales (CESR *et al.*, 2012: 39).

Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2012), han subrayado la situación de especial vulnerabilidad en la que quedan, tras la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, *las mujeres víctimas de violencia de género en situación de irregularidad*, puesto que es el centro de salud al que suelen dirigirse, tras la agresión, el lugar fundamental para la detección temprana y la identificación de las víctimas (SEMFYC, 2012).

En el mismo comunicado, estas organizaciones han alertado sobre la atención sanitaria de las víctimas de trata⁴⁰, que queda restringida únicamente a aquellas personas víctimas de trata que se encuentren en el denominado “periodo de restablecimiento y reflexión”⁴¹, cuando son muy pocas las víctimas a las que se reconoce este periodo (las organizaciones firmantes del comunicado citan datos de la memoria del año 2011 de la Fiscalía General del Estado, donde se reconoce que en las operaciones policiales de lucha contra la prostitución, fueron detectadas 15.075 personas en situación de riesgo, y de éstas, únicamente 1.641 fueron identificadas como víctimas de explotación sexual y trata de personas. A su vez, de éstas últimas, solamente a 43 se les ofreció el periodo de reflexión). Además, en el comunicado de prensa se recuerda que el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos aprobado por el Gobierno el 28 de octubre de 2011⁴² establece que la asistencia sanitaria es una de las vías para la detección de víctimas de este delito.

Por último, tampoco se pueden ignorar las repercusiones sobre la salud sexual y reproductiva que tendrá la falta de asistencia sanitaria a las mujeres inmigrantes indocumentadas: desde la ausencia de pruebas diagnósticas y de *screening* para la detección precoz de enfermedades ginecológicas hasta la falta de cobertura sanitaria en casos de interrupción voluntaria del embarazo.

⁴⁰ La mayor parte de las personas víctimas de trata con fines de explotación sexual son mujeres extranjeras en situación administrativa irregular. Un informe criminológico de la Guardia Civil reveló que en 2005, del total de víctimas conocidas (20.284) sólo 284 eran españolas. Departamento de Análisis Criminal de la Unidad Técnica de la Policía Judicial de la Guardia Civil (2005: 14 ss.).

⁴¹ La disposición adicional quinta del Real Decreto 1192/2012, que desarrolla el Real Decreto-ley 16/2012, establece que “las víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el periodo de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, la asistencia sanitaria necesaria que incluirá los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades. Asimismo, se proporcionará la atención necesaria, médica o de otro tipo, a las víctimas de trata de seres humanos con necesidades especiales”. El periodo de restablecimiento y reflexión fue introducido en la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero), a través de la Ley Orgánica 11/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 180, de 28 de julio de 2011. (Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/28/pdfs/BOE-A-2011-12962.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012). Este periodo de restablecimiento y reflexión es propuesto ante la autoridad competente para su resolución *por los órganos administrativos competentes, cuando estimen que existen motivos razonables para creer que una persona extranjera en situación irregular ha sido víctima de trata de seres humanos (...)* (artículo 2.2. LO 11/2011). Si se concede, la víctima de trata tiene un periodo de 30 días para decidir si coopera con las autoridades en la investigación del delito. Durante ese tiempo, la víctima de trata tendrá una autorización de estancia temporal.

⁴² Disponible en: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Relaciones_institucionales/Convenios/Protocolo_marco_de_proteccion_de_las_victimas_de_trata_de_serres_humanos. Revisado el 21 de septiembre de 2012.

4. La cuestión de la constitucionalidad del Real Decreto-ley 16/2012

A raíz de la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, algunas Comunidades Autónomas que han decidido no aplicar esta norma, han comenzado a entablar recursos de inconstitucional contra esta norma ante el Tribunal Constitucional (TC)⁴³. Aunque ninguno de estos recursos ha sido resuelto a la fecha de la redacción de este artículo, sí que existe un fallo reciente del TC (Auto 239/2012, de 12 de diciembre)⁴⁴, de sumo interés para nuestro análisis. Este Auto levanta la suspensión que pesaba sobre el Decreto vasco 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi⁴⁵.

El Decreto 114/2012 amplía la cobertura del sistema de salud a todas las personas excluidas del Sistema Nacional de Salud *por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios del mismo (...)* (artículo 1). El artículo 2 establece los requisitos de acceso a las prestaciones sanitarias en el País Vasco, y finaliza con un apartado que extiende las prestaciones sanitarias en caso de “no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título” (artículo 2.3.c). Por lo tanto, la norma autonómica establece la titularidad universal del derecho a la salud. El Gobierno recurrió ante el TC el Decreto 114/2012, alegando que algunas disposiciones de dicha norma (entre ellas los artículos 1 y 2, apartados 2 y 3), afectaban a asuntos de competencia exclusiva estatal en materia de sanidad (artículo 149.1.16 de la Constitución), al modificar la norma autonómica el ámbito subjetivo del derecho a la salud (es decir, la condición de beneficiario de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos). El TC admitió a trámite el recurso⁴⁶, lo que tuvo como consecuencia la suspensión de la vigencia y aplicación del Decreto 114/2012. No obstante, esta suspensión finalizó el 12 de diciembre de 2012 con el Auto 239/2012. En el mencionado Auto, el TC realiza una ponderación de cara a resolver si procede levantar la suspensión del Decreto 114/2012 y sopesa, de una parte, *el interés general configurado por el beneficio económico asociado al ahorro vinculado a las medidas adoptadas por el Estado al redefinir el ámbito de los beneficiarios del sistema público de salud*, y de otra, *el interés general de preservar el derecho a la salud consagrado en el artículo 43 de la CE (FJ 5)*. El Alto Tribunal reconoce que el mantenimiento de la suspensión del Decreto 114/2012 supondría limitar el derecho al acceso a la salud para colectivos vulnerables *por sus condiciones socioeconómicas y sociosanitarias* y sostiene que el derecho a la salud y a la integridad física de las personas afectadas, así como “la conveniencia de evitar riesgos para la salud del conjunto de la sociedad”, son de gran importancia en el

⁴³ Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Asturias y Navarra han interpuesto recursos de inconstitucionalidad del Real Decreto-ley 16/2012 ante el TC que han sido admitidos a trámite.

⁴⁴ Disponible en: <http://www.tribunalconstitucional.es/es/jurisprudencia/Paginas/Auto.aspx?cod=23581>. Revisado el 4 de febrero de 2013.

⁴⁵ Boletín Oficial del País Vasco nº 127, de 29 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2012/06/1202973a.shtml>. Revisado el 4 de febrero de 2013.

⁴⁶ Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/01/pdfs/BOE-A-2012-10346.pdf>. Revisado el 4 de febrero de 2013. Recientemente (29 enero de 2013), también ha sido admitido a trámite por el TC un recurso del Gobierno, también por conflicto positivo de competencia, contra el Decreto Foral de la Comunidad Autónoma Navarra 117/2012, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del Régimen de Universalización de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Foral de Navarra. Esta norma, al igual que el Decreto vasco 114/2012, amplía la cobertura sanitaria a las personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario del Sistema Nacional de Salud y hayan residido en Navarra durante mínimo un año. Como consecuencia de esta admisión a trámite, el Decreto navarro ha sido suspendido hasta que el TC se pronuncie; véase: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/02/pdfs/BOE-A-2013-1119.pdf>. Revisado el 4 de febrero de 2013.



marco constitucional, y prevalecen *ante la mera consideración de un eventual ahorro económico que no ha podido ser concretado (...)* (FJ 5).

En resumen: el Auto 239/2012 del TC respalda la titularidad universal del derecho a la salud y tiene en cuenta, asimismo, la dimensión colectiva de este derecho, haciéndolos prevalecer sobre posibles medidas de ahorro. Esta perspectiva sostenida por el TC está en la línea, como se recordará, de la interpretación del CDESCR sobre el derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del PIDESC y se ajusta al cumplimiento de las obligaciones internacionales asumidas por España.

Por otro lado, es posible mantener la inconstitucionalidad del Real Decreto-ley 16/2012 desde una perspectiva formal, puesto que se trata, a nuestro parecer de una articulación que no es ni pertinente ni correcta, ya que utiliza una figura normativa, como es el Real Decreto-ley, de forma impropia. El artículo 86 de la Constitución española de 1978 prevé la utilización de la figura del Decreto-ley “en caso de extraordinaria y urgente necesidad”, estableciendo entre las materias excluidas de su regulación, *los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I*. La extraordinaria y urgente necesidad de esta reforma, a nuestro juicio, es dudosa. Lo que parece claro es la errónea (y por ende inconstitucional) invasión material del Real Decreto-ley 16/2012, que regula precisamente el artículo 43 de la Constitución española (derecho a la protección de la salud) recogido en el Título I (“De los derechos y deberes fundamentales”) de la misma. Tampoco podemos obviar que a pesar de la posterior convalidación del Real Decreto-ley en el Congreso, la ausencia de una proposición y elaboración normativa por parte del poder legislativo en una materia tan relevante, así como la convalidación de dicha norma únicamente por los diputados del partido en el poder, que cuenta con mayoría absoluta, debilita el respaldo democrático de la norma en cuestión.

4. Conclusiones

Tras el análisis realizado podemos concluir que la reforma sanitaria introducida por el Real Decreto-ley 16/2012 supone la ruptura del sistema universal, gratuito y garantista de salud pública, que ha constituido uno de los pilares del Estado de bienestar en España:

- Se quiebra la concepción de titular universal del derecho a la salud, al supeditar dicha titularidad a una condición administrativa: la condición de “asegurado”.
- Se ignoran las obligaciones internacionales derivadas de los Tratados Internacionales ratificados por España, que exigen e interpretan la configuración del derecho a la salud como un derecho fundamental, y por lo tanto, un derecho de todas las personas físicas, con independencia de su situación administrativa.
- La pretensión de limitar el denominado “turismo sanitario” a través de esta reforma no se encuentra justificada. Diferentes estudios han demostrado que las personas inmigrantes utilizan los servicios de salud en menor medida que los nacionales. El ahorro estimado de 1000 millones de euros anuales calculado por el Ministerio de Sanidad con la implantación de esta medida no tiene en cuenta las previsiones de algunos estudios que alertan del aumento del gasto, a medio y largo plazo, como consecuencia de la falta de tratamiento de enfermedades crónicas e infecciosas.

• La financiación de la Sanidad pública en España se realiza a través de impuestos (IRPF, IVA, Sociedades, impuestos especiales) y no mediante las cuotas a la Seguridad Social; es decir: lo que se descuenta de la nómina del trabajador para Seguridad Social no financia la sanidad. Por lo tanto, la persona inmigrante en situación administrativa irregular sí que contribuye a la financiación de la sanidad a través del pago de impuestos indirectos.

• En un plano pragmático, la reforma puede dar lugar a consecuencias extremadamente graves, que suponen un verdadero peligro para la salud pública: el aumento de enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis, tuberculosis, etc.), como consecuencia de la falta de tratamiento.

Finalmente, y a falta de jurisprudencia del TC que dirima los recursos de inconstitucionalidad planteados contra el Real Decreto-ley 16/2012, se abre una puerta a la esperanza con el Auto del TC 239/2012, que respalda la normativa del País Vasco sobre prestaciones sanitarias (Decreto 114/2012) reconociendo la titularidad universal del derecho a la sanidad y priorizando el derecho a la salud en sus dimensiones individual y colectiva sobre eventuales ahorros económicos.

Bibliografía

- AMNISTÍA INTERNACIONAL, MÉDICOS DEL MUNDO, RED ACOGE Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC) (2012), *Con la reforma sanitaria entra en vigor una nueva violación de derechos humanos*. Disponible en línea: <http://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/con-la-reforma-sanitaria-entra-en-vigor-una-nueva-violacion-de-derechos-humanos/>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- ANTOINE-GRÈGOIRE, J.L. (2012), *El Respeto de los Derechos Fundamentales en la Unión Europea*. Disponible en línea: http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/es/FTU_2.1.pdf. Revisado el 20 de septiembre de 2012.
- BOMBILLAR SÁENZ, F.M. (2010), *Intervención Administrativa y Régimen Jurídico del Medicamento en la Unión Europea*, Tesis Doctoral, Universidad de Granada. Disponible en línea: <http://0-hera.ugr.es/adrastea.ugr.es/tesisugr/18645781.pdf>. Revisado el 22 de septiembre de 2012.
- CAVA DE LLANO, M.L. (2012), *Inmigrantes en situación administrativa irregular y derecho de asistencia sanitaria*. Disponible en línea: <http://www.diarioinformacion.com/opinion/2012/08/28/inmigrantes-situacion-administrativa-irregular-derecho-asistencia-sanitaria/1288443.html>. Revisado el 20 de septiembre de 2012).
- CAVAS MARTÍNEZ, F. y SÁNCHEZ TRIGUERO, C. (2005), “La protección de la salud en la Constitución Europea”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 57, pp. 401 y 402. Disponible en línea: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/57/Est20.pdf. Revisado el 4 de febrero de 2013.
- CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL RIGHTS *et al.* (2012), *Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Examen del 5º Informe Periódico de España, 48º sesión del CESCR*. Disponible en línea: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/JointSubmission19NGOs_Spain_CESCR48_sp.pdf. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978). Disponible en línea: http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf. Revisado el 23 de septiembre de 2012.



- DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS CRIMINAL DE LA UNIDAD TÉCNICA DE LA POLICÍA JUDICIAL DE LA GUARDIA CIVIL (2005), en GONZÁLEZ ÁLVAREZ, J.L. (coord.), *Informe criminológico Trata de Seres Humanos (con fines de explotación sexual)*, Disponible en línea: <http://www.lourdesmunozsantamaria.cat/IMG/pdf/InformeTSH2005GC-1.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- EBADI, S. (2009), *La jaula de oro*, La Esfera de los Libros, Madrid.
- FUNDACIÓN PFIZER (2008), *Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español*. Disponible en línea: http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/Foro_Debate/II_foro_inmigracion_y_salud_estudio.pdf. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- GONZÁLEZ DE LAS HERAS, M.P. (2004), *El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro de territorio nacional: regulación, sistema de financiación y administraciones competentes*. Disponible en línea: <http://noticias.juridicas.com/articulos/25-Derecho%20Sanitario/200412-24559251010443290.html>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2012), *Avance de la Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2012, Datos Provisionales*. Disponible en línea: <http://www.ine.es/prensa/np710.pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- LA MONCLOA (2012), "Ana Mato defiende una Reforma Sanitaria que hace efectiva la universalidad y la gratuidad de la sanidad", 17 de mayo. Disponible en línea: <http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MinisterioSanidad/ServiciosSocialesIqualdad/2012/170512SistemaSalud.htm>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.
- MÉDICOS DEL MUNDO (2012), *Derechoacurar.org*. Disponible en línea: <http://www.medicosdelmundo.org/derechoacurar/>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- MÉDICOS DEL MUNDO (2009), *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Disponible en línea: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-115%232E%23pdf>. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2012), *Extranjeros residentes en España a 30 de junio de 2012*. Disponible en línea: http://extranjeros.empleo.gob.es/es/Estadisticas/operaciones/concertificado/201206/Principales_resultados_30062012.pdf Revisado el 5 de octubre de 2012.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010), *Sistema Nacional de Salud. España 2010*. Disponible en línea: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>. Revisado el 5 de octubre de 2012.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) (2012), *Declaración sobre Atención Sanitaria a Inmigrantes en Situación Irregular*. Disponible en línea: https://www.cgcom.es/sites/default/files/asamblea_general_extra_01_09_2012.pdf. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2003), *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*. Disponible en línea: http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf. Revisado el 21 de septiembre de 2012.
- PÉREZ-MOLINA, J.A. y PULIDO ORTEGA, F. (2012), "Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Disponible en línea: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.07.004>. Revisado el 21 de septiembre de 2012).

REGIDOR, E., DÍAZ OLALLA, J.M., LOSTAO, L., PASCUAL, C., SÁNCHEZ, E. y SANZ, B. (2008), *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid.

RTVE (2012), "Ocho comunidades atenderán a inmigrantes 'sin papeles' aunque algunas con restricciones". Disponible en línea: <http://www.rtve.es/noticias/20120830/galicia-se-suma-comunidades-atenderan-inmigrantes-sin-papeles/560666.shtml>. Revisado el 5 de octubre de 2012.

TRIBUNAL DE CUENTAS (2012), *Informe de Fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la Aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social*, disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.gerontomigracion.uma.es/v2/sites/default/files/usuarios/Informe-del-Tribunal-de-Cuentas-sobre-asistencia-sanitaria-a-extranjeros.pdf>. Revisado el 20 de septiembre de 2012.