



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Cobertura sanitaria y crisis económica:
información útil sobre los "sin Tarjeta Sanitaria Individual".

Autora: SARAH BESSON

Directora: CONCHA GERMAN BES

INDICE

Resumen/Résumé	.....	p.3
Introducción	.....	p.5
Objetivos	.....	p.9
Metodología	.....	p.10
Desarrollo	.....	p.11
1. Diagnostico	.....	p.11
2. Planificación	.....	p.12
3. Ejecución	.....	p.16
4. Evaluación	.....	p.16
Conclusión	.....	p.17
Bibliografía	.....	p.18
Anexos	.....	p.21
Anexo 1	<i>Evolución del riesgo de pobreza o exclusión social en la Union Europea desde 2005.</i>	<i>p.21</i>
Anexo 2	<i>El gasto sanitario en €/hab (2012)</i>	<i>p.23</i>
Anexo 3	<i>Póster; Problemas para la obtención de la TSI.</i>	<i>p.24</i>
Anexo 4	<i>Tabla explicativa de la bibliografía.</i>	<i>p.25</i>
Anexo 5	<i>Resumen de la información encontrada a lo largo de la revisión bibliográfica.</i>	<i>p.30</i>
Anexo 6	<i>El Programa Aragonés de Protección Social de la Salud pública.</i>	<i>p.31</i>
Anexo 7	<i>Díptico</i>	<i>p.33</i>

RESUMEN:

Los profesionales sanitarios tienen como deber y principios éticos fundamentales la atención de todos para garantizar el mejor estado de salud posible de la población. Desde 2012, los recortes y las reformas en el sistema de salud han generado una atención limitada o nula a ciertas personas residentes en el territorio español. Este retroceso legislativo, puede además repercutir sobre el conjunto de la población, aumentando la espera en urgencias o disminuyendo el control de las enfermedades infecciosas. Otros factores impiden una cobertura sanitaria universal, como es el desconocimiento por parte de los profesionales del Real Decreto 16/2012. Por esta razón, se propone realizar un programa informativo dirigido a los profesionales en los distintos centros de atención. Concienciará a los enfermeros u otros profesionales de salud aragoneses de los recientes cambios legislativos, de los derechos de cada uno y los tramites necesarios para que el conjunto de la población sea atendido.

Fue por experiencia propia que nos dimos cuenta de estos problemas. Luego se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos y libros; también se ha contado con la colaboración de Trabajadoras Sociales de distintas instituciones de Zaragoza y expertos en el tema. El programa de difusión se compone de una sesión y un díptico que abarcan tanto una explicación del RD como errores en cuanto a atención sanitaria que se producen en España y de la actuación en caso de incidente.

El programa informativo permitirá un mayor conocimiento por parte de los profesionales de la situación actual de la cobertura sanitaria española y la consecuente disminución del número de casos que puedan enfrentarse a una negación de asistencia sanitaria.

Palabras clave: Cobertura Sanitaria, Asistencia Sanitaria, Real Decreto 16/2012, Inmigrantes, Sistema de Salud Universal.

RÉSUMÉ:

Les professionnels de santé ont comme devoir et principe éthique fondamental l'assistance sanitaire de tous pour garantir le meilleur état de santé possible de la population. Depuis 2012, les coupes budgétaires et les réformes du système de santé ont entraîné une prise en charge limitée ou nulle pour certaines personnes résidant sur le territoire espagnol. Ce recul législatif, peut, de plus, avoir des répercussions sur l'ensemble de la population, augmentant l'attente aux urgences ou diminuant le contrôle des maladies infectieuses. D'autres facteurs empêchent une couverture sanitaire universelle, par exemple, le manque de connaissances parmi des professionnels de santé de la loi RD 16/2012. C'est pour cette raison que nous proposons un programme d'informations dirigé aux professionnels dans les différents centres de santé. Il fera prendre conscience aux infirmiers et autres professionnels de santé des récents changements législatifs, des droits de chacun et des démarches nécessaires pour que l'ensemble de la population ait accès à l'assistance sanitaire, plus spécifiquement dans la ville de Saragosse (Espagne).

C'est, tout d'abord, par notre propre expérience que nous nous sommes rendus compte des problèmes expliqués, puis, nous avons réalisé une recherche bibliographique dans différentes bases de données et livres; nous avons aussi reçu la collaboration d'assistantes sociales de plusieurs institutions saragossiennes et d'experts sur ce thème. Le programme d'informations se compose d'une présentation et d'un diptyque qui expliquent le RD, les erreurs d'assistance sanitaire qui peuvent se produire en Espagne et des démarches à réaliser en cas d'incident.

Le programme d'informations permettra aux professionnels d'acquérir une meilleure connaissance de la situation actuelle sur la couverture sanitaire espagnole et en conséquence, une diminution du nombre de cas qui peuvent se voir refuser l'assistance sanitaire.

Mots clés: Couverture Sanitaire, Assistance sanitaire, Real Decreto 16/2012, Immigrants, Système de Santé Universel.

INTRODUCCIÓN

Desde hace cinco años, Europa se está enfrentando a una crisis económica y de valores. El gobierno español instauró medidas de austeridad disminuyendo los presupuestos destinados a las políticas sociales (-13,7% en 2012 y -16,2% en 2013 en el sector sanitario). En este trabajo, se pondrán de relieve las repercusiones del Real-Decreto Ley (RDL) 16/2012 que excluyó del sistema sanitario a una parte de la población, siendo la más destacada la población inmigrante en situación irregular así como los problemas producidos por su inadecuada aplicación.(1,2,3)

La crisis afectó a los determinantes sociales de salud. Por un lado, los problemas estructurales producidos a raíz de la burbuja inmobiliaria y la inmigración, dispararon la tasa de paro que llegó al 26%. La elevada proporción de parados y la disminución de los salarios aumentaron las desigualdades, como lo apoyan los datos proporcionados por Eurostat, que revelan un neto aumento del riesgo de pobreza o de exclusión social en España desde 2009 (Anexo 1). Por otro lado, la crisis tuvo repercusión directa sobre la salud mental, aumentando los trastornos del estado del ánimo y empeorando los problemas de salud mental.(4,5)

Hoy en día, 3,1% de la población mundial es inmigrante. España, fue uno de los países más atractivos de Europa durante la primera década del siglo XXI, por lo que la población extranjera ha pasado de representar un 2,6% del total en 2001, al 11,4% de su población o 5,7 millones de personas.(6)

Por eso, cabe destacar algunas particularidades de esta población: A) A su llegada, sus necesidades en salud son similares a las de la población autóctona, o incluso menores, por ser jóvenes. Esto se conoce como el "efecto del inmigrante sano". Con el tiempo, se aproxima al estado de salud del grupo socioeconómico equivalente: en su mayoría, están expuestos a peores determinantes sociales como lo son las condiciones de vivienda o de trabajo. B) Existe una elevada proporción de mujeres y recién nacidos con gran necesidad de prevención. C) Tienen más riesgo de presentar enfermedades mentales por la dificultad de adaptación. D) Tienen mayor incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis.(7,8,9,10)

Los inmigrantes tienen en conclusión una mayor vulnerabilidad debido a las condiciones de vida, las barreras lingüísticas y culturales, el riesgo a ser excluido de los servicios de salud y la dificultad de adaptación. Por eso, sus necesidades en salud deben ser consideradas desde una óptica interdisciplinaria y proporcionar prevención, promoción y protección de la salud.(4,8,11)

El sistema sanitario español se construyó a lo largo de muchos años: en 1942 Franco creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad según el modelo alemán Bismark. Con el artículo 43 de la Constitución española de 1978 se estableció el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. En 1986, la Ley General de Sanidad completó esta última con el concepto de servicio sanitario público, universal y gratuito, con el derecho a una atención integral, definido por la cartera de servicios común a todas las CCAA. Se sumaron, luego, distintas reformas, con el objetivo de mejorar este sistema. La Ley de Cohesión 16/2003, por ejemplo, definió como titulares "todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional".(12,13,14)

El sistema público de salud español, en el siglo XXI, ha sido considerado como un ejemplo prometedor en Europa para el acceso al sistema sanitario de las personas más vulnerables. En 2010, se situaba como la tercera mejor sanidad del mundo, en empate con Suecia. Cabe destacar que a pesar de sus éxitos, la sanidad española siempre ha tenido un bajo gasto público sanitario (6,5% de su PIB en 2008) comparándolo con los países de la UE (7,3% de promedio). O según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), un gasto promedio del sector público por habitante de 1642 € en 2012, muy por debajo de numerosos países de la UE como Alemania con 2893 €/hab. o Francia con 2539 €/hab.(15,16,17, Anexo 2)

En 2012, el gobierno realizó una serie de reformas sanitarias. Entre ellas, el RDL 16/2012 *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* que se aplicó sin evaluación previa de la situación con el fin de ahorrar más de 7.000 millones de euros. Se abandonó entonces la universalidad a favor de un sistema de aseguramiento: "la asistencia sanitaria en España,[...] se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado", aunque la sanidad se

financia vía impuestos y no cotizaciones. Muchos informes y autores lo denuncian por ir en contra de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de la Carta Europea de los Derechos Sociales, o de los principios de la Conferencia de Alma-Ata...(1,18,19,20,21)

A raíz de la reforma, se quedaron excluidas del sistema sanitario, porque sin tarjeta sanitaria individual (TSI) aproximadamente 873.000 personas por las siguientes causas: 1. Los inmigrantes sin permiso de residencia (salvo urgencias; embarazo, parto y post-parto; menores de edad). 2. Las personas sin empleo que han agotado todas las prestaciones y no están inscritas en la oficina del paro o que residen fuera del país más de 90 días en un año. 3. Los estudiantes mayores de 26 años que nunca han trabajado, o los estudiantes que no dependen de una persona residiendo en España. En esta situación, en Zaragoza, no se encuentran como "asegurados" o "beneficiarios". Y, a pesar de lo escrito por Unizar, estas personas se encuentran descubiertas y no pueden llegar a la obtención de la TSI a través del seguro escolar lo que demuestra la existencia de un "vacío" jurídico (Anexo 3). Se modificó también la cartera común de servicios, los criterios de financiación de medicamentos y los recursos humanos del SNS. (14,15,22)

El RDL 16/2012, además de poner a prueba la ética de los trabajadores sanitarios, no variará sustantivamente los costes fijos del SNS. Se ha demostrado, por contra, que podría traducirse por efectos no deseados sobre la Salud Pública como el aumento de las enfermedades contagiosas debido a la disminución de la prevención, la mayor utilización de las urgencias o un aumento de las listas de espera. Todos estos cambios conllevaran a un aumento de sus correspondientes costes adicionales.(15,23,24,25)

La medida pretendía también evitar el turismo sanitario, pero según encuestas, la salud personal sólo representa el 1,6% de las razones que motivan la migración. Y se ha demostrado que estas restricciones no han tenido impactos significativos sobre los flujos migratorios.(2,26)

El gobierno propuso como alternativa: "[...]la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la

suscripción de un convenio especial.” Un precio fijado a 59,20 €/mes para los menores de 65 años, y 155,40 €/mes para los mayores de 65 años, imposible de asumir por la mayoría de la gente afectada por el RDL 16/2012.(2,14,23)

La aplicación y el desarrollo normativo del mismo en las CCAA ha sido heterogéneo. En algunas se han implementado planes para minimizar los cambios, mientras que en otras, se están aplicando medidas más allá del propio RDL. Por eso, este trabajo tiene como objetivo minimizar los abusos creados por la falta de conocimiento, facilitando una información adecuada a los profesionales sanitarios en el contexto específico de la localidad de Zaragoza.(19)

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es:

Conocer los cambios producidos por el RDL 16/2012 en la cobertura sanitaria y ver si están suficientemente conocidos entre los profesionales sanitarios.

Los objetivos específicos son:

Realizar una revisión de fuentes bibliográficas y de expertos, sobre las modificaciones de la cobertura sanitaria en España desde las reformas sanitarias puestas en marcha tras la crisis de 2008.

Proponer acciones en función de la información encontrada para evitar consecuencias negativas tanto a nivel individual como colectivo.

METODOLOGÍA

Para la revisión bibliográfica se realizó una amplia búsqueda en las siguientes bases de datos: Google Académico, Pubmed, Cuiden, Scielo, Scopus, Dialnet y ScienceDirect. También se consultaron documentos relevantes de las organizaciones *Yo Si Sanidad Universal*, *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad pública*, *Médicos del Mundo*, *Amnistía Internacional*, *ODUSALUD*. Así como autores reconocidos de la Salud Pública como el Dr. Tudor Hart (33) y la biblioteca de la UZ. El periodo de consulta tuvo lugar desde Enero a Marzo de 2015. Para el perfil de búsqueda se utilizaron las palabras claves: "cobertura sanitaria"; "inmigrantes"; "Real Decreto 16/2012".

Inicialmente se encontraron 763 artículos. Se dio preferencia a los documentos publicados en un periodo de 3 años (2012-2015), escritos en inglés, castellano o francés, puesto que son las lenguas con mayor producción científica y que la autora domina. Otros criterios fueron que hablasen de los cambios en el territorio español sobre la cobertura o los determinantes de salud a raíz de la crisis, y que tuvieran texto completo, hasta quedarnos con 30. A esto hay que añadir NANDA, legislación y libros. (Anexo 4)

En el contexto de la ciudad de Zaragoza se han entrevistado a: Trabajadoras Sociales de Centro de Salud de Zaragoza, por ser la puerta de entrada al Sistema Sanitario; de la Casa de las Culturas porque es donde se reúne la población inmigrante; y de Médicos del Mundo de Zaragoza, por ser la organización referente que realiza el cuidado de las personas que no consiguen ser atendidas por los servicios de Salud o que no acuden por el efecto disuasorio ambiental. Se contó también con el experto en Sistemas Sanitarios Marcos Efrén Andrés Sánchez.

Para finalizar se planteó la oferta de un programa de difusión consistente en una sesión informativa a profesionales sanitarios y un díptico de apoyo.

DESARROLLO

1. Diagnostico

1.1. Análisis

A lo largo de la revisión bibliográfica, se encontró un problema añadido al RDL 16/2012. Más allá de lo escrito, y a pesar de la desobediencia civil por parte de numerosos trabajadores, varios registros han reagrupado casos con falta de asistencia que no se ajustan a la legislación vigente. Gracias a Médicos del Mundo, Amnistía Internacional, Red Acoge, REDES, o ODUSALUD, se han podido sacar a la luz las prácticas de exclusión realizadas en el SNS, que por su extensión, no pueden ser "errores puntuales".(27,28,29,30)

En los diferentes artículos e informes destaca un factor principal afectando a la cobertura y sobre el cual podemos actuar: el desconocimiento por parte del personal de los centros sanitarios.(Anexo 5)

Según la taxonomía NANDA, el trabajo se justifica en el ámbito de la enfermería porque afecta al *Patrón de Adaptación*. El diagnostico enfermero se expresa como el *Afrontamiento inefectivo de la comunidad 00077*, relacionado con el déficit de recursos y servicios de soporte social de la comunidad, sistemas comunitarios inefectivos o inexistentes; y manifestado por el aumento de los problemas sociales y el déficit de participación de la comunidad. Es por tanto nuestra responsabilidad, asegurar la accesibilidad al sistema sanitario y prevenir los problemas de Salud Pública.(31)

1.2. Priorización

Mediante la revisión bibliográfica realizada, se ha mostrado que el desconocimiento de los profesionales sanitarios de las recientes reformas del sistema sanitario español sobre la obtención de la TSI pueda provocar diversos problemas individuales y/o comunitarios. Los informantes claves corroboran la falta de conocimiento de los sanitarios y en particular la dificultad de interpretación y aplicación de la ley.

También se ha observado cierto desconocimiento del Programa Aragonés de Protección de la Salud pública, verdadera clave a la hora de resolver casos de falta de asistencia sanitaria causada por la ausencia de TSI.(Anexo 6)

Por estas razones se ve pertinente la realización de un programa de difusión a los profesionales de la salud con el apoyo de un díptico (Anexo 7) que ayude a la correcta gestión de los casos que podrían surgir en los centros de Zaragoza.

2. Planificación

2.1. Objetivos:

General:

Realizar un programa de difusión a profesionales sanitarios en Aragon a partir de la información encontrada para paliar el déficit de conocimiento sobre los cambios en la cobertura sanitaria.

Específicos:

Lograr que los profesionales tengan claros los cambios producidos por el RDL 16/2012 sobre el sistema sanitario.

Disminuir los casos que se enfrentan a la negación de atención sanitaria o a la emisión de un compromiso de pago.

Reducir el efecto disuasorio que se instaló desde varios años en la población extranjera.

2.2. Población diana o destinatarios:

El presente programa educativo está hecho para impartirse en Centros de Salud y servicios de urgencia mayoritariamente, pero también a cualquier grupo de personas interesadas. Inicialmente está diseñado para profesionales de la enfermería, si bien podría ser ampliado a todo el personal de los equipos.

2.3. Recursos:

Humanos:

Se precisa la participación de un profesional de enfermería formado que pueda ofrecer una sesión informativa de calidad.

Este enfermero realizará el cometido durante su horario laboral desplazándose a los centros que aceptan dicha formación.

Materiales:

Se necesita en este curso una sala adecuada al número de profesionales recibidos (aproximadamente 20 personas), sillas, ordenador y proyector cedidos por el centro donde se impartirán las sesiones. Así como los dípticos impresos (Anexo 7).

Económicos:

Se necesitará una institución dispuesta a imprimir los dípticos realizados, por lo cual, tiene que apoyar las reivindicaciones a favor de un sistema sanitario público universal. Por eso se podría pedir colaboración a *Yo Si Sanidad Universal*, *Médicos del Mundo Aragon*, la *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública* o el *Colegio de Enfermería*.

Estas diferentes instituciones prestarán también ayudas financieras para la remuneración de los profesionales que realicen la sesión (40€/hora).

El presupuesto dependerá entonces del alcance del programa divulgativo.

2.4. Estrategias

Inicialmente se forma a un grupo clave hasta tener una "masa crítica". Por eso, se recurre al Colegio Profesional para que faciliten la difusión del curso y los recursos materiales necesarios para dar la formación. Se da preferencia a personas motivadas en la difusión del programa. Luego se prevé una difusión en mancha de aceite para llegar a toda la población enfermera aragonesa. Cada persona que difusa el programa podrá hacerlo desde varios ámbitos: de forma autónoma o a propuesta de una Asociación.

Se tendrá en cuenta los lugares más necesitados para actuar primero en ellos. En Zaragoza, se propondrá a los distintos centros de Salud, y a los servicios de urgencia impartir una sesión en su centro a través de su supervisor(a) vía e-mail. Se comentará el tema, las grandes líneas de la presentación y se dará un díptico hasta la siguiente aceptación por parte del equipo y la concertación de una fecha, hora y un lugar para la realización de la sesión (durante el horario laboral). El centro se debe comprometer a difundir estas informaciones con el fin de obtener el mejor éxito presencial posible.

2.5. Actividades

El tiempo estimado para la sesión es de una hora y media, ampliable a dos horas si los participantes lo requieren. Se dispondrán las sillas para que todas estén dirigidas hacia la pantalla del proyector, puesto que en esta sesión la formación va a ser mayoritariamente teórica.

Se entrega al comienzo el díptico y se recomienda a los participantes de la sesión que lo lean.

A continuación, se muestran las diapositivas creadas exclusivamente para este fin y cuyo contenido esta descrito en la siguiente tabla.

Sesión informativa:

<p>1. ¿Que cambia el RDL 16/2012?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El cambio a un sistema de aseguramiento: explicación de los conceptos "asegurado" y "beneficiario". • Los distintos grupos excluidos. • Los derechos mantenidos por los grupos excluidos (urgencias gratuitas, embarazadas, menores). • La alternativa propuesta: el convenio especial (su precio, trámites). • La justificación usada por el gobierno (datos sobre la disminución de los gastos sanitarios y de la inmigración).
--	---

<p>2. Otros factores de exclusión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores del sistema de salud: las dificultades administrativas para la obtención de la TSI, el desconocimiento de la legislación, la actitud del personal... • Factores relacionados con los propios "sin TSI": Falta de conocimiento, falta de red social, el idioma, los lugares y horarios de las oficinas, el miedo.
<p>3. Los "errores" más frecuentes relacionados con el RDL 16/2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La negación de atención a embarazadas, a menores o atención urgentes. • La emisión de un compromiso de pago en urgencias. • La falta de continuidad de los cuidados por la ambigüedad del concepto de "urgencia" y su siguiente "alta".
<p>4. Las repercusiones a nivel comunitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las enfermedades infecciosas. • El aumento de la espera en urgencias. • La privatización encubierta.
<p>5. El Programa Aragonés de Protección de la Salud Pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sus trámites. • Sus limitaciones.
<p>6. Otras instituciones que permiten la atención sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Mundo en Zaragoza. • Dónde? Como?
<p>7. Incitar a realizar prevención en lugares idóneos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento de la idea que la enfermera comunitaria tiene un papel fundamental fuera del centro de salud, cerca de los grupos minoritarios de su barrio.

La sesión se cerrara con las preguntas de los profesionales.

2.6. Cronograma

Actividades	Tiempo de duración												Responsables	
	Abril				Mayo				Junio					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Publicitar el primer curso	■	■	■											Colegio de enfermería
Inscripciones	■	■	■											
Formación de la masa crítica				■										Sarah BESSON
Contactar con los distintos servicios					■	■	■	■						Personas anteriormente formadas
Ejecución del programa									■	■	■	■		Personas anteriormente formadas

3. Ejecución:

Antes de su lanzamiento se realizará una prueba piloto. Para ello contaremos con el Centro de Salud Torrero-La Paz de Zaragoza. Se presentará la información presente en este trabajo con la ayuda de diapositivas y el díptico (Anexo 7).

4. Evaluación:

Para la prueba piloto realizaremos una evaluación cualitativa en tres fases: 1ª Se realizará un grupo focal en el que se someterá a discusión el díptico realizado. 2ª Luego se les expondrá la sesión acompañada del power point. 3ª Tras la sesión se les pasará un formulario donde puedan señalar los puntos positivos y negativos de la sesión.

Para evaluar el programa generalizado habría que realizar indicadores de cobertura.

CONCLUSIÓN:

Se percibió un desconocimiento por parte de los profesionales de salud acerca de las recientes reformas aplicadas por el gobierno en el ámbito de la salud. Además se vio que podía afectar a la cobertura sanitaria y poner en peligro la salud de los residentes españoles tanto a nivel individual como comunitario. La realización de un programa informativo a los profesionales de salud permite concienciarles e intentar reducir sus posibles consecuencias.

A raíz del trabajo realizado parece que sería necesaria una modificación de la legislación para permitir una atención del conjunto de la población viviendo en España -al igual que en toda Europa y deseable en todo el planeta- y asegurar un nivel de salud óptimo para todos. En este sentido, las recientes promesas hechas por el ministro de sanidad ofrecen dudas ya que que no incluyen la Tarjeta Sanitaria Individual al conjunto de la población.¹ Además se espera recuperar una perspectiva pública y universal. En esto, nos apoyan las ideas del médico inglés, promotor del National Health Service, Dr Hart: "El desarrollo con valor humano de la ciencia depende de que se incluya a toda la población dentro de su ámbito de aplicación[...] La ausencia de exclusión social constituye los cimientos de los sistemas asistenciales efectivos. La solidaridad creó los sistemas asistenciales estatales y sus puntos débiles se deben en gran parte a la ausencia de la solidaridad."(33)

¹La última información del gobierno realizada por el Ministerio de Sanidad Alfonso Alonso facilitaría la asistencia a los inmigrantes en situación irregular pero sin recuperar la TSI. Según el trabajo realizado, se piensa que España no recuperara un sistema de Salud público Universal con esta normativa.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- 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. BOE nº98, Sec. I, pág.31278. (abril 24, 2012)
- 2- Hau Emmanuelle. Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie. DDS. 2013;13(3):283-295.
- 3- Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huércanos Esparza Isabel. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm Global. 2011;10(23):221-232.
- 4- Cortès-Franch Inma, González López-Valcárcel Beatriz. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanitaria. 2014;28:1-6.
- 5- Segura Benedicto Andreu. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanitaria. 2014;28:7-11.
- 6- Vázquez Maria Luisa, Vargas Ingrid, Aller Marta-Beatriz. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gac Sanitaria. 2014;28:142-146.
- 7- Jansà Joseph, García de Olalla Patricia. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanitaria. 2004;18:207-13.
- 8- Llop-Gironés Alba, Vargas Lorenzo Ingrid, Garcia-Subirats Irene, Aller Marta-Beatriz, Vázquez Navarrete Maria Luisa. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Pública. 2014;88(6):715-734.
- 9- Navarro Saiz Elena Maria, Holguín Pintor Emilio, Jiménez Hoyo Jose Felix, Alonso Rubio Margarita, Marín Arcones Santiago, Murillo Gonzalez Agustin Pablo. Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño. Metas enferm. 2014;17:4.
- 10- Muñoz-de Bustillo Rafael, Antón Jose-Ignacio. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. Salud Públ Méx. 2010;52(4):357-363.
- 11- Jansà Josep Maria. Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. Rev Esp Salud Pública. 1998;72(3):165-168.
- 12- Acién González Estefania. Accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz de las trabajadoras del sexo nigerianas en el Poniente almeriense. Notas etnográficas. Gazeta de Antropología. 2014;30(2).
- 13- Moreno Cañuelo Cristina. La evolución del Sistema Nacional de Salud Español. Nure Inv. 2014(69):7-12.

- 14- López-Fernández Luis Andres, Martínez Millán Juan Ignacio, Fernández Ajuria Alberto, March Cerdà Joan Carles, Suess Amets, Danet Danet Alina, et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? Gac Sanitaria. 2012;26(4):298-300.
- 15- Peiró Salvador. Not come or go. Report on the Royal Decree-Law 16/2012. FMC. 2013;20(8):441-445.
- 16- Vicenç Navarro. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. Gac Sanitaria. 2012;26(2):174-175.
- 17- Legido Quigley Helena, Otero Laura, La Parra Daniel, Alvarez Dardet Carlos, Martin Moreno Jose, McKee Martin. ¿Desmantelarán los recortes el sistema sanitario español? BMJ. 2013;346-363.
- 18- Björngren Cuadra Carin. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health. 2012;22(2):267-271.
- 19- Yo Sí Sanidad Universal, Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Informes Redes. Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria. Madrid: Yo Si Sanidad Universal, SoMaMFYC; 2014.
- 20- Yo Si Sanidad Universal. Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia. Madrid: Yo Si Sanidad Universal; 2013.
- 21- Amnistía Internacional. El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las islas Baleares. Madrid: Amnistía Internacional; 2013.
- 22- Cantero Martínez Josefa. A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanitaria. 2014;28(5):351-353.
- 23- Lopez Celeste. Los que no tienen tarjeta sanitaria deberán pagar hasta 157 euros al mes. La vanguardia [Barcelona], 30 de julio de 2013, p.27.
- 24- Center for Economic and Social Rights. España: Visualizando los derechos. Ficha informativa nº12. Madrid: CESR; 2015.
- 25- Alamo Junquera Dolores, Sala Nuria, Millet Juan-Pau, Ortega Gutierrez Lluisa, Planas-Giner Albert, Rovira Carol, et al. Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde Cataluña Central. Aten Primaria. 2015;27(1):32-37.
- 26- Macpherson Ana. Enmienda autonómica, Salut dará tarjeta sanitaria propia a los sinpapeles que lleven un año empadronado. La vanguardia [Barcelona], 31 de agosto 2012, p.18.
- 27- Casado Navarro Silvia. Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil? Rev Bioética Derecho. 2013;28(10):91-101.

- 28- Médicos del Mundo. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Madrid: Medicos del Mundo; 2014.
- 29- Observatorio Universal del Derecho a la Salud de la Comunidad Valenciana. Informe nº9. Noviembre 2014. Valencia: ODUSALUD; 2014.
- 30- Legido-Quigley Helena, Urdaneta Elena, Gonzalez Alvaro, La Parra Daniel, Muntaner Carles, Alvarez Dardet Carlos, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. The Lancet. Volume 382, Issue 9909, p1977. 2013.
- 31- Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.
- 32- Vargas Leguas H, Ruiz A, Pequeño S, López D, Vargas I, López L, et al. Acceso de la población inmigrante a los servicios de salud: opinión del personal sanitario y usuarios. Gac Sanitaria. 2013;27:384-385.
- 33- Tudor Hart Julian. La economía política de la Sanidad. Una perspectiva clínica. 1a ed. Madrid: Ediciones GPS Madrid; 2009.

Anexo 1: Evolución del riesgo de pobreza o exclusión social en la Union Europea desde 2005.

**People at risk of poverty or social exclusion
by broad group of citizenship (population
aged 18 and over)**

Last update: 12.03.15

Source of data: Eurostat

CITIZEN: Reporting country **AGE:** 18 years or over **SEX:** Total

TIME	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GEO										
European Union (28 countries)	:	:	:	:	:	22.0	22.7	23.2	22.9	:
European Union (27 countries)	24.7	24.2	23.4	22.5	21.8	22.0	22.6	23.1	22.8	:
European Union (15 countries)	20.4	20.7	20.5	20.2	19.6	19.8	20.8	21.4	21.2	:
New Member States (12 countries)	40.1	37.3	34.2	31.0	29.8	29.9	29.5	29.7	28.8	:
Euro area (18 countries)	20.7	20.9	20.8	20.3	19.8	19.9	21.0	21.5	21.2	:
Euro area (17 countries)	20.5	20.8	20.7	20.2	19.7	19.8	20.9	21.5	21.2	:
Belgium	20.6	20.3	19.9	19.3	18.0	18.3	18.1	19.2	18.4	:
Bulgaria	:	61.8	60.9	44.8	45.9	49.0	48.5	49.1	47.4	:
Czech Republic	17.8	16.9	14.4	14.5	13.2	13.3	14.2	14.4	14.1	:
Denmark	16.9	16.8	16.8	16.8	18.0	18.3	18.9	19.3	19.2	:
Germany (until 1990 former territory of the FRG)	18.2	19.6	20.4	19.7	19.7	19.0	19.7	19.8	20.2	:
Estonia	23.6	20.2	21.2	21.4	21.9	19.6	20.4	21.4	21.7	:
Ireland	22.8	21.0	21.2	22.6	23.9	24.1	27.4	28.8	27.2	:
Greece	29.8	29.2	27.1	26.5	25.7	25.5	29.6	32.9	32.6	:
Spain	22.6	21.9	21.2	21.3	20.6	22.0	22.7	23.2	23.3	:
France	17.3	17.6	17.5	16.4	16.3	16.8	16.9	16.6	15.9	:
Croatia	:	:	:	:	:	31.4	32.9	32.0	29.9	:
Italy	24.0	24.8	24.7	23.9	22.8	22.6	26.0	28.0	26.4	:
Cyprus	25.4	25.4	25.6	22.4	22.6	23.2	23.3	24.7	25.5	:
Latvia	44.7	40.4	33.5	32.6	36.4	35.1	37.4	33.8	32.8	30.6
Lithuania	40.6	35.7	28.4	27.3	29.4	33.6	32.8	32.6	29.8	:
Luxembourg	10.2	10.7	10.4	9.2	11.8	11.2	10.4	10.9	12.3	:
Hungary	30.5	29.8	28.1	26.9	27.8	27.9	29.0	30.6	31.5	28.9
Malta	19.7	18.7	18.4	18.8	18.7	19.8	20.6	21.2	22.1	:
Netherlands	15.5	15.3	15.0	14.2	14.1	14.1	14.5	14.2	15.3	:
Austria	16.0	15.8	15.4	17.5	16.4	15.8	16.3	15.9	15.4	14.8
Poland	44.8	39.2	33.8	30.2	27.5	27.3	26.7	26.2	24.8	:
Portugal	25.1	24.5	24.4	24.9	23.8	24.4	23.0	24.4	26.0	:
Romania	:	:	44.8	42.5	41.0	39.8	38.3	39.3	38.5	:
Slovenia	19.2	17.6	17.6	19.1	17.3	18.6	19.1	19.4	20.1	:
Slovakia	31.3	25.7	20.4	19.8	18.8	19.6	19.5	19.3	18.5	:
Finland	17.4	17.6	17.7	17.6	17.3	17.0	17.9	17.4	16.4	:
Sweden	13.2	14.0	12.5	13.8	15.1	14.3	15.1	14.4	15.2	:
United Kingdom	22.5	21.6	20.8	21.6	20.1	21.0	21.1	21.9	22.1	:
Iceland	12.7	11.4	11.9	11.2	11.4	11.9	12.2	11.1	11.4	:
Norway	15.4	16.6	15.6	14.5	14.3	14.4	14.1	13.3	13.4	:
Switzerland	:	:	15.6	15.4	15.7	15.6	15.4	16.0	15.6	:

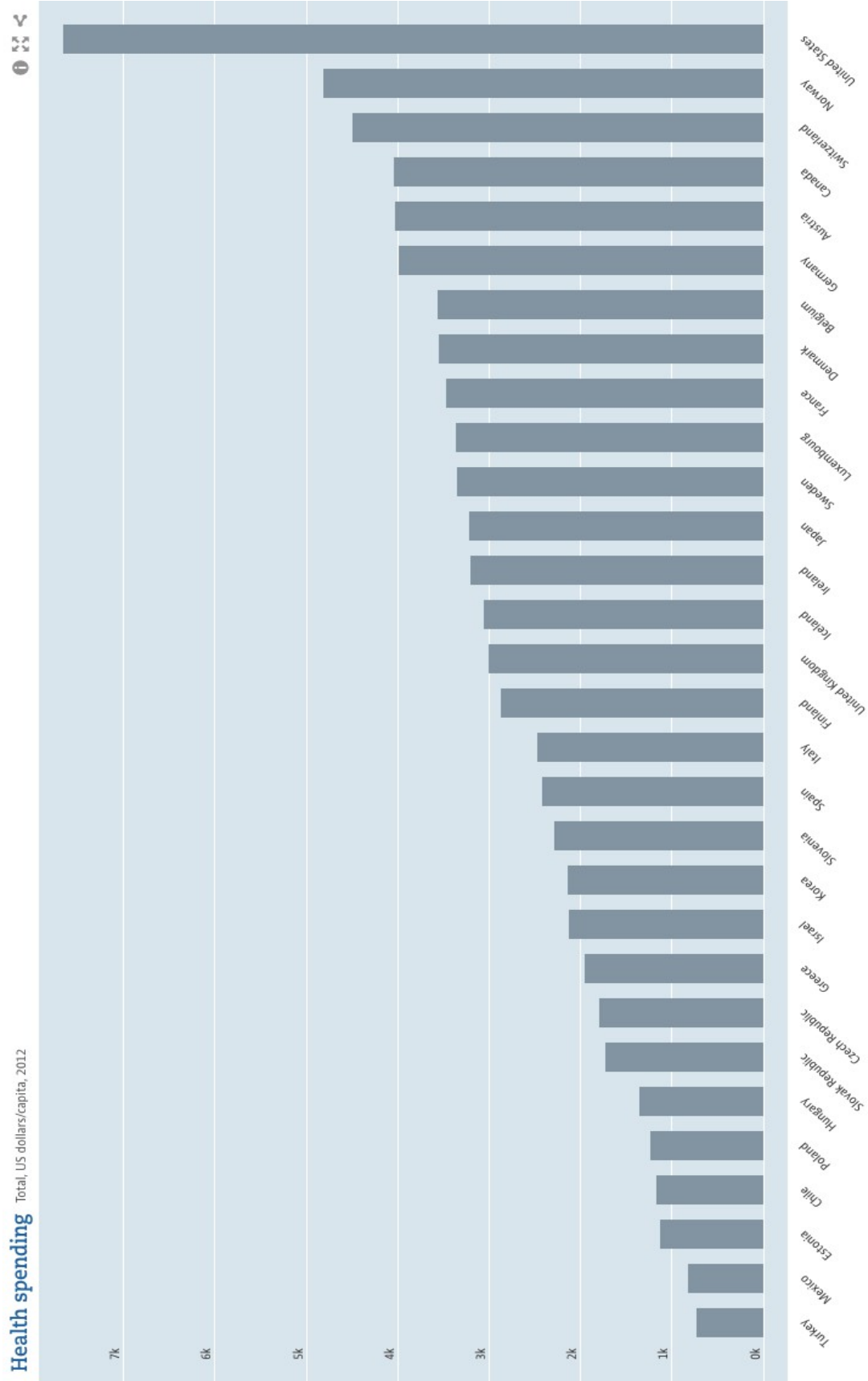
Fuente: Eurostat;

<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do;jsessionid=5IPSQwyo6ivBPwBGV8lzl3ZDRKl1dtG1imM2J7kHh8qTaFcwV2cX!1990887461>

Persons at risk of poverty or social exclusion have one or more of the following three conditions apply:

1. Disposable income of a person is below the at-risk-of-poverty threshold in the income distribution within a country. This threshold is set at 60 percent of the equalized national median net income (after social transfers). Income is aggregated on the household level and divided by the number of household members weighted according to their age. Moreover, it is expressed in purchasing power parities to account for differences in the costs of living across the EU member states. Median income, of course, depends on a country's income distribution. This is why the threshold can differ substantially across countries and also over time. Thus, the share of the population under the at-risk-of-poverty threshold is characterized by a relatively low income position below the median for a certain country and year.
2. A person suffers severe material deprivation. This measure accounts for a severe lack of resources. It includes persons who cannot afford at least four out of nine items that are considered to be crucial for maintaining a basic standard of living. Among them are payments on loans and mortgages, a car, a TV, a washing machine and heating to keep home adequately warm.
3. A person lives in a household with very low work intensity. In households with low work intensity the working-age, non-student members work less than 20 percent of their total work potential over a year.

Anexo 2: El gasto sanitario en €/hab (2012)



Fuente: OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

La invisibilidad de la prestación sanitaria del seguro escolar universitario. Problemas para la obtención de la tarjeta sanitaria.

Autores: Sarah Besson (alumna de Enfermería) , Maria del Pilar Diago Diago (profesora de Derecho de la Universidad de Zaragoza)

Introducción : Buscamos saber como un estudiante “no beneficiario” por tener mas de 25 años o ser extranjero pueda acceder a la atención sanitaria (A.S.) gratuita y completa. En la matrícula universitaria está el concepto del Seguro Escolar. ¿Qué prestaciones cubre este seguro? ¿Cómo poner en práctica en caso de necesidad? ¿Da derecho a la tarjeta sanitaria (T.S.)? En este trabajo describiremos las dificultades y los límites de este.

Objetivos: Mostrar las dificultades que puede tener un estudiante para el acceso a la A.S.

Metodología: Revisión legislativa, consultas en el INSS, tesorería de la Seguridad Social, Universidad, Diputación General de Aragón, Centro de Salud próximo.

Aclaración: Un joven de mas de 25 años pierde su estatuto de beneficiario, una persona sin recursos sociales como un extranjero tampoco puede tener este estatuto.

Una persona que no tiene contrato de trabajo no está considerada como afiliada a la seguridad social.

Resultados: Solo encontramos acuerdos entre las diferentes fuentes entrevistadas en cuanto a prestaciones urgentes, relacionadas con los estudios pero no se ha conseguido llegar a obtener la T.S. Por el seguro escolar.

Según la universidad:

1º: Solicitar un **numero de afiliación** propio a la tesorería.

2º: Acudir al centro de salud con el resguardo de la **matricula** (con el pago del seguro escolar).

3º: Entrega de la **tarjeta sanitaria** que procura el derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

Las diferentes dificultades encontradas:

1º: Si acudes al centro de salud **sin tarjeta sanitaria, no se puede tener A.S.** sin que sea valorada la situación como urgente .

3º: El **INSS desconoce** esa vía para acceder a la T.S. y me asegura que es imposible.

5º: **La gerencia** de la universidad me asegura que tengo derecho a plena asistencia y a la T.S.

7º: **El departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia** me expone los límites del seguro escolar siguientes: Acceso a una tarjeta de seguro escolar, A.S. con enfermedades relacionadas a los estudios.

2º: La web de la FCCS afirma que se puede acceder a la **A.S. por enfermedades.**

4º: **La tesorería** desconoce esa vía para acceder a la T.S. Y me asegura que es imposible.

6º: **La DGA** me comunica que se puede acceder a la T.S. pero con unos límites (duración, viajes...)

Conclusiones:

1) Según la información Webs de la Universidad todo estudiante universitario tiene derecho a A.S. gratuita.

2) Se comprueba en persona que **no es así ya que** “Un estudiante, aunque tenga Seguro Escolar si no tiene contrato de trabajo no está considerado afiliado a la Seguridad Social”

Propuesta: Dado que es muy difícil establecer las **prestaciones que entran y no entran**, debería cambiarse la legislación y en todo caso considerar un aumento moderado del precio del seguro escolar (Hoy cuesta 1,12 €)

Webs y agradecimientos: Profa. Germán Bes. http://wzar.unizar.es/servicios/primer/2matricula/economica/seguro_esc.html

Más información : siloo.besson@gmail.com

Anexo 4: Tabla explicativa de la bibliografía.

	Autores	Título	Año de publicación	Diseño del trabajo.	Datos útiles para el trabajo
1	RDL 16/2012	El RD 12/2012 fue publicado en el BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012, páginas 31278 a 31312 http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403	2012	Legislación	Los distintos puntos explícitos en el RDL 16/2012 afectando a la sanidad universal.
2	Hau Emmanuelle. Médecins du Monde.	Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie.	2013	Informe técnico y crítico	Observaciones sobre los determinantes sociales de la salud y estado de salud de las personas confrontadas a diversos factores de vulnerabilidad en Europa, y también más precisamente en España. Datos cuantitativos y cualitativos sobre las personas que han atendido Médicos del Mundo en 14 ciudades de 7 países de Europa.
3	Germán Bes Concha, y col.	El cuidado en peligro en la sociedad global.	2011	Reflexiones	Reflexiones sobre las repercusiones en los sistemas sanitarios de la crisis económica y social de la sociedad global: Repercusiones sobre el flujo de personas y sobre la condición de la mujer.
4	Cortès-Franch Inma, González López-Valcárcel Beatriz.	Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014.	2014	Informe técnico	Impacto de la crisis en la salud y en los comportamientos relacionado con la salud, en las desigualdades y en los determinantes de la salud en España. Descripción de los cambios en el SNS a raíz de las medidas adoptadas y si posible impacto en la salud.
5	Segura Benedicto Andreu.	Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014.	2014	Informe técnico	La evolución de los determinantes sociales a raíz de la crisis y sus repercusiones sobre la salud.
6	Vázquez María Luisa, Vargas Ingrid, Aller Marta-Beatriz.	Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014.	2014	Informe técnico	Repercusiones de la crisis sobre los determinantes sociales de la población inmigrante en España, y el posible empeoramiento de la salud en esta población.

7	Jansà Joseph, García de Olalla Patricia.	Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos.	2004	Revisión bibliográfica	Las particularidades de la población inmigrante en España determinando necesidades específicas en salud.
8	Llop-Gironés Alba, Vargas Lorenzo Ingrid, Garcia-Subirats Irene, Aller Marta-Beatriz, Vázquez Navarrete Maria Luisa.	Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España.	2014	Revisión bibliográfica	El acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España: la diferencia de su utilización con la población autóctona, la diferencia de sus determinantes sociales influyendo sobre la salud, y las barreras encontradas para conseguir la atención.
9	Navarro Saiz Elena Maria, Holguín Pintor Emilio, Jiménez Hoyo Jose Felix, Alonso Rubio Margarita, Marín Arcones Santiago, Murillo Gonzalez Agustin Pablo.	Triage de urgencias médicas: diferencias entre población inmigrante y autóctona en un hospital madrileño.	2014	Estudio descriptivo transversal	Comparación de las causas y la gravedad de las asistencias urgentes entre la población autóctona y la población inmigrante en Madrid. Demuestra que no hay diferencias significativas (antes RD 16/2012). Patrón de uso del sistema sanitario por parte de los inmigrantes.
10	Muñoz-de Bustillo Rafael, Antón Jose-Ignacio.	Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España.	2010	Análisis descriptivo	Particularidades de la población inmigrante latinoamericana en España que influye en sus necesidades de salud. Patrón de utilización del sistema sanitario por parte de la población inmigrante latinoamericana en España.
11	Jansà Josep Maria.	Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública.	1998	Informe, reflexiones	Las necesidades sanitarias de la población extranjera en España. Justificación de la imprescindible adaptación del estado a esta población.
12	Acién González Estefania.	Accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz de las trabajadoras del sexo nigerianas en el Poniente almeriense. Notas etnográficas.	2014	Trabajo etnográfico	Las normativas a las cuales esta sometida la población inmigrante para acceder al sistema sanitario Andaluz. Barreras encontradas para el acceso al sistema sanitario.
13	Moreno, Cristina Cañuelo.	La evolución del Sistema Nacional de Salud	2014	Revisión bibliográfica	La evolución del sistema sanitario español de 2003 a 2013 y su influencia sobre el estado de salud de la población viviendo en

		Español.			España.
14	López-Fernández Luis Andres, Martínez Millánv Juan Ignacio, Fernández Ajuria Alberto, March Cerdà Joan Carles, Suess Amets, Danet Danet Alina, et al.	¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud?	2012	Artículo analítico y crítico.	Las modificaciones provocadas por el RDL 16/2012 en la normativa sanitaria, sus repercusiones a nivel individual y colectivo.
15	Peiró Salvador.	Not come or go. Report on the Royal Decree-Law 16/2012.	2013	Artículo crítico.	Demostración de una "falsa justificación" para la aplicación del RDL 16/2012.
16	Vicenç Navarro	El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública.	2012	Artículo crítico. Debate.	Demostración de una "falsa justificación" para la aplicación del RDL 16/2012. La ineficiencia de las reformas sanitarias aplicadas tras la instauración de la crisis económica.
17	Legido Quigley Helena, Otero Laura, La Parra Daniel, Alvarez Dardet Carlos, Martin Moreno Jose, McKee Martin.	¿Desmantelarán los recortes el sistema sanitario español?	2013	Revisión bibliográfica.	Explicación de las repercusiones de los recortes en el sistema sanitario. Descripción de os movimientos sociales aparecidos en el mundo sanitario tras los recortes.
18	Björngren Cuadra Carin.	Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies.	2012	Estudio cuantitativo y cualitativo.	Agrupación de los países europeos en grupo en función de la atención sanitaria propuesta a la población inmigrantes sin papeles. Identificación del descenso de España del grupo ofreciendo la mejor atención sanitaria a pasar el RDL 16/2012.
19	Yo Sí Sanidad Universal, SoMaMFYC	Informes Redes. Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria.	2014	Informe técnico y crítico.	Análisis cuantitativa y cualitativa del registro de los casos de falta de asistencia sanitaria que se han producido en España tras la aplicación del RDL 16/2012 y su incomprensión. Testimonios.
20	Yo Si Sanidad Universal.	Un año de exclusión sanitaria, un año de desobediencia.	2013	Informe técnico y crítico.	Análisis cuantitativa y cualitativa del registro de los casos de falta de asistencia sanitaria que se han producido en España tras la aplicación del RDL 16/2012 y su incomprensión. Testimonios.

21	Amnistía Internacional.	El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las islas Baleares.	2013	Informe técnico y crítico.	Las obligaciones de derechos humanos y el RDL 16/2012. Registros y testimonios de la confusión que existe a la hora de aplicar el RDL 16/2012.
22	Cantero Martínez Josefa.	A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.	2014	Artículo crítico.	Repercusiones del RDL 16/2012 a nivel individual y colectivo. Argumentos en contra de su justificación.
23	Lopez Celeste.	Los que no tienen tarjeta sanitaria deberán pagar hasta 157 euros al mes.	2013	Artículo informativo.	Explicación del aparte del convenio especial del RDL 16/2012.
24	Center for Economic and Social Rights.	España: Visualizando los derechos.	2015	Ficha informativa.	Análisis cuantitativo de las repercusiones de la crisis económica en la población viviendo en España sobre determinantes sociales y gastos del estado.
25	Alamo-Junquera Dolores, Sala Nuria, Millet Juan-Pau, Ortega-Gutierrez Lluisa, Planas-Giner Albert, Rovira Carol, Comet Dolors.	Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde Cataluña Central.	2015	Estudio observacional analítico transversal.	Demostración de la "falsa justificación" del RDL 16/2012, y posibles repercusiones a nivel público.
26	Macpherson Ana.	Enmienda autonómica, Salut dará tarjeta sanitaria propia a los sinpapeles que lleven un año empadronado.	2012	Artículo informativo.	Puesta en marcha de alternativas frente al RDL 16/2012.
27	Casado Navarro Silvia.	Las cosas por su nombre: ¿ Objeción de conciencia o desobediencia civil?	2013	Artículo explicativo.	Definición de la desobediencia civil, figura jurídica usada por los profesionales sanitarios para conservar una sanidad universal en España a pesar de la aplicación del RDL 16/2012.
28	Médicos del Mundo.	Dos años de reforma	2014	Informe	Alternativas nacionales y de las CCAA al RDL 16/2012 para conservar

		sanitaria: más vidas humanas en riesgo.		técnico.	una cobertura sanitaria al conjunto de la población viviendo en España.
29	Observatorio Universal del Derecho a la Salud de la Comunidad Valenciana.	Informe nº9. Noviembre 2014.	2014	Informe técnico.	Análisis cuantitativa y cualitativa del registro de los casos que han experimentado una falta de asistencia sanitaria tras la aplicación del RDL 16/2012 en la CA de Valencia.
30	Legido-Quigley Helena, Urdaneta Elena, Gonzalez Alvaro, La Parra Daniel, Muntaner Carles, Alvarez Dardet Carlos, et al.	Erosion of universal health coverage in Spain.	2013	Artículo informativo.	Explicación y critica de las repercusiones del RDL 16/2012.
31	Nanda Internacional.	Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.	2010	Definiciones.	Diagnósticos enfermeros.
32	Vargas Leguas H, Ruiz A, Pequeño S, López D, Vargas I, López L, et al.	Acceso de la población inmigrante a los servicios de salud: opinión del personal sanitario y usuarios.	2013	Estudio cualitativo descriptivo.	Determinación de los factores que influyen en el acceso a la atención sanitaria de la población inmigrante.
33	Tudor Hart Julian	La economía política de la sanidad. Una perspectiva clínica.	2009	Libro.	Repercusiones de reformas sanitarias liberales en un Servicio Nacional de Salud.

Anexo 5: Resumen de la información encontrada a lo largo de la revisión bibliográfica.

Aplicación del RDL 16/2012

Según el RDL 16/2012, los informes revisados y situaciones vividas se sabe que han perdido el derecho a obtener la TSI los siguientes grupos:

- Los inmigrantes en situación irregular.
- Los padres e hijos mayores de 26 años extranjeros de una persona cotizando pierden la condición de "beneficiarios" y el consecuente derecho a la atención sanitaria.
- Las personas que no tienen derecho a cobrar el paro (de servicio domestico o que no han cotizado bastante para acceder a cobrar prestación por desempleo) después de 90 días.
- Estudiantes españoles mayores de 26 años o, estudiantes extranjeros que no son beneficiarios, y que nunca han cotizado.

Pero a pesar de su exclusión, los grupos deberían guardar una serie de derechos que son:

- La asistencia sanitaria en caso de enfermedad grave o accidente por vía de urgencia, hasta la situación de alta médica.
- La asistencia al embarazo, parto y postparto.
- La asistencia sanitaria para los menores en las mismas condiciones que los españoles (centros de atención primaria incluidos).

A través de los artículos encontrados se ha podido recopilar diferentes barreras que además de los cambios normativos afectan a la población en situación vulnerable e impiden una atención sanitaria adecuada.

Existen factores del sistema de salud que son:	Y factores relacionados con los propios inmigrantes:
<ul style="list-style-type: none"> - La TSI: dificultades administrativas (difícil provisión de información, escasa difusión institucional, requisitos complicados para su obtención, <u>exigencia de requisitos no contemplados por la ley</u>, horarios incompatibles con el horario laboral) - <u>Negación de atención</u> (desinformación y confusión creada por las autoridades sanitarias; desconocimiento por parte del personal de los centros sanitarios) - Presión para cobrar, <u>emisión de "compromiso de pago"</u> (Una deuda con hacienda que impide renovar el permiso de residencia) - Ambigüedad de la noción de "urgencia" y "dado de alta" que han provocado casos abandonados tras la atención urgente, falta de continuidad asistencial - Racismo, actitud del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento/ comprensión del circuito para acceder al sistema sanitario - Falta de red social - Idioma - Limitaciones de los movimientos por el miedo a la expulsión - Distancia entre lugar de residencia y oficinas para los tramites - Carencia de pasaporte

Por todos estos factores, se está creando "un verdadero laberinto" irresoluble sin ayuda de mediadores. Sin poseer la TSI, la atención queda "en mano" de los administrativos. Muchos de ellos por desconocimiento, falta de criterio o actos arbitrarios, niegan asistencia a menores y embarazadas, o expiden facturas. La ley, además, ha dejado cierta ambigüedad a la hora de saber qué se entiende por "urgencias", y cuando se da el "alta médica". Por todos estos motivos, se ha creado miedo y efectos disuasorios que han dejado a cientos de personas sin atención sanitaria, poniendo en peligro su vida. Diferentes registros, como lo enseña la siguiente tabla, nos ilustran la situación.

Registro REDES	Registro ODUSALUD
<p>En septiembre 2014, 316 notificaciones de las cuales: 25,3% de estos casos tienen derecho a la asistencia según el RDL.</p> <p>19% de los casos no se han podido resolver.</p> <p>14 casos de menores desatendidos.</p> <p>2,8% de los casos son embarazadas.</p> <p>22 casos de atención urgente.</p> <p>49 tramitaciones de facturas o compromisos de pago (incluso ante sospecha de enfermedades graves o infecto-contagiosas)</p>	<p>Desde la aplicación del RDL 1004 notificaciones de las cuales: 56,3% no han llegado a ser atendidos.</p> <p>94 casos de menores desatendidos.</p> <p>21,8% han tenido hoja de compromiso de pago</p> <p>1 de 4 de los casos provienen de la UE</p>

- En Aragón, como en otras CCAA, se han puesto en marcha medidas especiales alternativas al RDL 16/2012. El 19 de Abril de 2013, se crea el *Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública* que registra personas no aseguradas ni beneficiarias de la Seguridad Social. Emite un documento acreditando estas circunstancias y permite la atención primaria y especializada. No se ha podido acceder a los registros, pero si a la impresión de las trabajadoras sociales de los diferentes centros visitados acerca del plan aplicado en Zaragoza.
- Según ellas, los papeles pedidos para acceder a la alternativa propuesta siguen sin adaptarse a la población diana (pasaporte, libro de familia, declaración de IRPF...). Pero, con un informe de la trabajadora social de su Centro de Salud, acreditando la incapacidad a presentar los papeles pedidos, la mayoría de los casos se pueden resolver. Las personas entrando en este programa poseerán entonces un documento permitiendo una atención sanitaria completa. Por eso, la difusión de esta vía debe ser primordial, así se podrán evitar que se queden sin cobertura personas que por la aplicación del RDL 16/2012, habían perdido su TSI.

Fuente: Realización propia a partir de la bibliografía 1,5,7,9,11,13,14,20,21,30

Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública

¿Quién puede acceder?



Los extranjeros que residen en Aragón de forma estable sin recursos económicos suficientes.

Requisitos para acceder al programa



- 1**
- **No tener derecho a asistencia sanitaria con la condición de asegurado o beneficiario** reconocida por el INSS/ISM.
 - No estar incluido en alguna de las **situaciones especiales**.
 - No tener suscrito un **convenio especial**.
 - **No poder exportar el derecho** desde el país de origen o procedencia.



- 2** Tener residencia estable en Aragón, con un **empadronamiento igual o superior a 6 meses**, de forma ininterrumpida.



- 3** **No disponer de ingresos anuales**, en España o en el país de origen o procedencia, **superiores al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)**, que es de 532,51 euros mensuales.

¿Dónde se tramita?



En el **CENTRO DE SALUD** que le corresponda por domicilio.

¿Cómo se tramita?



La solicitud se hará de **forma individual**

¿Qué documentación tengo que presentar?

- **NIE o pasaporte** en vigor.
- **Solicitud** de inclusión en el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública (Anexo I), que incluye:
 - Autorización a la consulta telemática de los datos.
 - Declaración responsable de ingresos.
- **Declaración** responsable de **no tener derecho a la asistencia sanitaria** por ninguna otra vía (Anexo II).
- Certificado de **empadronamiento**.



- **Libro de familia**.
- **Declaración de IRPF**.
- **Denegación de inscripción en el Registro Central de Extranjeros**, para Comunitarios.
- **Certificado de ingresos** en el país de origen.
- Certificado de que **no procede la exportación del derecho a asistencia sanitaria** en países de la UE, del Espacio Económico Europeo, la Confederación de Suiza o países con convenio bilateral.

¿Y si no puedo presentar toda la documentación?

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia le solicitará que subsane los defectos, aporte los documentos no presentados o, si el caso lo justifica, aporte el informe de un trabajador social adscrito al Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, que valore si se dan las circunstancias económicas y de residencia o especiales que motiven la no presentación de alguno de estos documentos.

¿Cómo acreditaré mi inclusión en el programa?

Una vez comprobada la documentación se procederá a la inclusión en el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública y **se le entregará un documento identificativo** (Anexo III), que deberá presentar siempre que demande asistencia en alguno de los Centros del Servicio Aragonés de Salud, con una **VALIDEZ DE UN AÑO**.

Autor: Sarah BESSON en representación de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Universal
Contacto: s.besson@gmail.com

Cobertura Sanitaria y Crisis Económica

Igualdad para vivir !

Tu eres responsable:
Informa! Apoya! Cuida!

Entidades colaboradoras:

Ayuntamiento de Zaragoza
Médicos del mundo
Servicio Aragonés de Salud



Te gustaría saber mas acerca de la exclusión del sistema sanitario?



Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza



Universidad Zaragoza



Actuar:

Registrar casos cuyos derechos no han sido aplicados:

- Registro REDES <http://registrodedatos.yosisanidaduniversal.net/>

Ante un caso:

- Poner en contacto con el/la Trabajador(a) Social de su Centro de Salud.
- Si se puede, realizar los tramites del *Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública*.
- Remitir a la organización Médicos del Mundo
San Blas 60
50003 Zaragoza
Teléfono: 976404940

Informarse:

En 2012, la reformas excluyeron a miles de personas del sistema sanitaria; Se quedaron sin Tarjeta Sanitaria :

- Inmigrantes sin permiso de residencia
- Jóvenes españoles
- Personas sin trabajo ...

Sus derechos (a veces denegados !)

- Ser atendidos ante una situación urgente (sin compromiso de pago !) hasta el alta médica.
- La asistencia al embarazo, parto y postparto.
- La asistencia sanitaria completa para los menores (primaria, especializada...)

En Aragón, se creó el *Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública* que da derecho a la atención primaria y especializada para los inmigrantes.

