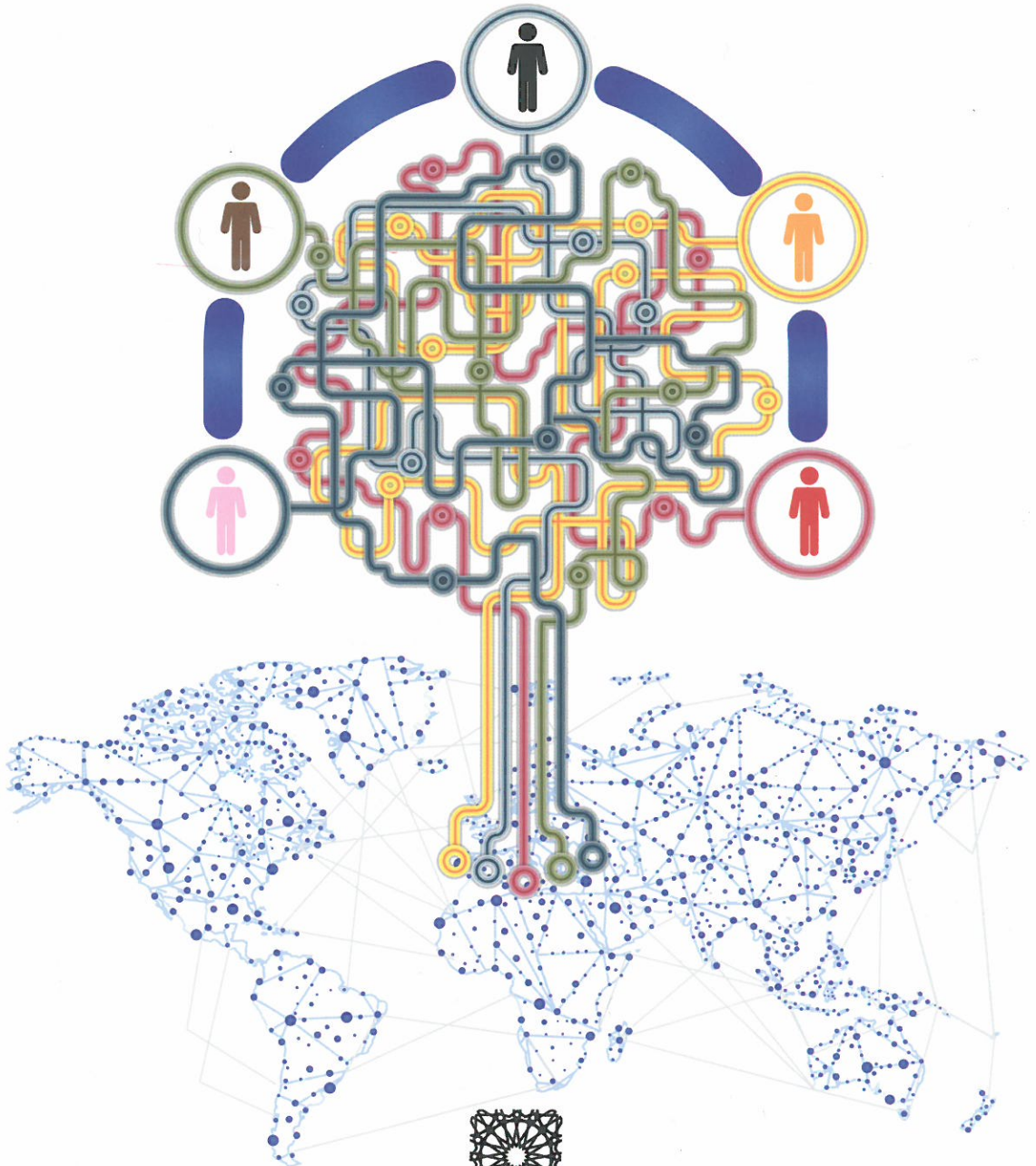


# MIGRACIONES Y TERCER SECTOR EN TIEMPOS DE CRISIS: NUEVOS RETOS DE INTERVENCIÓN, PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN.

Mourad Aboussi y Belén Morata-García de la Puerta  
(Coords.)



COMARES  
editorial

La presente publicación es fruto  
de un proyecto de investigación  
financiado por:

Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias  
Consejería de Justicia e Interior  
Junta de Andalucía



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
**CONSEJERÍA DE JUSTICIA E INTERIOR**

ISBN 978-84-9045-220-2



9 788490 452202

---

MOURAD ABOUSSI  
BELÉN MORATA-GARCÍA DE LA PUERTA  
(Coords.)

MIGRACIONES Y TERCER SECTOR  
EN TIEMPOS DE CRISIS:  
NUEVOS RETOS DE INTERVENCIÓN,  
PARTICIPACIÓN E INCLUSIÓN

GRANADA, 2014

---

**BIBLIOTECA COMARES DE CIENCIA JURÍDICA**

*Directora de publicaciones:*

ANA DEL ARCO BLANCO

© Los Autores

Editorial Comares, S.L.

Polígono Juncaril • C/ Baza, parcela 208

18220 - Albolote (Granada)

Tel.: 958 465 382

E – mail: [libreriacomares@comares.com](mailto:libreriacomares@comares.com)

<http://www.editorialcomares.com>

<http://www.comares.com>

ISBN: 978-84-9045-220-2 • Depósito legal: GR. 2.006/2014

Fotocomposición, impresión y encuadernación: COMARES

---

# SUMARIO

## PRÓLOGO

### MIGRACIONES Y TERCER SECTOR: APUNTES PARA EL DEBATE

*Mourad Aboussi y Belén Morata-García de la Puerta*

## PRIMERA PARTE

### INTEGRACIÓN, CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN

- LOS MODELOS DE INTEGRACIÓN DEL INMIGRADO EN PERSPECTIVA CRÍTICA. . . . . 1  
*Juan Carlos Cbeca Olmos y Ángeles Arjona Garrido*
- RETOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES EN MATERIA DE INMIGRACIÓN: AVANZANDO EN LAS POLÍTICAS DE PERTENENCIA. . . . . 15  
*Auxiliadora González Portillo y Guadalupe Cordero Martín*
- PARTICIPACIÓN CIUDADANA: OPORTUNIDADES PARA LOS GRUPOS SOCIALES Y OBSTÁCULOS A SUPERAR . . . . . 25  
*Antonia González Salcedo*

## SEGUNDA PARTE

### ASOCIACIONISMO INMIGRANTE

- FORMAS ASOCIATIVAS DE LOS INMIGRANTES MEXICANOS EN ESTADOS UNIDOS: BALANCE Y PERSPECTIVAS . . . . . 39  
*Luis Escala Rabadán*
- ASOCIACIONES DE INMIGRANTES Y DESARROLLO. ACTUANDO AQUÍ Y ALLÍ. . . . . 49  
*Joan Lacomba Vázquez, Isabel Royo Ruiz y Massimo Alessandra*
- TRABAJO EN RED DE LAS ASOCIACIONES DE INMIGRANTES Y SUS RELACIONES CON EL TEJIDO SOCIAL E INSTITUCIONAL EN ANDALUCÍA . . . . . 65  
*Belén Morata-García de la Puerta, Mourad Aboussi y Enrique Raya Lozano.*

TERCERA PARTE  
VIEJOS Y NUEVOS RETOS EN MATERIA MIGRATORIA

POBLACIÓN MIGRANTE Y DERECHOS SOCIALES. UNA VISIÓN PANORÁMICA . . . . .	79
<i>M.ª Teresa Díaz Aznarte</i>	
EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES EN ESPAÑA Y EN ANDALUCÍA. . . . .	91
<i>María Teresa Gijón Sánchez</i>	
INTERVENCIÓN SOCIAL CON NIGERIANAS TRATADAS: LA TRATA DE SERES HUMANOS COMO VULNERACIÓN DE DERECHOS Y ESTRATEGIA MIGRATORIA . . . . .	103
<i>María J. García de Diego</i>	
EL CONCEPTO DE CODESARROLLO Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS INMIGRANTES EN EL TERCER SECTOR ESPAÑOL . . . . .	115
<i>Mourad Aboussi</i>	

---

# EL DERECHO A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES EN ESPAÑA Y EN ANDALUCÍA

MARÍA TERESA GIJÓN SÁNCHEZ\*

## 1. ANTECEDENTES INSPIRADORES DEL DERECHO A LA SALUD ANTE LA INMIGRACIÓN<sup>1</sup>

El incremento de la inmigración internacional a partir de los años noventa del siglo XX, aviva un novedoso debate político-institucional acerca de los derechos sociales de las poblaciones inmigrantes<sup>2</sup> que llegan a Europa y a España desde cualquier otro contexto geopolítico.

Entre ellos, cobra relevancia el relativo a las condiciones de acceso y de utilización de los servicios sanitarios que se establecen en torno a la prestación del derecho a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes sin discriminación por ninguna causa. Es conocido que entre los principales motivos de discriminación destacan la etnia, el género y la clase social así como específicamente el lugar de naci-

\* Profesora del Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Málaga y miembro del grupo de investigación Laboratorio de Estudios Interculturales (SEJ 123) de la Universidad de Granada (mtgijon@uma.es).

<sup>1</sup> El presente texto está basado en los presupuestos teóricos y empíricos producidos en la tesis doctoral de Gijón, 2014.

<sup>2</sup> En este capítulo el uso del término poblaciones inmigrantes se introduce de manera crítica. Las poblaciones inmigrantes en sentido demográfico son aquellas que han sido protagonistas de un movimiento poblacional hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo, independientemente de sus motivos o causas. Sin embargo, en sentido social este término suele aplicarse erróneamente para referirse de manera homogénea a la diversidad de personas y grupos socioculturales que por voluntad propia deciden migrar a otros países, fundamentalmente por razones socioeconómicas y políticas. A tenor de estas premisas, en este texto se emplea el concepto poblaciones inmigrantes en plural, en un sentido sociológico crítico y en oposición al término poblaciones autóctonas, para hacer referencia y visibilizar las distintas realidades socioculturales que se construyen históricamente en torno a la condición de inmigrante.

miento y el proceso migratorio en el caso de las poblaciones inmigrantes (Malmusi et al., 2010) entre otros ejes de desigualdad social marcadamente estructurales y estrechamente relacionados con los cambios sociales globales. El debate se plantea a pesar de que son numerosos los tratados y los convenios internacionales que ratifican formalmente el carácter universal de este derecho, tal y como se conceptualiza en el mundo occidental.

Por una parte, a este respecto la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas<sup>3</sup> en 1948 recoge la relevancia que adquiere el reconocimiento del derecho a la protección de la salud para todos los grupos humanos sin distinción, al tiempo que insta a promoverlo, tal y como señala en su art. 25:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define universalmente la salud como «*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*» (OMS, 1946: 2), así lo recoge en el primer principio de su carta fundacional durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en 1946<sup>4</sup>. Igualmente, entre los valores y principios que menciona ideológicamente, refiere que «*el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*» (OMS, 1946: 2).

A pesar de estos antecedentes, como señalan Davies et al. (2009) las poblaciones inmigrantes son propensas a experimentar desafíos de atención sanitaria específicos, que fundamentalmente se relacionan con factores propios del propio proceso migratorio, las razones para migrar, el modo de viajar, la duración de la estancia,

<sup>3</sup> Entre ellos cabe citar el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales en 1950 (art. 2), el Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica en 1953, la Carta Social Europea en 1961 (arts. 11 y 13), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966 (art. 12) y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea aprobada en diciembre del año 2000 en Niza y reconocida con carácter vinculante en el Tratado de Lisboa que entra en vigor el 1 de diciembre de 2009 (art. 35).

<sup>4</sup> Esta conferencia se celebra en Nueva York del 19 al 22 de julio de 1946, sin embargo la entrada en vigor de la constitución de la OMS no tiene lugar hasta el 7 de abril de 1948.



las habilidades lingüísticas y el estatus social y legal en los lugares de destino. De este modo, experimentan obstáculos para acceder a los servicios sanitarios y a los servicios sociales, especialmente quienes se encuentran en situación de indocumentación, al tiempo que encuentran grandes dificultades de acceso legal y real a una apropiada información sanitaria y barreras lingüísticas y culturales en el acceso a los servicios sanitarios.

Por todo ello, recientemente, la adopción de estrategias y reformas para mejorar el acceso y la utilización de los servicios sanitarios por las poblaciones inmigrantes es una preocupación compartida por los países del entorno europeo. Este interés está mediado por la influencia que ejerce el proceso de integración nacional en la Unión Europea (UE) y los efectos que conlleva el proceso de globalización en el mundo. Así, todos están introduciendo cambios en la organización y funcionamiento de sus sistemas sanitarios con el fin de facilitar la asistencia a las poblaciones inmigrantes. Si bien, es notorio que existen diferencias entre ellos y que éstas, a su vez, se suman a los propios ajustes y desajustes internos de cada país. Entre ellas destacan los diferentes antecedentes históricos, sistemas sociales y económicos, formas autónomas e ideológicas de gestionar las políticas de bienestar, así como la gran variedad de creencias y actitudes sobre el bienestar y la salud que existen entre las poblaciones de los distintos Estados miembros. Todos estos aspectos suscitan la necesidad de promover que la inmigración se posicione como un tema prioritario en la agenda política europea y nacional en materia de atención sanitaria<sup>5</sup>.

En el caso de España el análisis de la regulación de la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes arranca de la promulgación de la Constitución Española en 1978 y de su posterior proceso de integración en la UE en 1986. El reconoci-

<sup>5</sup> Cabe señalar que esta preocupación se refleja en la Presidencia portuguesa de la UE, en el segundo semestre del año 2007, durante la que se lleva a cabo la celebración de la conferencia «Health and Migration in the EU. Better Health for All in an Inclusive Society» en septiembre de 2007 en Lisboa. Asimismo, unos años después esta preocupación se expresa en la consulta europea «Better Health for All» que tiene lugar en septiembre de 2009 en Lisboa. Esta consulta se centró en cuatro temas transversales de atención: 1) investigación en inmigración y salud, 2) desarrollo de una fuerza laboral de salud pública adaptada a las necesidades de salud de una sociedad culturalmente diversa, 3) inmigración y derecho a la salud, y 4) población inmigrante indocumentada. Asimismo, se trataron tres temas prioritarios de atención en relación a las poblaciones inmigrantes en situación de especial vulnerabilidad: 1) salud mental, 2) salud materno-infantil, y 3) salud en adolescentes inmigrantes. De la misma manera, esta inquietud se refleja en la Presidencia Española de la UE, en el primer semestre de 2010, durante la que se realiza la celebración de la consulta global «Health of Migrants. The Way Forward» en marzo de 2010 en Madrid. Uno de los temas prioritarios tratados en la consulta se refiere a las políticas y a los marcos legales, de forma que se señala la necesidad de adoptar normas internacionales sobre la protección de las poblaciones inmigrantes, así como respetar el derecho a la salud en la legislación y la práctica nacional, implementar políticas nacionales de salud que promuevan el acceso igualitario a los servicios de salud, y ampliar la protección social en materia de salud y mejorar la seguridad social de todas las poblaciones inmigrantes.

miento de este derecho se recoge de forma generalizada, para todas las poblaciones sin distinción, en el art. 43 de la Constitución.

De esta forma, el derecho a la protección de la salud está integrado entre los principios rectores de la política social y económica y no entre los llamados derechos fundamentales y libertades públicas. Este hecho, como señala Jiménez de Parga (2004) da lugar a distintas interpretaciones respecto a su valor jurídico y a su encuadre entre los distintos niveles de protección contemplados para los derechos constitucionales<sup>6</sup>. Sin embargo, tal y como indica el autor su estrecha vinculación a otros derechos como, por ejemplo, el derecho a la dignidad (art. 10) y el derecho a la vida y a la integridad física (art. 15) «*eleva la protección de la salud a la categoría de fin de Estado, a conseguir en cumplimiento de la Constitución*» (Jiménez de Parga, 2004: 12).

Bajo estas premisas se promueve que los poderes públicos legislen y organicen el establecimiento del sistema sanitario con carácter de derecho social y de acceso universal. Con este fin se promulga la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. La ley en su art. 1.2 establece que «*son titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional*». De este modo, señala que solo serán titulares de derecho las poblaciones inmigrantes que estén circunscritas a la condición de «*ciudadanas extranjeras*» y que «*residan*» en territorio nacional<sup>7</sup>.

El análisis del contexto político-institucional desde el que se organiza el derecho a la atención sanitaria ante la inmigración, pone de relieve cómo se construyen sociocultural e históricamente diferencias jurídico-normativas y socioculturales en torno a las prácticas de acceso y utilización de servicios sanitarios entre poblaciones inmigrantes y autóctonas. Estas prácticas las experimentan las poblaciones inmigrantes que llegan a España y Andalucía a través de los diferentes itinerarios terapéuticos que pueden seguir para mejorar, mantener o recuperar su salud en el transcurso de su relación cotidiana con las distintas organizaciones sanitarias.

<sup>6</sup> La Constitución Española distingue tres niveles de protección en los derechos constitucionales: «con el nivel más amplio (...) encontramos los derechos reconocidos entre los arts. 14 al 29 de la Constitución más la objeción de conciencia reconocida en el art. 30. Con un nivel medio, los derechos reconocidos en el resto del Capítulo II (arts. 31 a 38) (...). Con el nivel mínimo de protección encontramos los que la Constitución ni siquiera titula derechos: los llamados principios rectores de la política social y económica (arts. 39 a 52), entre los que se encuentra el precepto dedicado a la protección de la salud» (Jiménez de Parga, 2004: 10).

<sup>7</sup> La primera norma con rango de ley dedicada a regular los derechos y deberes de las poblaciones extranjeras en España se había aprobado un año antes a través de la Ley Orgánica 7/1985 de 1 de julio. En ella se establece que «*solo se consideran extranjeros residentes las personas amparadas por un permiso de residencia*». La residencia, autorizada por el Ministerio del Interior, estaría condicionada a la posesión de pasaporte o documento válido en vigor, a la inexistencia de antecedentes penales y a disponer de medios de vida suficientes (art. 13).

## 2. CAMBIOS SOCIALES Y EL DERECHO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES EN ESPAÑA

La institucionalización del derecho a la protección de la salud se desarrolla en el marco de un contexto de progreso científico y tecnológico biomédico que, a su vez, es paralelo al discurrir de un mundo global sujeto a importantes transformaciones socioculturales, políticas y económicas a las que debe hacer frente. Así sucede, por ejemplo con el fenómeno de la inmigración y los cambios sociales que el ámbito sanitario comienza a asociar al progresivo aumento de poblaciones inmigrantes que llegan a España a finales del siglo XX.

Estos cambios despiertan el interés jurídico-normativo de regular el supuesto impacto que ocasiona la inmigración en distintos ámbitos de protección social, y no solo en el sanitario. Así, al objeto de regular este fenómeno tiene lugar la promulgación de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que recoge un amplio reconocimiento sobre los derechos de las poblaciones inmigrantes.

Sin embargo, ese mismo año, la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre introduce una primera reforma que enfatiza la diferenciación entre las poblaciones inmigrantes que se encuentra en situación jurídico-administrativa regular e irregular ante el reconocimiento de ciertos derechos, además de endurecer las sanciones y las medidas de expulsión. Posteriormente, durante el año 2003 tienen lugar nuevos cambios en la legislación de extranjería. Éstos vienen a través de la Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, así como mediante la Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, por la que particularmente se habilita la polémica medida de permitir el acceso de la policía a los datos contemplados en las inscripciones correspondientes al padrón municipal de habitantes. Posteriormente, la llegada de la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, introduce nuevas modificaciones sobre esta legislación y lo hace en respuesta a los diferentes recursos interpuestos contra la restricción de derechos efectuada en la primera reforma de esta Ley. Finalmente, las medidas de protección reconocidas por la Ley Orgánica 4/2000 a las mujeres víctimas de violencia de género y a las víctimas de trata de seres humanos quedan asimismo ampliadas mediante la promulgación de la Ley Orgánica 10/2011 de 27 de julio.

En este contexto de cambios legislativos específicos en torno a la regulación del fenómeno de la inmigración, cabe señalar que el derecho a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes no sufre modificaciones respecto a su formulación inicial, tal y como queda recogida en el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000:

1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por un lado, este artículo incide en que el empadronamiento o la minoría de edad son los únicos requisitos que deben cumplir las poblaciones inmigrantes para acceder a la atención sanitaria en igualdad de condiciones respecto a las poblaciones autóctonas, sin que sea necesario que tengan regularizada su situación jurídico-administrativa. Por otra parte, destaca que se prestará asistencia sanitaria urgente a aquellas poblaciones inmigrantes que se encuentren en España, estén o no regularizadas jurídico-administrativamente. Por último, matiza que en el caso de las poblaciones de mujeres inmigrantes, éstas también tendrán asistencia sanitaria durante las situaciones de embarazo, parto y postparto.

Se puede afirmar, por tanto, que las condiciones de regularización estipuladas a la hora de establecer el acceso a la atención sanitaria bajo estos supuestos, han permanecido vigentes hasta la promulgación del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Así, la llegada de esta norma conlleva la implantación de un modelo basado en la condición de aseguramiento por parte de la persona titular del derecho a la atención sanitaria.

De esta forma, el derecho a la protección sanitaria pasa a estar vinculado a la situación de aseguramiento en el sistema de seguridad social para todas las poblaciones, sean o no inmigrantes. Este aspecto en relación a las poblaciones inmigrantes, queda reflejado en la modificación que se introduce sobre el art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000 y que se establece del siguiente modo en la disposición final tercera del Real Decreto-Ley 16/2012: «los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria».

El cambio acontecido sobre el derecho a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes remiten así a la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS, cuyo art. 3 queda modificado por el Real Decreto-Ley 16/2012 en los siguientes términos:

- a. Se enfatiza la condición de asegurado o asegurada en el sistema de seguridad social como requisito para acceder a la atención sanitaria (art. 3.1).

- b. En caso de no darse esta circunstancia, se establece la necesidad de demostrar que no se supera el límite de ingresos establecido<sup>8</sup>. Para las poblaciones inmigrantes específicamente se añade la obligatoriedad de estar en posesión de una autorización de residencia, en contraposición al simple hecho de empadronamiento establecido en la normativa anterior (art. 3.3)<sup>9</sup>.
- c. Se establece que las personas familiares de quienes son titulares del derecho que sean reconocidas como beneficiarias de una persona asegurada, tengan residencia autorizada y efectiva en España a efectos de recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos (art. 3.4)<sup>10</sup>.
- d. Se advierte que las poblaciones inmigrantes que no estén registradas ni autorizadas como residentes, es decir que se hallen en situación jurídico-administrativa irregular, tendrán limitado el derecho a la atención sanitaria a aquellos casos denominados «situaciones especiales»: minoría de edad, mujeres embarazadas (incluida la situación de parto y postparto) y casos de enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica (art. 3 ter).

Del mismo modo, la prestación de la atención sanitaria a poblaciones inmigrantes que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias se establece a través del Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto<sup>11</sup>. Esta norma recoge que esta prestación se realizará siempre que se encuentren en alguna de estas dos situaciones concretas: 1) que sean personas solicitantes de protección internacional a las que se les haya autorizado permanecer en el país por este motivo, y 2) que sean víctimas

<sup>8</sup> El límite de ingresos por encima del cual no se podrá optar a la condición de persona asegurada se establece en cien mil euros íntegros, por cualquier concepto, en el cómputo anual según se establece en el art. 2.2.b 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 SNS.

<sup>9</sup> Además de las poblaciones inmigrantes sin permiso de residencia, esta situación también se extiende aquellas poblaciones inmigrantes en situación jurídico-administrativa regular que tengan más de 26 años y que no hayan cotizado nunca y obtuvieran el permiso después de la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012. También afecta a las poblaciones autóctonas que se sitúen por encima de esa edad y que no hayan trabajado.

<sup>10</sup> Conforme al Real Decreto 1192/2012, podrán ser personas familiares beneficiarias de un asegurado/a las siguientes: cónyuge o pareja de hecho (requiere inscripción en el Registro de parejas de hecho); ex cónyuge con derecho a pensión compensatoria por parte de la persona asegurada; descendientes y personas asimiladas (menores sujetos a tutela o acogimiento legal, hermanos y hermanas) que convivan y dependan económicamente de la persona asegurada, y que sean menores de 26 años o tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65% (art. 3). Asimismo, se establece que la persona beneficiaria no podrá contar con unos ingresos anuales que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) en el cómputo anual.

<sup>11</sup> Cabe señalar asimismo que el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto a su vez se modifica mediante la promulgación del Real Decreto 576/2013 de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS.

de trata de seres humanos cuya estancia temporal en el país haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión. En ambos casos, la atención sanitaria queda limitada al tiempo en que «permanezcan en esta situación» (disposiciones adicionales cuarta y quinta respectivamente, del Real Decreto 1192/2012).

Las continuas reformas acontecidas sobre la Ley Orgánica 4/2000 y las diversas modificaciones recogidas en la legislación sanitaria con repercusión en ella, ponen de relieve cómo el contexto político-institucional determina el acceso y la utilización de los servicios sanitarios para las poblaciones inmigrantes en función de las circunstancias socioculturales, políticas y económicas imperantes en cada momento histórico. A este respecto, las restricciones a las que quedan sometidas las condiciones de acceso al derecho a la protección sanitaria desde la promulgación del Real Decreto-Ley 16/2012, están siendo objeto de un amplio rechazo social, jurídico y profesional en la prestación cotidiana de la atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes en los servicios sanitarios.

### 3. RESTRICCIONES JURÍDICAS Y EL DERECHO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES EN ANDALUCÍA

Las críticas que generan las diferentes reformas legislativas estatales en torno a las restricciones que se acometen en el derecho a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes, suscita que la prestación de la atención sanitaria pase a depender en buena medida de la postura adoptada por las comunidades autónomas donde residan estas poblaciones. Es decir, queda sujeta a la intención que éstas tengan de continuar o no ofreciendo una atención universal a las poblaciones inmigrantes en sus respectivos territorios.

En el caso andaluz<sup>12</sup>, la Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía hace extensiva a las poblaciones inmigrantes la titularidad del derecho a la protección de la salud, si bien lo restringe a aquellas poblaciones «extranjeras» que sean «residentes» en Andalucía o en España, al tiempo que especifica que la atención de urgencia se prestará «a todas las personas» (art. 3). También, describe principios de actuación que resultan orientativos respecto a la prestación de la atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes. En relación a este aspecto, en su preámbulo, se concibe al Sistema Sanitario Público de Andalucía como el garante del derecho universal y equitativo de protección a la salud de las poblaciones «*sin que nadie pueda verse*

<sup>12</sup> Recordemos que la sanidad es una de las primeras materias de protección social transferidas a Andalucía, que tiene lugar de acuerdo a la previsión constitucional que contempla el proceso de descentralización del Estado hacia las comunidades autónomas. Así se establece en la Ley Orgánica 6/1981 de 30 de diciembre por la que se constituye su Estatuto de Autonomía, en el Real Decreto 1118/1981 de 24 de abril sobre traspaso de competencias, funciones y servicios de la Junta de Andalucía en materia de sanidad y en la Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo de reforma de su Estatuto de Autonomía.

*discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia».*

De este modo, desde marzo de 1999, se han adoptado medidas orientadas a garantizar de forma universal el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes. La primera de ellas consistió en la firma de un «Convenio de colaboración en materia de salud pública para inmigrantes» y que en aquel momento fue suscrito entre la Consejería de Salud y la Fundación Progreso y Salud con distintas organizaciones no gubernamentales y sindicatos. Uno de los principales propósitos de este convenio consistía en ofrecer atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes en situación jurídico-administrativa irregular, subrayando también como prioritaria la necesidad de incrementar la participación de las poblaciones inmigrantes en los programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, así como la de incorporar las perspectivas de sus grupos culturales a las actuaciones y revisiones de los distintos programas de salud (Martín, 2006; Ortega e Izquierdo, 2007; Girela, 2012). En esta línea, entre otros objetivos específicos del convenio, destacan los siguientes:

- a. incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil,
- b. adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo,
- c. atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución, y
- d. reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas mediante medidas adaptadas a los patrones de consumo y las características culturales y lingüísticas de esta población (Ortega e Izquierdo, 2007: 51).

Entre los compromisos asumidos por las entidades asociativas firmantes del convenio resaltaba la de facilitar la comprensión y comunicación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones inmigrantes mediante la traducción, y contribuir a formar a mediadores en el campo sanitario atendiendo a principios basados en la interculturalidad (Ortega e Izquierdo, 2007). Con ello se pretendían disminuir las barreras lingüísticas que dificultaban la accesibilidad a los servicios de salud mediante la medida del «acompañamiento», facilitada por personal voluntario previa solicitud de los centros sanitarios (Martín, 2006). De esta forma, a partir de esta iniciativa *«la actividad de los mediadores y mediadoras interculturales en el campo de la salud comienza a reconocerse oficialmente»* (Muriel, et al. 2007: 386).

Asimismo, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en el año 1999 incluye el «documento de acreditación temporal del derecho a la asistencia sanitaria» entre aquellos instrumentos que legitiman el derecho a la misma (Orden de 9 de junio de 1999, art. 1.1). Esta acreditación se renombra como documento de «reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria» por la Orden de 27 de febrero de 2002 de la Consejería de Salud. El documento pasa así a tener una

vigencia anual de carácter renovable, y para obtenerlo se establece la necesidad de solicitarlo a los distritos de atención primaria por parte de las personas interesadas desde los propios centros de salud. A través de su expedición se trata de generalizar el acceso a los servicios sanitarios de las poblaciones inmigrantes en el nivel de atención primaria y de atención especializada en Andalucía.

En este contexto de leyes y actuaciones, la importancia del mencionado convenio deriva de haber sido el punto de partida hacia una atención sanitaria sin restricción para las poblaciones inmigrantes, así como una referencia para otros planes y programas puestos en marcha con posterioridad en Andalucía. Entre ellos destacan los planes de integración para la inmigración en Andalucía, mediante los que se contemplan medidas socio-sanitarias orientadas a promover el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes. Asimismo, fomentan la formación de profesionales del ámbito de la salud desde una perspectiva multicultural, la eliminación de barreras lingüísticas mediante la figura del personal profesional intérprete o mediador intercultural y, en definitiva, promueven que la prestación de la atención sanitaria se realice desde una óptica de diversidad cultural.

En suma, Andalucía es una de las pocas comunidades autónomas que ha anunciado su intención de seguir prestando atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes en las mismas circunstancias bajo las que lo venía haciendo. Sin embargo, el análisis de la realidad político-institucional informa acerca de que no todas las personas inmigrantes acceden y utilizan los servicios sanitarios en igualdad de condiciones. Este puede ser el caso específico de las poblaciones inmigrantes que se encuentran en situación jurídico-administrativa irregular en territorio andaluz, y que pueden no acudir a los servicios sanitarios por miedo o desconocimiento entre otras situaciones. Todo ello puede suscitar que la atención sanitaria a poblaciones inmigrantes genere, además de discriminaciones socioculturales, desigualdades sanitarias que son importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992) y que es necesario corregir en pro de la equidad a través de intervenciones y políticas sanitarias universales, públicas y de calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- DAVIES, ANITA A.; BASTEN, ANNA & FRATTINI, CHIARA (2009). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Recuperado el 10/09/2014 de: <http://www.migrant-health-europe.org>
- GIJÓN SÁNCHEZ, M.<sup>ª</sup> TERESA (2014). *El espejismo de lo sociocultural en salud: Discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria al sur de Europa*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada, Departamento de Antropología Social, Granada, España.
- GIRELA MOLINA, BRAULIO (2012). «Sanidad». En Monereo Pérez, José Luis; García Castaño, Francisco Javier; Fernández Avilés, José Antonio (Dir.) & Triguero Martínez, Luis Ángel (Coord.), *La inmigración en Andalucía: instituciones, aspectos jurídicos-sociales y culturales* (pp. 381-401). Granada: Editorial Comares.
- JIMÉNEZ DE PARGA & CABRERA, MANUEL (2004). *El derecho constitucional a la protección de la salud*. En *Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid. La salud como valor constitucional y sus*



- garantías. Madrid, España: Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid.
- MALMUSI, DAVIDE; BORRELL, CARME & BENACH JOAN (2010). «Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin». *Social Science and Medicine*, 71, pp. 1610-1619.
- MARTÍN, ANNE (2006). *La realidad de la interpretación y la traducción en los servicios públicos de Andalucía*. Granada: Grupo GRETI, Universidad de Granada.
- MURIEL FERNÁNDEZ, RAFAEL; GARCÍA GALÁN, RAFAEL & LASHERAS AMAT, PILAR (2007). «Mediación Intercultural». En García Galán, Rafael, *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (pp. 383-388). Sevilla: Consejería de Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Recuperado el 10/09/2014 de: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf)
- ORTEGA CÓRDOBA, SALUD & IZQUIERDO DÍAZ, TEODORO (2007). «Aspectos normativos de la atención sanitaria a inmigrantes». En García Galán, Rafael, *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (pp. 43-51). Sevilla: Consejería de Salud.
- WHITEHEAD, MARGARET (1992). «The concepts and principles of equity and health». *International Journal of Health Services*, 22(3), pp. 429-455.