

**MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN
CULTURA DE PAZ, CONFLICTOS, EDUCACIÓN Y
DERECHOS HUMANOS**



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**La gestión de las migraciones en el sistema
sanitario público cordobés**

Discursos de profesionales de la salud y personal de ONGs locales

Estudiante: Luciana Giné

Directora: María García Cano Torrico

Ciclo lectivo: 2018/2019

Índice

1. Introducción.....	3
2. Estado de la cuestión	7
2.1. El estudio de la gestión de las migraciones en el campo de la salud desde la teoría de los campos y los capitales	7
2.2. Migraciones, salud y población migrante	10
3. Objetivos.....	17
4. Metodología.....	18
5. Contextualización de la problemática abordada.....	22
5.1. Contexto de las migraciones internacionales	22
5.2. Contexto legal	27
5.3. Contexto de políticas y planes para la gestión de las migraciones en el sistema sanitario andaluz	34
6. Resultados.....	43
6.1. Barreras para acceder al sistema sanitario público.....	44
6.2. Acciones estatales tendientes a minimizar las barreras e incluir la diversidad	60
6.3. Percepciones de los equipos de salud acerca de la atención sanitaria a personas migrantes	61
7. Conclusiones.....	64
8. Bibliografía.....	68
9. Anexos	75
9.1. Anexo 1	75
9.2. Anexo 2	76
9.3. Anexo 3	77
9.4. Anexo 4	80
9.5. Anexo 5	81

Resumen / Abstract

Muchas personas migrantes no tienen acceso a los servicios básicos de la salud, enfrentando diversas barreras para poder acceder a la atención sanitaria. En el presente trabajo, se busca reconstruir cómo se gestiona el fenómeno migratorio en el sistema sanitario público cordobés, a través de los discursos de profesionales de la salud y de personal de ONGs recuperados a través de entrevistas semi-estructuradas, complementadas con otras fuentes de información, contemplados bajo el marco conceptual de la teoría de los campos y los capitales de Pierre Bourdieu. Los principales resultados a los que se ha arribado es que las personas migrantes experimentan en Córdoba diversos obstáculos para poder acceder al sistema sanitario en condiciones de igualdad, quedando muchas veces excluidas, lo que imposibilita la concreción de su derecho humano a la salud y a la atención sanitaria. Las ONGs juegan un papel clave en paliar y minimizar estas barreras.

Palabras clave: personas migrantes – Córdoba – teoría de los campos sociales – exclusión sanitaria – derechos humanos

1. Introducción

Tal como se contempla en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure bienestar y salud, y, en especial, la alimentación, la vivienda, la asistencia sanitaria, el vestido y los servicios sociales necesarios (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Sin embargo, en la actualidad, seguimos enfrentando grandes obstáculos para que todas las personas gocen, de manera igualitaria, no solo de estos derechos, sino de muchos otros igual de fundamentales para que puedan disfrutar de una vida digna y libre. Tal como afirmaba Javier de Lucas (2018) en el setenta aniversario de la mencionada Declaración, lejos estamos de alcanzar una “cultura universal y básica de los derechos” (p. 26).

Por este motivo, en el año 2015, los Estados miembro de las Naciones Unidas trazaron de manera conjunta los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (en adelante, ODS), mediante los que se busca construir un mundo más justo, pacífico e igualitario para el año 2030¹. Estos objetivos, que se concretan en 169 metas y que implican un gran reto para la comunidad internacional, buscan principalmente terminar con la pobreza y el hambre, mejorar el acceso a la salud y a la educación, acabar con la desigualdad de género, construir instituciones sólidas y que propicien la paz y la justicia, acabar con el cambio climático, propiciar fuentes de energía asequible y no contaminante, fomentar formas de producción y consumo responsables, reducir las desigualdades, entre otros fundamentales propósitos.

Específicamente, mediante el ODS 3, denominado “Salud y Bienestar”, se busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas en todas las edades, y, concretamente, mediante la meta 3.8, lograr una cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad (Organización de las Naciones Unidas [ONU], s.f.; ONU, 2016;).

¹ La Agenda 2030 se basa en los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de los tratados internacionales de los Derechos Humanos, de la Declaración de los Objetivos del Milenio y de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. En función de todo ello, define que sus principios irrenunciables son la universalidad, la integralidad, la interdependencia, la responsabilidad común pero diferenciada, no dejar a nadie atrás, y el respeto a los Derechos Humanos (Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional [FAMSI], 2017, p. 7).

Sin embargo, hoy en día, muchas personas están muy lejos de cumplir esa meta, y hay entre ellas algunos colectivos que presentan una condición de especial vulnerabilidad para su concreción, como la población migrante. Así, como se destaca en el reciente informe de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), titulado “Promoción de la salud de refugiados y migrantes. Proyecto de acción mundial 2019-2023”, muchas personas migrantes no tienen acceso a los servicios de atención de salud, como la promoción de la salud, los servicios de salud mental (particularmente importante para prevenir trastornos postraumáticos o cuadros de depresión o ansiedad que afectan a muchas de ellas), la prevención, tratamiento y la atención de las enfermedades, ni tampoco a la protección financiera (p.3).

Por otra parte, se señalan en el mencionado informe los obstáculos que tienen las personas migrantes para el acceso a la atención sanitaria. Estos no son iguales en todos los países, y pueden comprender, según los casos, diferencias idiomáticas y culturales, costes elevados para el acceso, barreras administrativas, imposibilidad de afiliarse a los planes locales de financiación de la salud, precariedad en las condiciones de vida u ocupación, bloqueo de territorios, falta de información sobre los derechos en materia de atención sanitaria, o discriminación de cualquier otro tipo. Todas estas situaciones dificultan en la práctica la obtención de atención sanitaria (OMS, 2019, p.4).

Los países europeos (cuyos Estados de Bienestar han entrado en crisis luego de la Gran Recesión de 2008) no escapan al tipo de obstáculos anteriormente mencionados, tal como se sostiene en el “Primer Informe sobre la Salud de Personas Refugiadas e Inmigrantes en la Región Europea”, realizado por la OMS en el año 2018. En este documento, cuyo lema es “no hay salud pública sin la salud de las personas migrantes y refugiadas”, se insta a los países de la región a que mejoren sus sistemas sanitarios para que puedan responder a las necesidades de esta población (OMS, 2018; Gallardo Ponce, 2019).

Así, si bien se afirma que la población inmigrante y refugiada que llega a Europa goza, en general, de buena salud, también se destaca que los sistemas sanitarios europeos deben fortalecerse para poder hacer frente a las patologías que el desplazamiento o el país de destino pueden favorecer, elevando el riesgo de enfermedad, debido a las condiciones de vida a las que se enfrentan y a los ajustes en su estilo de vida (Gallardo Ponce, 2019).

Tal como se afirma en el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular², las migraciones pueden generar prosperidad, innovación y desarrollo sostenible en las sociedades de origen, tránsito y destino, especialmente cuando se las gestiona bien (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018). Y esta correcta gestión no se puede lograr sin que las personas migrantes³ puedan tener acceso a los servicios básicos (entre ellos la salud), tal y como se afirma en el objetivo 15 de este Pacto.

Si las personas migrantes no pueden tener acceso a los servicios básicos, y específicamente, encuentran barreras para tener acceso a los servicios sanitarios en los países de destino, tendrán un obstáculo más para insertarse en condiciones de igualdad en las sociedades en las que buscan establecerse y, por lo tanto, para tener un pleno desarrollo no solo personal, sino en su entorno.

Por esto, una de las metas del Pacto Mundial para la Migración es incorporar las necesidades sanitarias de las personas migrantes en las políticas y los planes de salud nacionales y locales, por ejemplo, reforzando la capacidad de prestar servicios, facilitando el acceso asequible y sin discriminación, reduciendo las barreras que dificultan la comunicación y formando a quienes proveen atención sanitaria para que presten servicios teniendo en cuenta las diferencias culturales, promoviendo la salud física y mental de las personas migrantes y las comunidades en general, entre otras⁴(Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018, p. 26).

En el contexto español, donde la inmigración es parte de la realidad cotidiana y configura, por lo tanto, las sociedades actuales, cabe preguntarse cómo se están gestionando las migraciones en el sistema sanitario público. Específicamente, en la presente investigación, realizada como Trabajo Final del Máster en Cultura de Paz, Conflictos, Educación y Derechos Humanos de la

² Este pacto, acordado el 13 de julio de 2018 por más de 150 países miembros de la ONU, y que ha sido ratificado por España, es el primer acuerdo mundial que tiene como objetivo gestionar los flujos migratorios de forma integral y a escala internacional, con el fin de aprovechar los beneficios de la inmigración y proteger a las personas migrantes. Se reconoce que la migración es una realidad pluridimensional, que contribuye a lograr resultados positivos en materia de desarrollo humano en las sociedades y a alcanzar los objetivos de la Agenda 2030, pero para esto debe trabajarse de forma conjunta entre los países y mejorar la gobernanza en torno a las migraciones. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018).

³ Pese a que realizar un análisis del lenguaje empleado en este Pacto (así como en otros documentos oficiales de las Naciones Unidas) excede los límites de la presente investigación, me parece importante destacar que en todo el documento en su versión traducida al español se habla de “los migrantes”. Sin embargo, se calcula que aproximadamente la mitad de las personas que migran internacionalmente en la actualidad son mujeres. Por esto, creo que sería conveniente la utilización de un lenguaje inclusivo, no sexista, que incluya las realidades de todos los seres humanos que migran. Por este motivo, en este trabajo se habla genéricamente de “las personas migrantes”.

⁴ Estas medidas se proponen tomando en consideración las recomendaciones pertinentes del Marco de Prioridades y Principios Rectores de la OMS para Promover la Salud de los Refugiados y los Migrantes (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018, p. 26).

Universidad de Córdoba, se busca, con un carácter exploratorio-descriptivo, indagar cómo se están gestionando las migraciones en el sistema sanitario público cordobés en la actualidad.

¿Por qué preguntarse por el ámbito local? En la Agenda 2030, el espacio, las autoridades y la agencia local están reconocidas como parte fundamental de la posibilidad de concreción de los ODS. Asimismo, es en este espacio donde efectivamente se aplican las políticas tanto regionales y nacionales como autonómicas y locales. Tal como afirmaba el presidente de la Diputación de Córdoba, Antonio Ruiz (2017), para lograr metas globales hay que partir, necesariamente, del contacto cercano con la realidad y con los problemas de la ciudadanía, que son quienes tienen demandas concretas, aprovechando la proximidad, el conocimiento y la experiencia para una mejor gestión (p. 21).

Para poder responder al objetivo general de la investigación se retomarán los discursos de profesionales de la salud y de personal de Organizaciones No Gubernamentales (en adelante, ONGs) locales que trabajan con personas migrantes, complementándolos con artículos académicos, legislación y planes autonómicos en torno a la temática abordada, así como con testimonios de personas migrantes solicitantes de la tarjeta sanitaria y con estadísticas generales en torno a las migraciones, entre otras fuentes de información, para poder tener una mirada lo más amplia posible del fenómeno estudiado.

Como destaca la Organización Internacional para las Migraciones [OIM] (2018), los estudios sobre migraciones son importantes en la era de la posverdad, la sobrecarga informativa y las noticias falsas, donde los conocimientos especializados muchas veces quedan relegados a un segundo plano frente a las opiniones y los discursos políticos.⁵ Por lo tanto, se vuelve importante abordar la temática con datos empíricos y conocimientos teóricos.

Por otro lado, como suele afirmarse, lo que no se mide o estudia, no se conoce, y si queremos que todas las personas gocen plenamente de los derechos en condiciones de igualdad, debemos acercarnos a los fenómenos e intentar comprender las variables que influyen en estos. Así, podremos tener pistas acerca de qué factores intervienen tanto positiva como negativamente en el acceso de las personas migrantes de manera igualitaria al sistema sanitario público local.

⁵ Como afirmaba Van Dijk (2008), en España el debate sobre la inmigración es reciente pero no por eso menos intenso, tanto en discursos políticos de toda índole, como en docenas de artículos periodísticos en la prensa y programas de televisión que tratan el tema a casi a diario (p.13). Muchas veces, se utilizan palabras alarmistas para hablar del fenómeno, como “avalancha”, “ola”, “oleada”, “invasión”, “desbordamiento”, entre otras, asociando el fenómeno de esta manera solamente con problemas. Sin embargo, comparto la idea de Martínez Lirola (2008), de que inmigración puede ser entendida como un hecho, una realidad o una situación, pero nunca como un problema (p.9)

2. Estado de la cuestión

Tal como se ha afirmado en el capítulo anterior, surge la pregunta acerca de cómo se están gestionando las migraciones en el sistema sanitario público cordobés. ¿Qué factores intervienen en el acceso de la población migrante a los servicios sanitarios públicos en condiciones de igualdad? ¿Existen barreras para este acceso? ¿De qué tipo? ¿Cómo es esto percibido por el personal sanitario y el de ONGs que trabajan con este grupo de población? ¿Existen diferencias en el acceso entre la propia población migrante? ¿De qué dependen?

Todas estas preguntas buscarán ser respondidas a lo largo de este trabajo, y guiarán tanto el objetivo general de la investigación, así como los objetivos específicos y la metodología seleccionada, y, asimismo, se han planteado con un enfoque específico como telón de fondo. Estas etapas son indisociables en la práctica, y su división solo es útil con fines esquemáticos y de presentación de la información.

A continuación, se introducirá tanto la perspectiva conceptual que ha guiado la investigación, centrada en la teoría de los campos y capitales de Pierre Bourdieu, así como los aportes más relevantes de otras investigaciones acerca de la temática abordada.

2.1. El estudio de la gestión de las migraciones en el campo de la salud desde la teoría de los campos y los capitales

El enfoque que se ha tenido en esta investigación es el relacional, siguiendo la teoría de Pierre Bourdieu⁶. Así, se piensa lo social como estructuras de relaciones objetivas entre posiciones que ocupan las personas agentes que participan en el espacio social, lo que determina la forma que pueden tomar sus interacciones, sus posibilidades y sus prácticas (Álvarez Sousa, 1996, p. 147).

⁶ Bourdieu retoma el enfoque relacional de una larga tradición estructuralista, que identifica lo real con relaciones, por oposición al pensamiento sustancialista, visión común del mundo social que reconoce como realidades aquellas que se ofrecen a la intuición directa: el individuo, el grupo, las interacciones. (Gutiérrez, 2014, p. 10).

A su vez, quiere superar la falsa dicotomía entre subjetivismo y objetivismo, proponiendo escapar del realismo de la estructura, al que el objetivismo conduce necesariamente cuando piensa las relaciones como realidades ya constituidas por fuera de la historia del individuo y del grupo, sin recaer no obstante en el subjetivismo, totalmente incapaz de dar cuenta de la necesidad del mundo social. Así, propone un análisis sociológico de la acción, que capte lo que ésta tiene de propio y retorne a la práctica (Bourdieu, 2007).

La noción de *espacio social* contiene, por sí misma, la aprehensión relacional del mundo social:

“Los seres aparentes, directamente visibles, trátense de individuos o grupos, existen en y por la diferencia, es decir, en tanto ocupan posiciones relativas en un espacio de relaciones que, aunque invisible y difícil de manifestar empíricamente, es la realidad más real y el principio real del comportamiento de los individuos y de los grupos” (Bourdieu, 1997, p. 47).

Por lo tanto, la tarea de quien investiga lo social debe ser, descubrir y reconstruir los principios de diferenciación o distribución que rigen este espacio social, o más específicamente, un campo determinado, para poder reengendrar teóricamente lo que se observa empíricamente y fundamentar las diferencias en la objetividad. Estos principios de diferenciación “no son más que la estructura de distribución de las formas de poder o de las espacias de capital eficientes en el universo social considerado” (Bourdieu, 1997, p. 48).

Por este motivo, en la presente investigación se pensará al sistema sanitario público cordobés como un campo social, con principios de diferenciación y distribución que buscarán ser reconstruidos, para poder entender cómo se gestionan en él las migraciones, y, en última instancia, qué factores influyen en la posibilidad o imposibilidad de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad.

¿Qué se entiende entonces por *campo*? Esta noción remite a espacios de juego históricamente construidos, con instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias, los cuales funcionan gracias a que los agentes invierten, comprometiendo los capitales con los que cuentan, y contribuyen a conservar su estructura o a transformarla (Gutiérrez, 2014, p. 11).

El *capital* que está en juego en un campo ha sido acumulado en el curso de luchas anteriores, y se distribuye diferencialmente entre actores que están comprometidos en él, generando posiciones diferenciales y orientando sus estrategias. Así, la estructura de un campo, en un momento histórico dado, es un estado de la distribución del capital específico que está en juego, y, consecuentemente, un estado de relaciones de fuerza entre instituciones y agentes implicados en el juego generando un espacio estructurado de posiciones (Gutiérrez, 2014, p. 12).

Bourdieu distingue entre capital económico, capital cultural, capital social y capital simbólico. El *capital económico*, aunque remite a la posesión de recursos económicos, no se puede observar sólo desde la óptica economicista, sino que, para entenderlo, hay que tener en cuenta la

historia del actor social dentro de dicho campo y la influencia de los otros campos sobre el económico, que, a su vez, se encuentran influenciados por este tipo de capital.

El *capital cultural* tiene que ver con recursos ligados a formas de conocimiento, educación, habilidades, y puede existir de tres modos: incorporado, objetivado (en bienes culturales) y en estado institucionalizado (por medio de títulos). La mayoría del capital cultural proviene del capital incorporado y supone un trabajo de asimilación. El *capital social* consiste en el conjunto de recursos (intangibles) ligados a una red de relaciones más o menos institucionalizadas, pertenencia a grupos, redes de influencia y colaboración. El *capital simbólico* es lo que comúnmente se vincula con el prestigio, reputación, renombre, el status, etc., y es la imagen percibida y reconocida como legítima de las diferentes especies de capital (Álvarez Souza, 1996, p. 148).

Aunque cada tipo de capital responda a lógicas distintas, tienen una estrecha relación entre sí en la práctica. En el contexto de este trabajo, incluiría una nueva categoría, que creo relevante para poder entender cómo se insertan las personas migrantes en este campo específico, y es lo que podríamos denominar como *capital legal*. Este tipo de capital remitiría, específicamente, al status legal con el que cuentan las personas migrantes, lo que tiene un gran impacto en su posicionamiento no solo en el campo, sino en el espacio social cordobés en general.

En este contexto, la noción de *Estado* también cobra relevancia. Se considera que el Estado es el que detenta el monopolio de la violencia no solo física sino también simbólica en un territorio determinado. Si el Estado está en condiciones de ejercer una violencia simbólica, es porque se encarna a la vez en la objetividad, bajo formas de estructuras y de mecanismos específicos, y en la subjetividad, bajo formas de estructuras mentales, de percepción y de pensamiento. Así, hace olvidar que es fruto de una larga serie de actos de institución y se presenta con todas las apariencias de “lo natural” (Bourdieu, 1997, p. 98).

El Estado es el resultado de un proceso de concentración de los diferentes tipos de capital: capital de fuerza física o de instrumentos de coerción, capital económico, capital cultural o informacional, capital simbólico. Esta concentración lo convierte en poseedor de un *metacapital*, otorgando poder sobre las demás clases de capital y sobre sus poseedores. Así emerge un campo específico, el *estatal*, que permite al Estado ejercer poder sobre los diferentes campos y sobre los diferentes tipos particulares de capital, en especial las “tasas de cambio” entre sí, y con ello las relaciones de fuerza entre sus poseedores. (Bourdieu, 1997, p. 100).

Así, al concentrar recursos materiales y simbólicos, el Estado regula los diferentes campos, “o bien a través de intervenciones financieras (como el económico, con ayudas públicas a la inversión, o en el cultural, las ayudas a tal o cual enseñanza), o bien a través de las intervenciones jurídicas (como las diferentes normativas del funcionamiento de las organizaciones o del comportamiento de los agentes individuales)” (Bourdieu, 1997, p. 50).

Por lo tanto, el Estado no sólo impone las categorías de pensamiento a las personas, percibidas como naturales, sino que también posibilita o limita su accionar, mediante intervenciones concretas. De acuerdo con esto, explorar el papel que el Estado juega en la gestión de las migraciones en el sistema sanitario público cordobés será fundamental en este trabajo, tanto a nivel nacional como autonómico.

Lo que está en juego en las luchas por el capital, que enfrentan a las personas o instituciones que tienen una cantidad de capital específico suficientes para ocupar posiciones dominantes dentro de sus respectivos campos, es la transformación o conservación de la “tasa de cambio” entre los diferentes tipos de capital, y al mismo tiempo, el poder sobre las instancias burocráticas que están en condiciones de modificarlo por medio de medidas administrativas. La *lucha política* se va a concebir así como una lucha por imponer una visión legítima del mundo social, por mantener o subvertir el orden simbólico representado por el Estado, por establecer el conocimiento práctico legítimo (Bourdieu, 1999, p. 224).

2.2. Migraciones, salud y población migrante

Las investigaciones consultadas provienen desde ramas tan diversas como la Enfermería, la Medicina, la Salud Pública, la Psicología, el Derecho, el Trabajo Social, la Sociología, la Antropología o la Filosofía, entre otras, y, en muchos casos, se combinan los enfoques de las Ciencias de la Salud con los de las Ciencias Humanas y Sociales. No se han encontrado estudios que tomen el enfoque relacional de Pierre Bourdieu ni su teoría de los campos y capitales para indagar en la temática abordada.

Jansá y García de Olalla (2004) sostenían ya al inicio del nuevo milenio que la nueva realidad sociodemográfica del Estado español vinculada a la incorporación de personas migrantes entre la población y a un saldo migratorio nuevamente positivo, marcaba la necesidad de mejorar

el conocimiento acerca del estado de salud de esta población, y determinar prioridades preventivas y asistenciales, así como de reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud a sus necesidades particulares.

Afortunadamente, sobre todo en la primera década de los años 2000, se tomaron en España medidas que fomentaban la igualdad en salud y en el acceso a servicios sanitarios por parte de la población migrante, buscando reducir los obstáculos que vivenciaban y las desigualdades en salud (Gómez-Luque et al., 2019). España fue citada durante muchos años como un ejemplo en el contexto europeo y mundial, debido a las políticas que promocionaban el acceso a servicios sociales y salud para inmigrantes, ofreciendo una cobertura sanitaria universal (Gea Sánchez et al., 2017).

Sin embargo, a partir de la Gran Recesión de 2008, se tomaron medidas políticas y económicas que iban en dirección opuesta a las anteriormente mencionadas, y, por el contrario, fortalecían los mecanismos de exclusión de la población migrante del sistema sanitario público. Uno de los ejemplos más significativos de estas medidas fueron los recortes económicos y las políticas de austeridad en el ámbito sanitario (así como en el educativo y en el de los servicios sociales), con importantes reducciones en la financiación en las comunidades autónomas. En el ámbito de la salud, esto se tradujo en ajustes en relación con el personal y los servicios sanitarios, generando un mayor cobro de medicamentos, recortes en el personal sanitario, deterioro en los servicios y en la infraestructura sanitaria, entre otros (Ruiz Azarola, 2018).

Otra de las medidas que marcó un hito fue la aprobación del Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012⁷, que excluía a una parte de la población de la atención sanitaria por el Sistema Público de Salud, entre quienes figuraban las personas migrantes en situación administrativa irregular (con excepción de mujeres embarazadas, menores de edad o urgencias), e incluía copagos en prestaciones sanitarias (Ruiz Azarola, 2018, p.402).

Si bien Andalucía mantuvo y reconoció el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población en el Sistema Sanitario Público Andaluz, con cobertura de la totalidad de la cartera de

⁷ Si bien el contenido específico de este Real Decreto será retomado brevemente en el apartado 6.2 (en el que se abordará el contexto legal de la temática abordada), la variadas son las investigaciones que han analizado las implicancias de esta normativa en la población inmigrante, desde el Derecho, la Salud Pública, la Enfermería, la Ética, etc. Para profundizar ver López-Fernández et al. (2012), Guijarro (2013), Aguado i Cudolà y Prado Pérez (2014), Lema Tomé (2014), Solanes Corella (2014), Morero Beltrán y Ballesteros Pena (2015), Pérez-Molina et al. (2015), Red Acoge (2015), Cimas et al. (2016), Gea-Sánchez et al. (2016), Montesinos Padilla (2016), García González (2018), Delgado del Rincón (2018).

servicios (Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía [ADPHA], 2019, p.31), el RDL 16/2012 igualmente tuvo un impacto negativo en la población inmigrante, y no solamente sobre la que se encontraba en situación irregular.

Ruiz Azarola (2018), que ha realizado un estudio en el ámbito andaluz acerca del acceso de las personas inmigrantes al sistema sanitario público, trabajando en su investigación con población migrante en situación regular y que no tenía a priori repercusión del RDL en lo que se refiere a la cobertura sanitaria, ha notado diferencias antes y después de la aplicación de esta normativa. Así, afirma que, durante los primeros años siguientes a su aplicación, el RDL 16/2012 “ha tenido consecuencias directas en la disminución de la atención sanitaria dirigida a personas migrantes [en situación regular], tanto por la confusión respecto al derecho a la atención por parte de las mismas como por la variabilidad en la aplicación de la norma” (Ruiz Azarola, 2018, p.404).

Por otra parte, cabe señalar que la recesión económica no solo ha “justificado” políticas de austeridad en el ámbito sanitario, sino que ha tenido un impacto importantísimo en los determinantes sociales de salud, en España y en Andalucía. Así, factores como la pérdida de empleo y el empeoramiento de las condiciones laborales, la disminución del poder adquisitivo, la decadencia de las infraestructuras personales y públicas, la disminución de apoyos y ayudas económicas a las familias, sus redes familiares y sociales, etc. han generado un aumento considerable de la desigualdad social y la pobreza.

Esto ha impactado mucho más en la población en una situación de vulnerabilidad social y con peores condiciones socioeconómicas, como mucha de la población migrante, lo que ha aumentado la brecha de desigualdad en el derecho a la salud (Ruiz Azarola, 2018, pp.402-403). Como afirman Gea Sánchez et al. (2017), las personas inmigrantes en España generalmente pertenecen a grupos de la población con bajos niveles socioeconómicos. Así, ser inmigrante está usualmente relacionado con condiciones de vida y trabajo precarias, y con un pobre acceso a los servicios de salud (p. 194).

En este contexto económico y social, de creciente pobreza y desempleo y deterioro de las condiciones de vida, surgió un discurso político y mediático de preocupación por la sostenibilidad de los servicios de salud, que desencadenó en un aumento de la estigmatización a la población inmigrante, con acusaciones acerca de la sobreutilización del sistema sanitario español⁸ (Gea Sánchez et al., 2017).

Así, según el último Informe-Encuesta llevado a cabo por el Observatorio Español de Racismo y Xenofobia en el año 2016, la ciudadanía española percibe, en gran medida, a las personas inmigrantes como detractoras de los recursos sanitarios. Así, para el período de 2008 a 2016, un 40% o más de las personas consultadas cada año han respondido afirmativamente ante las afirmaciones “la presencia de los inmigrantes hace que disminuya la calidad de la atención sanitaria”, “los inmigrantes abusan de la atención sanitaria gratuita”, “los españoles deberían tener preferencia en la asistencia sanitaria” y “se les da mayores ayudas sanitarias a los inmigrantes que a los españoles”. (Fernández, Valbuena y Caro, 2016, p. 84).

Si bien a partir de 2011-2012 se produce una caída en los porcentajes de individuos que están de acuerdo con estas premisas, llegando a su punto más bajo en 2016 en el que en varios casos se pasa del 60% al 40%, el porcentaje continúa siendo muy elevado.⁹ Sobre todo, teniendo en cuenta que los estudios en el contexto español dicen lo contrario: se afirma que la población inmigrante tiene vías de acceso diferentes a los servicios sanitarios, y que los utilizan menos que la ciudadanía española, porque enfrentan sólidas barreras de acceso (Gea Sánchez et al., 2017, p. 195).

Estas barreras no se han eliminado en las últimas décadas, sino que, como hemos visto anteriormente, a partir de los cambios en la política sanitaria a partir de la crisis económica y financiera de 2008 se han añadido nuevas, y se han consolidado algunas que ya existían tradicionalmente y de forma crónica. En este aspecto, coinciden las personas que han investigado la temática desde diferentes campos.

Con el fin de sistematizar y ordenar la información, a continuación, agruparé las principales barreras que tienen las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público español (y andaluz) en condiciones de igualdad. Las barreras resaltadas por Gomez-Luque et al (2019), Ruiz Azarola (2018), García et al. (2009), Fernández-Castillo y Vílchez-Lara (2009), serán entonces agrupadas según los distintos tipos de capital que rigen en el campo de la salud (económico, social, cultural, simbólico, legal y estatal), en relación con la teoría de los capitales de Pierre Bourdieu.

⁹ Se adjunta Gráfico del análisis evolutivo de las percepciones y las actitudes de las personas encuestadas hacia las personas inmigrantes frente a los recursos sanitarios en el Anexo 1.

Tipo de capital asociado	Barreras para el acceso al sistema sanitario público español en condiciones de igualdad que encuentran las personas migrantes
<i>Capital económico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto socioeconómico. - Falta de recursos económicos para afrontar o continuar el tratamiento médico. - Horarios laborales incompatibles con los de las consultas. - Condiciones de la vivienda. - Precariedad laboral y jornadas laborales excesivas.
<i>Capital social</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Situación sociofamiliar. - Falta de redes de apoyo, personales u organizacionales
<i>Capital cultural</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento del idioma. - Desconocimiento acerca de los procedimientos administrativos y burocráticos. - Desconocimiento acerca de las características estructurales y organizativas de los servicios de salud. - Diferencias culturales que implican distintas concepciones de salud que tienen profesionales de salud y pacientes. - Desconocimiento acerca de la disponibilidad de algunos servicios sanitarios. - Malentendidos acerca de los principios acerca de la promoción o prevención de la salud. - Desconocimiento acerca del derecho de recibir atención sanitaria pública por parte de las personas migrantes, así como del personal administrativo y sanitario (en el caso de Andalucía). - Falta de formación acerca de la gestión de la diversidad del personal sanitario y administrativo.
<i>Capital simbólico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Género. - Edad. - Nacionalidad. - Grupo étnico. - Religión.

	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso político y mediático que construye a la persona migrante como detractora de la sanidad pública. - Condición de persona migrante. - Condición de persona migrante no comunitaria. - Condición de persona migrante en situación administrativa irregular.
<i>Capital legal</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Condición de persona extranjera. -Condición de persona extranjera no comunitaria. - Condición de persona extranjera en situación irregular.
<i>Capital estatal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos administrativos y burocráticos. - Requisitos de acceso al sistema sanitario, como la necesidad de posesión de una tarjeta sanitaria. - Variabilidad en la aplicación de la norma. - Medidas legislativas como el RDL 16/2012. - Políticas de austeridad en el ámbito sanitario. - Falta de seguimiento y evaluación de las políticas en salud y gestión de la diversidad.

Tabla 1. Barreras de las personas migrantes para el acceso al sistema sanitario público, agrupadas por tipo de capital. Fuente: Elaboración propia en base a Gomez-Luque et al (2019), Ruiz Azarola (2018), Gea Sánchez et al. (2017), García et al. (2009), Fernández-Castillo y Vilchez-Lara (2009, Mora Castro (2005), Bravo (2003).

Así, se considera que cada tipo de barrera responde a un tipo específico de capital, del que no se dispone suficiente cantidad como para ubicarse en el campo de la salud en una situación que permita gozar de los servicios sanitarios de manera igualitaria. De esta forma, por ejemplo, la baja posesión de capital cultural asociado al desconocimiento del idioma, ubica a las personas migrantes en una posición de desventaja, factor que se revierte si la persona aprende el idioma, volviéndose un facilitador.

Del mismo modo, se puede poner como ejemplo el status legal: la baja posesión de capital legal asociado a que la persona tenga la condición de extranjera en situación irregular, se revierte si la persona obtiene un permiso de residencia y es dada de alta en la Seguridad Social, permitiéndole así un mejor posicionamiento en el campo de la salud. Asimismo, cabe destacar que los capitales tienen una estrecha relación e interdependencia entre sí, sin posibilidad de pensarse

de manera individual, ni independiente de la historia del campo y de la estructura social considerada.

Por otro lado, cabe afirmar que las barreras anteriormente mencionadas suelen generar un aplazamiento del contacto de las personas migrantes con el servicio sanitario, recurriendo, en muchas ocasiones, solamente en casos de urgencias. Esto genera un retraso en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, lo que tiene consecuencias no solo para la salud de las personas y para sus posibilidades de inserción y pleno desarrollo en la sociedad, y así como sobre la salud pública en general (Gómez-Luque et al., 2019).

Por último, es muy importante señalar que, cuando se aborda cualquier problemática social, y, específicamente, cuando pone el foco en colectivos en situación de vulnerabilidad social, como es la población migrante, la variable de género siempre es potenciador de los factores de exclusión, por lo que no debe ser olvidada. Por lo tanto, pese a que esta investigación no está centrada en las mujeres inmigrantes¹⁰, la variable de género es tomada en cuenta como transversal.

Como afirman Gea Sánchez et al. (2017), las mujeres inmigrantes de todo el mundo tienen un mayor riesgo de sufrir peores condiciones de salud por una suma de determinantes sociales de la salud, como el género, la clase social, la nacionalidad, la etnia, y el estatus legal, lo que influye en su posición en la estructura social y su acceso a los recursos. Asimismo, las mujeres inmigrantes son más vulnerables a la explotación sexual y a la violencia, situación que se vuelve más extrema cuando están indocumentadas (p. 195). Por lo tanto, en la investigación se tendrán presentes estas cuestiones.

¹⁰ Vasta es la literatura específica en torno a la relación género-salud-migraciones, a las desigualdades sociales en salud de las mujeres inmigrantes y a las barreras que tienen para acceder al sistema sanitario. Para profundizar ver, por ejemplo, Bravo Moreno (2003), Bravo Moreno (2005), Río Benito, García Gil y Solano Parés (2003), Vives-Cases, Alvarez-Dardet, Torrubiano-Dominguez, y Gil-González (2008), Rodríguez Portilla y Martínez Rojo (2011), Cordero Ramos y Fernández Esquivel (2016), Gea-Sánchez et al. (2017).

3. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es reconstruir, a través de los discursos de profesionales de la salud y personal de ONGs, cómo se gestiona el fenómeno migratorio en el ámbito sanitario público cordobés en la actualidad y cómo se posicionan las personas migrantes en este campo.

Para poder responder a este objetivo general, se definen los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Rastrear en los relatos de profesionales de la salud y personal de ONGs las barreras y facilitadores que tienen las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público en condiciones de igualdad.
- ✓ Indagar si existen diferencias en el acceso a la atención sanitaria entre las personas migrantes, y a qué responden.
- ✓ Dar cuenta de las percepciones del personal sanitario acerca de la atención sanitaria brindada a las personas migrantes.
- ✓ Examinar qué acciones estatales se están llevando a cabo para minimizar las barreras e incluir la diversidad.

Estos objetivos específicos permitirán responder al objetivo general y poder comprender cómo se estructura el campo de la salud en la ciudad de Córdoba en la actualidad, comprendiendo cuáles son los factores que influyen para el posicionamiento diferencial de las personas en el mismo.

Se tiene como hipótesis que, pese a que en el ámbito cordobés existen facilitadores que permiten a las personas migrantes insertarse en condiciones de igualdad en el sistema sanitario público, existen asimismo barreras para su acceso. Se piensa que, sobre todo, están asociadas al capital estatal, como la necesidad de posición de una tarjeta sanitaria para acceder al sistema, los obstáculos burocráticos y administrativos y a la variabilidad en la aplicación de la norma, entre otras. Asimismo, pueden ser de importancia sobre todo las barreras asociadas al capital social, como la falta de redes de apoyo sobre todo organizacionales.

4. Metodología

Pese a la clásica contraposición entre los paradigmas cualitativo y cuantitativo en Ciencias Sociales¹¹, desde ya hace varios años se comenzó a plantear la utilidad de combinar ambos en una misma investigación. Así, sobre todo a partir de los años ochenta, se comienza a reconocer la pluralidad de vías para acceder a la realidad social, sin necesidad de afirmar un paradigma sobre otro, sino buscando compatibilidades entre ellos, lo que enriquece la tarea de quien investiga (Cea D´Ancona, 1996, p. 47).

Este tipo de enfoque, que se adopta en la presente investigación, va más allá del simple hecho de recolectar datos mediante un método u otro (en general vinculados a un paradigma específico), sino que implica, desde el planteamiento del problema, mezclar la lógica inductiva y deductiva (Hernández Sampieri, et al., 2006, p. 755). Asimismo, brinda la posibilidad de triangulación¹², que en este caso será de datos, lo que consiste en la utilización de variadas fuentes de información sobre un mismo objeto de conocimiento, con el propósito de contrastar la información recabada, y ver si los datos obtenidos son coincidentes o divergentes (Cea D´Ancona, 1996, p. 49).

De esta forma, para poder tener una visión lo más holística y completa posible del problema de estudio, no solamente se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales de la salud pública y a personal de ONGs locales, que fueron las principales fuentes en este trabajo, sino que se combinó esta información con fuentes secundarias como estadísticas acerca de migraciones, legislación en torno a la temática, planes y proyectos llevados a cabo con por el gobierno andaluz, información del sitio web del Servicio Andaluz de Salud, fuentes periodísticas, plataformas web

¹¹ De manera general, se suele caracterizar al paradigma cuantitativo por fundamentarse en una epistemología positivista, por poner el énfasis en la medición objetiva de los hechos sociales, en la demostración de la causalidad, en la generalización de los resultados de investigación, en la recogida de información estructurada y sistemática y en el análisis estadístico de los datos. En cambio, se caracteriza al paradigma cualitativo como fundamentado en una epistemología interpretativa, centrada en el actor individual en su red de relaciones, en la comprensión e interpretación de los sentidos y significados de la conducta humana, en la recogida de información flexible y en el análisis puramente descriptivo (Cea D´Ancona, 1996).

¹² La triangulación es un concepto que remite a la utilización de distintos puntos de referencia para poder abordar un objeto de estudio, lo que brinda mayor precisión y fiabilidad a los resultados de la investigación que si se utilizara uno solo. Cea D´Ancona (1996) distingue entre cuatro tipos distintos de triangulación: de datos, de investigadores, teórica y metodológica. Pese a que afirma que lo ideal es la triangulación multimétodo, que consistiría en la articulación, en un mismo estudio, de los cuatro tipos de triangulaciones anteriormente descritas, esto requeriría grandes esfuerzos académicos, humanos, económicos y temporales. Según los objetivos y diseño de esta investigación, se llevará a cabo la triangulación de datos.

de reclamos como Yo Sí Sanidad Universal y testimonios de personas inmigrantes acerca de sus posibilidades de acceso al sistema sanitario. Todas estas fuentes permiten tener una mirada lo más amplia posible de la temática abordada, y tener una mayor fiabilidad en los resultados obtenidos.

A través de las entrevistas realizadas, se pudieron recoger *datos primarios* acerca de la problemática de estudio, es decir, los que se obtienen por la propia persona que investiga con el fin de responder a los objetivos de esa investigación en particular. Como suele afirmarse, se considera que los datos primarios, “son los más valiosos y los que enfocan más específicamente la comprensión de un problema concreto” (Valles, 2000, p. 121).

Las entrevistas fueron *semiestructuradas*, es decir, que la persona que investiga se asegura que la que está siendo entrevistada le comunique su punto de vista acerca de determinados aspectos precisos del tema de discusión, dejándola con libertad para que se exprese y pueda abordarlos en el orden que le parezca conveniente (Giroux y Tremblay, 2004, p.165). Asimismo, fueron de carácter individual, y se realizaron a 5 profesionales de la salud que trabajan en el sistema sanitario público de la ciudad de Córdoba, provenientes del campo de la Enfermería y de la Medicina¹³, y a 6 personas que trabajan en ONGs locales con personas migrantes¹⁴. Se llevaron a cabo en los meses de julio y agosto de 2019.

La construcción de la muestra es *no-probabilística*, es decir que, en el subgrupo seleccionado, no se busca que todas las personas tengan la misma probabilidad de ser elegidas, para así poder extrapolar los resultados de la investigación al conjunto de la población, sino que los casos se seleccionan de acuerdo a las características y los objetivos de la investigación. (Hernández Sampieri, et al., 2006, p. 262). Consecuentemente, la construcción de la muestra fue *intencional*, eligiendo a las personas que se consideraba que brindarían la información necesaria para poder responder a las preguntas y objetivos planteados.

¹³ Se buscó tener puntos de vista lo más variados posibles, por lo que se buscó que la muestra de personal sanitario sea heterogénea, siguiendo las variables de género, años de experiencia y lugar de atención. Se entrevistó a un enfermero y a una enfermera del Hospital Reina Sofía (del área de Traumatología y de Neonatología), así como a dos médicas y un médico de distintos centros de salud de la ciudad (Lucano, Fuensanta y Santa Rosa), que trabajan en el área de Medicina Familiar y también atienden urgencias. Asimismo, tres tenían menos de 10 años de experiencia, y dos tenían más de 10 años de experiencia.

¹⁴Se entrevistó a tres técnicas y a un técnico de Cruz Roja (dos pertenecientes al área de Inmigración y dos pertenecientes al Área de Intervención Social), a una jurista que trabaja asesorando legalmente a las personas migrantes en Córdoba Acoge y a un coordinador de programas de Médicos del Mundo Andalucía. Si bien este último no trabaja en Córdoba, sino en Sevilla (donde se encuentra la sede central), me pareció pertinente incluirlo en la muestra debido a que esta organización es sumamente relevante en la temática en el ámbito andaluz, y ha aportado datos muy valiosos con respecto al nivel autonómico.

Primeramente, se contactó a las personas que iban a ser entrevistadas, comentándoles la temática y los objetivos de la investigación. Se les solicitó el consentimiento verbal para que la entrevista sea grabada, aclarándoles que esto solo servía a fines prácticos, manteniéndose siempre el carácter anónimo de los testimonios. Luego de realizada cada entrevista, se realizó una transcripción literal de las grabaciones obtenidas y un registro digitalizado. Esto facilitó la categorización de la información y su posterior análisis y extracción de resultados. Se realizaron notas de campo, que resultaron de gran utilidad en el posterior análisis.

Se considera que tanto el personal sanitario, como el de las organizaciones locales que trabajan con este grupo de población, son actores sociales claves dentro del campo de la salud, y que pueden facilitar (o no) el posicionamiento de las personas migrantes en el mismo. Como sostienen Martín, Martínez y Martínez (2014) “la colaboración entre ONGs y el sistema sanitario se ha demostrado fundamental, desde la Declaración de Alma Ata (1978), para lograr objetivos de salud en los grupos minoritarios en desventaja” (p. 67).

A la hora del análisis de los datos de las entrevistas, se realizó un *análisis temático*, que consiste en extraer y clasificar fragmentos del discurso según lo previamente establecido en una malla temática. Mediante esta estrategia se captura toda la variabilidad de posicionamientos posibles a propósito de un tema indagado y en una serie de entrevistas (Baeza, 2002, p.121)

Al considerar la investigación social como un proceso flexible, que debe ir constantemente de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría, los instrumentos de recolección fueron mejorados en el proceso mismo de investigación. De esta forma, la guía de entrevista fue reconstruida, debido a que, los nuevos acercamientos al campo, ofrecían nuevas categorías y nuevas preguntas para realizar. Esto permitió ir mejorando la guía de preguntas, e implicó, en muchas ocasiones, volver a contactar a las personas entrevistadas.

Otra fuente de obtención de datos primarios fue el testimonio de 4 personas migrantes acerca de su experiencia en el acceso al sistema sanitario público cordobés en general, y específicamente, solicitando la tarjeta sanitaria (una de ellas en situación administrativa irregular y las tres restantes en condición administrativa regular). Pese a que estos testimonios no forman parte de las entrevistas realizadas de manera formal, ni se busca responder a los objetivos a partir de ellos, sí sirvieron en la investigación tanto como disparadores a la hora de realizarse preguntas acerca del objeto de estudio abordado, así como para corroborar u objetar los relatos de las personas entrevistadas, y poder construir así una visión más completa.

Como se sostuvo en la Introducción, el alcance de esta investigación es *exploratorio/descriptivo*, debido a que se aborda un tema de investigación no abordado en la ciudad y tampoco estudiado en contextos similares con la misma perspectiva que se tiene en este estudio. Por lo tanto, se busca especificar propiedades importantes del fenómeno analizado, evaluando distintas dimensiones o aspectos, pero sin buscar extrapolar los resultados a los que se lleguen a un universo más amplio ni hacer generalizaciones (Hernández Sampieri, et al., 2006).

En cambio, lo que se pretende con este trabajo es que sirva como una base para posteriores estudios que utilicen una perspectiva similar, o que la puedan complementar, y seguir profundizando e indagando en base a los resultados que se obtengan. Este estudio fue realizado en la ciudad de Córdoba de marzo a septiembre de 2018.

5. Contextualización de la problemática abordada

En el presente apartado se abordará el contexto de las migraciones internacionales, el contexto legal de la temática abordada, así como las políticas y planes llevados a cabo en el ámbito andaluz para incluir la diversidad en el ámbito sanitario.

5.1. Contexto de las migraciones internacionales

Según la Organización Internacional para las Migraciones, en adelante, OIM (2019a), una persona migrante es toda aquella que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, por diversos motivos.¹⁵ Asimismo, define a la persona migrante internacional como a toda aquella que se encuentra fuera del Estado del que es nacional o ciudadana, o, en el caso de las personas apátridas, de su Estado de nacimiento o residencia habitual. Este término comprende tanto a personas que buscan migrar de manera temporal o permanente, de manera regular y documentada o las que lo hacen en condiciones irregulares (OIM, 2019b, p. 110).

Así, podemos pensar que, dentro de esos términos, se engloban una multiplicidad de movimientos y situaciones diversas, que tienen un impacto diferencial tanto sobre las personas que migran, como a los países de origen, tránsito y destino. Asimismo, cabe destacar que, hoy más que nunca, en un mundo cada vez más interconectado, las migraciones internacionales tienen un impacto sobre todos los países, regiones y personas del planeta (OIM, 2018).

Según la ONU (2019), para el año 2017 el número de migrantes internacionales alcanzó la cifra de 258 millones en todo el mundo, o, en otras palabras, un 3,4% de la población mundial¹⁶. Este porcentaje representa una pequeña minoría de la población mundial, lo que significa que la permanencia en el país de nacimiento sigue siendo la norma. Asimismo, la gran mayoría de las

¹⁵ Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas, como las personas trabajadoras migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como las que son migrantes objeto de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como quienes son estudiantes internacionales (OIM, 2019a).

¹⁶ Esta proporción es ligeramente superior a la de las décadas anteriores: un 2,8% en 2000 y un 2,3% en 1980 (ONU, 2019).

personas no cruzan una frontera cuando migran, sino que es mucho más frecuente que se trasladen dentro de su mismo país (OIM, 2018).

Sin embargo, aunque la permanencia en el propio país siga siendo lo más habitual, el número de migrantes internacionales ha aumentado a lo largo del tiempo, tanto en términos numéricos como proporcionales, y a un ritmo mucho mayor que el que se preveía. Como suele destacarse, en torno a las previsiones demográficas mundiales, la migración internacional ha sido la variable más inestable en el pasado, y por lo tanto es la más difícil de prever, debido a que es un fenómeno complejo, que tiene que ver con factores geopolíticos, culturales, económicos y sociales, algunos de los cuales muchas veces afectan a millones de personas de manera inesperada¹⁷ (OIM, 2018).

Aunque la mayoría de los procesos de migración se producen por vías legales, de manera segura, regular y ordenada, no todos los movimientos migratorios se producen en circunstancias favorables (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018). En los últimos años, ha habido un aumento de migraciones y desplazamientos provocados por guerras y conflictos armados, persecuciones, situaciones de degradación y cambio ambiental y una falta de seguridad y oportunidades en muchos países del mundo.

Lamentablemente, muchos de los movimientos migratorios que se han llevado a cabo por estas causas no se han hecho por vías legales. Como destaca la OIM (2018), la migración irregular está directamente vinculada con las principales situaciones de inseguridad que afrontan las personas migrantes, así como con buena parte de la preocupación pública que produce la inmigración (p.1).

En la región europea, en los últimos años, ha habido un incremento del número de personas inmigrantes: para el año 2017, se calculaba que la población en Europa ascendía a 920 millones de personas, de las cuales se estimaba que aproximadamente el 10% de la población era migrante internacional, en comparación al 3,9% que representaba en el año 1990. Por otra parte, en 2017, el 35% de las personas migrantes internacionales radicaba en los países europeos (OMS, 2018).

Por otro lado, en los 28 países miembros de la Unión Europea (en adelante, UE-28), a 1 de enero de 2017, se estimaba que se contaba con 38.726.447 personas de nacionalidad extranjera, lo

¹⁷ Por ejemplo, en los últimos años no solo ha tenido un gran impacto sobre las migraciones la mayor conectividad, sino también fenómenos tan diversos y complejos como la crisis económica y mundial de 2008, o el conflicto en la República Árabe Siria, por nombrar solo algunos (OIM, 2018).

que representaba el 7,57% de su población total (siendo un 49,37% mujeres y un 50,63% hombres). La gran mayoría de esta población se concentraba en Alemania (23,81%), Reino Unido (15,73%), Italia (13,03%) y Francia (11,98%). España ocupaba la quinta posición, aglutinando un 11,41% de la población extranjera de la UE-28 en 2017, es decir, 4.419.621 personas, lo que representaba el 9,5% de su población empadronada (Observatorio Permanente Andaluz para las Migraciones, 2018, p.3).

En la región de Andalucía, por su parte, para ese mismo año se registraban unas 618.791 personas extranjeras empadronadas¹⁸, representando un 7,23% de su población total, pero con números absolutos superiores al de otros países de la UE-28, como podemos ver en el siguiente gráfico:

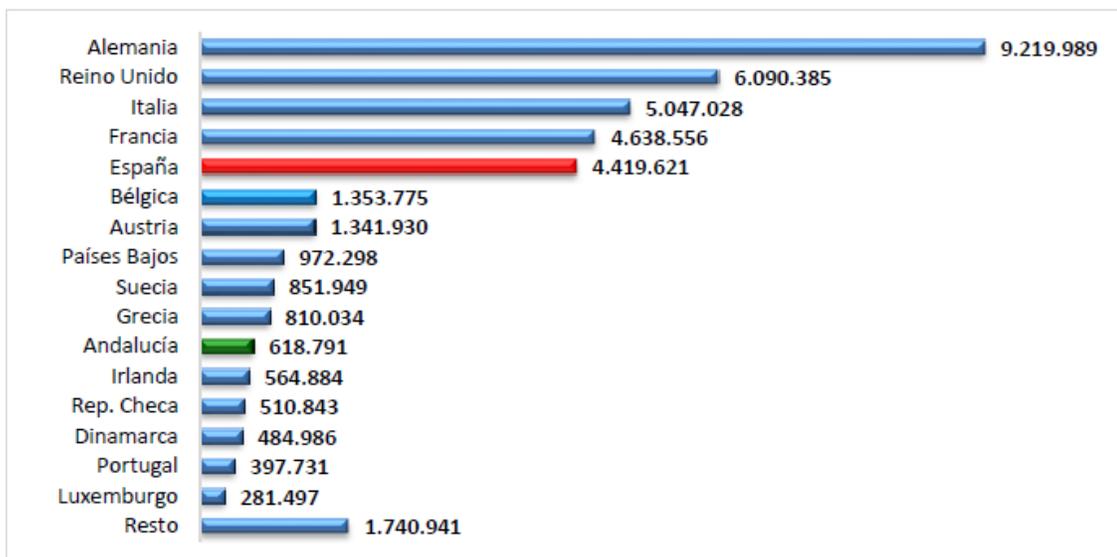


Figura 1. Volumen de población extranjera empadronada en cada país de la UE-28, España y Andalucía en 2017. Fuente: Observatorio Permanente Andaluz para los Migraciones (2018).

El incremento de la población migrante en la región en este nuevo milenio ha configurado una nueva realidad y la necesidad de enfrentarse a algunas características específicas diferenciales

¹⁸ Dentro de estas cifras no se incluyen a las personas de nacionalidad extranjera que no se encuentran empadronadas, siendo muchas de ellas migrantes en situación administrativa irregular. Así, permanecen invisibilizadas en las estadísticas oficiales. Gea Sánchez et al. (2017) afirmaban que las estimaciones del número de personas indocumentadas en España estaban entre las 400.000 y 1.3 millones, aunque por obvias razones, es difícil establecer la validez de esos datos porque algunas personas extranjeras primero se registran en España pero luego se trasladan hacia otros países de la región, y algunas otras nunca se registran por miedo de ser localizadas y deportadas a sus países de origen (p.195), o por falta de documentación para registrarse. Este mismo razonamiento puede aplicarse tanto en Andalucía como en Córdoba específicamente.

que pueden implicar nuevas demandas sociales o la necesidad de proveer nuevos servicios (Ruiz Azarola, 2018, p.27).

En España, el proceso migratorio no ha sido lineal, sino que el país ha pasado de tener, en diferentes momentos históricos, saldos migratorios positivos a negativos, y viceversa, según la coyuntura del momento. Así, por ejemplo, a partir de la década de 1950, el flujo de emigración crece, creando un país con un saldo migratorio negativo, en un contexto de guerra civil y hundimiento económico. Recién en las décadas de 1970 y 1980, comienzan a llegar nuevamente a España personas inmigrantes, así como solicitantes de refugio, sumadas a las ciudadanas españolas que comienzan a retornar del exilio con el fin de la dictadura franquista (Ruiz Azarola, 2018, p.27).

Desde finales de los 80 y durante la década de los 90, España reestructura su mercado laboral y comienza a crecer económicamente, lo que vuelve al país atractivo para un gran número de personas provenientes de otros países, sumado al hecho de que en 1986 entra en la Comunidad Económica Europea. En las dos últimas décadas, el flujo migratorio ha fluctuado, siendo un momento importante la disminución de la migración procedente del extranjero y el saldo negativo acontecidos en torno al 2008 por el impacto de la crisis económica y financiera (Ruiz Azarola, 2018, p.27).

Así, podemos ver en el siguiente gráfico que el saldo migratorio fue negativo en el país de 2008 a 2012, para ser nuevamente positivo a partir de 2013:

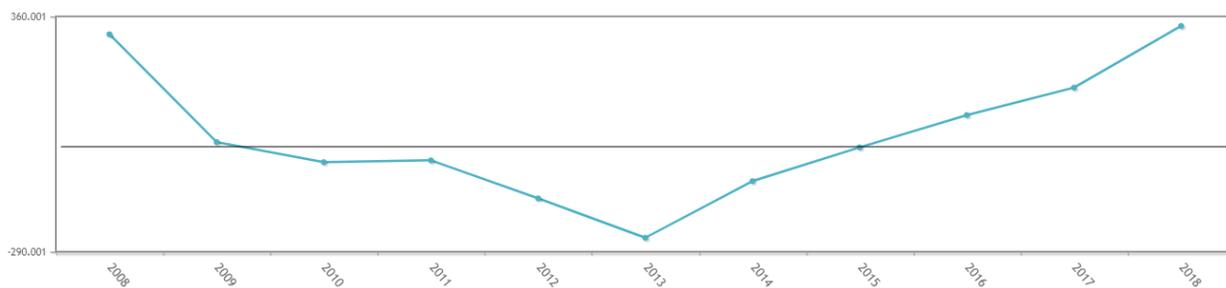


Figura 2. Saldo de migración con el extranjero 2008-2018. Total nacional. Fuente: INE (2019b).

Con respecto al número de población extranjera en España en las últimas décadas, puede verse un crecimiento de los números absolutos desde 1998 hasta 2009, con un estancamiento a partir de ese año, y una disminución a partir del año 2012, como podemos ver a continuación¹⁹:

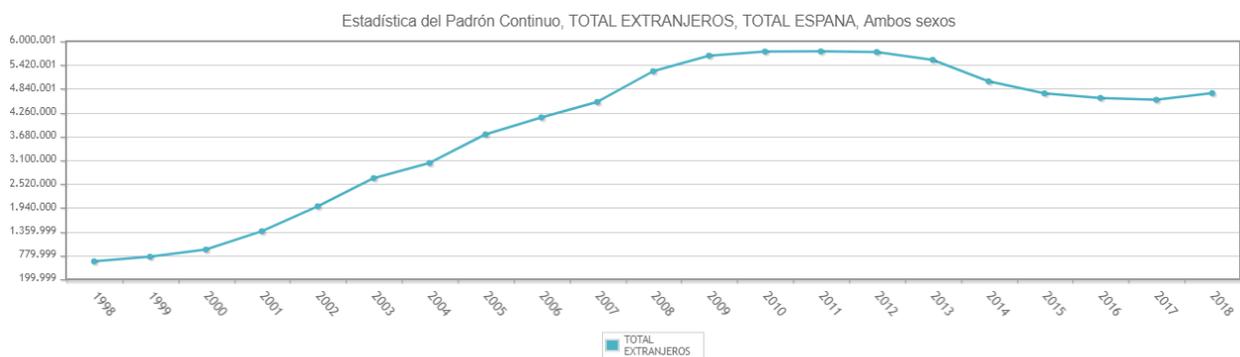


Figura 3. Número de población extranjera en España desde 1998 a 2018, ambos sexos. Fuente: INE (2019a)

Para el año 2019, se mantienen en la Comunidad Autónoma Andaluza porcentajes de población extranjera empadronada similares a los expuestos anteriormente para el año 2017: en el presente año, un 7,77% de las 653.146 de las personas empadronadas son de nacionalidad extranjera. Sin embargo, se observa una heterogeneidad en su distribución con respecto a sus provincias: esta proporción es considerablemente mayor en la provincia de Almería, donde representa el 20,28% y en Málaga, suponiendo el 15,20%; mientras que se encuentra en torno al 3% en provincias como Cádiz, Córdoba, Jaén y Sevilla (Observatorio Permanente de las Migraciones, 2019).

En la provincia de Córdoba, las tendencias en torno a las fluctuaciones en el número de inmigración internacional en las últimas dos décadas se han mantenido parecidas al contexto nacional, pero con una proporción mucho menor de su población que es de nacionalidad extranjera. Así, como podemos ver a continuación, el número de personas inmigrantes ha comenzado a crecer a partir del año sobre todo 2000, estancándose a partir del año 2009 y decayendo a partir del año 2013:

¹⁹ En el Anexo 2, se desagregan estos datos por sexo, para poder observar las tendencias tanto en las migraciones femeninas como masculinas a España. Cabe destacar que las tendencias entre ambos grupos se mantuvieron similares en el período observado.

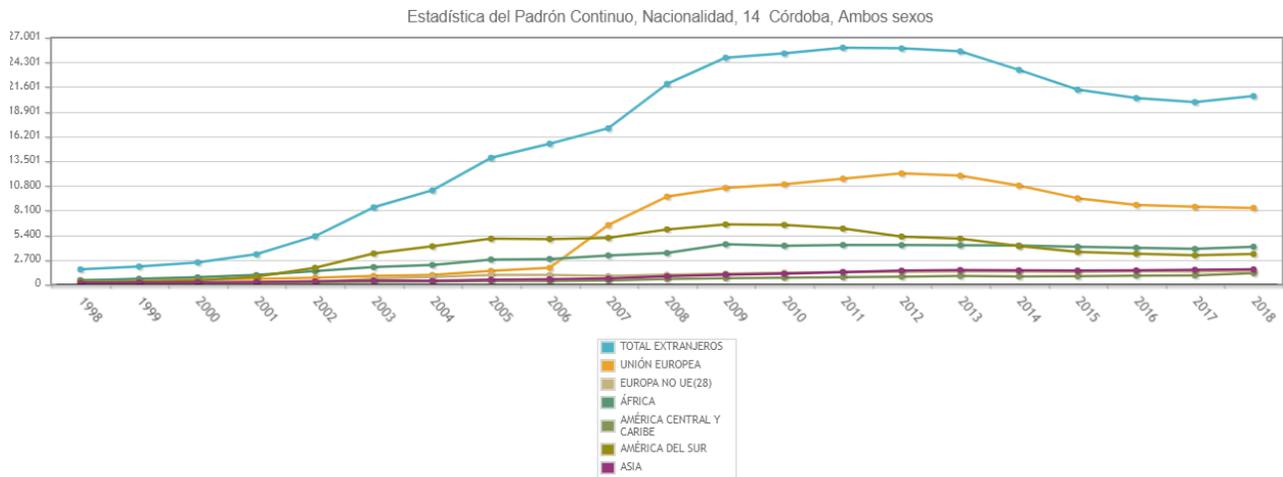


Figura 4. Población extranjera en la provincia de Córdoba 1998-2018, por nacionalidad agrupada por región. Fuente: INE (2019a)

Siendo la ciudad de Córdoba la que aglutina la gran mayoría de población empadronada de origen extranjero en la provincia, podríamos extrapolar estas tendencias provinciales al ámbito local. Por otro lado, puede decirse que, en la ciudad de Córdoba, según datos provisionales a 1 de enero de 2019 del padrón continuo del INE, la población total es de 325.708 personas, de las cuales el 2,52% son extranjeras, 2,02% no comunitarias, y 0,5% comunitarias (INE, 2019c).

Asimismo, dentro del total de la población un 2.37% de la población eran hombres extranjeros, frente a un 2.75% de mujeres extranjeras del total (INE, 2019c). Tomando en cuenta estos datos, podemos ver que la proporción de población extranjera en la ciudad es mucho menor que la proporción en la región, e inclusive que en la propia provincia

Que la población extranjera represente una minoría en la ciudad, puede tener un impacto en la forma en cómo se gestionan las migraciones en el ámbito sanitario, ya que puede aumentar el desconocimiento acerca de cómo proceder, o, por el contrario, podría pensarse un impacto positivo, lo que será tenido en cuenta en el posterior análisis de los datos obtenidos.

5.2. Contexto legal

El derecho a la salud aparece recogido en la Constitución Española de 1978, en el artículo 43, mediante el que se reconoce el derecho a la protección de la salud y se da competencias a los

poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, se afirma que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto (Constitución Española, 1978).

En el presente apartado me referiré brevemente a las principales leyes que han configurado el sistema de salud en España y que establecen los principios por los que han de regirse las prestaciones sanitarias. Así, primeramente, se puede afirmar que la aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, supone el primer punto de inflexión en esta materia. Esta configura la prestación sanitaria como universal, al establecer como titulares del derecho de la protección de la salud tanto a las personas de nacionalidad española como extranjera que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, tal como se destaca en el artículo 1.2 (Lema Tomé, 2014, p. 100).

Además, esta ley materializa un cambio de percepción: se pasa de vincular el derecho a la salud y a la atención sanitaria a la condición de afiliación o alta en el Sistema de Seguridad Social o a ser dependiente económicamente de una persona que cuente con esta condición (siendo así una prestación contributiva), a convertirse en un derecho asegurado por el Estado de bienestar a toda su población, con carácter personal y propio (Lema Tomé, 2014 p. 100).

La aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, supuso la confirmación y profundización en el camino hacia la universalidad en el derecho a la salud. En su Exposición de Motivos, hace referencia a la ley anteriormente citada, resaltando sus logros. Así, afirma que la Ley 14/1986 brindó el marco legal, estableciendo los principios y criterios sustantivos para que el Sistema Nacional de Salud se configure con un carácter público, universal y gratuito (Lema Tomé, 2014, p. 100).

En su artículo 2, la Ley 16/2003 destaca los principios por los que se debe regir este sistema, entre los que cabe destacar la igualdad y la calidad, el aseguramiento universal y público por parte del Estado y la coordinación y cooperación entre administraciones públicas sanitarias para la superación de desigualdades en salud (Lema Tomé, 2014, p. 100).

Por otra parte, en el artículo 3 se consagran como titulares de los derechos de protección de la salud y asistencia sanitaria a todas las personas con nacionalidad española, así como a las extranjeras que tengan establecida su residencia y habitual en el territorio español²⁰, debiendo estar

²⁰ Asimismo, en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social en Estados miembros de la Unión Europea o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia

bajo los siguientes supuestos: a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español. b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia. c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía²¹ (Ley 16/2003).

Asimismo, se afirma que las personas extranjeras en situación administrativa irregular tienen garantizado el derecho a la asistencia sanitaria, haciendo referencia al 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. En este artículo se establece que basta con la inscripción de la persona en el padrón municipal para gozar del derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que las ciudadanas españolas (Lema Tomé, 2014, p. 101).

La ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, continua en la misma línea que las anteriormente mencionadas, estableciendo en su artículo 6.1 que todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad, sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (Lema Tomé, 2014, p. 101).

Sin embargo, este favorable panorama en materia legislativa²² se vio sustancialmente modificado ante la aprobación del RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para

sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas. (Ley 16/2003)

²¹ Cabe destacar que, para poder obtener cualquier tipo de Tarjeta de Identidad de Extranjero, documento destinado a dotar de documentación a las personas extranjeras no comunitarias en situación de permanencia legal en España, ya sea por estudios, trabajo por cuenta ajena o cuenta propia, residencia no lucrativa, etc., es un requisito excluyente contar con un seguro médico concertado con una entidad aseguradora autorizada para operar en España.

²² Como destaca Lema Tomé (2014) (y se ha señalado en el estado de la cuestión) la evolución normativa que conducía a la universalización del derecho a la salud no siempre coincidía con la realidad, que ofrecía un panorama completamente distinto en muchas ocasiones. Así, la autora afirma que cuando aún estaba vigente el artículo 12 de la LO 4/2000, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular se enfrentaban a numerosas barreras burocráticas para poder obtener la tarjeta sanitaria, tal como ha denunciado el Center for Economic and Social Rights en un Informe Conjunto realizado con otras 14 organizaciones de la sociedad civil. Médicos del Mundo señalaba que en numerosas CCAA habían endurecido los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria, imponiendo pago de tasas para su renovación, denegándola aún cuando se cumplían los requisitos o exigiendo documentación adicional, de difícil obtención por parte de personas en situación de vulnerabilidad social (p. 101).

garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. En este, se afirma que:

“la creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros del Estado de Bienestar español, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que lo situaba en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial” (RDL 16/2012).

Sin embargo, también se sostiene que este Sistema estaba en una situación de grave dificultad económica, sin precedentes desde su creación, habiendo perdido eficacia en la gestión de recursos disponibles, lo que se había traducido en una alta morosidad y un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Por lo tanto, se señalaba imprescindible “la adopción de medidas urgentes para garantizar su futuro”, y evitar que este problema persista (RDL 16/2012).

Para conseguir este fin, se introducen, entre otras medidas, una regulación de la condición de asegurado y beneficiario para acceder a la asistencia sanitaria pública, que conlleva la modificación sustancial del artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y del artículo 12.1 de la Ley 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. También se implementa una reestructuración de la cartera común de servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que afecta especialmente a la prestación farmacéutica (Delgado del Rincón, 2018, p.289).

Como ya se ha señalado, el artículo 3 de la Ley 16/2003 hacía referencia a que quienes eran titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria eran tanto personas españolas como extranjeras que residieran en España. El RDL 16/2012, sin embargo, cambia la redacción de dicho artículo, sosteniendo que la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud se garantizaría a aquellas personas que ostenten “la condición de asegurado” (Lema Tomé, 2014, p. 96).

Esta condición se restringe a cuatro supuestos, en el artículo 3.2 de la norma: a) Ser una persona trabajadora por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliada 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 (Lema Tomé, 2014, p. 96).

El desarrollo reglamentario de este RDL 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 Salud (Lema Tomé, 2014, p. 96).

Esta norma confirma los supuestos establecidos en el Real Decreto-ley 16/2012 y se concreta así la exclusión de la atención sanitaria pública y gratuita a las personas extranjeras que carecen de autorización de residencia²³. Es decir, quedan por fuera del sistema sanitario las personas migrantes que están en situación administrativa irregular, aunque estén inscritas en el padrón municipal, salvo en los casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, en la asistencia al embarazo, parto y postparto y de los menores de dieciocho años (Delgado del Rincón, 2018, pp.289-290). En este punto entonces, el RDL modifica sustancialmente también el artículo 12.1 de la Ley 4/2000.

De esta forma, mediante la aprobación del RDL 16/2012 se produce un giro sustancial en cuanto a la protección al derecho a la salud en España. La titularidad de este derecho deja de ser universal, para estar sujeta a la condición de asegurado, y, por lo tanto, al cumplimiento de ciertos requisitos vinculados a la participación en el mercado laboral (Lema Tomé, 2014). Así, se excluye del Sistema de Salud a uno de los colectivos más vulnerables de la población, las personas migrantes en situación irregular²⁴.

Por otra parte, esta medida tiene impactos negativos, materiales y simbólicos, sobre toda la población migrante. Materiales porque, como ya se ha afirmado, no solo quedan excluidas las personas migrantes en situación irregular (que son las directamente afectadas), sino también muchas en situación regular, por un desconocimiento en la aplicación de la normativa y por la variabilidad en la aplicación de esta.

²³ Las personas extranjeras ciudadanas de los países que conforman la Unión Europea, el Espacio Económico Europeo y Suiza, que estén inscritas en el Registro Central de Extranjeros, sí que tendrían la condición de asegurados, según los artículos 2.1 y 2.2 del Real Decreto 1192/2012 (Lema Tomé, 2014, p.96).

²⁴ 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 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 suscrito por España (Lema Tomé, 2014, p.98).

Simbólicos, porque el RDL 16/2012 construye una imagen de persona migrante como causante de los problemas de insostenibilidad del sistema sanitario público español²⁵ y porque vincula inmigración irregular a “turismo sanitario”²⁶. Comparto con García González (2018) la idea de que la exclusión sanitaria del colectivo migrante irregular del sistema público de salud a través de esta normativa se ha fundamentado en un discurso político xenófobo, que sostiene que las personas vienen a España con el propósito de beneficiarse de la cobertura sanitaria española, argumento que resulta totalmente absurdo respecto al fenómeno migratorio y las razones para migrar (p.184).

Ante la polémica aprobación de este RDL, algunas comunidades autónomas presentaron en aquel entonces un recurso de inconstitucionalidad contra determinados preceptos de aquella normativa. Así, lo hicieron Navarra, Asturias, Andalucía, País Vasco, Cataluña y Canarias, alegando, entre otros motivos de inconstitucionalidad, que la nueva regulación de la condición de asegurado o de beneficiario vulneraba el derecho a la protección a la salud del artículo 43 de la Constitución Española, en relación con el derecho a la igualdad de los artículos 10 y 14 (Delgado del Rincón, 2018, pp. 290-291)²⁷.

Por último, cabe destacar que el pasado año se ha aprobado el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que buscaba devolver la

²⁵ La justificación de esta reforma se apoya en un Informe del Tribunal de Cuentas de fiscalización sobre determinados aspectos de la gestión de la asistencia sanitaria, especialmente relativos a personas ciudadanas europeas de otros Estados miembros. En este Informe se detectaban desajustes entre la asistencia efectivamente prestada y la facturación realizada, en unos casos a través de métodos de estimación que no reflejaban adecuadamente el coste efectivo de estos servicios. Por lo tanto, el problema de sostenibilidad del sistema nacional de salud apuntaba a problemas de gestión en la facturación que deberían resolverse mediante instrumentos que permitan conseguir cobrar los servicios prestados. En cambio, la reforma va dirigida a la exclusión de determinados colectivos que no siempre se corresponden con aquellos a los que hace referencia el Informe del Tribunal de Cuentas (Aguado i Cudolà y Prado Pérez, 2014, p. 91). Así, en vez de apuntar contra los sistemas de gestión de facturación, se construye una imagen de las personas migrantes como culpables de la insostenibilidad del sistema.

²⁶ Con motivo de la convalidación de este RDL, la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de aquel momento, Ana Mato, justificó la adopción de esta medida aludiendo fundamentalmente a la necesidad de poner freno al “turismo sanitario”. Así, afirmaba que muchas personas extranjeras venían a España solamente a operarse y retornar a su país de origen, siendo el sistema sanitario público español el que se hacía cargo injustamente de los gastos. Para ella, entonces, con la nueva regulación se evitaba el descontrol que suponía que cualquier persona, sin concurrir los requisitos legales y por el mero hecho de empadronarse en el país, tuviese derecho a la tarjeta sanitaria (Lema Tomé, 2014, p.98).

²⁷ Frente a la disconformidad de las CCAA con la exclusión producida por el RDL 16/2012, estas han desarrollado procedimientos con diferente amparo normativo (comunicados, instrucciones, resoluciones, órdenes, decretos o leyes) para prestar asistencia sanitaria a estas personas que quedaban fuera del sistema sanitario público. El Real Decreto Ley 7/2018 afirmaba que la mayoría de esas iniciativas estaban en su mayoría impugnadas y/o anuladas, por lo que se produce una inequidad manifiesta y una situación de inseguridad jurídica que afecta a las personas que lo disfrutaban, a los y a las profesionales que prestan la atención sanitaria, así como a las Administraciones que las han aprobado (Ley 7/2018).

universalidad al sistema sanitario, brindando nuevamente a la personas adultas no registradas ni autorizadas a residir en España del derecho de protección a la salud y a la atención sanitaria (Yo Sí Sanidad Universal, 2019).

En este, se afirma que la reforma que instauró el RDL 16/2012, de 20 de abril desvirtuó el derecho a la protección de la salud al anular su vocación universal y eliminar la titularidad del derecho establecida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo. Así, se señala que supuso una involución del esquema legal de cobertura hasta entonces armónico con los principios que, de conformidad con los tratados internacionales, la Constitución Española y la Ley 14/1986, de 25 de abril, deben imperar en las políticas sanitarias, en la actuación de los poderes públicos y la configuración de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud (RDL 7/2018).

Sin embargo, distintas organizaciones sociales, como Yo sí Sanidad Universal o el Sindicato Asambleario de Sanidad, destacan que la exclusión sanitaria que comenzó en 2012 sigue más que vigente con el RDL 7/2018, y de hecho se ha profundizado. (Yo Sí Sanidad Universal, 2019).

Así, ante las recomendaciones enviadas a las Comunidades Autónomas el 1 de julio de 2019 para la implementación del mencionado RDL, se afirma desde el sitio web Yo sí Sanidad Universal:

“Durante meses, Yo Sí Sanidad Universal advirtió al gobierno y a todos los partidos interesados que la redacción de la norma mantenía, y en algunos casos profundizaba, la exclusión sanitaria. Durante los 10 meses que lleva en vigor esta ley, los cambios detectados han sido a peor: han aumentado las restricciones de acceso al sistema sanitario de forma grave. Las organizaciones sociales que hicimos aportaciones a la ley y al documento de recomendaciones hemos comprobado con indignación que ninguna de ellas se ha tenido en cuenta en la redacción final. Durante las reuniones con el Ministerio de Sanidad, los portavoces del mismo insistían en que los posibles huecos que dejaba la ley se solucionarían con este documento de recomendaciones. Muy al contrario, el documento definitivo que se ha publicado el 1 de julio de 2019 es aún más restrictivo que el decreto 7/2018” (Yo sí Sanidad Universal, 2019).

Así, se destaca que estas Instrucciones proponen un procedimiento complejo y burocrático, para el que hay que cumplir requisitos que dificultan la asistencia de múltiples colectivos y que dejan fuera del sistema a otros tantos que, paradójicamente, venían siendo atendidos incluso con la exclusión sanitaria que implicaba el RDL 16/2012 (Yo Sí Sanidad Universal, 2019).

Principalmente, excluye a las personas que no residen (o no pueden demostrar que lo hacen) hace más de tres meses en España, se elimina la protección a mujeres embarazadas, menores y atención de urgencias, se legitima la exclusión de personas mayores de 65 años con permiso de residencia que no cotizan en la Seguridad Social e insta al personal sanitario denunciar casos en los que se detecte que la persona ha viajado solo para recibir asistencia sanitaria (Yo Sí Sanidad Universal, 2019).

5.3. Contexto de políticas y planes para la gestión de las migraciones en el sistema sanitario andaluz

En España, el Sistema Nacional de Salud está altamente descentralizado, debido a que las CCAA tienen transferidas las competencias en materia sanitaria. Así, el Estado nacional es el encargado de dictar la norma general, pero son las CCAA las responsables de su pleno desarrollo y aplicación (Ruiz Azarola, 2018, p. 93). Así, como se afirma en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados.

De esta forma, dicha ley establece que cada CCAA debe constituir un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado bajo su propia responsabilidad. Sin embargo, estos servicios sanitarios de las CCAA deben regirse bajo el modelo organizativo que el Estado nacional busque implementar y, a su vez, debe haber una integración efectiva entre servicios sanitarios entre CCAA (Ley 14/1986).

Bajo este tipo de organización y coordinación del sistema sanitario español, se sostiene, se puede hacer efectivo el derecho a la salud en todo el territorio español y se pueden igualar las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en definitiva, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones (Ley 14/1986).

Por este motivo, resulta importante para la temática abordada conocer cómo se han buscado gestionar las migraciones desde el ámbito estatal andaluz en los últimos años mediante planes y políticas al respecto de esta comunidad autónoma.

Primeramente, cabe destacar que, desde marzo del año 1999, existe un convenio firmado entre varias organizaciones sociales y la Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía²⁸, con el fin de facilitar el acceso de las personas migrantes a los servicios de salud pública, preservando así tanto la salud individual de la población migrante de Andalucía como la de la comunidad en la que se desenvuelven (Ruiz Azarola, 2018, p.154).

Desde la Conserjería de Salud y Bienestar Social (2013) se afirmaba que, “en Andalucía, desde 1999, existe un procedimiento especial para dar cobertura sanitaria a personas extranjeras, en general inmigrantes sin recursos llegados a nuestra Comunidad Autónoma mientras que consiguen los permisos de residencia y/o trabajo sin exigirles ninguna documentación” (p.1).

Este procedimiento se estableció a partir de la firma del Convenio de Colaboración realizado entre la Conserjería de Salud, Fundación Progreso y Salud, Cruz Roja Española, Asociación Médicos del Mundo, Fundación Andalucía Acoge, Concejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores, y puso en marcha el programa de “Atención Sanitaria a Inmigrantes” (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

A su vez, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria se dictaron instrucciones a través de la Circular 8/99 sobre la actualización del procedimiento para la acreditación del derecho a la asistencia, con el fin de formalizar la cobertura sanitaria a las personas migrantes. Esta Circular establece la emisión y uso del documento de “Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia Sanitaria en Andalucía”, mediante una Tarjeta Sanitaria Individual²⁹ de carácter temporal.

Pese a que, como se ha señalado anteriormente, se afirmaba que no era exigida ninguna documentación, los requisitos para la obtención de la tarjeta sanitaria para las personas migrantes eran: haber residido durante más de tres meses en España; presentar certificado de

²⁸ La Consejería de Salud es el órgano de la Administración de la Junta de Andalucía responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección de los organismos directamente responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, configurados bajo la denominación de Sistema Sanitario Público de Andalucía (Ruiz Azarola, 2018, p. 98).

²⁹ La Tarjeta Sanitaria es el documento identificativo como usuario ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

empadronamiento; entregar una fotocopia del pasaporte; declarar, en su caso, insuficiencia de recursos; y rellenar los formularios de solicitud del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria y de emisión de la tarjeta sanitaria (Ruiz Azarola, 2018, p. 154).

A partir de la entrada en funcionamiento en octubre de 2001 de la Base de Datos de Usuarios (BDH) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), se dieron instrucciones para la inclusión en esta de las personas extranjeras, asignándoles un Número Único de Historia de Salud (NUHSA), con el fin de poder hacer un seguimiento de los servicios prestados y de su estado de salud (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013).

Ante la entrada en vigor del RDL 16/2012, la Consejería de Salud y el gobierno andaluz manifestaron públicamente su postura contraria a excluir a las personas migrantes en situación irregular del sistema sanitario, destacando desde el Servicio Andaluz de Salud la voluntad de seguir manteniendo el acceso al sistema público de salud de estas personas, tal y como se estaba haciendo. Asimismo, la Consejería de Salud, envió una circular al personal sanitario de atención primaria, a modo de instrucción, indicando esta postura y pidiendo a sus profesionales que siguieran atendiendo a las personas migrantes en situación irregular tal y como se estaba haciendo hasta ese momento (Ruiz Azarola, 2018, p. 94).

El 6 de junio de 2013, la Consejería de Salud publicó las “Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos”, con el fin de aclarar y homogeneizar tanto los criterios de inclusión de estas personas, como el procedimiento de reconocimiento del derecho temporal a la asistencia sanitaria en el SSPA (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013).

En estas instrucciones se afirma que se mantiene y se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en el SSPA a las personas extranjeras que residen irregularmente y sin recursos en Andalucía y no entran en el ámbito de cobertura establecido en el artículo 3 de la Ley 16/2003. La extensión de la cobertura es de la totalidad de la cartera de servicios del SSPA, es decir, la misma que la de cualquier residente en Andalucía con cobertura pública, y el reconocimiento del derecho es por períodos de entre 1 y 12 meses, prorrogables si persisten las circunstancias que le motivaron (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013).

Para tener derecho a la cobertura sanitaria por esta vía son necesarios los siguientes requisitos: ser persona extranjera en condición administrativa irregular; no proceder de ninguno de los Estados miembro de la UE, del EEE o Suiza, o de los países no comunitarios con los que España tiene suscrito convenio bilateral de Seguridad Social; no tener derecho al reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ni del Instituto Nacional de la Marino de la condición de asegurado o beneficiario; ser mayor de 18 años³⁰; y no tener recursos económicos (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

El procedimiento sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a personas extranjeras “en situación irregular y sin recursos”, detallado en el Anexo I de estas instrucciones, lo debe realizar la persona interesada en los centros de atención del Servicio Andaluz de Salud. Este se inicia con la Solicitud de tarjeta/alta/modificación de datos de usuarios de BDU y la presentación del documento de identificación (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

Asimismo, en los casos de personas cuyo país de procedencia sea alguno de los Estados miembros de la UE, del EEE o Suiza, o de los países no comunitarios con los que España tiene suscrito un convenio bilateral de Seguridad Social, se debe presentar un documento emitido por dicho país que acredite que no procede la exportación del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria, o, en caso de que esto no sea posible una declaración jurada que lo afirme. También se debe presentar una declaración jurada de no contar con ingresos económicos³¹ (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

Luego, de realizar la solicitud, se afirma en estas Instrucciones que las propuestas de alta pueden ser validadas o rechazadas por el Distrito o Área de Gestión correspondiente. En caso de ser validado el registro, se procede en el centro de atención primaria a entregarle el Documento de Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia³² (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

³⁰ Quienes son menores de 18 años tienen reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por la Ley del Menor. No obstante, para garantizar la protección de la salud a personas menores extranjeras, excepcionalmente y durante el tiempo de tramitación de su alta como aseguradas en el INSS, pueden ser incluidas también por esta vía (Conserjería de Salud y Bienestar Social, 2013).

³¹ Se adjuntan formularios en el Anexo 3.

³² Se adjunta en el Anexo 4 una “tarjeta de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria”, que se le brindó a una persona inmigrante en condición irregular en un centro de salud cordobés en el mes de mayo del presente año. Esta persona es una de las que ofrecieron testimonio para la investigación acerca de su acceso al sistema sanitario público. Cabe aclarar que se han borrado sus datos personales y que la persona tiene conocimiento de que la imagen de su tarjeta es utilizada en este trabajo de forma anónima.

Considero que los requisitos administrativos y burocráticos para poder acceder al sistema sanitario, plasmados en la normativa a la que se hizo referencia, antes del RDL 16/2012, pero sobre todo después de la aplicación de este, son complejos y constituyen una barrera para que las personas extranjeras puedan acceder a los servicios sanitarios, sobre todo cuando se piensa en personas en situación de vulnerabilidad social³³.

Asimismo, el reconocimiento del derecho a la sanidad pública se centra en la condición de migrante en situación irregular sin recursos económicos, construyéndose así un esquema rígido de inclusión/exclusión del sistema sanitario. Muchas personas migrantes, pueden: o no tener la condición anteriormente mencionada, o tenerla pero no poseer la documentación requerida para demostrarlo, y necesitar igualmente de asistencia sanitaria pública.

Actualmente, en el sitio web de la Junta de Andalucía, se afirma que:

“es importante que toda persona con cobertura sanitaria pública y residente en nuestra comunidad autónoma disponga de su propia tarjeta sanitaria; independientemente de su edad, incluyéndose así niños y niñas desde su nacimiento, o su nacionalidad, siempre que esté dado de alta en la Seguridad Social Española, ya sea como trabajador o como beneficiario de trabajador” (Junta de Andalucía, s.f.).

Por otro lado, se sostiene que solicitar una tarjeta por primera vez supone el registro de la persona solicitante en la BDH. Para esto es necesario presentar el formulario de solicitud en un centro de atención primaria, y se debe aportar la documentación que acredita la identidad y el derecho a la asistencia (mediante documento acreditativo de la condición de persona asegurada o beneficiaria de un asegurado expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social). Asimismo, se debe acreditar la residencia en Andalucía mediante certificado de empadronamiento (Junta de Andalucía, s.f.).

³³ En cuanto a las “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en el territorio español para recibir asistencia sanitaria” enviadas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a las Comunidades Autónomas el 1 de julio de 2019, puede decirse que estas proponen unos requisitos y un proceso de solicitud prácticamente iguales a los anteriormente descritos, salvo que se añade el requerimiento de presentar un empadronamiento que acredite que se reside en el país por un período superior a tres meses. Resta por ver en el próximo tiempo si estas recomendaciones son aplicadas en el territorio andaluz, o si se elaboran instrucciones propias para la aplicación del RDL 7/2018. De momento, siguen siendo válidas las anteriormente mencionadas.

Por lo tanto, puede pensarse que, de esta forma, el “derecho a la asistencia” se manifiesta como algo que deba demostrarse y para lo que se deba cumplir requisitos, y no es una condición inherente a cualquier persona, con independencia de su nacionalidad.

En cuanto a los planes y programas llevados a cabo con el fin de incluir la diversidad y gestionar las migraciones en el sistema sanitario público, las líneas de actuación marcan hasta el momento un camino que busca la igualdad en la atención sanitaria y la reducción de las desigualdades en salud.

Ruiz Azarola (2018) considera que la Comunidad Autónoma Andaluza muestra una tendencia a considerar e integrar a las personas migrantes mediante políticas y planes propios de un territorio multicultural, abierto a la diversidad y capaz de adaptar sus servicios y prestaciones sociosanitarias a toda su población. Sostiene, también, que sus políticas en materia de sanidad se han caracterizado por ser integradoras, intersectoriales y progresistas en tema de migración (p. 401).

Por otra parte, Martín, Martínez y Martínez (2014), afirmaban que se vienen desarrollando en Andalucía toda una serie de estrategias políticas y programáticas para responder eficazmente a las necesidades sanitarias de individuos y familias provenientes de diversos grupos raciales, étnicos, culturales, lingüísticos, etc. (p. 12).

Así, desde el año 2001 se vienen aprobando los llamados “Planes Integrales para la Inmigración”. Estos coordinan acciones y ejecutan el mandato del artículo 2.ter de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que se dirigen a trabajar en la incorporación del objetivo de la integración entre migrantes y sociedad receptora, con carácter transversal, a todas las políticas y servicios públicos (Ruiz Azarola, 2018, p. 155).

El último de los Planes que se ha ejecutado fue el “III Plan Integral para la inmigración de la Junta de Andalucía”, aprobado bajo el decreto 124/2014, de 2 de septiembre. En la sección del área sociosanitaria de este Plan, se sostiene que la salud es sin duda el requisito sine qua non para el desarrollo individual y social de cualquier persona, siendo uno de los pilares del Estado de Bienestar y uno de los derechos básicos de cualquier ciudadana o ciudadano (Conserjería de Justicia e Interior, 2014, p. 116).

Por otra parte, se destaca que, el hecho de que el sistema sanitario andaluz consagre el principio de universalidad expresa tanto el deber de contribuir solidariamente a la prevención,

detección y tratamiento de las enfermedades de todas las personas integrantes de la sociedad, como la realidad de que la salud es un concepto que no puede limitarse al individuo, sino que debe entenderse de un modo colectivo y público (Conserjería de Justicia e Interior, 2014, p. 116).

Por lo tanto, se señala que, limitar el derecho de algunos grupos sociales a acceder a los servicios sanitarios, por motivos económicos o de otra índole, implicaría un riesgo demasiado alto para ser asumido por la sociedad andaluza. Por este motivo, el III Plan (que continúa la misma línea de actuación que los Planes Integrales que lo precedieron³⁴) se vincula al compromiso de la reducción de las desigualdades, y, por lo tanto, se orienta a la equidad. En este sentido, se afirma, “se sigue contemplando el acceso a la cartera de servicios del SSPA con independencia de la situación de regularidad de la persona migrada a través de la tarjeta sanitaria” (Conserjería de Justicia e Interior, 2014, p. 116).

Así, como ejes vertebradores del III Plan para el área socio sanitaria se establecen:

- 1- Mejorar la información y accesibilidad a los recursos sociosanitarios de la población extranjera y, muy particularmente, de sus colectivos más vulnerables.
- 2- Avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar y de género.
- 3- Fortalecer las líneas de intervención que atienden a personas vulnerables dentro de la población extranjera.
- 4- Ahondar en la localización de las actuaciones, haciendo converger en el territorio los dispositivos para la coordinación y gestión de la atención sociosanitaria.
- 5- Fortalecer los mecanismos de coordinación de todos los actores que tienen un protagonismo fundamental para el trabajo en salud vinculado con la población extranjera.

³⁴ El “I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía” fue aprobado por el Decreto 1/2002, de 9 de enero. Este se constituyó como instrumento de planificación y coordinación de todas las políticas de la Junta de Andalucía en materia de inmigración. Integra documentos técnicos de seguimiento de carácter anual de permanente seguimiento y evaluación así como una evaluación externa comprensiva de los cuatro años de vigencia del Plan (Ruiz Azarola, 2018, p. 155).

El “II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, 2006-2009”, se aprobó mediante el Decreto 92/2006, de 9 de mayo. Este responde a los importantes cambios acaecidos en Andalucía en relación con el fenómeno migratorio y el aumento demográfico de personas migrantes en la región, que hacían necesaria la incorporación tanto de las personas migrantes como de las autóctonas de esta nueva realidad social. Este Plan planteaba como objetivos favorecer la integración social, laboral y personal de los inmigrantes, como sujetos de derechos y deberes en el seno de la sociedad andaluza, así como asegurar su acceso, en condiciones de igualdad, a los servicios básicos comunes al conjunto de la población, como la sanidad, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención jurídica (Ruiz Azarola, 2018, p. 155).

- 6- Fomentar la participación de las personas migrantes en los servicios de salud y en su propio proceso de atención.

Para esto, algunas de las medidas más relevantes que se proponen son: impulsar el conocimiento de la diversidad cultural de la población por parte de los equipos profesionales del SSPA; introducir la atención a la diversidad en las Estrategias de Comunicación del SSPA, implementando actuaciones que faciliten la información traducida sobre el acceso y funcionamiento y cartera básica de los servicios de salud; fomentar y desarrollar la cooperación entre las Unidades de Gestión Clínica y las ONGs, asociaciones de migrantes y pro-migrantes o grupos de Ayuda Mutua para la realización de actividades de información, capacitación y captación activa de la población inmigrante a su llegada al territorio andaluz; incluir la perspectiva multicultural en los diferentes planes, procesos y programas de salud; incorporar la gestión de la diversidad en las actividades de formación de profesionales de la salud, entre otras (Conserjería de Justicia e Interior, 2014).³⁵

Por otro lado, en relación al tema que ocupa este trabajo, no se puede dejar hacer referencia a los Planes de Salud a nivel Andaluz, que son el marco de referencia de todas las actuaciones de salud que se llevan a cabo. En el año 2008 y en el marco del III Plan Andaluz de Salud, se firmó un acuerdo de colaboración para desarrollar las estrategias contenidas en el mismo, relativas a mejorar el acceso a la salud de las personas migrantes sin recursos y que ejercen la prostitución (Ruiz Azarola, 2018, p. 157).

Tanto asociaciones como ONGs debían realizar labores de acompañamiento y promoción de la salud, formación de mediadores y mediadoras y participación en la acción local. Las tareas serían supervisadas por una Comisión de Seguimiento y se desarrollarían en las áreas de acceso, salud materno- infantil, salud mental, cuidadoras, prostitución y adicciones (Ruiz Azarola, 2018, p. 157).

³⁵ En la actualidad, La Junta de Andalucía está revisando el “IV Plan Integral de la Inmigración en Andalucía 2018-2022, Ciudadanía Migrada”, que el anterior Gobierno socialista había finalizado y que se quedó sin aprobar en la pasada legislatura (quedando así las políticas migratorias sin actualizar en la región desde hace tres años). Según Ramajo (2019), la idea del nuevo gobierno es “huir del continuismo” respecto a los planes anteriores y darle una visión más “práctica, real y eficaz” al establecimiento de las medidas, tradicionalmente encaminadas a conseguir la plena integración social, económica, laboral y cultural de la población inmigrante residente en la comunidad autónoma. Asimismo, sostiene que fuentes de las entidades sociales encargadas de la atención de las personas inmigrantes en esta materia afirman que a la nueva Dirección General de Políticas Migratorias no están conformes con el plan, y que pretenden modificarlo “sustancialmente”.

Asimismo, actualmente, está en vigencia el IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020, que describe como parte de la acción prioritaria en la Comunidad Autónoma Andaluza las actuaciones que apuntan a la población migrante. En este sentido, partiendo de la idea de que las personas migrantes se caracterizan en Andalucía como más jóvenes y más sanas en promedio, el Plan contempla acciones para eliminar barreras y lograr un acceso real al uso de los servicios de salud por parte de las personas migrantes, concibiendo al Sistema Sanitario como un nexo de unión y un integrador social (Ruiz Azarola, 2018, p. 157).

Puede decirse que, tradicionalmente, en los Planes de Salud autonómicos se ha hecho referencia la población migrante en relación a patologías específicas, como la infección por VIH y/o la tuberculosis y/o tratándola fundamentalmente como población excluida, en riesgo de exclusión social o en situación de especial vulnerabilidad, como todavía se aborda en el IV Plan Andaluz de Salud. En cambio, en los planes de inmigración específicos el abordaje es más integral y se contemplan estrategias para facilitar el acceso al sistema, estrategias de promoción de la salud, mejora de la formación de profesionales sanitarios en atención a la diversidad cultural, y creación de redes de coordinación y cooperación entre las instituciones, entre otras, tal como se ha destacado anteriormente (Ruiz Azarola, 2018, p. 165).

Para concluir este apartado, puede decirse que, pese a las iniciativas inclusivas en los planes y programas andaluces en cuanto a la atención sanitaria de personas migrantes, como señala Ruiz Azarola (2018), la falta de presupuesto, implementación y evaluación de políticas sanitarias configura una realidad en la que son escasas las herramientas con las que pueden contar quienes formulan en las políticas para avanzar en su desarrollo (p. 402).

6. Resultados

En el presente capítulo, se expondrán los resultados a los que se han arribado luego de realizado el trabajo de campo y el análisis de los datos primarios obtenidos. Sin embargo, como ya se ha afirmado en el capítulo metodológico, los resultados que se presentarán no solamente tienen en cuenta los datos de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud pública de Córdoba y a personal de ONGs locales, que son una fuente central. También se contemplan otro tipo de fuentes (legislación, estadísticas acerca de migraciones, testimonios de personas migrantes acerca de experiencia para acceder al sistema sanitario público, etc.) para poder abordar los datos obtenidos de manera crítica, y así construir un punto de vista lo más holístico y con la mayor validez posible.

Cabe aclarar que, luego de realizar las entrevistas, se pudo tomar conocimiento de que la mayor parte de las personas que atienden las ONGs a las que se hace referencia en este trabajo, tanto en Médicos del Mundo, como en Cruz Roja y Córdoba Acoge, son personas inmigrantes en situación administrativa irregular, que están en un proceso de acogida porque recién han llegado al país, o que se encuentran en España hace un tiempo prolongado, pero no cuentan con documentación y vivencian situaciones de gran vulnerabilidad social. Por lo tanto, lo que se sostenga aludiendo a los testimonios del personal de estas organizaciones, se referirá principalmente a las personas migrantes en situación irregular.

Con respecto a los relatos de las personas entrevistadas, hay destacar, primeramente, que pese a que siempre suele haber diversidad de opiniones y puntos de vista por parte de las personas implicadas acerca de un mismo fenómeno en las investigaciones sociales, en este trabajo esta variabilidad se puede considerar como exacerbada. Esto puede deberse a distintos factores: la posición diferencial ocupada en el campo de la salud; la variabilidad tanto de la norma específica acerca de la atención sanitaria a personas migrantes como de la aplicación de esta y la complejidad que presenta su comprensión y aplicación; las características propias de la población migrante, que está lejos de ser un grupo homogéneo; entre otras. Esto configura un complejo puzzle, en ocasiones difícil de reconstruir.

Sin embargo, luego de analizar los datos, se comprendió que esta gran diversidad en los relatos responde a una falta de homogeneidad en la gestión de las migraciones en el sistema sanitario público cordobés, lo que depende de diversos factores de los que se dará cuenta a continuación. Asimismo, se hará referencia a las percepciones de los equipos de salud acerca de

la atención sanitaria a personas migrantes, así como de las acciones estatales llevadas a cabo para incluir la diversidad y minimizar estos obstáculos.

6.1. Barreras para acceder al sistema sanitario público

En este apartado se hará alusión a las barreras que encuentran las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público cordobés en condiciones de igualdad y los facilitadores que usualmente suelen utilizarse para paliarlas. Pese a que se agrupará estas barreras según el tipo de capital al que están mayormente asociadas, esta clasificación se vuelve útil simplemente para la presentación de la información, debido a que, en la realidad social, estos tipos de capitales se manifiestan interrelacionados, influyendo uno en otro, como podrá verse a continuación.

6.1.1. Barreras asociadas al capital estatal

Existen diversos obstáculos burocráticos y administrativos para que la persona migrante pueda acceder en condiciones de igualdad al sistema sanitario público. La principal barrera que puede interponerse desde el Distrito Sanitario o los centros de salud locales es la denegación de la tramitación o la no concesión de la tarjeta sanitaria (ya sea permanente o temporal), documento indispensable para poder acceder a cualquier servicio sanitario que no sea de urgencia.

Para poder obtener la tarjeta sanitaria siendo una persona extranjera, se debe tener la condición de migrante en situación regular y estar dado de alta en la Seguridad Social como asegurado o beneficiario, o tener la condición de migrante irregular y presentar la documentación exigida. Asimismo, las personas inmigrantes que son de un país miembro de la UE, del EEE o de otros que tengan acuerdos específicos en tema de sanidad con el Ministerio de Salud de España, tienen muchísimas más facilidades para poder obtener esta documentación. Al respecto, afirma un técnico de Cruz Roja entrevistado:

“Depende de si el país de procedencia es comunitario, no comunitario, depende. (...) Las personas de Rumanía sí que tienen un acuerdo especial con la Unión Europea para tener este tipo de asistencia (...) No es lo mismo una persona de Polonia, que aunque no esté en la Comunidad Económica Europea pero sí está

en la Unión Europea, y puede optar a una sanidad española, es más fácil el trámite, ¿vale? Con un simple pasaporte es más fácil el trámite, pero es comunitaria. Y en Rumanía también hay acuerdo de ese tipo. Entonces claro, pues, lo hace mucho más sencillo.” *Entrevistado 5. ONG Cruz Roja Española*

Así, las personas no comunitarias, que provienen de países que no tienen estos acuerdos especiales con el Ministerio de Sanidad español, encuentran muchas más dificultades para poder acceder a la tarjeta sanitaria. Esto puede deberse a que no cumplen con los requisitos normativos que se le exigen para obtenerla, o porque no aportan la documentación necesaria, o que, cumpliendo los requisitos y aportando la documentación, lleven a cabo el proceso de solicitud, pero la tarjeta no le llegue nunca a su domicilio la persona que la solicita.

En este sentido, pese a que las personas en situación irregular son las que están en una situación de mayor vulnerabilidad social y encuentran más barreras en el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad, algunas de ellas, con ayuda de las ONGs especializadas en realizar este procedimiento, pueden obtenerla, en algunos casos, con mucha facilidad³⁶.

Por otro lado, las personas que están en situación regular pero no cumplen con los requisitos para acceder al sistema sanitario público (no realizan aportes a la Seguridad Social y son no comunitarias), pueden encontrar grandes obstáculos a la hora de solicitar asistencia sanitaria, que no sea de urgencias.

Dos de los testimonios brindados para este trabajo fueron de personas inmigrantes regulares con permiso de estancia por estudios, no comunitarias, una de ellas dada de alta en la Seguridad Social y la otra no. Ambas tramitaron la tarjeta sanitaria, pero nunca les llegó a su domicilio, tal como les habían informado en el centro de salud que sucedería.

Si bien es cierto que las personas migrantes en condición regular que tienen un permiso de estancia (ya sea por estudios, o de otro tipo) o de residencia, tienen la obligación de contratar ellas mismas su asistencia sanitaria, requisito exigido tanto para poder obtener el visado en el país de origen como para poder solicitar la Tarjeta de Identidad de Extranjero en España, muchas veces tienen la necesidad de acceder al sistema sanitario público español y no pueden conseguirlo.

³⁶ Por ejemplo, una de las personas que brindó su testimonio para este trabajo, es una persona inmigrante en situación irregular, no comunitaria, que acudió a Cruz Roja y allí le ayudaron, con éxito, a obtener la tarjeta sanitaria. La persona, de la cual se adjunta la tarjeta temporal en el Anexo 4, afirmó que el trámite fue muy sencillo y rápido, realizándolo a través de esta organización. Luego de tener la tarjeta temporal, pudo acceder a los servicios sanitarios con total normalidad, obteniendo citas, pudiendo hacerse exámenes, etc.

En muchas ocasiones, las empresas de medicina privada que contratan estas personas no son las que deberían contratarse. Por ejemplo, muchas contratan un servicio de asistencia al viajero, y, una vez en España, no se cubren ciertas enfermedades. Esto se debe tanto a una desinformación por parte de las personas migrantes acerca de qué tipo de seguro deben contratar, como a errores burocráticos³⁷.

Lamentablemente, a estas personas que ofrecieron su testimonio para la investigación, el servicio sanitario les fue denegado por las empresas que habían contratado cuando tuvieron un problema de salud. Si bien fueron atendidas en urgencias cuando acudieron al sistema sanitario público, a la hora de intentar obtener la tarjeta sanitaria, no tuvieron éxito.

En uno de los mencionados casos, la persona contaba con un permiso de estancia por estudios, y tenía un seguro médico de asistencia al viajero. Sin embargo, cuando sufrió una parálisis facial, la empresa que había contratado le denegó la atención, por lo que buscó ser atendido en el SSPA.

Si bien en un principio fue atendido en urgencias, y pudo tramitar su tarjeta sanitaria para poder acceder a servicios especializados que le ofrecerían la rehabilitación y los tratamientos necesarios para su recuperación, esta documentación nunca le llegó en su domicilio. Asimismo, cuando tramitó la tarjeta sanitaria, le informaron que con la constancia del trámite realizado podría atenderse en el centro de salud, pero cuando acudió a este, le dijeron que no podían atenderlo porque no era ciudadano europeo, aconsejándosele contratar él mismo su propia asistencia sanitaria.³⁸

³⁷ Un trabajador de la Subdelegación de Gobierno de Córdoba, encargado de la atención a inmigrantes en los servicios de Extranjería afirmaba al respecto: “no sé por qué les aceptan eso como seguro médico [la asistencia al viajero], porque eso no les sirve. Si tienen algo simple como un resfriado se hacen cargo para no quedar mal, pero si es algo costoso no lo cubren, porque no son turistas, sino que están viviendo en España”. Así, afirmaba que muchas personas contratan por desconocimiento un servicio de asistencia al viajero, que es aceptado por el Consulado del país y luego es aceptado para poder obtener la TIE, pero que luego es normal que estas empresas les denieguen la asistencia sanitaria.

³⁸ Así, expresaba: “Lo que hice fue tratar de que me atendieran en el Reina Sofía, y ahí según tengo entendido que la atención es gratuita en urgencias. Y sí me atendieron gratuitamente nomás un par de veces con el pasaporte, pero de urgencias. Y ya la especialista me dijo que tenía que buscar la manera de tener asistencia sanitaria para que le dieran seguimiento a mi caso y para las terapias. Entonces lo siguiente que hice fue investigar cómo era el proceso para darse de alta en la asistencia sanitaria y todo esto (...) Leí de que supuestamente puede haber atención para todos los que están ahí, más si estás en calidad de estudiante y de forma regular, aunque tendría que ser para todos. Y ahí fui a hacer el trámite, y aquí tengo una hojita de mi trámite de asistencia sanitaria, que lo hice el 15 de febrero [se adjunta en el Anexo 5], y se supone que me iba a llegar como un mes y medio después ya mi tarjeta sanitaria y todo eso. Y pues ya ves, yo estuve como hasta el 30 de mayo. Estamos hablando como de 3 meses y medio después, y nunca me llegó la mentada tarjeta. Ahora, ahí donde hice ese trámite me dijeron `mira, ya con tu hojita de que estás haciendo el trámite ya puedes recibir atención, entonces tu simplemente ve, di que ya hiciste el trámite y que simplemente estás esperando tu tarjeta´ `Ah, bueno´. Fui con el trámite a una como sucursal del Seguro Social, que está ahí en Ciudad Jardín y ya,

Este es un ejemplo de lo que les puede suceder a muchas personas que no pueden acceder a los servicios sanitarios por no cumplir con los requisitos exigidos, no poder demostrarlo, o porque no pueden obtener la tarjeta, quedando fuera del sistema sin poder gozar del derecho a la salud que se supone universal.

Asimismo, debe pensarse que, para una persona con un problema específico de salud, que solicita asistencia porque se encuentra con malestar, dolor, etc., le es mucho más dificultoso el proceso burocrático, la búsqueda de información para saber dónde dirigirse, con qué derechos cuenta, cómo se estructura el sistema sanitario local, etc.

Otro aspecto que dificulta la posibilidad de obtener la tarjeta sanitaria o de recibir atención médica es la gran variabilidad en la aplicación de la norma, quedando esto muchas veces a discreción de quien atiende a las personas migrantes en los servicios sanitarios, como suele afirmarse, “en mostrador”.

Pudo percibirse que tanto el Hospital Reina Sofía, como los distintos centros de salud, se adoptan protocolos y medidas de actuación diferentes con respecto a la inclusión/exclusión de las personas inmigrantes en el sistema sanitario, que, a su vez, muchas veces son aplicadas de manera diferencial por las personas que trabajan en los mismos. Así, afirmaba uno de los entrevistados:

“Siempre hay que tener en cuenta que, es que como en casi todo, depende con la persona con la que te encuentres. Hay muchas personas que efectivamente están por una ideología, una vocación, personal de atención que hacen todo lo que esté en su mano. Pero luego hay gente que no es así. Y luego encima hay gente de una ideología que es racista. Eso siempre te lo puedes encontrar. Entonces siempre, a pesar de que en Andalucía era tan como te han comentado las compañeras o como te he comentado yo [voluntad política y del personal sanitario en general de no denegar la asistencia], siempre nos encontramos con alguna

la doña del mostrador me dijo que no, que con eso no me podían atender, que porque yo no era de la Unión Europea. Y ya le expliqué todo, y me dijo ‘no, no, no’, y fue con el supervisor, se tardó ahí como 10 o 15 minutos y el supervisor también me dijo que no, que yo me contratara mi propia atención médica, y ya, ese fue el último paso. Esto que te digo es el 15 de febrero. Habían pasado como 5 semanas [desde que tuvo la parálisis facial], yo tratando de buscar la atención médica, la que utilizan ellos, los españoles, y nunca pude. Así que ya desistí y ya fue cuando yo mismo estuve pagando las terapias y todo esto”. Así, la persona no pudo acceder a la rehabilitación de forma pública y gratuita, y tuvo que, no solamente endeudarse para poder hacerlo de manera privada por el tiempo que permaneció en España, sino que tuvo que renunciar antes a la beca con la que había viajado al país y retornar al país de origen para trabajar y obtener asistencia médica.

El otro testimonio que se me brindó fue similar: era una persona inmigrante no comunitaria, con permiso de estancia por estudios, que había contratado un servicio de asistencia al viajero, que le denegó la atención ante un problema de salud. La diferencia residió en que estaba dada de alta en la Seguridad Social, lo que le facilitó obtener una cita para ser atendida primero en atención primaria y luego especializada. Sin embargo, también solicitó la tarjeta sanitaria en el centro de salud y nunca la recibió en su domicilio.

dificultad en algún centro de salud con alguna persona, y había que recurrir a una instancia superior”.
Entrevistado 2. ONG Médicos del Mundo.

Así, este relato vincula la exclusión sanitaria por parte de ciertas personas que trabajan en el sistema sanitario hacia las personas inmigrantes a una falta predisposición y en algunos casos a una ideología discriminatoria hacia ellas. Otra de las entrevistadas, en cambio, vincula la posible exclusión de las personas migrantes por parte de algunos funcionarios a la desinformación que tienen acerca de si se les puede brindar o no asistencia sanitaria, o a la desinformación de la persona migrante acerca de cómo debe presentar la documentación que se le solicita (barreras asociadas, a su vez, al capital cultural). Así, destacaba:

“Ha habido alguna complicación algunas veces, se nos ha resistido algún que otro usuario. Pero no sé si ha sido porque el funcionario del centro cívico o del centro de salud no ha estado bien informado, o porque realmente el usuario no ha sabido entregar bien la documentación. Muy poquitos casos, son dos casos o tres, pero se nos ha resistido alguna tarjeta sanitaria. (...) Incluso a una chica le llegaron a decir que ahí en ese centro ya no se tramitaban más tarjetas sanitarias. La compañera trabajadora social fue la que llamó. Y digo, bueno, pero cómo que no, esto es aplicable a todos ellos y es un derecho más (...) Depende de los centros, es verdad, depende del funcionario, de la gestión del centro, los funcionarios un poco te facilitan más o menos el trámite. Yo creo que es más eso, una cuestión de desinformación, o de mala información, que realmente el protocolo de actuación en sí.”. *Entrevistada 3. ONG Córdoba Acoge.*

Como ya se ha afirmado, al ser la tramitación de la tarjeta sanitaria un procedimiento complejo para las personas extranjeras, el papel de las ONGs se vuelve central a la hora de realizarlo. Una parte del personal entrevistado de las ONGs afirman que este trámite es sencillo de gestionar, y que no suelen tener problemas de ningún tipo. Así, destaca una de las técnicas de Cruz Roja entrevistada:

“Nosotros a través del distrito [de salud] hacemos unas derivaciones semanales, de las personas que hemos tenido durante la semana (nuestro caso de Cruz Roja). Entonces, derivamos al distrito, una persona voluntaria la lleva, después recogemos los papeles de asignación de médico. Y ahí ponemos una N, su número de atención es la N, y el médico o la médica que le han asignado en el centro de salud que le corresponde por su barrio, y a partir de ahí acceden en igualdad de condiciones a todo el sistema sanitario. Eso es renovable. No te dan una tarjeta física sino un papel, que tiene una fecha de caducidad. Pero bueno, eso se renueva conforme lo vayan necesitando y ya está. Pero no. Especialista. En igualdad de condiciones, no tenemos problemas vamos”. *Entrevistada 1. ONG Cruz Roja Española.*

Sin embargo, otra parte del personal de las ONGs destacan que ciertos casos son dificultosos porque algunas personas no cuentan con la documentación requerida para obtener la tarjeta, sobre todo cuando se exige empadronamiento (requisito que algunas personas entrevistadas afirman que es exigido y otras que no). En el caso de exigirse, el empadronamiento se vuelve requisito que excluye a mucha población que se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad social: tanto las personas sin hogar como las que tienen unas condiciones de vivienda que son muy precarias y no cuentan con un contrato de arrendamiento para realizar ese trámite en el Ayuntamiento. Al respecto, el coordinador de proyectos de Médicos del Mundo afirmaba:

“Como sabrá, hay muchas personas migrantes que no se pueden empadronar, por la precariedad de la vivienda, por la precariedad también de muchas personas arrendadoras, que muchas veces ellas mismas son solicitantes de ayudas públicas, o simplemente porque quieren ocultarlo a hacienda para no tener que pagar los impuestos del alquiler y todo eso. Entonces muchas personas migrantes tienen muchas dificultades para poder empadronarse. En este decreto de 2018, se incluía la posibilidad de que, desde servicios sociales, o desde entidades, o ONGs, se pudiera acreditar esa residencia si la persona no se podía empadronar. El reglamento aprobado ahora este verano [las Instrucciones enviadas por el Ministerio de Sanidad a las CCAA el 1 de julio de 2019], ya los ONG quedamos fuera de eso, no podemos acreditarlo, tienen que ser los servicios sociales. Entonces la persona tiene que explicitar acceso a los servicios sociales (...) Desde luego hay un retraso brutal en el tema de citas en servicios sociales, por todos los recortes que ha habido en estos años. (...) Entonces hay personas con citas para servicios sociales a 7, 8 meses, y hay personas a las que directamente han ido a servicios sociales y les han dicho ‘no estamos dando cita’ (...) Pero claro, como el reglamento es muy reciente, tiene menos de un mes, no sabemos cómo eso se va a empezar a aplicar. Porque las instrucciones que teníamos, nosotros consultamos en junio en el distrito de atención primaria, en el hospital y demás, y todas nos decían que en Andalucía se iba a seguir igual, que no se iba a exigir el tema del empadronamiento. Lo que pasa es que nosotros sí nos hemos encontrado con algún caso en los que sí se les ha pedido empadronamiento. Claro, luego nosotros hemos recurrido al distrito y eso se ha solventado. Pero no sabemos qué es lo que va a pasar.” *Entrevistado 2. ONG Médicos del mundo.*

Como puede verse en este relato, él afirma que el empadronamiento hasta el momento no es exigido (lo que contrasta con lo expresado por algunas personas entrevistadas y coincide con otras), pero que hay una sensación de incertidumbre ante el nuevo RDL de 2018 y las Instrucciones que fueron enviadas a las CCAA el 1 de julio de este año. Pese a que en Andalucía aún no se esté aplicando esta normativa, todavía no se sabe cómo se actuará de aquí en más. En caso de solicitarse

el empadronamiento como requisito excluyente, el proceso de tramitación de la tarjeta sanitaria será mucho más dificultoso para muchas personas.

Por otra parte, cabe destacar que el personal de las ONGs entrevistado coincide en que, hasta el momento, cualquier complicación con respecto a la posibilidad de acceso de las personas inmigrantes al sistema sanitario, en las que han tenido que mediar, se han podido resolver de forma favorable para la persona migrante, pudiéndose obtener finalmente la tarjeta sanitaria.

El personal de estas organizaciones no solamente cuenta con información privilegiada en el campo de la salud (por ejemplo, saben dónde deben tramitar las personas migrantes la tarjeta sanitaria en Córdoba para que sea un procedimiento simple, o saben qué documentación es requerida en cada caso) sino que también les proporcionan apoyo para rellenar los formularios solicitados y, en el caso de Cruz Roja, presentar la documentación a través del voluntariado, que en muchas veces ofician de traductores.

Así, este capital social, es decir, la vinculación de la persona migrante con la Cruz Roja, Médicos del Mundo, Córdoba Acoge u otra organización que tenga el capital cultural (conocimiento acerca de cómo y dónde tramitar la tarjeta sanitaria, conocimiento del idioma, etc.), el capital social (vinculación con el Distrito Sanitario o centro de salud) y el capital simbólico (prestigio y reputación como institución) se vuelve clave.

Sin embargo, podríamos preguntarnos qué sucedería en el caso de la persona inmigrante que no tiene vinculación con alguna ONG que pueda ayudarla a realizar la tramitación de la tarjeta sanitaria o que no pueda ayudarla a resolver los obstáculos que se le presentan para obtener atención sanitaria. Es decir, que no cuentan con el capital social o cultural necesarios para poder acceder al sistema sanitario público.

Este puede ser el caso de los ejemplos anteriormente mencionados, o de muchas personas otras personas en situación regular o irregular, sobre todo no comunitarias. Cuanto menos capital económico, social, cultural y simbólico tiene la persona inmigrante (y todas las barreras a ellos asociadas) esta complejidad y las dificultades para poder acceder al sistema sanitario público se agravan.

Así, muchas de las personas inmigrantes en situación irregular que no solicitan ayuda a este tipo de organizaciones, que no cuentan con la información necesaria para acceder al sistema sanitario público y que carecen de la tarjeta sanitaria, limitan su utilización de los servicios

sanitarios a las urgencias³⁹. Así, ante la pregunta de si las personas inmigrantes accedían por su cuenta al centro de salud una médica entrevistada afirmaba:

“¿Sabes qué pasa? Que ese tipo de pacientes acude poco al centro de salud. Poco, muy pocos. Nosotros vemos muy pocos. Yo los que he visto, los he visto en las guardias, pero al centro de salud te puedo decir casi que ninguno. Creo que hay como un poco más de descontrol a la hora de que puedan acceder a los recursos del sistema nacional público. Si ellos no tienen la facilidad por el idioma o por la irregularización de su situación, por la situación legal, pues no acuden a ese tipo de sitios. A esos pacientes los vemos cuando salimos con la Cruz Roja. Salimos algunos sanitarios en forma voluntaria algún día al mes, con la Cruz Roja, y vemos a los sin techo, a la gente que vive en la calle. Ahí sí vemos pacientes migrantes, que no tienen papeles y que no acceden a los recursos de una forma tan fácil (...) Claro, que también tenemos eh. También tenemos pacientes [inmigrantes]. Pero están en situación regular. Los pacientes que nosotros vemos en los centros de salud, están en situación regular todos. No tenemos ningún caso de ningún paciente que, sin papeles, o que hayamos tenido que atender. Ya te digo, porque los suelen pasar por Cruz Roja normalmente. (...) Suele haber más irregulares por urgencias.”. *Entrevistada 10. Médica en centro de atención primaria.*

Así, en este relato podemos ver, por un lado, que las personas inmigrantes en condición irregular no suelen acceder al centro de salud sin que medie alguna ONG en el proceso de tramitación de su documentación, salvo en casos de urgencias. Así, estas personas se diferencian en su posicionamiento en el campo tanto de las que también son irregulares, pero han contado con la ayuda de alguna organización para tramitar su tarjeta sanitaria, así como de la población migrante en condición regular que también ha logrado acceder al sistema sanitario público porque están dadas de alta en la Seguridad Social y han podido así tramitar la tarjeta sanitaria.

Pese a las complicaciones anteriormente mencionadas para acceder a la tarjeta sanitaria y a los servicios de atención primaria y secundaria, en las entrevistas se ha señalado que no suele haber complicaciones para acceder a los servicios sanitarios en urgencias, independientemente de su nacionalidad y de su condición de persona inmigrante ya sea regular o irregular, comunitaria o no comunitaria, así como en el caso de la atención sanitaria a menores y a mujeres embarazadas, parto y postparto.

Otro de los obstáculos percibidos por las personas entrevistadas es la complejidad que presenta la legislación y normativa que se refiere a las personas migrantes, y, específicamente, a

³⁹ En cuanto a la pregunta a las personas entrevistadas si consideraban que las personas migrantes en situación irregular tenían miedo de utilizar los servicios sanitarios en estos casos, la respuesta fue siempre negativa, salvo el caso de uno de los entrevistados que afirmó que, pese a que no era la generalidad, existían casos. Él vinculó el miedo sobre todo al desconocimiento acerca de si se le iba a cobrar o no los servicios que les habían prestado, y, en casos más excepcionales, miedo a que se delate la situación administrativa irregular y se llame a la policía.

su atención sanitaria. Se afirma que es una normativa que está cambiando constantemente y que es sumamente compleja y específica según el caso puntual de la persona, según el país del cual provenga, de la situación legal se encuentra, etc. Al respecto, uno de los técnicos entrevistados afirmaba:

“En el departamento de Inmigrantes siempre hablamos con las compañeras que tienes que estar especializado en Extranjería, y es muy complejo porque son normas que están vivas, que cambian según acuerdos políticos, según el momento. Tienes que estar especializado en eso, en Extranjería. Prácticamente todos los departamentos tienes que estar especializado, pero es que Extranjería es muy complejo, porque es que cada caso [es distinto], según el país de procedencia, según el momento y situación actual del país de procedencia”.

Entrevistado 5. ONG Cruz Roja

Por otra parte, otra de las entrevistadas, que sostenía la misma idea, vincula esta falta de conocimiento no solo a la complejidad, sino a que la situación de los migrantes y su posibilidad de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad en general importan poco socialmente, sobre todo, si se está en situación irregular y no se aporte a la Seguridad Social. Así, afirmaba:

“Es que el tema legislativo en el ámbito de extranjería está como muy confuso siempre. Porque realmente es una legislación que está cambiando constantemente, que cada año es una cosa diferente (...) El colectivo migrante, y lo que es la legislación de extranjería, es algo tan específico y tan peculiar, y que interesa tan poco, que la gente no está informada. Los profesionales, ya sea de la sanidad, de la educación, no están realmente informados. Esto es como cuando les llega un alumno de cualquier país, no sé, de Georgia, o rumano, y no sabes muy bien. Bueno, ¿Se puede escolarizar? ¿No se puede? Pero yo creo que eso también parte un poco de la desinformación que desde los centros y desde los profesionales, en diferentes materias, que no saben realmente a lo que se están enfrentando (...) Es que un inmigrante sin papeles en España no es nadie, hablando claro, y mal y pronto. No es nadie, no aparece en ningún sitio. Como mucho, te puedes empadronar y puedes aparecer en el padrón municipal de ese municipio y de esa ciudad en la que estés, hasta ahí, pero no aportas nada más a la sociedad (...) No eres una persona visible, por lo tanto ‘no nos interesa tu vida, nos da igual que tengas cobertura o no en sanidad’” *Entrevistada 3. ONG Córdoba Acoge.*

Por último, cabe destacar que otra barrera mencionada en las entrevistas tiene que ver con obstáculos interpuestos por personas que trabajan en el sistema sanitario público pero que no tienen contacto directo con pacientes inmigrantes, como es el personal técnico. Así, puede percibirse otro

tipo de variabilidad de aplicación de la normativa. Esto puede ejemplificarse en una “anécdota curiosa”, destacada por una las médicas entrevistadas:

“Lo que sí tengo una anécdota curiosa, y es que yo le hice una citología a una chica que no tenía los papeles, y como en teoría, en Andalucía el SAS tenía protección y cobertura sobre todo el mundo, yo le hice la citología, la mandé al técnico y tardaba muchísimo en venir el resultado, y cuando llamé dijeron ‘es que es una mujer sin papeles’, ‘bueno, ¿y qué? Si el trabajo está hecho, la citología la he hecho yo ya, ¿qué más da?’. Y entonces le escribí hasta el Defensor del Pueblo y demás, ¿sabes? Pero esto sucede. Algunas veces lo que se publicita es esta atención sin ningún tipo de trabas, pero alguna vez sí las hay, alguna vez sí las hay (...) Sí, alguna traba sí. En esa ocasión, otras veces no lo he notado, pero ahí sí.” *Entrevistada 8. Médica en centro de atención primaria.*

Afortunadamente, en este caso, la médica se ha implicado y ha reclamado al Defensor del Pueblo, pero podría haber muchos casos en los que esto pase inadvertido.

6.1.2. Barreras asociadas al capital económico

Otras de las barreras que suelen tener las personas migrantes para el acceso al sistema sanitario en condiciones de igualdad están asociadas al capital económico, como el contexto socioeconómico desfavorable, condiciones de la vivienda precarias, la falta de recursos económicos para continuar el tratamiento, que suelen estar asociadas asimismo con un bajo capital legal traducido en una situación administrativa irregular.

Los grupos en una situación de mayor vulnerabilidad, con quienes tanto Médicos del Mundo como Cruz Roja tienen proyectos que apuntan a la inclusión social y a la promoción y atención de la salud, son las personas sin hogar y las mujeres en situación de prostitución, entre las que hay altos porcentajes de personas inmigrantes en situación irregular. Así, el coordinador de proyectos de Médicos del Mundo afirmaba:

“Nosotros tenemos proyectos con personas en situación de prostitución; la mayoría son población migrante. Luego atendemos a población migrante en general y personas sin hogar, que aquí aproximadamente un 50% son personas migrantes”. *Entrevistado 2. ONG Médicos del Mundo*

En estos porcentajes coinciden con los brindados por la técnica y el técnico de Cruz Roja entrevistados que trabajan en proyectos con los mismos grupos de población. Teniendo en cuenta los bajos porcentajes de población extranjera que hay en la ciudad de Córdoba en comparación con la población local (rondando el 2,5% de la población total), que la población inmigrante en situación irregular sea entre la mitad y la mayoría de la población con la que se trabaja en estos proyectos, nos habla de que la condición administrativa impacta fuertemente en la situación de extrema vulnerabilidad social.

En estos casos, considero que el tipo de capital más influyente en el posicionamiento en el campo de la salud no es (aunque todos tienen una estrecha relación e impacto) el capital estatal (asociado a los requisitos para acceder al sistema sanitario y el alto grado de burocratización de este, etc.) ni con el capital cultural (desconocimiento acerca del funcionamiento del sistema sanitario, del idioma, etc.) sino el capital económico y el capital legal, estrechamente vinculados uno con otro. Así, las necesidades más urgentes de estas personas son las de solventar sus condiciones materiales de vida, por lo que la asistencia sanitaria lamentablemente queda muchas veces en segundo plano.

Afortunadamente, a través de los proyectos que se llevan a cabo desde estas ONGs, se busca reducir las desigualdades en salud, brindar asistencia sanitaria, pero sobre todo realizar tareas de orientación y promoción de la salud, para que las personas puedan acceder al sistema sanitario. Así, por ejemplo, Cruz Roja tiene un proyecto de la Unidad de Emergencia, mediante el que se realizan salidas nocturnas en las que participa el voluntariado médico. En estas salidas, su tarea principal es brindarles orientación e intentar convencerles de que acudan al centro de salud, de la importancia de tener una médica o un médico de cabecera, de continuar el tratamiento, etc. lo que muchas veces se vuelve una tarea ardua y compleja. Al respecto, una de las médicas entrevistadas, que es voluntaria en este proyecto afirmaba:

“Yo cuando salgo a la calle con Cruz Roja, también lo que me encuentro son muchos pacientes migrantes, que no tienen concepto de su patología, o que no tienen conciencia de enfermedad. A lo mejor pacientes con VIH, pacientes con una hepatitis, que no hacen un seguimiento, que no hacen, que no acuden al especialista, que no se están poniendo tratamiento, porque lo rechazan o porque niegan la importancia de la enfermedad. O simplemente porque tienen un problema mayor, que es sobrevivir, en el día a día, que hacerle caso a una enfermedad que ahora mismo no les está dando ninguna sintomatología. Entonces sí que es verdad que esos pacientes son los complicados que nosotros nos encontramos. El convencer a esa persona, o el transmitirle la

importancia que tiene que se haga un seguimiento, que se haga una visita médica un poco regular. Eso es lo más difícil para nosotros”. *Entrevistada 10. Médica en centro de atención primaria.*

Se señala, asimismo, que muchas de estas personas son reacias a ingresar en un sistema sanitario tan complejo y burocratizado, y que, en muchos casos, su falta de documentación obstaculiza su acceso en este. Así, la técnica y técnico de Cruz Roja entrevistados señalaban:

“[El personal sanitario que forma parte del voluntariado] Prestan asistencia sanitaria pero no solo asistencia, sino que intentan que las personas que están en calle, que están excluidos de todo el sistema social y sanitario accedan a los recursos normalizados de salud. Se insiste en que vaya a su médico de cabecera, a su centro de salud más cercano, si tienen cualquier patología pues que siga el tratamiento. Normalizar un poco la situación en cuanto al tema sanitaria. Porque no solo... Bueno, porque en calle se puede atender cualquier incidencia que pueda surgir, una herida, pueden hacer curas, pueden en algún momento dar el medicamento si hay alguna dolencia a lo mejor. Pero siempre se insiste en que vayan a emergencias o vayan a su centro de salud. Esa es la labor diaria que hacemos, insistiéndoles, porque así poco a poco ellos así a lo mejor quizás algún día accederán, y ya empiecen a involucrarse... En el sistema”. *Entrevistada 6. ONG Cruz Roja Española.*

“Las personas sin hogar están absolutamente desconectadas del sistema... Hábitos, rutinas, saber dónde acudir. (...) Es que ya están absolutamente desestructurados, entonces la simple orientación en salud, entre comillas, en este caso, de médico de cabecera, sistema de atención primaria, de primaria a especializada... Todo esto tienes que recordárselo varias veces, algunos son reacios a meterse en un sistema público, administrativo, papeleo, burocracia, exponerse a un médico. Si va derivado de un posible problema de salud mental tienen miedo de que ese médico les recomiende o le obligue a internarlos en algún sitio. Entonces hay toda una serie de prejuicios o rechazos desde la ignorancia, el desconocimiento o de alguna experiencia previa negativa, que esa atención sanitaria no es solamente intervención si hace falta hacer alguna cura o algo, sino que además esa orientación es importante. (...) Ellos de tanta desconexión o exclusión que están, ni siquiera saben qué médico tienen, ni qué les corresponde, ni dónde tienen que dirigirse, porque también ellos como van cambiando de lugar a lo mejor algunos el empadronamiento no lo tienen, o lo tienen en otro sitio. O la tarjeta sanitaria no la tienen, la perdieron en alguna mochila que les robaron (...) Es una vida muy compleja”. *Entrevistado 5. ONG Cruz Roja Española.*

En cuanto a las mujeres en situación de prostitución, también hay proyectos para que disminuir las desigualdades en salud, orientados hacia la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la higiene, orientación para que puedan acceder al sistema sanitario y sobre todo apoyo emocional. Como se ha afirmado en el estado de la cuestión, las mujeres inmigrantes

son más vulnerables a la explotación sexual y a la violencia, situación que se vuelve más extrema cuando están indocumentadas (Gea Sánchez et al., 2017, p. 195).

Una médica entrevistada, que es voluntaria en el proyecto de mujeres en situación de prostitución de Cruz Roja, afirmaba que, pese a que las mujeres no confirman que haya una persona que las esté explotando, esto es algo que se intuye. Así, destacaba:

“En el caso de las mujeres prostituidas cuando voy los miércoles, está sesgado porque sí que son todas rumanas y nigerianas prácticamente. Hay una española o dos nada más (...) Nunca te hablan de si hay una persona que las está explotando, o lo niegan, la mayoría lo niega. Porque me pasa ahí también en la Torrecilla cuando voy, por las noches, que la mayoría dicen que no, y las otras dicen ‘sí, esta tiene un chulo, no se qué’, pero eso es difícil que ellas te lo cuenten.”. *Entrevistada 8. Médica en centro de atención primaria.*

Por esto, es de suma importancia que se trabaje con ellas para poder brindarles todo tipo de apoyo y contribuir a que puedan acceder al menos a los servicios sanitarios.

Otra de las barreras de acceso al sistema sanitario en condiciones de igualdad de las personas inmigrantes, vinculada al capital económico, es la falta de recursos para poder afrontar un tratamiento médico. En este sentido, tanto Cruz Roja como Médicos del Mundo juegan un papel clave para reducir estas desigualdades y derribar estos obstáculos, brindando medios económicos a las personas para que puedan continuar el tratamiento. Al respecto, el coordinador de proyectos de Médicos del Mundo afirmaba:

“Nosotros prestamos también ayuda a medicación, porque claro, aunque tu tengas derecho a asistencia sanitaria, si luego no te puedes pagar la medicación (...) Dentro de los colectivos en situación de exclusión, las personas migrantes son muchas. Muchas personas en situación de pobreza y que son migrantes. Entonces nosotros tenemos muchas personas a las que les estamos financiando tratamiento médico. Y los distintos estudios que han ido surgiendo estos años, yo conozco por ejemplo el informe FOESA que lo realiza Cáritas, que ha ido incrementando el número de personas que han ido abandonando tratamientos, por esta dificultad, obviamente. Aumento del desempleo, de la precariedad, de la exclusión. Hay muchas personas que no se pueden pagar los tratamientos, o solo toman algunos de los que les receta el médico. Eso es una dificultad importante”. *Entrevistado 2. ONG Médicos del Mundo*

Otro aspecto vinculado a las condiciones económicas, que obstaculiza la igualdad en las condiciones de salud de las personas migrantes sobre todo en condición irregular, son las condiciones de empleo precarias a las que se enfrentan muchas de ellas, que generan problemas

específicos en su salud, que hacen que deban acudir al sistema sanitario sin documentación y de manera urgente.

Al respecto, uno de los médicos entrevistados resaltaba que muchas personas acuden al centro sanitario sin documentación en épocas específicas del año, en las que hay, por ejemplo, cosecha de aceituna en la zona, en la que trabajan muchas de las personas inmigrantes en situación irregular. Así, señalaba:

“Algunas personas vienen sin documentación, sobre todo con la campaña de recogida de la aceituna. Que aquí en la zona de Córdoba y de Jaén hay mucho olivar, y en la época de la recogida de la aceituna suele ser mayor la población migrante sin papeles. Pero por norma general, la gran mayoría, sí suelen tener documentación (...) [Acuden al centro] Por problemas que se desempeñan sobre todo al realizar su trabajo. Es un trabajo muy físico, y suelen ser problemas de tipo lumbalgia, dorsalgia, molestias articulares, problemas de ese tipo, por la carga física del trabajo (...) [Luego de atenderles] se le indica que vaya al mostrador del centro de salud, para que se haga la gestión administrativa, para proporcionarle algún tipo de tarjeta sanitaria, para tener algún registro de la medicación que se ha tomado, o que se le ha prescrito previamente.”.

Entrevistado 9. Médico en centro de atención primaria.

6.1.3. Barreras asociadas al capital cultural

Con respecto al capital cultural, una de las barreras que más se ha en las entrevistas tiene que ver con el desconocimiento del idioma que tienen muchas personas inmigrantes, tanto en situación regular, irregular, comunitarias o extracomunitarias, que presenta complicaciones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y el posterior seguimiento del caso (y obviamente, influye negativamente en las barreras anteriormente mencionadas, como la posibilidad de tramitación y obtención de la tarjeta sanitaria).

Con respecto a la barrera idiomática, se señalaron acciones llevadas a cabo por la Conserjería de Salud que apuntan a mitigar este obstáculo en la consulta médica. En este sentido, en Andalucía se cuenta con servicios de teletraducción del SAS, para que en el momento de la consulta se pueda llamar por teléfono y realizar la traducción mediante una operadora u operador que conoce los dos idiomas.

Sin embargo, varias de las personas entrevistadas suelen afirmar que este servicio no es muy utilizado, por el tiempo que se pierde o porque la traducción entorpece la relación profesional

de la salud-paciente. Algunas afirman utilizarse solo en casos en que no haya otra opción. También se dispone de tablas que tienen pictogramas, que se utilizan para expresar dolores o emociones básicas, y que están disponibles en distintos idiomas.

Sin embargo, el método más utilizado para poder paliar este obstáculo es acudir a la consulta con alguna persona acompañante que entienda el idioma y pueda officiar de traductora, que pueden ser personas de su familia, amigos o personas voluntarias de las ONGs. Es decir que para reducir este obstáculo es de gran importancia poseer el capital social necesario, manifestado en redes de apoyo personales u organizacionales.

Algunas personas entrevistadas, reclaman que debería haber servicios de mediación, lo que facilitaría la atención, debido a que muchas veces la barrera no solamente es el idioma, sino las distintas concepciones de la salud que se tienen. Asimismo, realizar una consulta médica en presencia de otra persona puede ser incómodo para muchas personas y/o quitarle privacidad y confidencialidad a la atención.

Una de las enfermeras entrevistadas, señalaba que las mujeres inmigrantes que acuden al Hospital Reina Sofía, muchas veces no conocen el idioma, por lo que el marido, que en muchas ocasiones es el que más conoce el idioma, les traduce la consulta. Así, ella destacaba al respecto:

“Muchas de ellas, solo la pareja, el hombre suele conocer el idioma, y ellas no. Ellas lo dominan muy básicamente. (...) La mayoría de las que son de Rumanía, ellas más o menos entienden lo básico, pero muchas otras no se enteran de verdad de lo que les estás diciendo. Entonces esperan la confirmación del marido, que se lo traduzca el marido. Pero también hay muchas otras que sí más o menos entienden lo que les vas diciendo. Se lo dices más básicamente, también por gestos y demás. Pero la principal barrera yo creo que es el idioma”
Entrevistada 11. Enfermera en Hospital Reina Sofía.

6.1.4. Barreras asociadas al capital simbólico

Otra de las barreras que pueden encontrar las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público en condiciones de igualdad, asociada al capital simbólico, es la reproducción del discurso político y mediático que construye a las personas migrantes como detractoras de los servicios sanitarios públicos, culpables de la falta de presupuesto y que abusan del sistema sanitario, en el personal sanitario.

Si bien en general este tipo de discurso no se ha percibido en las entrevistas, hubo una excepción. Uno de los entrevistados ha hecho referencia al “turismo sanitario”, a la inmigración como una “avalancha”, al “desbordamiento” del sistema sanitario público y la falta de presupuesto por atender a más personas de las que el sistema debería soportar.

Del resto del personal sanitario entrevistado, algunas personas afirmaban que el turismo sanitario no existía en Córdoba, sosteniendo inclusive que ese discurso era un “disparate”. Otras, sí han afirmado que existe, y han vinculado “este fenómeno” sobre todo a personas provenientes de países con poder adquisitivo alto, como Gran Bretaña, que “se aprovechan” del servicio sanitario gratuito español para realizarse operaciones costosas y retornar a su país. Asimismo, no se ha hecho alusión al resto de las cuestiones señaladas, salvo en el caso del entrevistado anteriormente mencionado. Así, él señalaba:

“Yo tengo el caso concreto de una persona de Argentina. Mi cuñada que es médico de urgencias me contaba que había venido a ver familiar. Y bueno, decidió que fue a urgencias y bueno, ‘me duele mucho la cadera’. Y como tenía artrosis exigió que se le pusiera la prótesis aquí (...) Claro, el turismo sanitario que se le llama. (...) Vino a ver un familiar. Claro, se enteró del chollo que hay aquí en Córdoba, y empezó ‘que no puedo andar’ (...) Pero no solamente de Argentina, cualquier país. Británicos también tenemos. Como un país de primer orden, los ingleses (...) O sea que teniendo dinero pues nada, se aprovechan de aquí, entonces pues claro, muchas veces están desbordadas. Yo no sé por dónde va a seguir esto, porque claro todo gratis, todo gratis. (...) Eso lo pagamos entre todos, ¿no? Entonces pues claro la sanidad es lo que más presupuesto se lleva en España, concretamente en Andalucía, el presupuesto para sanidad es tremendo. Yo no sé cómo va a terminar esto (...) Aquí en Andalucía tenemos la puerta de los magrebíes que vienen, entonces esto es una avalancha constante de personas que están demolidas. Porque muchos se escapan de los centros de acogida que les dan, otros ya una vez finalizado el plazo y no los pueden devolver a sus países, pues están aquí (...) En la sanidad siempre faltan recursos. Lo que ocurre es que claro, es que es imposible tener más. El hospital tiene su dimensión en función de los habitantes que tiene. ¿Qué ocurre? Que si hay personas de tránsito (...) Se desborda, se desborda porque claro, no es solamente la población para un hospital de tantas camas, porque hay 200.000 habitantes, sino lo que va llegando. Entonces recursos nunca son los suficientes”. *Entrevistado 7. Enfermero en Hospital Reina Sofía*

Si bien este tipo de relato fue excepcional en las entrevistas realizadas, ha existido, y, dado el tamaño de la muestra, se piensa que debe ser considerado como una barrera asociada al capital simbólico, y seguir indagándose en futuras investigaciones acerca del impacto del discurso político y mediático acerca de las migraciones en profesionales de la salud.

6.2. Acciones estatales tendientes a minimizar las barreras e incluir la diversidad

En cuanto a las acciones positivas llevadas a cabo por el gobierno andaluz para incluir la diversidad y reducir las barreras que experimentan las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público en condiciones de igualdad, la única que suele destacarse con énfasis es el servicio de teletraducción ofrecido por el SAS y la disponibilidad de material en varios idiomas, como las tablas con pictogramas que sirven para que los pacientes expresen emociones.

El coordinador de proyectos de Médicos del Mundo afirmó que, hace algunos años, se llevaban a cabo diversas acciones por parte de la Conserjería de la Salud para reducir las desigualdades en salud que afectaban a la población migrante, e incluirla en condiciones de igualdad en el sistema sanitario. Sin embargo, se destaca que, aproximadamente hace diez años, estas acciones dejaron de llevarse a cabo, resaltando la “poca participación” que hay desde el ámbito estatal actualmente. Así, resaltaba:

“Aquí durante mucho tiempo se hizo un gran esfuerzo, desde el año 2000, 2002, se hizo un gran esfuerzo en la Consejería de Salud en ese sentido, con mucha formación a personal sanitario, con convenios con las ONG, hay mucho trabajo también en los centros de salud y en los hospitales con material escrito en distintos idiomas, se hizo también un servicio de traducción. Se hicieron muchas cosas. Eso ya a partir de la llegada de la crisis, y aún antes de este famoso Real Decreto de 2012, todo eso ya empezó a abandonarse un poco. Hace mucho que no se hacen cursos de interculturalidad y salud con personal del sistema de salud. Eso se ha quedado un poco paralizado desde hace ya pues prácticamente 8 o 10 años. Antes era todo bastante proactivo. Se incluía en los planes de salud. Pero es que desgraciadamente la Conserjería de Salud hace años que es poco participativa. Antes se participaba mucho desde las ONG en los planes de salud, se trabajaba mucho el tema de desigualdad en salud, dentro de lo que cabe, ¿no? Pero eso que hace mucho tiempo no son las políticas de nuestra comunidad, incluido el gobierno anterior del partido socialista”. *Entrevistado 2. ONG Médicos del Mundo*

Lo que señala el entrevistado coincide con los relatos de las personas entrevistadas, que no han mencionado ninguna acción positiva actualmente por parte de la Conserjería de Salud, salvo las anteriormente mencionadas.

6.3. Percepciones de los equipos de salud acerca de la atención sanitaria a personas migrantes

El personal sanitario entrevistado coincide en que la asistencia sanitaria debería brindarse siempre, que no puede denegarse por cuestiones de nacionalidad, y que los requerimientos burocráticos podrían solucionarse a posteriori de la atención sanitaria. Una de las médicas, sostenía que en el centro de salud que ella trabaja, siempre se adopta esa postura, pero que no puede asegurar que esto sea así en todos los centros:

“Y la asistencia, según mi opinión, se debe hacer siempre, siempre. Luego ya, el tema del papeleo se puede arreglar después, pero la asistencia hay que hacerla siempre (...) Pero en fin, yo en eso no te puedo generalizar. Te digo cómo actuaríamos nosotros [en su centro de salud específicamente], pero tampoco puedo decir que es que sea la norma en todos lados.” *Entrevistada 8. Médica en centro de atención primaria.*

También suele haber un consenso de la buena predisposición de los equipos sanitarios a la hora de atender a las personas inmigrantes, independientemente de su condición legal, y que, los casos en los que hay algún tipo de discriminación o exclusión de tipo administrativo, burocrático o por parte de profesionales de la salud en los centros de salud o en el Hospital Reina Sofía, son casos excepcionales de personas puntuales.

Asimismo, las personas entrevistadas del personal sanitario afirman que las personas que son atendidas por el sistema sanitario público tienen las mismas condiciones de atención que las personas locales, que buscan darles el mismo trato y a veces hasta un mejor trato que a las personas autóctonas, por encontrarse en muchas ocasiones en una situación de mayor vulnerabilidad social. Al respecto, afirmaba una de las médicas entrevistadas:

“Yo creo que sí [se atiende igual a todas las personas]. Yo creo que sí. Hay algún médico, y alguna enfermera, que son más que racistas, clasistas, pero con toda la población, no con los inmigrantes. ¿Entiendes? (...) En general, yo he visto siempre un buen ambiente en los equipos. (...) Y somos 19 médicos, ¿eh? Y 19 enfermeras. Yo no he notado ningún tipo... Y además te digo una cosa, soy muy sensible a ese tipo de cosas, y me hubiera llamado la atención y hubiera intervenido, ¿sabes? Pero no lo he visto. No quiero decir que no lo haya, pero yo no lo he visto. Y estoy con ojos abiertos siempre para estas cosas, ¿sabes? No te puedo decir. Yo opino de esa manera, mi experiencia personal es esa. Ya te digo, he trabajado durante muchos años en un centro de salud que tenía muchísimas dificultades (...) Porque además te digo una cosa, quien no opinaba de esa manera estaba un año o dos y se iba. Los que hemos permanecido durante muchos años, en un trabajo

conflictivo, con muchísima diversidad cultural y social, los que hemos permanecido era porque estábamos a gusto trabajando así, ¿sabes? Sino lo demás dan el salto”. *Entrevistada 8. Médica en centro de atención primaria.*

Otro de los entrevistados, coincide con esta postura, afirmando que el trato recibido por las personas migrantes por parte de los equipos sanitarios es excelente e incluso a veces mejor que hacia las personas españolas. Así, afirmaba:

“Se vuelcan todas las personas hacia ellas eh, por lo menos en el Hospital Reina Sofía. Incluso todas las personas el sentido humanitario que tenemos es de prestar ayuda a todo el mundo (...) De atención pues yo le aseguro que, exquisito no, lo siguiente. Con todo el mundo eh, con todo el mundo. Yo pienso que actuamos con empatía, nos ponemos en el lugar de. Si yo fuera a un país árabe, por ejemplo, a Marruecos, y no entiendo cómo me hablan, querría que me ayudaran, que me... Entonces las personas que estamos allí. Vamos, que yo no he encontrado ningún caso de tono despectivo, ni nada. Llevo 43 años en el hospital. Y cada vez hay más atención. (...) Todo es volcarse. Hay una atención que es casi mejor que al español. No es que al español se lo trate mal, sino que a la otra persona se le añade por su circunstancia, todo lo que pueda hacerse (...) No solamente por su situación personal, sino como paciente. En una persona que tiene una enfermedad, un accidente, o algo, ¿no? Entonces ayuda, ayuda, ayuda”. *Entrevistado 7. Enfermero en Hospital Reina Sofía*

Así, puede percibirse que las barreras principalmente son administrativas y burocráticas, y no provienen del personal que efectivamente brinda a las personas la atención, que en muchas ocasiones desconocen el procedimiento administrativo para solicitar la tarjeta sanitaria y los requisitos exigidos. Afirman que a las personas inmigrantes siempre se las atiende de forma urgente, pero que en el caso de la atención que no sea de urgencia, las personas ya son derivadas con su documentación respectiva. Al respecto, una de las médicas entrevistada afirma:

“Yo puedo atender a este tipo de personas sin papeles [sin tarjeta sanitaria] de forma urgente. Luego ya como médica de cupo de ellos y su familia, me llegan ya con las tarjetas sanitarias y con los papeles, ¿sabes? Entonces administrativamente no te puedo decir si existe [alguna barrera]... Que probablemente lo haya, ¿eh? Pero no te lo puedo asegurar.” *Entrevistada 8. Médica en centro de atención primaria.*

En las entrevistas, asimismo, se han destacado acciones positivas que se llevan a cabo por parte del personal sanitario para poder incluir la diversidad o para paliar las situaciones de exclusión social. Por ejemplo, uno de los entrevistados, que trabaja como enfermero en urgencias en el Hospital Reina Sofía, en el servicio de Traumatología, ha señalado que se le realiza menú especial a las personas que por religión no puedan comer cerdo, pudiendo elegir libremente lo que

quieran comer, o que se les brinda comida a las personas acompañantes de quienes están internadas porque muchas veces no tienen para comer.

7. Conclusiones

Como señala la OMS (2019), muchas personas migrantes no tienen acceso a los servicios básicos de la salud, enfrentando diversas barreras para poder acceder a la atención sanitaria. Aunque se señala que la condición de migrante nunca debería utilizarse como punto de partida para determinar el acceso a la atención de la salud en condiciones de igualdad, muchas veces sí lo hace (p. 3).

Tal como se señala en el “III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, Horizonte 2016”, la salud es sin duda un requisito indispensable para el desarrollo individual y social de cualquier persona, por lo que se vuelve uno de los pilares del Estado de Bienestar, y uno de los derechos básicos de cualquier *ciudadana o ciudadano* (Conserjería de Justicia e Interior, 2014).

Asimismo, se afirma que, el Estatuto de Autonomía Andaluz, incluye entre los derechos de las andaluzas y los andaluces la protección de la salud, mediante un sistema sanitario público de carácter *universal*. Sin embargo, ¿qué se entiende por universal?, ¿esta universalidad se limita a la condición de la ciudadanía andaluza autóctona?, ¿son incluidas las personas migrantes en condiciones de igualdad en este sistema sanitario público?

Para poder responder a estas preguntas, en este trabajo se ha tenido por objetivo reconstruir cómo se gestiona el fenómeno migratorio en el ámbito sanitario público cordobés en la actualidad y cómo se posicionan las personas migrantes en este campo, con el fin de conocer qué factores influyen en que puedan acceder o no en condiciones de igualdad a los servicios sanitarios.

Así, se puede concluir que las personas migrantes que viven en la ciudad de Córdoba enfrentan diversas barreras para poder acceder a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad, las cuales están asociadas tanto a su capital social, como cultural, económico, simbólico, legal, pero sobre todo, al capital estatal, que es el que regula el funcionamiento del campo de la salud.

Como ya se ha afirmado, esta clasificación entre los distintos tipos de capital es sumamente útil a fines analíticos, para comprender cómo se posicionan las personas en el sistema sanitario público cordobés y a qué se debe este posicionamiento. Sin embargo, en la práctica, los distintos tipos de capital son indisociables uno de otro, influenciándose mutuamente, como pudo verse en los resultados.

Así, asociada al capital estatal, puede afirmarse que la mayor barrera para poder acceder a los servicios de salud en condiciones de igualdad es el requerimiento de poseer una tarjeta sanitaria.

Así, distintos factores se vuelven fundamentales en facilitar u obstaculizar la tramitación de este documento: la nacionalidad (ser de un país miembro de la UE, del EEE o que tenga convenio con el Ministerio de Sanidad español, o no serlo), las redes de apoyo organizacionales (vinculación o falta de esta con las ONGs especializadas en la materia), cumplimiento o incumplimiento de los requisitos normativos de acceso y variabilidad en la aplicación de la normativa así como su gran complejidad.

Otras barreras suelen estar asociadas sobre todo al capital económico y tienen que ver con: el contexto socioeconómico y la situación de extrema vulnerabilidad social, como en el caso de las personas sin hogar y de las mujeres prostituidas (muchas de las cuales son migrantes en situación irregular), la falta de recursos económicos para poder afrontar el tratamiento médico y las condiciones de empleo precarias a las que se enfrentan las personas migrantes.

En cuanto a las barreras asociadas al capital cultural, cabe destacarse sobre todo el idioma, el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario público cordobés, de la normativa y de los requisitos exigidos para poder tramitar la tarjeta sanitaria por parte de las personas migrantes, así como el desconocimiento por parte del personal administrativo acerca de los derechos de algunas personas migrantes a recibir asistencia sanitaria.

En cuanto a las barreras asociadas al capital simbólico, cabe destacarse el impacto del discurso político y mediático que construye a las personas migrantes como detractoras de los servicios sanitarios públicos, culpables de la falta de presupuesto y que abusan del sistema sanitario, en el personal sanitario. Pese a que este relato fue excepcional en las entrevistas realizadas, y dado el tamaño de la muestra de personal sanitario, debería ahondarse en futuras investigaciones en conocer el impacto de estos discursos sobre el personal de la salud. Por otra parte, debe destacarse que la condición de migrante en general, y específicamente la condición de migrante en situación irregular, son variables transversales, que influyen enormemente en el resto.

En cuanto a los facilitadores para paliar las barreras anteriormente mencionadas, debe destacarse el papel central que desempeñan las ONGs locales. Estas organizaciones ayudan a las personas migrantes (sobre todo en condición irregular) a tramitar su tarjeta sanitaria, contando con el capital social, económico y simbólico necesario para llevar a cabo esta compleja tarea. Luego, en caso de que lo necesiten, debido al desconocimiento del idioma, les acompañan a las consultas, con el fin de reducir las barreras idiomáticas. Asimismo, desarrollan proyectos dirigidos a personas

en situación de extrema vulnerabilidad social para disminuir las desigualdades en salud y contribuir a que puedan acceder a los servicios sanitarios.

En cuanto a las acciones estatales llevadas a cabo para incluir la diversidad y minimizar las barreras que experimentan las personas migrantes para acceder al sistema sanitario público, se ha destacado en las entrevistas que estas que son prácticamente inexistentes (salvo en el caso del servicio de teletraducción del SAS). Así, se ha señalado la poca participación de la Conserjería de Salud desde hace ya varios años.

Este panorama contrasta con las acciones estatales llevadas a cabo en Andalucía al inicio del milenio, entre las que se destacaban principalmente la formación del personal sanitario en temas migratorios y los convenios entre la Conserjería de Salud y las ONGs, con el fin de contribuir a que se incluyan a las personas migrantes en el sistema sanitario en condiciones de igualdad. Sin embargo, estas medidas fueron abandonadas a partir de la crisis económica y financiera de 2008.

Debe destacarse que el personal sanitario entrevistado coincide en que la asistencia sanitaria debería brindarse siempre, no debiendo denegarse en ningún caso solo por el hecho de que la persona tenga la condición de migrante. También suele haber un consenso de la buena predisposición de los equipos sanitarios a la hora de atender a las personas inmigrantes, independientemente de su condición legal, brindándoles las mismas condiciones de atención que a las locales, o hasta mejores, debido a que son conscientes de que son personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social. Así, pudo percibirse que las barreras principalmente son administrativas y burocráticas, y no provienen del personal que efectivamente brinda a las personas la atención en la consulta.

Así, para finalizar, puede afirmarse que, a raíz de las barreras experimentadas por las personas migrantes para acceder a la atención sanitaria en condiciones de igualdad en la ciudad de Córdoba, muchas veces quedan excluidas sistema sanitario, sin poder gozar de su derecho humano a la salud y a recibir asistencia sanitaria.

Como afirma De Lucas (2018), la universalidad de los derechos humanos es un requisito conceptual, debido a que, si no son universales, no pueden ser humanos. Esto debe ser entendido como una aspiración y como una exigencia hacia la que, como sociedades, debemos apuntar si no queremos que, para muchas personas, estos derechos sigan siendo solo buenas palabras y no se concreten en su vida diaria.

Y para que esta universalidad se concrete, debe apuntarse siempre hacia la igualdad, sin ningún tipo de discriminación, “sin dejar a nadie atrás”, como se propone en los ODS. Si no apuntamos hacia este horizonte, buscando que los derechos humanos de todas las personas puedan concretarse, sin requisitos y sin distinciones, de manera realmente universal e igualitaria, no podrá haber condiciones para la paz en nuestras sociedades.

8. Bibliografía

- Aguado i Cudolà, V. y Prado Pérez, R. (2014). Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado del bienestar. *Revista Vasca de Administración Pública. Herri-Arduralaritzako Euskal Aldizkaria*, (99), 87-110.
- Álvarez Sousa, A. (1996). El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases de Pierre Bourdieu. *Reis: Revista Española de investigaciones sociológicas*, (75), 145-172.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2018). Conferencia Intergubernamental encargada de Aprobar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/CONF.231/3>
- Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía (2019). Derecho a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución en el Sistema Público Andaluz de Salud. Recuperado de: <https://www.apdha.org/derecho-salud-mujeres-prostitucion-sistema-publico-andaluz-salud/>
- Baeza, M. A. (2002). *De las metodologías cualitativas en investigación científico-social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Concepción, Chile: Editorial Universidad de Concepción.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas*. Barcelona, España: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bravo Moreno, A. (2003). Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid. *Migraciones*. (13), 137-183.
- Bravo Moreno, A. (2005). El aborto en la población inmigrante: contextualización. En: *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. X Congreso de Antropología (pp. 99-113). Fundación El Monte.
- Cimas, M., Gullon, P., Aguilera, E., Meyer, S., Freire, J. M., y Perez-Gomez, B. (2016). Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*, 120(4), 384-395. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.005>
- Conserjería de Salud y Bienestar Social (6 de junio de 2013). Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el

reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos. Recuperado de: <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/20131205125641980.pdf>

Conserjería de Justicia e Interior (2014). III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, Horizonte 2016. Recuperado de: <https://ws199.juntadeandalucia.es/IIIplanintegral/files/assets/basic-html/index.html#1>

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, num. 311.1. Madrid, España, 29 de diciembre de 1978. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

De Lucas, J. (2018). Algunos elementos básicos de la “Cultura de los derechos”. ¿Por qué los Derechos Humanos? *Studia Historica. Historia Contemporánea*, 36, pp. 25-34.

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217 A (III), art.25. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Delgado del Rincón, L. E. (2018). El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes en situación administrativa irregular: reflexiones críticas sobre la reciente jurisprudencia constitucional acerca de las restricciones introducidas por el Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 38 (112), 287-314.

Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional (2017). Localizar los objetivos de desarrollo sostenible. Gobiernos y actores locales y provinciales en la implementación de la Agenda 2030. Recuperado de: <http://www.andaluciasolidaria.org/centro-de-recursos/descargas-de-documentos/documentos-y-publicaciones/libros-en-pdf/articulos-incluidos-en-la-publicacion-localizar-los-ods>

Fernández, M., Valbuena, C. y Caro, R. (2016). Evolución del Racismo, la xenofobia y otras formas de intolerancia en España. Informe-encuesta 2016. Recuperado de: http://www.mitramiss.gob.es/oberaxe/es/publicaciones/documentos/documento_0110.htm

Gallardo Ponce, I. (21 de enero de 2019). La OMS insta a Europa a mejorar la asistencia de la salud de inmigrantes y refugiados. *Diario Médico*. Recuperado de: <https://www.diariomedico.com/salud/la-oms-insta-a-europa-a-mejorar-la-asistencia-de-la-salud-de-inmigrantes-y-refugiados.html>

- García, A. M., López-Jacob, M. J., Agudelo-Suárez, A. A., Ruiz-Frutos, C., Ahonen, E. Q., Porthé, V. y Proyecto ITSAL (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 91-97.
- García González, S. (2018). El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España. En: Rodríguez Delgado, Janet: Vulnerabilidad, justicia y salud global. *Ilemata Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (26), 179-187.
- Gea-Sánchez, M., Terés-Vidal, L., Briones-Vozmediano, E., Molina, F., Gastaldo, D., & Otero-García, L. (2016). Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. *Gaceta sanitaria*, 30(3), 178-183.
- Gea-Sánchez, M., Alconada-Romero, Á., Briones-Vozmediano, E., Pastells, R., Gastaldo, D. y Molina, F. (2017). Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to and Utilization of Health and Social Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 194-204.
- Giroux, S. y Tremblay, G. (2004). *Metodología de las ciencias humanas. La investigación en acción*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Luque, A., Breña Díaz, L., Sanz Martos, S., Bermejo Sánchez, L., Serradilla Fernández, A. y Clavijo Chamorro, M. Z. (2019). Enfermedades importadas en España: dificultades en la atención sanitaria. *Enfermería Global*, 18(53), 582-607.
- Guijarro, I. S. (2013). Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*, 3(2), 127-158.
- Gutiérrez, A. (2014). A modo de introducción. Los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu. En: Bourdieu, P. *El sentido social del gusto* (pp. 9-18) Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de investigación*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística (2019a). Principales series de población desde 1998. Población extranjera por nacionalidad, provincias, sexo y año. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03005.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2019b). Banco de series temporales. Saldo de migración con el extranjero. Recuperado de: <http://www.ine.es/consul/serie.do?s=EM798349>

- Instituto Nacional de Estadística (2019c). Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2019. Recuperado de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis>
- Jansà, J. M. y García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207-213.
- Junta de Andalucía (s.f.). Tarjeta sanitaria. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/servicios/tarjeta.html>
- Lema Tomé, M. (2014). La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. *EUNOMÍA. Revista en Cultura de la Legalidad*, 95-115.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, num.102. Madrid, España, 29 de abril de 1986. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, num. 128. Madrid, España, 29 de mayo de 2003. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- López-Fernández, L. A., Martínez Millán, J. I., Fernández Ajuria, A., Cerdà, M., Carles, J., Suess, A., Danet Danet y Prieto Rodríguez, M. Á. (2012). ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*, 26 (4), 298-300.
- Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 687-701.
- Martín, E., Martínez, M.F. y Martínez, J. (2014). Materiales didácticos. Introducción a la interculturalidad y las migraciones. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Introduccion_interculturalidadymigraciones_US.pdf.
- Martínez Lirola, M. (2008). Presentación. En: Inmigración, discurso y medios de comunicación. Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert, *Colección Colectiva*, 3, 9-12.

- Montesinos Padilla, C. El aval constitucional de la expulsión de los "sin papeles" de la Sanidad Pública (o de la STC 139/2016, de 21 de julio). *Revista Jurídica de la Universidad de León*, 3, 71-81.
- Mora Castro, A. (2005). La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación sociosanitaria e intervención psico-social. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, (12), 1-12.
- Morero Beltrán, A., y Ballesteros Pena, A. (2015). Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas. *Investigaciones feministas*, (5), p. 317-341.
http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2014.v5.47768
- Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (2018). Percepciones y actitudes ante la migración en Europa, España y Andalucía, 2016-2017. Una perspectiva comparada. Tema OPAM N° 17. Recuperado de:
http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/sites/default/files/DOC/TEMA%20OPAM%202017_final.pdf
- Observatorio Permanente Andaluz de las Migraciones (2019). Padrón de habitantes. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/justiciaeinterior/opam/es/node/90>
- Organización de las Naciones Unidas (s.f.). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Recuperado de:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización de las Naciones Unidas (2016). Salud y bienestar: por qué es importante. Recuperado de:
https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2019). Migración. Recuperado de:
<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/>
- Organización Internacional para las Migraciones (2019a). Quién es un migrante. Recuperado de:
<https://www.iom.int/es/quien-es-un-migrante>
- Organización Internacional para las Migraciones (2019b). Glossary on Migration. Recuperado de:
https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without Refugee and migrant health. Recuperado

- de: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Promoción de la salud de refugiados y migrantes. Proyecto de acción mundial 2019-2023. A72/25 Rev.1. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25Rev1-sp.pdf
- Pérez-Molina, J. A., Pulido, F., y Comité de expertos del Grupo para el Estudio del Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) (2015). ¿Cómo está afectando la aplicación del nuevo marco legal sanitario a la asistencia de los inmigrantes infectados por el VIH en situación irregular en España? *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 33(7), 437-445.
- Ramajo, J. (18 de junio de 2019). La Junta de Andalucía revisa su plan de políticas migratorias y anuncia una visión 'más práctica'. *Eldiario.es*. Recuperado de: https://www.eldiario.es/andalucia/Junta-Andalucia-prepara-politicas-migratorias_0_909909225.html
- Ramos, N. C., & Esquivel, C. F. (2016). Mujeres subsaharianas posibles víctimas de trata. Derecho a la salud en tránsito. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (70), 155-169.
- 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. Boletín Oficial del Estado, num. 98. Madrid, España, 24 de abril de 2012. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>
- Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, num. 183. Madrid, España, 30 de julio de 2018. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>
- Red Acoge (2015). Los efectos de la Exclusión Sanitaria en las Personas Inmigrantes más Vulnerables. Recuperado de: https://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jur%C3%ADdico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf
- Río Benito, M., Álvarez Girón, M., García Gil, C., y Solano Parés, A. (2003). Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Reis*, 104, 123-144.

- Rodríguez Portilla, N. E y Martínez Rojo, C. (2011). Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*, 23, 359-371.
- Ruiz, A. (2017). El poder local como agente clave en la consecución de los ODS. En: FAMSI. *Localizar los objetivos de desarrollo sostenible. Gobiernos y actores locales y provinciales en la implementación de la Agenda 2030*. Recuperado de: <http://www.andaluciasolidaria.org/centro-de-recursos/descargas-de-documentos/documentos-y-publicaciones/libros-en-pdf/articulos-incluidos-en-la-publicacion-localizar-los-ods>
- Ruiz-Azarola, A., Carretero, M. E., López-Fernández, L. A., García, E. G., Cerdà, J. C. M. y Jaramillo, D. L. (2018). La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>
- Ruiz Azarola, A. (2018). *Acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en Andalucía* (tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
- Solanes Corella, Á. (2014). La salud como derecho en España: reformas en un contexto de crisis económica. *Derechos y libertades*, 31 (2), 121-161.
- Valles, M.S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Síntesis
- Van Dijk, T.A. (2008). Escribir y hablar la inmigración. En: *Inmigración, discurso y medios de comunicación*. Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert, Colección Colectiva 3, 13-14.
- Vives-Cases, C., Alvarez-Dardet, C., Torrubiano-Dominguez, J., y Gil-González, D. (2008). Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 232-235.
- Yo Sí Sanidad Universal (9 de julio de 2019). Valoración de las recomendaciones enviadas a las Comunidades Autónomas para la implementación del RDL 7/2018. Recuperado de: <https://yosisanidaduniversal.net/noticias/valoracion-de-las-recomendaciones-del-rdl-7-2018>

9. Anexos

9.1. Anexo 1

Percepciones y actitudes de la ciudadanía española ante el acceso de las personas inmigrantes a la sanidad pública

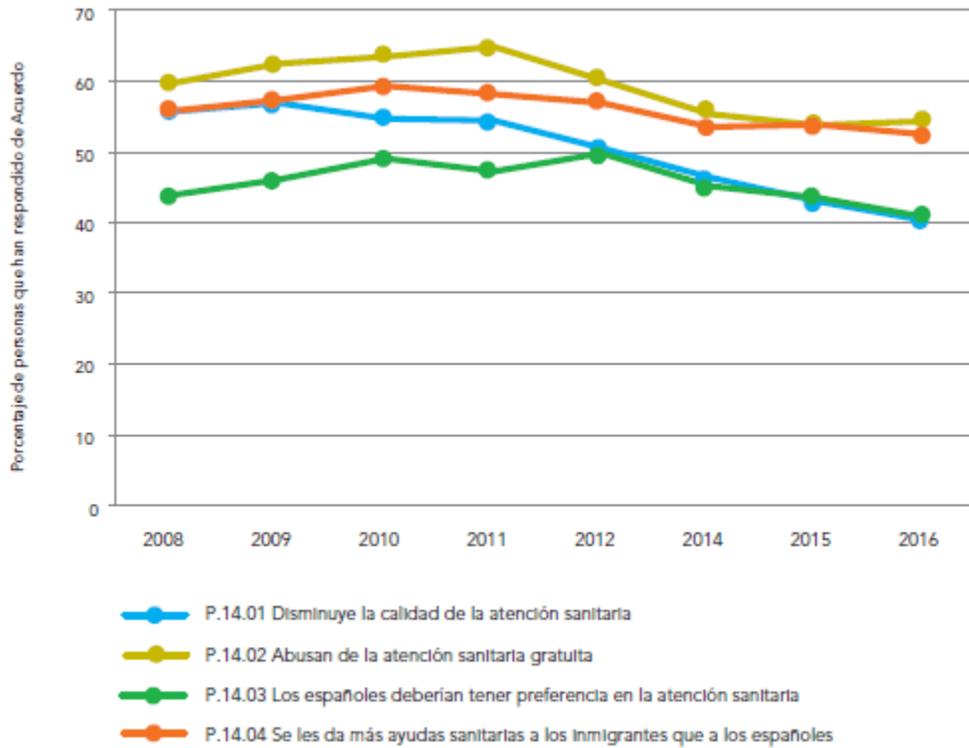


Figura 5. Percepciones y actitudes ante el acceso de las personas inmigrantes a la sanidad pública. Fuente: Fernández, Valbuena y Caro (2016).

9.2. Anexo 2

Número de población extranjera de sexo femenino en España desde 1998 a 2018

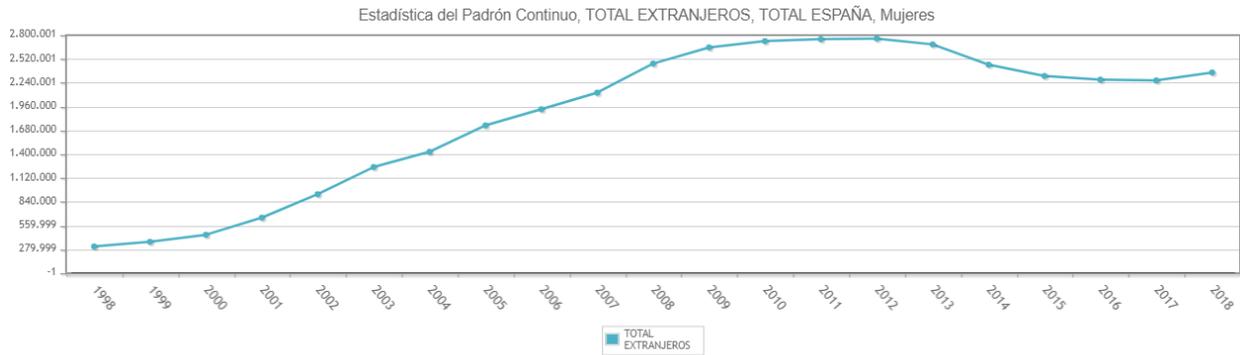


Figura 6. Número de población extranjera de sexo femenino en España desde 1998 a 2018. Fuente: INE (2019a)

Número de población extranjera de sexo masculino en España desde 1998 a 2018

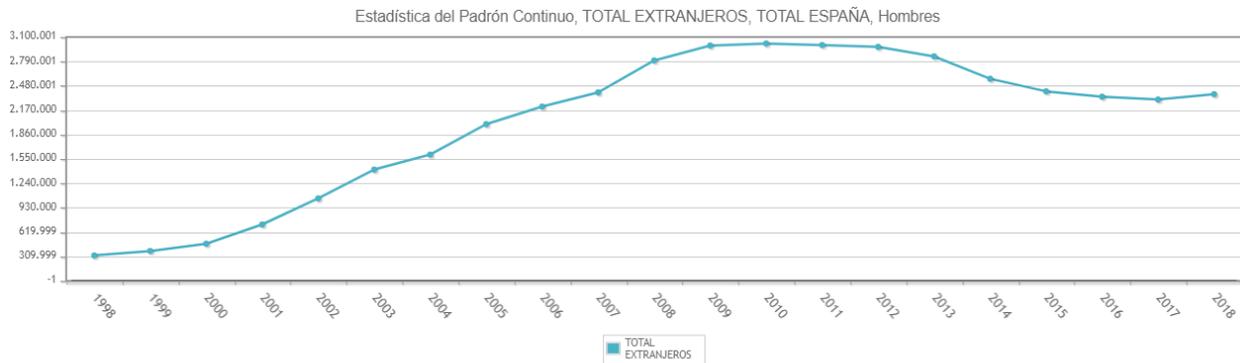


Figura 7. Número de población extranjera de sexo masculino en España desde 1998 a 2018. Fuente: INE (2019a)

9.3. Anexo 3

Formulario de solicitud de tarjeta sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO
Y SELLO DEL CENTRO

___/___/___

SOLICITUD DE TARJETA / ALTA / MODIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIO EN BDU

Motivo de la solicitud (Marcar con una X la opción adecuada)

A. Cambio de Médico (Sólo residentes) o Modificación de datos

B. Elección/Anulación de Médico por Desplazamiento Interno (Sólo residentes)

C. Alta Temporal (Desplazados externos: de otras Comunidades Autónomas, inmigrantes y extranjeros)

D. Solicitud de tarjeta (Sólo residentes). CAUSA:

Primera vez No recibida Pérdida o robo Error de datos impresos Deterioro

(Adjuntar DNI/Libro de Familia y copia del documento de afiliación a la Seguridad Social del Titular)

Supone ALTA en BDU: SI NO (A cumplimentar por el centro)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos: _____	Nombre: _____
N.º Tarjeta Sanitaria de Andalucía: _____	NAF Titular (1): _____
Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: _____
Documento de identificación (2): <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NIE	Número: _____
Comunidad Autónoma de nacimiento: _____	
País de nacimiento: _____	

Mutualidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> ISFAS
Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora: _____
Convenio Internacional: <input type="checkbox"/> Tarjeta Europea <input type="checkbox"/> Número: _____

Domicilio habitual (3): _____
Código Postal: _____ Provincia: _____ País: _____
Municipio: _____
Localidad: _____
Teléfonos: _____
Correo electrónico: _____

Domicilio provisional (4): _____
Código Postal: _____ Provincia: _____
Municipio: _____
Localidad: _____
Teléfonos: _____
Tiempo previsto de desplazamiento: _____ meses (Entre 1 y 12)

<p>DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO</p> <p>Clave: _____ (A cumplimentar por el centro sanitario)</p> <p>Médico: _____</p> <p>Centro: _____</p>	<p>Firma del solicitante:</p>
--	---

(1): Número de Afiliación a la Seguridad Social del titular
(2): Indicar tipo de documento y el número del mismo. El DNI es obligatorio para españoles mayores de 14 años
(3): Debe ser un domicilio andaluz excepto en los Desplazados Externos (C: Solicitudes de Alta Temporal)
(4): Debe ser un domicilio de Andalucía. Cumplimentar sólo en las solicitudes por motivos B y C

D 60527

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD/COPIA PARA EL INTERESADO

Mod. 18008 UNE-14

Formulario de Declaración Jurada de que no procede la exportación del derecho a la asistencia sanitaria desde el país de procedencia



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

ANEXO III

DECLARACIÓN JURADA DE QUE NO PROCEDE LA EXPORTACIÓN DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE EL PAÍS DE PROCEDENCIA

Primer apellido.....Segundo apellido.....
Nombre.....
Sexo.....Fecha Nacimiento.....
Tipo Doc. Identificativo.....Número.....
País de Nacimiento.....
Nacionalidad.....
Domicilio actual.....
Localidad.....C. Postal.....Provincia.....
País.....Teléfono de contacto.....

El abajo firmante declara, bajo su responsabilidad, que:

No procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria desde mi país de origen o procedencia.

En.....a.....de.....de 20

Firmado: D. / Dña.....

Formulario de Declaración Jurada de no contar con recursos económicos



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

ANEXO IV

DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER RECURSOS

Primer apellido.....Segundo apellido.....

Nombre.....

Sexo.....Fecha Nacimiento.....

Tipo Doc. Identificativo.....Número.....

País de Nacimiento.....

Nacionalidad.....

Domicilio actual.....

Localidad.....C. Postal.....Provincia.....

País.....Teléfono de contacto.....

Rentas Anuales / Nº Miembros Unidad Familiar

EUROS/

Deberán consignarse en este apartado todos los ingresos y rentas de cualquier naturaleza que posean los miembros de la unidad familiar de la que forma parte el solicitante, especificando el nº de miembros que la componen.

El abajo firmante declara, bajo su responsabilidad que:

La totalidad de los ingresos percibidos por la unidad familiar asciende a la cantidad arriba indicada.

En.....a.....de.....de 20

Firmado: D. / Dña.....

9.4. Anexo 4

Tarta de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria

TARJETA DE RECONOCIMIENTO TEMPORAL DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA	
NUHSA:	firma y sello del centro
PASAPORTE:	
VALIDO DESDE 09/05/2019 HASTA 09/05/2020	
JUNTA DE ANDALUCIA - CONSEJERIA DE SALUD	

9.5. Anexo 5

Constancia de solicitud de asistencia sanitaria



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

ASISTENCIA SANITARIA

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.
Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es



DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo	Estado Civil	DNI - NIE - Pasaporte	
Núm. de la Seguridad Social		Nacionalidad			
Domicilio habitual (calle, plaza ...)		Número	Bloque	Escalera	Piso
Código postal	Localidad				
Provincia	País				
Teléfono móvil	Teléfono fijo	Correo electrónico			

Solicita la asistencia sanitaria (marque las casillas por los que desea solicitar la prestación):

Persona asegurada.

Persona asegurada residente en España:

- Tiene cobertura obligatoria de esta prestación por otra vía (Régimen especial de funcionarios o a través de otro país):
SÍ NO
- Reside en territorio español:
SÍ NO
- Su cónyuge o pareja de hecho está asegurado/a:
SÍ NO

Nota: El reconocimiento de esta prestación como asegurado por esta modalidad es incompatible con la condición de beneficiario de otra persona asegurada (cónyuge/pareja de hecho, progenitor/a para hijos mayores de edad y menores de 26 años...). *En este supuesto debe solicitarse como beneficiario.*

Menor de edad sujeto a tutela administrativa.