



confederación sindical de comisiones obreras

Secretaría de Protección Social y Políticas Públicas

Fernández de la Hoz, 12. 28010 Madrid. Tel.: 917028137

| www.ccoo.es

INFORME

ASISTENCIA SANITARIA A PERSONAS SIN PERMISO DE RESIDENCIA EN ESPAÑA

11 de diciembre de 2015

La situación de partida y el cambio en 2012

Tras la reforma introducida en abril de 2012 por el Gobierno del Partido Popular (PP) mediante el Real Decreto-Ley 16/2012, las personas extranjeras sin permiso de residencia en España sufrieron un profundo recorte de la cobertura de su asistencia sanitaria, lo que ha provocado severos problemas para muchas de estas personas incluso en situaciones legalmente protegidas como las urgencias, los embarazos y la atención a los menores de 18 años de edad.

Hasta entonces ésta estaba regulada en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, de tal forma que, según la modificación de 2009:

- 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.*

Sin embargo, el RD-L 16/2012 restringe el derecho a la asistencia sanitaria, cuando no se obtiene por otra de las vías previstas (trabajador, pensionista, perceptor de prestaciones periódicas de la Seguridad Social, haber agotado la prestación o subsidio de desempleo y figurar como demandante de empleo), a los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español y que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente (cien mil euros, según el RD 1192/2012). Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España sólo recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

- a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*
- b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.*

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En otras palabras, el RD-L 16/2012 fuerza un cambio desde el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, con el único requisito de estar inscritos en el padrón municipal, a que la asistencia se limite a situaciones especiales.

Pero, además, generó problemas de interpretación y permitió actitudes excluyentes o la exigencia de requisitos adicionales no previstos en la norma en algunos centros sanitarios. La prueba de que las cosas no estaban claras es que el propio Gobierno incluyó en el RD 576/2013 (por el que se regulaba el convenio especial de prestación sanitaria) una Disposición Final que aclaraba la atención a menores y a mujeres embarazadas:

«Disposición adicional octava. Asistencia sanitaria pública en supuestos especiales.

1. Los extranjeros menores de dieciocho años no registrados ni autorizados como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública por el Sistema Nacional de Salud con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación del usuario para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.

2. Las mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, tendrán derecho a que el Sistema Nacional de Salud les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación de la usuaria para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.»

Aun así, los ejemplos de exclusión y los problemas generados en los centros sanitarios han continuado produciéndose. Una muestra de ello la tenemos en la página web de Rioja Salud, en la que se incluye el siguiente texto en “El Sistema Público de Salud”:

La falta de los documentos acreditativos que dan derecho a la asistencia sanitaria impide acreditar el derecho a la asistencia. En caso de no disponer de la documentación acreditativa, debe dirigirse a la dirección provincial del INSS correspondiente para que le gestionen la acreditación, mediante la tramitación de la documentación necesaria desde su país de origen.

*Los pacientes que necesiten atención urgente y no tengan el documento acreditativo serán atendidos en los servicios de urgencias de los centros públicos. **En estos casos el servicio de administración del hospital exigirá el pago del importe de los servicios que se hayan prestado.***

Si fuese necesario el ingreso, el paciente o un familiar tendrán que firmar el compromiso de pago. Si en el momento del alta no se ha recibido el documento acreditativo, el paciente tendrá que abonar la totalidad de la factura.

Todo ello a pesar de que la atención en urgencias es obligada y no puede ser objeto de cobro por el hecho de que una persona carezca de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

Además de estas precisiones, el 18 de diciembre de 2013 se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el documento titulado “Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública”, también con la finalidad de aclarar una situación confusa sobre la asistencia sanitaria en situaciones en las que, sin embargo, no se reconocía el derecho a la misma. El documento se redacta en términos generales, no es específico para inmigrantes en situación irregular, pero es relevante que en el último apartado se establece que “*si el usuario en el momento de la prestación sanitaria carece de código de identificación se le facilitará un código de identificación en el Sistema Nacional de Salud a efectos clínicos, o recuperará el código si en algún momento lo ha tenido*”. Es decir, que si no dispone de TSI, porque no se le reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, en cualquier caso se le identificará mediante un código específico y recibirá la asistencia sanitaria necesaria, preferiblemente en atención primaria, así como la medicación necesaria para el tratamiento.

En definitiva, la experiencia ha ido demostrando los problemas que genera la exclusión sanitaria producida por el RD-L 16/2012 y su ineficacia desde el punto de vista estrictamente sanitario.

Las explicaciones sobre la exclusión sanitaria

Los argumentos que se han dado para justificar esta exclusión han sido de distinto tipo: el alto coste que suponía la asistencia, su contribución al efecto llamada de una inmigración irregular y, quizás el más destacado, que generaba un problema por reconocimiento de derechos en la Unión Europea.

El coste depende del volumen de personas excluidas y del uso que hicieran de la asistencia sanitaria, una información reiteradamente exigida en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) sin que se nos haya dado respuesta alguna. Las aproximaciones a las cifras siempre han sido discutidas, sin que haya un consenso claro al respecto.

El propio Gobierno calculó la cifra en 873.000 tarjetas de extranjeros no residentes en España dadas de baja, cifra incluida en el documento remitido a Bruselas con el Programa Nacional de Reformas (PNR) 2013. Ahora bien, se argumenta desde el Ministerio de Sanidad que la cifra se refiere a tarjetas y no a personas, correspondiendo muchas de estas tarjetas a extranjeros que ya no residían en España o a duplicidades de las mismas.

Puede hacerse una aproximación a las cifras, aunque no sean cálculos indiscutibles. Por un lado, el INE permite observar que hay 2.745.560 personas extranjeras empadronadas en España cuya nacionalidad es diferente a la propia UE, al Espacio Económico Europeo y a Suiza, ámbitos cuyos ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria en España (Estadística del Padrón Continuo, población a 1 de enero de 2015). Por otro lado, el Observatorio Permanente de la Inmigración ofrece datos sobre el número de extranjeros en España con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2014. Según estos datos, hay 2.151.382 personas en esta situación integradas en el régimen general, mientras que otras 2.773.707 están en el régimen comunitario.

En definitiva, a 1 de enero de 2014 habría 594.178 personas extranjeras residiendo en España sin tener el permiso correspondiente. Si damos por buena esta cifra, y consideramos el gasto medio por persona en el sistema sanitario público (aunque la población inmigrante es más joven y genera menor gasto sanitario), el gasto anual por la atención a estas personas equivaldría a 778 millones de €. Ahora bien, hay que tener en cuenta que parte de este gasto se produciría en cualquier caso por la atención a los menores de 18 años, a las mujeres embarazadas y a las urgencias. Por otro lado, debe considerarse que gran parte del gasto atribuido corresponde en realidad a costes fijos (infraestructura, equipamiento, personal, etcétera), independientes de que se atiende o no a este grupo de población. Teniendo todo esto en cuenta, podría concluirse que el impacto económico es equivalente al 0,25% del total del gasto sanitario público.

El impacto económico es muy reducido pero el impacto negativo en la salud personal, la salud pública, la organización y capacidad de respuesta de los centros sanitarios es muy elevado. No hay justificación alguna, considerando estos factores, para mantener esta exclusión del derecho a la asistencia sanitaria.

En algún momento se ha sugerido que la plena cobertura sanitaria aun en situación irregular contribuía, aunque fuera parcialmente, a la mayor llegada de inmigrantes a España o, al menos, a su permanencia en nuestro país. No se trata en este documento de señalar las

incongruencias de Gobiernos que no racionalizan los flujos migratorios (entre 1996 y 2014 la cifra se ha multiplicado por 10, sobrepasando los cinco millones) en tiempos de bonanza y quieren restringir las políticas de integración y sus derechos en tiempos de crisis. Baste decir que la puerta del centro de salud o del hospital no puede convertirse en la frontera interior en la que se impide el acceso al derecho a la asistencia sanitaria, mientras que al mismo tiempo se facilita la entrada por puertos y aeropuertos pensando en un mercado laboral cada vez más desregulado. Por otro lado, hay estudios que ponen de relieve que no es la sanidad un motivo que atraiga a los inmigrantes sino una prestación que “descubren” estando ya aquí, aunque sin duda alguna que España se constituya como *“un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”* (CE) es un factor indudablemente atractivo para quienes en sus países de origen se encuentran en situaciones económicas, sociales o políticas sustancialmente peores.

Ni el coste económico ni el efecto llamada explican, por tanto, la decisión de eliminar en 2012 el derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes sin permiso de residencia. Desde el MSSSI se ha insistido, reiteradamente, en que la verdadera razón está en los efectos de este reconocimiento del derecho para su aplicación en el caso de ciudadanos europeos y el alto coste que esto conllevaba. De hecho, en el PNR 2014 se afirma por el Gobierno que con este cambio se ha conseguido un ahorro de 1.000 millones de € por asistencia a personas que no están en España.

Hay dos documentos a tener en cuenta. El primero, el Dictamen Motivado de la Comisión Europea, de 24 de noviembre de 2011, dirigido al Reino de España por su negativa a expedir Tarjetas Sanitarias Europeas (TSE) a personas residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria. El segundo, el Informe del Tribunal de Cuentas de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, de 29 de marzo de 2012.

El Dictamen se refiere a la negativa de las Comunidades Autónomas de Andalucía y Valencia a expedir TSE a nacionales de la UE residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria por residir en esas Comunidades. La conclusión del Dictamen es clara en el sentido de que estas personas tienen pleno derecho a obtener la TSE, de acuerdo con los Reglamentos europeos, pero de este Dictamen no se deduce que haya un problema derivado del acceso de las personas inmigrantes sin permiso de residencia a la asistencia sanitaria. De hecho, la mera posesión de la TSI no conduce a la obtención automática de la TSE, como bien saben quienes tienen un contrato temporal, perciben prestaciones por desempleo... y los beneficiarios con número de identidad de extranjero (NIE), que no pueden tramitar por internet la TSE y sólo acceden a un Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) por 90 días. Igualmente, para la obtención del CPS los titulares de nacionalidad no comunitaria deben presentar su permiso de residencia en vigor.

Por otro lado, lo que aprecia el Tribunal de Cuentas en su Informe es que había personas que habían accedido a la asistencia sanitaria en España por carecer de recursos económicos y que tenían la TSE a pesar de que según la normativa vigente sólo podían acceder al CPS por 90 días. El propio Tribunal indica que esta situación se hubiera evitado con una simple consulta informática. De ello deduce el Tribunal que *“existe un riesgo de uso fraudulento de esta Tarjeta Sanitaria Europea, con el consiguiente perjuicio para los fondos públicos”*. Es en este punto donde el Tribunal desliza una conclusión que ha conducido a la decisión del Gobierno en 2012:

En este contexto, este Tribunal de Cuentas considera necesario adoptar las medidas legales oportunas para limitar la expedición de la tarjeta sanitaria individual a personas extranjeras que no reúnen los requisitos legales necesarios y, de esta forma, limitar el uso de la Tarjeta Sanitaria Europea en sus desplazamientos al extranjero.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que esta conclusión se deriva de un mal control por las Administraciones, lo que es a su vez objeto de otras recomendaciones del mismo Tribunal. En otras palabras, no es admisible que se prive del derecho a la asistencia sanitaria a un amplio grupo de población porque la Administración no ha desarrollado sistemas de control adecuados.

Tras el Informe, la Orden ESS/1452/2012 creaba el fichero BADAS, que *“tiene por objeto la verificación de la concurrencia de los requisitos necesarios para que el afectado tenga la condición de asegurado o beneficiario a cargo, así como la determinación del nivel de contribución de cada asegurado a la prestación farmacéutica”*. La buena gestión de este fichero es lo que debemos exigir.

Un diferente mapa autonómico

La ilógica decisión adoptada en 2012 ha conducido a que en los Servicios de Salud de las CC.AA. se hayan buscado diferentes vías para mantener la atención sanitaria a las personas que no tienen permiso de residencia en España.

Como puede apreciarse en la tabla incorporada al final de este documento, la situación es muy variable.

El rango de las normas utilizadas va desde una Ley en Navarra a una mera carta en Madrid, aunque la figura más frecuente es la regulación de la norma de cada Comunidad Autónoma mediante Instrucciones. Hay tres Comunidades que no tienen una normativa específica: Castilla-La Mancha, Castilla y León y La Rioja.

Algunas CC.AA. reconocen todas las prestaciones incluidas en las carteras de servicios: Andalucía, Asturias, Baleares, Extremadura, Madrid, Euskadi y Navarra. Las demás reconocen las prestaciones incluidas en la cartera común básica, aunque algunas CC.AA. añaden otra: Cantabria y Galicia añaden la suplementaria y La Comunidad Valenciana las prestaciones ortoprotésicas.

En la prestación farmacéutica, casi todas optan por aplicar un criterio general de aportación del 40%, pero la variación es alta. Algunas CC.AA. no financian esta prestación (Asturias, Aragón, Canarias) mientras que otras añaden matices: en Andalucía la aportación de los mayores de 65 años es del 10%; en la C. Valenciana se menciona el 10% en el caso de los medicamentos de aportación reducida, aunque sin mencionar el límite por envase; en otras se aplica la norma general (Navarra). En Extremadura la aportación se eleva al 50%.

Igualmente, la exigencia de empadronamiento es muy variable. No se menciona ni en Andalucía ni en Baleares. En otras CC.AA. se exige el empadronamiento, pero no se establece ningún plazo mínimo (Asturias, Cataluña, Navarra). Y en otras se exigen plazos que van desde los 3 meses en Cantabria a un año en Canarias o en Euskadi.

La exigencia de no tener recursos económicos es, también, variable. En algunas CC.AA. se menciona el requisito pero sin precisar el dintel exigible, mientras que en otras se establece que el límite es el IPREM. En Cataluña y en Euskadi la referencia es la renta básica, y en la C.

Valenciana hay que acreditar la imposibilidad de suscribir el convenio especial para la atención sanitaria.

Respecto al periodo de validez, la mayor parte lo establece en un año prorrogable, excepto la C. Valenciana que exige dos años.

Por último, prácticamente todas las CC.AA. establecen el registro de las personas que se incluyan en estos programas o sistemas de reconocimiento del derecho, utilizando para ello la base datos de la tarjeta sanitaria.

Un proyecto de acuerdo inadecuado e insuficiente

Como se ha visto en los puntos anteriores, la situación es injustificable e insostenible. En marzo de 2015 el Ministro de Sanidad y el Presidente del Gobierno realizaron declaraciones afirmando que era posible ampliar la asistencia de los inmigrantes en situación irregular al menos a la atención primaria, al tiempo que se anunciaba el diseño de un procedimiento común.

El 2 de septiembre se reunió la Comisión Permanente de Aseguramiento, Financiación y Prestaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con presencia del Ministerio de Sanidad y de representantes de las CC.AA. El Ministerio presentó en dicha reunión un documento titulado *“Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre criterios mínimos para la dispensación de asistencia sanitaria a extranjeros no registrados ni autorizados como residentes, con residencia efectiva y sin recursos económicos”*. Este documento es el que se analiza en este apartado, aun conscientes de que no hubo consenso sobre el mismo y que algunos aspectos podrían verse modificados en nuevas versiones.

Barreras geográficas e informáticas

La pretensión del documento es *“unificar y coordinar las diversas actuaciones... que se llevan a cabo a través de programas o instrucciones de carácter social en las diferentes Comunidades Autónomas”*, pero hay que subrayar que toda la propuesta lleva a que el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de las personas que no tienen permiso de residencia se produce en la Comunidad en la que reside, con requisitos que en algunos casos varían de unas Comunidades a otras, y sin un reconocimiento estatal del derecho a la asistencia sanitaria. Es decir, que se mantendría la situación actual de amplia diversidad autonómica, aunque con algunos aspectos comunes en las respectivas normativas.

En definitiva, es una asistencia sanitaria con barreras geográficas y que impide la movilidad de las personas incluidas por esta vía. Si trasladan su residencia deben solicitar de nuevo el reconocimiento del derecho; y si el desplazamiento es temporal se encontrarían totalmente desasistidos, salvo en el caso de urgencias. No se entiende esta barrera geográfica cuando son personas que estarían incluidas en la base de datos de Tarjeta Sanitaria del SNS, asignándoles un título concreto de no aseguramiento. Una base de datos accesible para todas las CC.AA. y que es clave en la organización del sistema.

De hecho, la solución es que cuenten con la TSI, válida para todo el Estado y que permite compartir la información sobre cada paciente. En un momento en que todo el SNS está implicado en el desarrollo de sistemas de información interconectados que permiten historias clínicas y recetas electrónicas, basados en la identificación con la TSI, se levantaría en este caso

una segunda barrera que dificultaría la atención sanitaria a los inmigrantes sin permiso de residencia. Nada se dice en la propuesta del Ministerio sobre estos aspectos.

Como ya se ha señalado, disponer de la TSI no genera automáticamente el derecho a la emisión de la TSE, por lo que no hay justificación alguna basada en el impacto que pueda tener fuera de nuestras fronteras. Los problemas de control administrativo no pueden traducirse en la exclusión del derecho a la asistencia sanitaria o en la construcción de barreras que convierten el acceso al mismo en un laberinto.

Carteras de servicios y prestaciones sanitarias limitadas

Según la propuesta del Ministerio, los usuarios de estos programas tendrán acceso a la cartera común básica de servicios, en las mismas condiciones que los usuarios del SNS. Sin embargo, se redacta de tal manera que parece estar condicionada la asistencia: *“siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello...”*, e insistiendo en que *“las prestaciones sanitarias de la cartera común básica de servicios deberán ser indicadas y realizadas por los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud, que tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, evitando su inadecuada utilización, y se facilitarán por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados”*. ¿Es que acaso se actúa de otra manera con el resto de la población? Si el acceso a la cartera común básica se produce en las mismas condiciones que el resto de la población, no parece que haya que añadir redacciones cautelosas que parecen empujar a actuar con filtros que no se utilizarían habitualmente.

De nuevo, en el apartado sobre el contenido de las prestaciones sanitarias, se introducen matices que parecen limitar el alcance de la afirmación inicial sobre el acceso a la cartera común básica de servicios en condiciones de igualdad con el resto de la población. Con esta afirmación bastaría, pero el texto de la propuesta del Ministerio continúa introduciendo matices.

Por ejemplo, que *“en el ámbito de la atención primaria, incluye la realización de métodos diagnósticos, preventivos y terapéuticos de las enfermedades según pauta establecida por el médico de atención primaria”*. Sin embargo, la cartera común básica de servicios incluye *“todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública”*. La redacción del Ministerio comparada con la normativa vigente daría lugar, sin duda, a lecturas restrictivas en el acceso a todas las prestaciones, en todo tipo de centros y por todos los profesionales de los mismos.

Otra muestra de ello es que la Ley no distingue en la regulación de la cartera común básica entre las actividades realizadas en atención primaria y las realizadas en atención especializada, como sí hace el documento del Ministerio. Es innecesario aclarar que *“en el caso de que el proceso asistencial requiera asistencia hospitalaria, el tratamiento farmacológico formará parte del mismo y se facilitará en todos los casos”*, si el acceso a la atención se produce en condiciones de igualdad.

Por otro lado, el documento indica que *“el usuario debe abonar el 40% del precio de venta al público de los medicamentos. Esta cantidad será el 10%, en el caso de que se trate de medicamentos sometidos a aportación reducida”*. En primer lugar, llama la atención lo que se dice sobre los medicamentos de aportación reducida. En efecto, la aportación regulada con carácter general es del 10% pero con un límite de 4,24€ por envase que se obvia en la propuesta ministerial. Y en segundo lugar, lo que no se dice sobre la aportación de quienes tienen más de 65 años, el grupo de edad que por cronicidad y comorbilidad mayor protección

necesita en el acceso a la prestación farmacéutica. Con carácter general los pensionistas aportan el 10% con un límite mensual de 8,23€ o 18,52€ según los niveles de renta. En el caso de aquellas personas que no tienen permiso de residencia no puede darse la definición de pensionista, pero hay que buscar una situación asimilada por edad y aplicar los mismos criterios generales que para el conjunto de los pensionistas.

Por último, se introduce un párrafo que parece definir a todos los inmigrantes sin permiso de residencia como marginales o excluidos sociales:

“Las entidades, de diversa índole con acceso a estos colectivos desfavorecidos mantendrán su labor facilitadora de la continuidad de los tratamientos, promoviéndose si fuera preciso, complementar la asistencia sanitaria con acuerdos o convenios con dichas entidades mediadoras o facilitadoras”

La continuidad de los tratamientos corresponde a los profesionales de los diferentes ámbitos sanitarios o sociosanitarios, sin que sea necesaria la entrada de otros actores indefinidos. Cierto que en algunos casos habrá que afrontar situaciones de exclusión social que requieren otras actuaciones, además de la actividad sanitaria, pero no se puede definir al conjunto de inmigrantes sin permiso de residencia como personas marginales o excluidas.

Hasta aquí se habla de la cartera común básica y de una parte de la suplementaria, la prestación farmacéutica, pero la propuesta del Ministerio nada dice sobre el resto de prestaciones de la cartera complementaria: la ortoprotésica y con productos dietéticos.

En definitiva, se propone para los inmigrantes sin permiso de residencia una asistencia sanitaria limitada y parcial.

Nada de esto sucedería si cada persona recibiera su TSI y accediera en igualdad de derechos a las prestaciones de las carteras básica de servicios y suplementaria.

Requisitos y procedimientos inadecuados

Entre los requisitos introducidos en la propuesta ministerial aparecen dos discutibles. El primero de ellos *“estar empadronado de forma ininterrumpida o tener residencia efectiva en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma con una antigüedad de un año”*. Una antigüedad que nunca se había solicitado (en la Ley Orgánica 4/2000 sólo se exigía estar empadronado) y que genera dos problemas. Uno, que la antigüedad se calcula en la misma Comunidad en la que solicita el acceso a la asistencia sanitaria. Es decir, que aunque un inmigrante llevara tres años en España, si ha cambiado de residencia la cuenta comienza desde su última residencia. Además, si ya tiene reconocido este derecho en una Comunidad pero se traslada permanentemente a otra, tal y como está redactada la propuesta de nuevo tendría que esperar un año. Una barrera administrativa que no es despreciable.

El segundo de los requisitos discutibles es el referido a *“no disponer de recursos económicos suficientes lo que se acreditará en la forma en que se determine en cada Comunidad”*. Es una propuesta que contradice la voluntad de aunar criterios comunes que se expresa en la primera parte del documento, pero además su aplicación en estos términos vuelve a convertirse en un problema. Habría situaciones muy diferentes en las CC.AA., pero de nuevo surgiría un problema con la movilidad geográfica si una persona tiene reconocido el derecho en la Comunidad de origen pero no cumple los requisitos establecidos en la de destino. Si en el apartado sobre procedimiento se establece que entre la documentación requerida está un certificado de no disponer de ingresos suficientes o, como mínimo, una declaración responsable, la diferencia entre CC.AA. estaría en el umbral definido para medir los recursos

económicos. Una vía que puede convertirse en una barrera infranqueable en función de los intereses de quienes gobiernen cada Comunidad en cada momento.

Por último, en el apartado de procedimiento se señala que *“si la persona solicitante reúne los requisitos exigidos, se le tramitará un documento de inclusión en el programa. Una vez concedido el derecho se le entregará un documento de certificación o acreditativo que deberá enseñar junto con su pasaporte o documento de identidad cada vez que necesite asistencia sanitaria”*. Y al mismo tiempo se dice que se identificará mediante su inclusión en la base de datos de tarjeta sanitaria del SNS. Es decir, que habrá una tarjeta que estará incluida en el BADAS, como todas las TSI, pero que no será una TSI.

CONCLUSIÓN

La propuesta del Ministerio para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria a extranjeros no registrados ni autorizados como residentes no es admisible. Establece barreras geográficas, informáticas (básicas en la información sanitaria), económicas y administrativas que sitúan este pretendido reconocimiento del derecho en un segundo nivel, con dificultades en el acceso a prestaciones limitadas.

No hay bases económicas que justifiquen la decisión de excluir de la asistencia sanitaria a las personas sin permiso de residencia, ni su inclusión influye en la decisión de estas personas en emigrar hacia España, ni produce un efecto perverso en el acceso a la tarjeta sanitaria europea por parte de otros colectivos. Hay problemas administrativos y de control que no pueden traducirse en la exclusión de un derecho esencial como la atención sanitaria.

Hay soluciones estableciendo requisitos y procedimientos para obtener la tarjeta sanitaria individual, eliminando con ello barreras que dificultan el ejercicio del derecho, sin que esto suponga el acceso a la tarjeta sanitaria europea. Hoy existen sistemas de registro y de control que permiten gestionar adecuadamente la situación de los inmigrantes sin permiso de residencia.

Todo ello conlleva la revisión del RD-L 16/2012, modificando substancialmente los apartados referidos a la exclusión de este colectivo. Sin esta modificación, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria tropezará con barreras de diferente índole y afectará al alcance de la atención reconocida.

Ámbito geográfico	Norma	Cartera de servicios	Prestación farmacéutica	Empadronamiento	Recursos económicos	Periodo	Registro
MSSSI	Acuerdo de Consejo Interterritorial, todavía sin cerrar	Común básica	40% y 10% en aportación reducida	Empadronamiento o residencia efectiva durante 1 año	A determinar en cada una de las CC.AA.	1 año prorrogable	Inclusión en BADAS
Andalucía	Instrucciones 6 junio 2013	Totalidad de la cartera de servicios	40% y 10% >65 años	---	No tener recursos	de 1 a 12 meses prorrogables	Base de datos de usuarios
Aragón	Instrucción 30 abril 2013	Común básica	No hay	6 meses	Límite IPREM	1 año prorrogable	Base de datos de usuarios
Asturias	Instrucciones 30 agosto 2012	Asistencia sanitaria ordinaria	Recetas sin financiación	Exigible sin plazo	No tener recursos	provisional, sin límite	SIPRES
Baleares	Instrucción 17 julio 2015	Totalidad de la cartera de servicios	Sin referencia explícita	---	No tener recursos	12 meses prorrogables	CIVITAS
Canarias	Orden 14 diciembre 2012	Asistencia sanitaria básica	100% del precio	1 año	Límite IPREM	sin precisar	sin precisar
Cantabria	Orden 7 agosto 2015	Común básica y suplementaria	Como comunitarios no pensionistas	3 meses	---	sin precisar	CIVITAS
Castilla-La Mancha	Sin norma propia						
Castilla y León	Sin norma propia						
Cataluña	Instrucción 23 julio 2015	Primer nivel, con empadronamiento. Segundo nivel, a partir de la solicitud de acceso.	Pago de la prestación farmacéutica ambulatoria que corresponda.	Exigible sin plazo	Inferiores a renta básica	Sin precisar	RCA CatSalud
C. Valenciana	Decreto Ley 24 julio 2015	Común básica, ortoprotésicas	40% y 10% en aportación reducida	3 meses	Acreditar la imposibilidad de suscribir el convenio especial	2 años	Identificación en el Sistema de Información Poblacional (SIP)
Extremadura	Instrucción 15 julio 2013	En las mismas condiciones y con la misma extensión que las correspondientes a la asistencia sanitaria con cargo al SNS	50%	6 meses	Límite IPREM	1 año prorrogable	PASCAEX
Galicia	Instrucción 21 septiembre 2012	Común básica y suplementaria	Como comunitarios no pensionistas	183 días	Límite IPREM	1 año prorrogable	Programa gallego de protección social de salud pública
La Rioja	Sin norma propia (y con indicaciones en la web de cobrar en urgencias)						
Madrid	Carta 21 agosto 2015	Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán todo tipo de asistencia sanitaria recogida en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, en en tanto en cuanto no se realicen las instrucciones oportunas y se elabore el documento acreditativo que les dé derecho a la asistencia sanitaria.					
Murcia	Instrucción 31 julio 2014	Se limita a regular la atención en situaciones especiales: urgencias, mujeres embarazadas y menores de 18 años					
Navarra	Ley 25 febrero 2013 (impugnada)	Totalidad de la cartera de servicios	Se aplica la norma general establecida en Navarra por la Ley Foral 18/2012	Acreditar residencia en Navarra	---	---	---
País Vasco	Decreto 26 junio 2012 y Orden 4 julio 2013	Idénticas prestaciones sanitarias	40% con carácter general, regla específica de medicamentos de aportación reducida. Exención de aportación para >65 años, viudas, huérfanos menores de 18 años y personas con minusvalía igual o > 33%.	1 año	Inferiores a renta básica, aunque quienes tuviesen la TSI antes del RD-L 16/2012 mantienen íntegros sus derechos	---	---