



UNIVERSIDAD  
POLITECNICA  
DE VALENCIA



**Trabajo Final de Grado 2012-2017**

## DERECHOS Y REQUISITOS DE ACCESO DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO.

---

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL GRADO DE  
CONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ACCESO AL  
SISTEMA SANITARIO PÚBLICO VALENCIANO POR  
PARTE DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA

**Autora:** Gabriela Roxana Panu

**Tutora:** Yaiza Pérez Alonso

**Cotutora:** Asenet Sosa Espinosa

**Grado:** Gestión y Administración Pública

**Facultad:** Administración y Dirección de Empresas

Universitat Politècnica de València

## ÍNDICE

---

<b>CAPÍTULO 1- INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>1.1. RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Presentación del trabajo</b>	<b>9</b>
1.2.1 Objeto de estudio	10
1.2.2 Objetivos	11
<b>1.3. ESTRUCTURA DOCUMENTAL</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 2- METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 3- SITUACIÓN ACTUAL</b>	<b>19</b>
<b>2.1 MOVIMIENTO MIGRATORIO</b>	<b>19</b>
2.1.1 Globalización económica	21
2.1.2 Flujos migratorios en España	22
2.1.3. La inmigración rumana	26
<b>2.2 SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA</b>	<b>34</b>
<b>2.3 MARCO NORMATIVO</b>	<b>37</b>
2.3.1 Extranjería	38
2.3.1.1 Reglamento europeo	38
2.3.1.2 Normativa española	45
2.3.2 Marco jurídico sanitario	50
	2

2.3.2.1 Internacional	51
2.3.2.2 Europa	55
2.3.2.3 España	57
2.3.2.3.1 Comunidad Valenciana	70
<b>2.4 GASTO SANITARIO</b>	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO 4- RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>CAPÍTULO 5- PROPUESTA DE MEJORA</b>	<b>93</b>
<b>CAPÍTULO 6- CONCLUSIONES</b>	<b>96</b>
<b>CAPÍTULO 7- REFLEXIÓN FINAL</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO</b>	<b>110</b>

---

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1: Españoles residentes en el extranjero y extranjeros residentes en España (1970-2007) .....	23
Gráfico 2: Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia. Principales nacionalidades 2007-2008 .....	24
Gráfico 3: Población extranjera. Andalucía, Comunidad Valencia y Serie 2005-2015.....	26
Gráfico 4: Evolución de inmigración rumana a España. 2008-2016 .....	28
Gráfico 5: Población rumana según Comunidades Autónomas. 2006, 2007 y 2008.....	29
Gráfico 6: Población rumana según provincias. 2005, 2010 y 2015 .....	32
Gráfico 7: Población rumana a 1 de enero 2015. Edad.....	33
Gráfico 8: Esperanza de vida al nacer. España y UE. 2010-2014 .....	37

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

---

Ilustración 1: Estructura del sistema sanitario valenciano .....	75
Ilustración 2: Distribución territorial de los departamentos de la Generalitat Valenciana .....	77

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1: Características entrevistados/as.....	17
Tabla 2: Residentes rumanos por Comunidad Autónoma y sexo. 2005, 2010 y 2015.....	30
Tabla 3: Principales Comunidades Autónomas de recepción de inmigración rumana por orden ascendente. 2005, 2010 y 2015 .....	31
Tabla 4: Variación porcentual de residentes rumanos. España, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. 2005, 2010 y 2015 (%).....	32
Tabla 5: Distribución de competencias.....	36
Tabla 6: Población rumana en la Comunidad Valenciana, por provincias. 2005, 2010, 2015.....	79
Tabla 7: Cuadro de síntesis de problemas .....	92

---

## LISTADO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

---

<b>AGE</b>	Administración General del Estado
<b>ASSS</b>	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
<b>AVS</b>	Agencia Valenciana de Salud
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CE</b>	Constitución Española
<b>CEDH</b>	Convenio Europeo de Derechos Humanos
<b>CISNS</b>	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
<b>CME</b>	Comisión Europea
<b>CSE</b>	Carta Social Europea
<b>DGS</b>	Dirección General de Sanidad
<b>DL</b>	Decreto Ley
<b>DOUE</b>	Diario Oficial de la Unión Europea
<b>DUDH</b>	Declaración Universal de Derechos Humanos
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de la Seguridad Social
<b>LE</b>	Ley de Extranjería
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad
<b>LOE</b>	Ley Orgánica de Extranjería

<b>MEYSS</b>	Ministerio de Empleo y Seguridad Social
<b>ODUSALUD</b>	Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RDL</b>	Real Decreto Ley
<b>SIP</b>	Sistema de Información Poblacional
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SS</b>	Seguridad Social
<b>TC</b>	Tribunal Constitucional
<b>TEDH</b>	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
<b>TFG</b>	Trabajo Final de Grado
<b>UE</b>	Unión Europea

---

# CAPÍTULO 1- INTRODUCCIÓN

## 1.1. RESUMEN

Este TFG se redacta al objeto de obtener el título de Grado en Gestión y Administración Pública.

Para ello se ha trabajado poniendo en relación dos realidades: la inmigración rumana y la sanidad pública. Nace de preguntarnos en qué medida disfruta de protección sanitaria la población inmigrante residente en España, específicamente de origen rumano.

Así, el principal objetivo marcado es conocer los problemas de acceso al ámbito sanitario a los cuales se enfrentan los inmigrantes rumanos no nacionalizados españoles, y que este conocimiento nos permita proponer acciones de mejora.

Para ello se parte de estudiar, en primer lugar, el estado de la inmigración hacia España en los últimos años y la evolución de los residentes rumanos en nuestro país. Para luego adentrarse en el marco normativo a diferentes niveles —internacional, europeo, nacional y autonómico—, en relación a derechos humanos y al acceso y cobertura de la asistencia sanitaria.

Adoptamos como referencia la Comunidad Valenciana, y a través de entrevistas semidirigidas, a miembros de la comunidad rumana residentes en la ciudad de Valencia, se van a detectar problemas relativos al uso del sistema sanitario en atención primaria y al conocimiento de este colectivo en relación a derechos que le asisten en este ámbito, así como las obligaciones que debe cumplir. El desconocimiento ha sido la característica general.



Las principales conclusiones que se destacan en este TFG, es que la mayoría de los/as entrevistados/as se enfrenta a problemas de comunicación con el médico y muchos de ellos no saben a través de qué medios administrativos pueden acceder a la atención primaria. Se necesitan puntos de información a los que estos residentes extranjeros/as se puedan dirigir y un mediador intercultural.

## **1.2. Presentación del trabajo**

El presente Trabajo Final de Grado (TFG), lleva por título “Derechos y requisitos de acceso de la población extranjera al sistema sanitario público valenciano. Estudio exploratorio sobre el grado del conocimiento de los requisitos de acceso al sistema sanitario público valenciano por parte de la población extranjera”, que tiene como finalidad conseguir una mejora del sistema de atención al residente de nacionalidad rumana, ofreciéndole a éste una mejor información sobre los trámites y derechos que posee en el ámbito sanitario.

Durante el estudio, se analiza detenidamente la normativa institucional que abarca a los/as extranjeros/as, con la finalidad de saber hasta qué punto éstos están protegidos por el Estado español.

Este trabajo final de grado se presenta con la finalidad de obtener el título de Grado en Gestión y Administración Pública (GAP), poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante la carrera.

A lo largo de su elaboración y para el alcance de los objetivos planteados han servido de ayuda y guía los contenidos transmitidos en diferentes asignaturas, que se recogen en las próximas líneas:

1. Derecho constitucional. A través de su contenido el alumno/a incorpora el conocimiento y la capacidad de análisis acerca de la Constitución Española de 1978. Especial mención, para el objeto de este TFG, es su artículo 13, en

la cual, ya se menciona a los extranjeros como poseedores de libertades públicas. Esta sería la base para el inicio del estudio sobre los derechos de los extranjeros y las extranjeras tanto comunitarias como extracomunitarios.

2. Derecho del trabajo y la seguridad social. Aporta los contenidos necesarios para conocer la normativa relativa a los derechos laborales y la protección social, así como el análisis de la *Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, fundamental al objeto de este TFG.
3. Técnicas de investigación social. Asignatura que nos aporta herramientas de recogida de datos primarios sociales y sociológicos y su análisis. Esencial realizar el estudio exploratorio, que es la base que fundamenta la propuesta que se hace en este trabajo, los resultados y las conclusiones a las que se llega.
4. Sociología. Durante el análisis de los movimientos migratorios, esta disciplina, nos ha acercado al análisis de los fenómenos colectivos producidos por la actividad social, dentro del contexto histórico-cultural en el que se encuentran inmersos.

Una vez enumeradas las asignaturas que han servido de apoyo a la elaboración de este proyecto, se procede a la elaboración del objeto y objetivos específicos, dando así paso al comienzo de la redacción del TFG.

### 1.2.1 Objeto de estudio

La aplicación de los derechos de atención sanitaria en España presenta variaciones en el colectivo de extranjeros/as residentes, comunitarios/as y extracomunitarios/as.

Sobre la base de este hecho, la finalidad del presente TFG es aproximarse al grado de conocimiento que el colectivo de extranjeros/as comunitarios/as, cuyo

origen es Rumanía, tiene acerca del derecho que le asiste desde el marco legal de nuestro país, y concretamente en la Comunidad Valenciana, así como los requisitos que debe cumplir para ser asistido en atención primaria. Analizaremos el colectivo rumano no nacionalizado, ya que los nacionalizados españoles poseen los mismos derechos que un español de nacimiento.

A partir de dicha finalidad se construyen los objetivos a alcanzar en este TFG.

### 1.2.2 Objetivos

El objetivo general que enmarca este estudio es conocer los problemas de acceso al ámbito sanitario a los cuales se enfrentan los inmigrantes rumanos no nacionalizados.

A partir del mismo se abren los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar el marco normativo referente al acceso de la población extranjera comunitaria, de origen rumano no nacionalizado, a los servicios de salud en la Comunidad Valenciana.
2. Identificar los requisitos de acceso a los servicios de atención primaria de la población extranjera comunitaria de origen rumano no nacionalizado.
3. Estudiar el grado de conocimiento de la población de origen rumano, no nacionalizado, acerca de sus posibilidades de acceso al sistema sanitario.
4. Detectar los problemas a los que se enfrenta este colectivo en el acceso y uso de la sanidad en el nivel de atención primaria.
5. Proponer acciones dirigidas a mejorar el grado de conocimiento de los/as extranjeros/as comunitarios/as, de origen rumano no nacionalizado, acerca de las prestaciones socio-sanitarias que tienen cubiertas.

### 1.3. ESTRUCTURA DOCUMENTAL

En este apartado realizaremos un breve resumen de la documentación utilizada para la redacción del presente TFG.

La estructura del documento se compone de cinco apartados a desarrollar. Se finaliza con la bibliografía utilizada y varios documentos en anexo.

A continuación se describirán los temas a tratar en cada apartado de este TFG.

El Capítulo 1: Introducción. Formado por 4 sub-apartados. Iniciamos el trabajo con un breve resumen y presentación del trabajo, donde se expone la pretensión con la que se este trabajo es elaborado, continuando con la exposición del objeto de estudio y los objetivos. Como conclusión de este capítulo se realizará una exposición de la estructura documental, es decir, como está organizado el trabajo.

En el Capítulo 2, Metodología, se va explicar cómo y qué métodos se han seguido para realizar este estudio. Así como también se detallan las fuentes secundarias que han servido de base para su elaboración.

En el Capítulo 3, que lleva por título Situación actual, se recoge el estado de la cuestión. En él se parte de contextualizar la realidad que se estudia y los fundamentos teóricos en la que se inscribe, basado principalmente en el surgimiento de los movimientos migratorios desde Rumania hacia España. A partir de ahí se enfrenta el estudio de la sanidad española (origen y evolución), el marco normativo que la asiste, así como su aplicación a los colectivos de inmigrantes, reflejando, siempre que los datos lo permitan, sólo al grupo de extranjeros/as comunitarios/as.

Con respeto al Capítulo 4, Resultados, en éste se describen las conclusiones obtenidas a través del estudio exploratorio realizado y que nos permite alcanzar los objetivos establecidos en el Capítulo 1.

Tras la realización de estos puntos básicos, se procede a la elaboración de la propuesta dirigida a mejorar el grado de conocimiento de los/as extranjeros/as comunitarios/as, de origen rumano no nacionalizado/a, y orientada al sistema sanitario español, recogida en el Capítulo 5.

Concluyendo el trabajo, el punto 6, recoge las conclusiones finales del TFG, y como reflexiones finales desarrollo el capítulo 7.

Finalmente, el último epígrafe comprende la bibliografía utilizada y los anexos.

## CAPÍTULO 2- METODOLOGÍA

En las próximas líneas se recoge la metodología o procedimiento utilizado en la realización de este TFG. Este trabajo emplea una articulación metodológica multimétodo, concretamente, el tipo de articulación es de complementariedad secuencial. La información obtenida en una fase sirve de punto de partida en las siguientes fases. Concretamente, tras la revisión de fuentes secundarias (documentales y cuantitativas), se diseña el estudio exploratorio. En primer lugar, se redacta un diario con la experiencia propia (el estudiante forma parte del objeto de estudio), y en segundo lugar, con la información obtenida en la revisión y en el diario de campo se diseñan y elaboran las entrevistas semidirigidas.

### 1. Revisión bibliográfica (fuentes secundarias)

El punto de partida de este trabajo ha sido una exhaustiva revisión bibliográfica que permitiera no solo aproximarnos al objeto de estudio sino describirlo y contextualizarlo. Se ha llevado a cabo un riguroso proceso de evaluación crítica de las fuentes bibliográficas secundarias consultadas.

A continuación, se presentan las principales fuentes secundarias consultadas durante la elaboración del presente TFG, así como las instituciones a través de las cuáles se ha recogido información:

- Normativa obtenida a través del Boletín Oficial del Estado (BOE) y de la Conselleria de la Comunitat Valenciana.
- Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística, a partir del cual se han extraído todos los datos estadísticos relacionados con la población de origen extranjero y la evolución de los movimientos migratorios.
- El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del cual se ha extraído y comparado el gasto sanitario y su relación con la población extranjera.

- El Parlamento Europeo. Institución a través de la cual nos hemos informado de los acuerdos internacionales entre España y Rumanía y sus correspondientes Convenios en materia de sanidad.
- La Embajada de Rumanía en el Reino de España ha servido de apoyo en el conocimiento de acuerdos bilaterales establecidos entre ambos Estados.
- A través de las bases de datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social se han obtenido datos cuantitativos que facilitan la caracterización de la población objeto de estudio.

## 2. Estudio exploratorio sobre los rumanos no nacionalizados

El estudio exploratorio, realizado en el presente TFG, se define en palabras de Galán M. (8 de enero de 2013, blog de Investigación) como un objetivo de investigación que trata de descubrir respuestas a través de la aplicación de procedimientos científicos. Su objetivo es ayudar a definir el problema, establecer hipótesis y determinar la metodología para formular un estudio de investigación definitivo. El establecimiento de un problema en estos estudios, se hace con el fin de proporcionar un listado de problemas considerados como urgentes por investigadores o estudiantes.

En conclusión, los estudios exploratorios ayudan a la adaptación de fenómenos desconocidos, es decir, obtener una información para realizar una investigación más completa de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados. Este tipo de estudio es idóneo cuando no se tiene conocimiento sobre la temática a investigar y no hay excesiva información sobre el propio objeto de investigación.

Estos estudios exploratorios son formados por información primaria, es decir, contienen información original como podrían ser los libros, los manuscritos etc.

Son los documentos escritos durante el tiempo en el que se están estudiando y disponen de información directa sobre el tema de investigación.

La recogida de datos necesarios para el análisis de los problemas a los cuales se enfrentan los/as extranjeros/as rumanos no nacionalizados/as, se realiza a través de metodologías cualitativas, ya que esta metodología permite descubrir y explorar la realidad. Las técnicas cualitativas empleadas son la entrevista semidirigida y el diario de campo introspectivo.

Hemos elegido la modalidad de la entrevista, que se define como un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas. En este proceso el entrevistador obtiene información del entrevistado/a de forma directa. Concretamente, se trata de una entrevista semidirigida, donde se determina previamente cual es la información relevante que se quiere conseguir y se elabora un guión de preguntas abiertas.

La muestra seleccionada ha sido de 13 entrevistados de origen rumano. El tipo de muestreo empleado es “bola de nieve”. Este tipo de muestreo es no probabilístico y se utiliza en estudios donde no se dispone de un marco muestral. El muestreo por “bola de nieve” se caracteriza por la selección de la muestra condicionada a las redes de los propios entrevistados/as. Este tipo de muestreo es muy habitual en estudios exploratorios.

A continuación se presenta los bloques técnicos tratados en la entrevista:

- Grado de conocimiento de los derechos para el acceso al sistema de salud.
- Diferentes trámites administrativos y cumplimiento de ciertos requisitos para hacer uso del sistema sanitario.
- Utilización del servicio en atención primaria, especializado y en urgencia.
- Problemas de comunicación médico-paciente.
- Problemas de estereotipos o racismos por ser ciudadano rumano.



Los perfiles de los/as entrevistados/as se han definido teniendo en cuenta la variable origen extranjero/a, el sexo, la edad y los años de estancia en España, concretamente los perfiles han sido:

- Jóvenes entre 18-30 años (2 mujeres y 2 hombres).
- Adultos entre 35-55 años (2 mujeres y 2 hombres).
- Mayores > 55 años (2 mujeres y 2 hombres).

A cada una de las entrevistas realizadas se les ha asignado una codificación consecutiva (E1-E12). Este código permite identificar los fragmentos extraídos para el análisis de los discursos preservando el anonimato pero manteniendo la caracterización del sujeto entrevistado.

Con la información obtenida de las entrevistas, se ha realizado una transcripción selectiva y, posteriormente, el análisis de los discursos, que se detallaran en el apartado de Resultados.

En el siguiente apartado, se expone una tabla descriptiva con la caracterización de los/as entrevistados/as:

**Tabla 1: Características entrevistados/as**

Código	Edad	Sexo	Años de estancia
E1	33	M	15
E2	49	H	9
E3	46	H	10
E4	35	M	12
E5	23	M	8
E6	55	M	10
E7	57	M	5
E8	30	H	20
E9	21	H	10
E10	59	H	10
E11	37	M	11
E12	55	H	23
Diario	23	M	10

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevantes de la entrevista

La observación participante de la estudiante se ha plasmado en un diario de campo. Dicho cuaderno de campo es un instrumento de recopilación de datos del investigador, donde se anotan las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detallada (Taylor, S.J. y Bogdan, R., 1987, pág.31). El diario de campo es como el cuaderno donde se registra todo aquello susceptible de ser interpretado cualitativamente. El uso de esta herramienta permite estructurar la experiencia y consolidar el conocimiento teórico.

## CAPÍTULO 3- SITUACIÓN ACTUAL

La situación actual o estado de la cuestión es definida como la previa investigación dirigida a recopilar, por parte del autor, aquella información relevante para su objetivo de trabajo y que le permite sustentar sus objetivos.

En primer lugar comenzamos introduciendo el análisis sobre el movimiento migratorio, su origen y su evolución en los últimos 10 años, con la finalidad de poder fusionar la legislación vigente en esos momentos con los movimientos de inmigrantes, para poder analizarla y extraer conclusiones. Siguiendo en esta línea, posteriormente, se relacionará con el sistema sanitario español, observando la cobertura que abarca, la normativa sanitaria que incluye al inmigrante y los requisitos establecidos para el acceso del colectivo objeto de estudios, población rumana residente no nacionalizada. En lo relacionado con la sanidad, partiremos del análisis del marco europeo, pasando por el nacional y finalmente abordando el autonómico referido a la Comunidad Valenciana.

### 2.1 MOVIMIENTO MIGRATORIO

Tomando como referencia a Pérez Porto J., y Merino M. (2012) los movimientos migratorios se definen como aquellos movimientos de la población que se producen desde un lugar de origen a otro de destino dando lugar a un cambio de residencia.

Para entender un movimiento migratorio deben considerarse sus dos dimensiones. Por un lado, tenemos la emigración, que es la salida de personas de su región para establecerse en otra. Por otra parte, nos encontramos con la inmigración, que es la llegada a una región de personas procedentes de otro lugar.

Según su carácter puede ser *voluntaria* —cuando se busca una vida mejor— o *forzada* —cuando deja su residencia en contra de su voluntad—. Según su duración puede ser *permanente* —con residencia estable en el país de destino— o *temporal* —es la que pasado un tiempo retorna a su lugar de origen—.

Según el destino, la migración puede ser *interna* —se refiere a movimiento de población dentro del mismo país o Estado— o *externa* —con cambio de residencia a otro país o Estado—.

A lo largo de la historia, la mayor parte de los movimientos migratorios se han producido por dos factores: la búsqueda de una mejor calidad de vida y por el contexto sociopolítico, principalmente conflictos bélicos (inmigración forzada).

A continuación explicaremos este fenómeno de la migración partiendo del surgimiento significativo a nivel mundial, los factores que influyeron, y nos focalizaremos especialmente en los movimientos producidos por la población rumana hacia el occidente en épocas recientes.

### **ETAPAS PREVIAS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS INTERNACIONALES**

En este apartado vamos a realizar una previa introducción en cuanto al surgimiento migratorio a lo largo de la historia y mencionaremos los que han tenido una gran importancia a nivel mundial.

El mayor número de movimientos migratorios alcanzado se establece en el periodo 1846-1932 con la emigración europea a ultramar (Pereda, C., et al 2006, pág. 2), siendo los principales flujos dirigidos hacia América, pero también hacia colonias africanas y asiáticas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se inicia una nueva etapa caracterizada por la supremacía de Estados Unidos, el bloque socialista de la URSS y la

aceleración de los procesos de descolonización y liberación nacional en el "tercer mundo". Esto condujo a generar un aumento de producción y también la consecución de un empleo estable. El apogeo económico de posguerra en los países centrales europeos estuvo sostenido por la aportación laboral de inmigrantes extranjeros/as.

Los movimientos migratorios generados en Europa (Pereda, C., et al, 2006, pág. 3) han sido provocados por la necesidad de trabajar y la consecución de un mejor nivel de vida. Esto explica los movimientos de trabajadores desde la Europa periférica hacia los países Europeos centrales principalmente. Dicho proceso es llevado a cabo a través del reclutamiento temporal de trabajadores, siendo los receptores Reino Unido, Bélgica, Francia, Suiza, Holanda, Luxemburgo, Suecia y la República Federal Alemana.

### **2.1.1 Globalización económica**

Después de la capitalización producida tras la segunda Guerra Mundial el mundo entra en un proceso de decadencia, favorecido por el aumento de producción y también por el déficit generado por los Estados, como así señala Pereda, C., et al, (2006, pág. 3), entrando el mundo en lo que se ha denominado economía global, es decir, ahora todos los procesos económicos se trabajan a tiempo real y a escala mundial, convirtiendo a los Estados en agentes económicos esenciales (Castles y Miller, 1994) para esta nueva realidad de los mercados.

Este proceso genera movimientos de población a nivel mundial, sintetizados en diversos artículos científicos. Aunque al objeto de este TFG interesan el análisis de los flujos migratorios que se producen en el interior de Europa, exactamente de la población rumana.

A continuación se enumeraran relevantes hechos históricos, que han fomentado la movilización de la población de Europa en los últimos años y que han sido recogidos por Pereda, C. (2006, pág. 4).

- A partir de los años 80, principalmente, surge una ola de inmigrantes hacia países como España, Portugal e Italia, convirtiéndose estos en países receptores de inmigrantes.
- Otro relevante acontecimiento fue la caída del bloque de la URSS, que llevó a que población rusa se desplazara hacia Europa.
- La aprobación del Acuerdo Schengen por parte de la Unión Europea, en adelante U.E., tiene como objetivo la supresión de trabas fronterizas y abrió las puertas a países como Hungría, Polonia, Chequia y Rumania hacia el resto de la Europa de la Unión.

Con el Acuerdo Schengen se aprueban, entre los países miembros de la U.E., convenios para una mejora de la comunicación, refiriéndose a los temas de sanidad internacional, convalidación de estudios, etcétera.

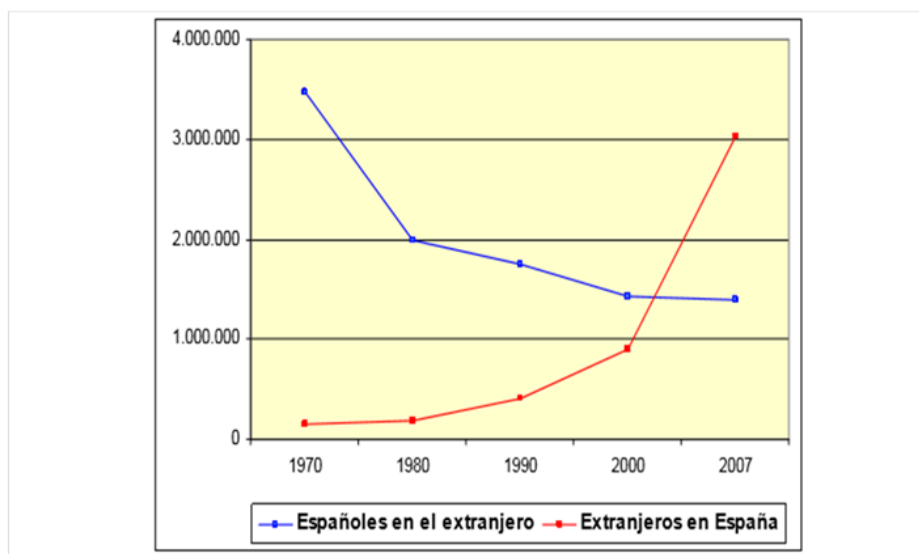
Este acuerdo será tratado con más profundidad en los próximos epígrafes.

### **2.1.2 Flujos migratorios en España**

A continuación, apoyándonos en la información recopilada por el Colectivo IOÉ y recogida por Pereda, C. (2008), describimos la transformación que tuvo lugar a partir del siglo XXI en España, produciéndose un cambio sustancial que lo ha convertido en un país receptor de inmigrantes.

El mayor aumento de inmigrantes en España se produjo, como observaremos en el Gráfico 1, elaborado por el Colectivo IOÉ y recogido por Pereda, C. (2008, pág. 31), a partir de 1998.

**Gráfico 1: Españoles residentes en el extranjero y extranjeros residentes en España (1970-2007)**



Fuente: Elaborada por Colectivo IOÉ (2008, pág.31).

La situación económica favorable que presentó España durante los años 90 y 2000 generó la llegada de inmigrantes al territorio, como consecuencia del aumento de puestos de trabajo.

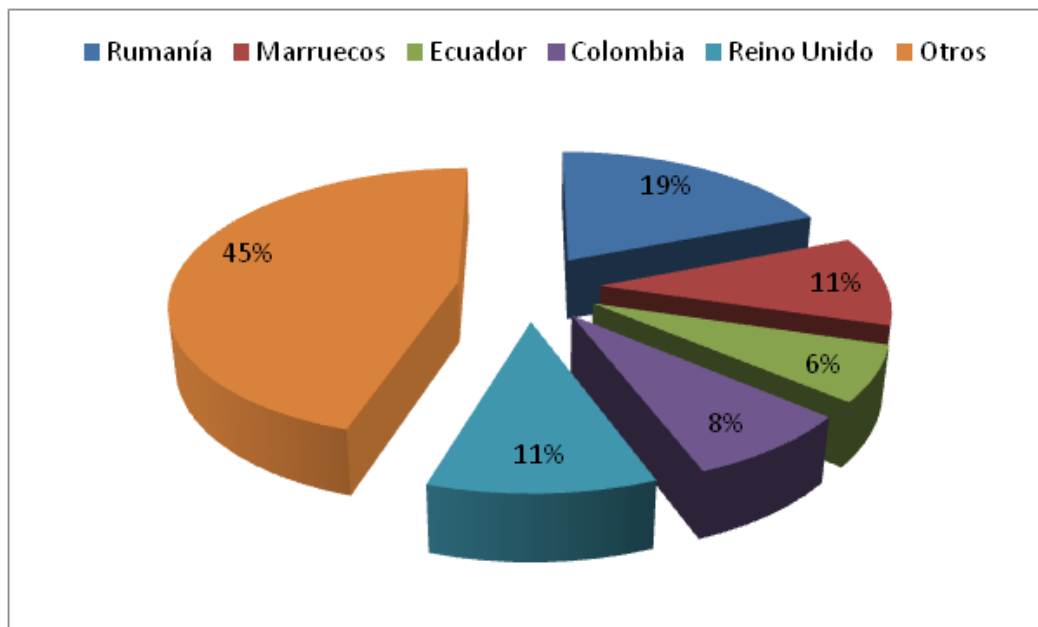
El mayor crecimiento de inmigrantes se produjo entre 1998-2007 entrando un número considerable de personas irregulares en el país (Pereda, et al., 2008, pág. 31). A partir de un proceso de regularización, que se realiza en 2007 (del que hablaremos en el marco normativo)<sup>1</sup>, se produce una disminución significativa de extranjeros/as originando un descenso de la población extranjera, pasando de 1,7 millones en enero de 2005, a 1,4 millones a finales del año.

<sup>1</sup> La regulación de los extranjeros se realiza conforme a la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero, posteriormente reformada por la Ley de Extranjería 14/2003, de 20 de noviembre, que tiene como objetivo regular la entrada y estancia de los extranjeros extracomunitarios en el territorio español y también asignarles un marco de derechos y libertades.

A través de la información estadística que recoge el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en adelante MEYSS, en su web en el año 2008, el colectivo más numeroso del total de la población inmigrante tanto comunitaria y extracomunitaria registrados en España es el rumano, con un número de 718.844 ciudadanos (19,04 %).

En segundo lugar se encuentran los comunitarios de origen británico (10,62%), localizados especialmente en la costa mediterránea y las islas y un número importante de marroquíes. Siendo estos últimos extranjeros/as extracomunitarios/as con una representación del 10,59 %. En tercer y cuarto puesto se sitúan los países latinoamericanos de Colombia (8,07%) y Ecuador (6.06%). Estas cinco nacionalidades acumulan más de la mitad de los extranjeros/as residentes en España (52,67%).

**Gráfico 2: Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia. Principales nacionalidades 2007-2008**



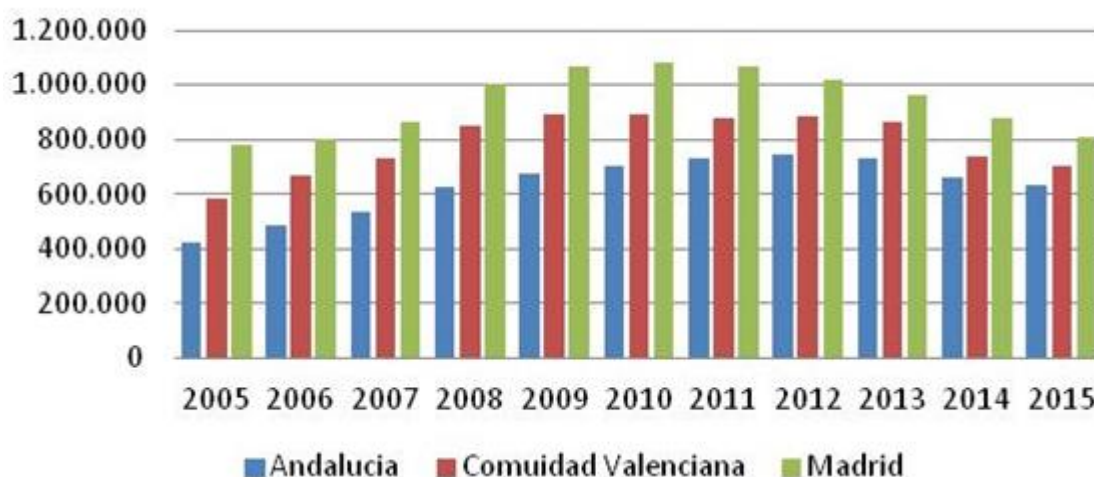
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del boletín de información estadística proporcionado por MEYSS.



Analizando los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas, en adelante INE, entre 2005 y 2015, observamos que esta comunidad de extranjeros/as extracomunitarios/as se ha ido asentando principalmente sobre las comunidades de Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía, por su posicionamiento de centralidad administrativa y socio-económica, o por su clima, o por la conservación de actividad y empleo agrario, convirtiéndose en las regiones con más demanda de mano de obra presente en España.

El siguiente gráfico recoge las variaciones residenciales de extranjeros/as según las Comunidades Autónomas donde más abundancia hubo durante los años 2005-2015, que son, en orden decreciente, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía.

**Gráfico 3: Población extranjera. Andalucía, Comunidad Valencia y Serie 2005-2015.**



Fuente: elaboración propia a partir de “migraciones interiores, por comunidades autónomas, población extranjera por edad, sexo y año. 2005-2015”. INE<sup>2</sup>.

Una vez expuestos los principales destinos de preferencia de los extranjeros/as, pasamos a estudiar y analizar el colectivo de nacionalidad rumana residente en España, distribuidos por Comunidad Autónoma, de los años 2005, 2010 y 2015.

### 2.1.3. La inmigración rumana

Con los datos hasta aquí expuestos, vemos como el contingente de inmigrantes rumanos supone un peso considerable dentro del conjunto de migraciones recibidas desde principio de siglo.

---

<sup>2</sup> La normalización produjo un descenso de la población al pasar de situarse en un 46% al 34%, representando estos porcentajes la población extranjera residente en España en el periodo mencionado, posteriormente en un 33% en 2007. (Pereda, et al., 2008, pág.35)

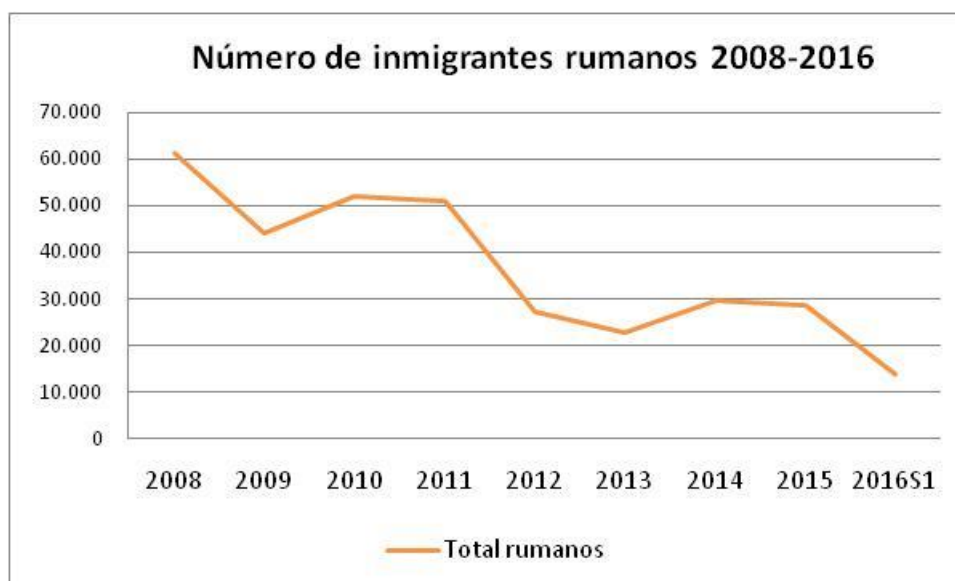
Así, Viruela, R. (2008, pág.2) señala que en el siglo XXI se produce una oleada de entradas de inmigrantes rumanos a España, contabilizándose unas 686.733 personas en 2007, poniéndose así a la cabeza de las inmigraciones como se ha señalado anteriormente. Lo que supone que este colectivo se triplicó en tan solo un año. La causa de este fenómeno puede ser explicada por la entrada de Rumanía en la UE en el año 2007, abriéndoles puertas al mundo occidental.

La regularización de la población rumana que se hizo en el año 2007 ha permitido aproximarnos al número real de inmigrantes rumanos en España, derivada de la inscripción masiva de éstos en el Padrón Municipal de Habitantes, ya que muchos vivían irregularmente. Este paso les ha abierto puertas hacia el sector sanitario y educativo (Viruela, R., 2008, pág.3).

Curiosamente, parece que el hecho de no estar registrado como residente en España no ha supuesto para este colectivo un problema a la hora de encontrar trabajo. Conclusión a la que se llega tras las entrevistas realizadas, en la que la relajación en el control de las autoridades para con los “sin papeles” fue un hecho.

La entrada masiva de rumanos en España, aún después de la regularización implementada, se debió al bajo nivel de vida que existe en Rumanía, saliendo la mayoría de la población hacia el occidente de Europa en búsqueda de una mejoría de su situación económica. Como bien podemos observar en el gráfico 5, el número de éstos ha ido fluctuando durante los últimos años, pero siguen siendo una representación importante de población extranjera en España.

**Gráfico 4: Evolución de inmigración rumana a España. 2008-2016**



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística de Migraciones Exteriores. INE.

Como bien apunta Viruela, R. (2008, pág.4), el hecho de que la población española se ha implicado en la integración social de los inmigrantes, y la fácil admisión de este colectivo, ha podido ser un factor también a favor de su aumento.

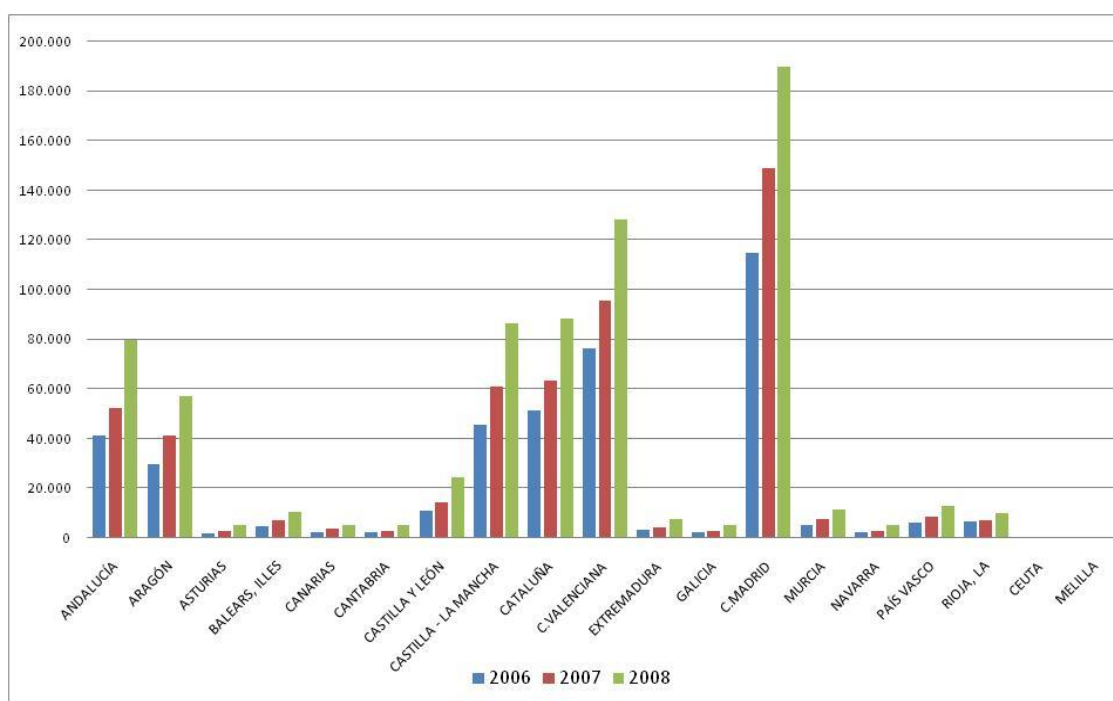
El fenómeno de agrupación familiar entre estos nativos, fue posible a través de los acuerdos bilaterales firmados entre estos dos países que se encuentran en el marco jurídico de la Embajada de Rumania en el Reino de España. Trataremos este aspecto con detenimiento más adelante.

El “efecto llamada” generado, se ha producido debido a la regularización de los inmigrantes, donde la mayoría se agrupa con sus familiares en el lugar de residencia.

Así, a corto plazo no se prevé un retorno de colectivos rumanos al país de origen, ya que éste no ha experimentado grandes mejoras a nivel económico y social, además de que poseen en España (Viruela, R., 2008, pág.23).

En el siguiente gráfico podemos observar las principales Comunidades Autónomas de destino, de esta inmigración, entre los años 2006 y 2008. Estas son, por orden de importancia: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Castilla la Mancha, Andalucía y Aragón, principalmente.

**Gráfico 5: Población rumana según Comunidades Autónomas. 2006, 2007 y 2008**



Fuente: elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes, INE.

Con los datos estadísticos del INE, analizados por periodos quinquenales para ver su variación y evolución hasta la actualidad, observamos que esta inmigración ha venido asentándose en las mismas Comunidades Autónomas citadas anteriormente — Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Andalucía, principalmente—, desde el 2005 hasta el año 2015 (último dato del que se

disponen en el momento de realización de este trabajo), principalmente debido a su posicionamiento de centralidad administrativa y socio-económica, o por su clima, o por la conservación de actividad y empleo agrario, convirtiéndose en las regiones con más demanda de mano de obra presente en España.

**Tabla 2: Residentes rumanos por Comunidad Autónoma y sexo. 2005, 2010 y 2015**

	2005			2010			2015		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>317.366</b>	<b>173.316</b>	<b>144.050</b>	<b>831.235</b>	<b>437.637</b>	<b>393.598</b>	<b>752.268</b>	<b>370.676</b>	<b>381.592</b>
ANDALUCÍA	26.126	14.397	11.729	93.169	48.896	44.273	92.895	44.760	48.135
ARAGÓN	24.645	13.974	10.671	64.546	34.790	29.756	50.967	25.415	25.552
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	1.202	603	599	7.792	3.851	3.941	9.323	4.156	5.167
BALEARS, ILLES	3.618	1.961	1.657	12.594	6.637	5.957	12.718	6.241	6.477
CANARIAS	2.075	1.076	999	6.890	3.474	3.416	8.789	4.199	4.590
CANTABRIA	1.603	901	702	6.093	3.352	2.741	5.876	2.843	3.033
CASTILLA Y LEÓN	8.027	4.370	3.657	28.442	15.298	13.144	26.727	13.423	13.304
CASTILLA - LA MANCHA	34.694	20.418	14.276	97.058	54.674	42.384	76.362	40.056	36.306
CATALUÑA	39.328	21.553	17.775	98.659	51.611	47.048	93.668	46.155	47.513
COMUNITAT VALENCIANA	60.608	32.693	27.915	141.391	74.195	67.196	119.252	59.067	60.185
EXTREMADURA	2.059	1.135	924	9.890	5.390	4.500	9.676	4.927	4.749
GALICIA	1.687	809	878	7.178	3.807	3.371	8.997	4.553	4.444
MADRID, COMUNIDAD DE	96.437	51.642	44.795	210.822	107.719	103.103	187.914	90.898	97.016
MURCIA, REGIÓN DE	3.442	1.760	1.682	13.162	6.660	6.502	12.948	6.206	6.742
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	1.969	1.043	926	6.599	3.518	3.081	7.571	3.866	3.705
PAÍS VASCO	4.253	2.145	2.108	15.217	7.931	7.286	17.178	8.522	8.656
RIOJA, LA	5.585	2.830	2.755	11.702	5.818	5.884	11.344	5.358	5.986
Ceuta	7	5	2	18	10	8	13	5	8
Melilla	1	1	0	13	6	7	50	26	24

Fuente: Elaboración propia a partir de la “población por comunidades, nacionalidad y sexo”. Padrón Municipal de Habitantes, 2005, 2010 y 2015. INE.

**Tabla 3: Principales Comunidades Autónomas de recepción de inmigración rumana por orden ascendente. 2005, 2010 y 2015**

CCAA	2005	2010	CCAA	2015
ARAGÓN	24.645	64.546	ARAGÓN	50.967
ANDALUCÍA	26.126	93.169	CASTILLA - LA MANCHA	76.362
CASTILLA - LA MANCHA	34.694	97.058	ANDALUCÍA	92.895
CATALUÑA	39.328	98.659	CATALUÑA	93.668
COMUNITAT VALENCIANA	60.608	141.391	COMUNITAT VALENCIANA	119.252
COMUNIDAD DE MADRID	96.437	210.822	COMUNIDAD DE MADRID	187.914

Fuente: Elaboración propia a partir de la “población por comunidades, nacionalidad y sexo”. Padrón Municipal de Habitantes, 2005, 2010 y 2015. INE.

La Comunidad Valenciana se sitúa en el segundo puesto, después de la Comunidad de Madrid, en la recepción de rumanos no nacionalizados en el periodo analizado (2005-2015). Como hemos afirmado anteriormente, después de la entrada de Rumanía en la U.E., se produce un aumento considerable de esta población en España, observado en la tabla 1, entre los años 2005 y 2010 que asciende a un 162% (tabla 3).

Con respecto al cómputo nacional, este valor sólo es superado por el volumen de entradas de población rumana a Andalucía que experimenta, en el lustro 2005-2010, un incremento de casi un 257%. El proceso de unificación produce un efecto llamada.

El lustro siguiente se caracterizará por un crecimiento negativo del volumen de residentes rumanos en estas Comunidad Autónomas señaladas, donde el mayor descenso porcentual, entre 2010 y 2015, se produce en la Comunidad Valenciana (-16%). Este proceso se estima derivado de la supresión de visados y la llegada de la crisis. Sin embargo, Andalucía prácticamente no sufre variaciones en su volumen de residentes rumanos en este último periodo, lo que señala la permanencia de esta inmigración.

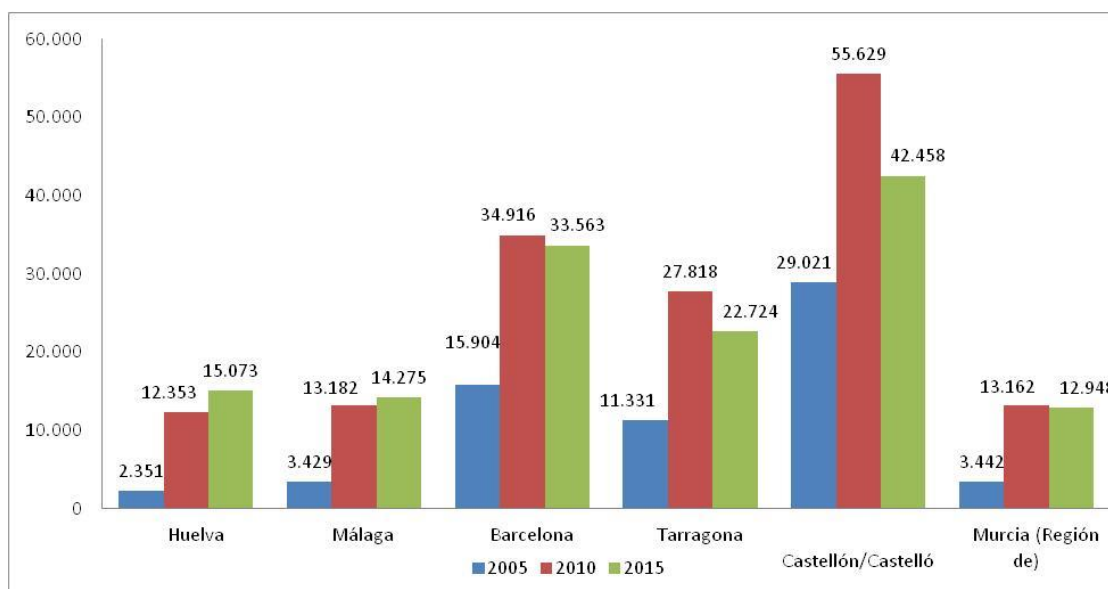
**Tabla 4: Variación porcentual de residentes rumanos. España, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía. 2005, 2010 y 2015 (%)**

Periodo	España	Madrid	Comunidad Valenciana	Cataluña	Andalucía
<b>2005-2010</b>	161,9	118,6	133,3	150,9	256,6
<b>2010-2015</b>	-9,5	-10,9	-15,7	-5,1	-0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de la “población por comunidades, nacionalidad y sexo”. Padrón Municipal de Habitantes, 2005, 2010 y 2015. INE

A nivel provincial serán Castellón y Barcelona, con diferencia, las que concentren el mayor número de inmigrantes provenientes de Rumanía en el periodo analizado (2005-2015), datos que pueden ser consultados en el gráfico que se presenta a continuación.

**Gráfico 6: Población rumana según provincias. 2005, 2010 y 2015**

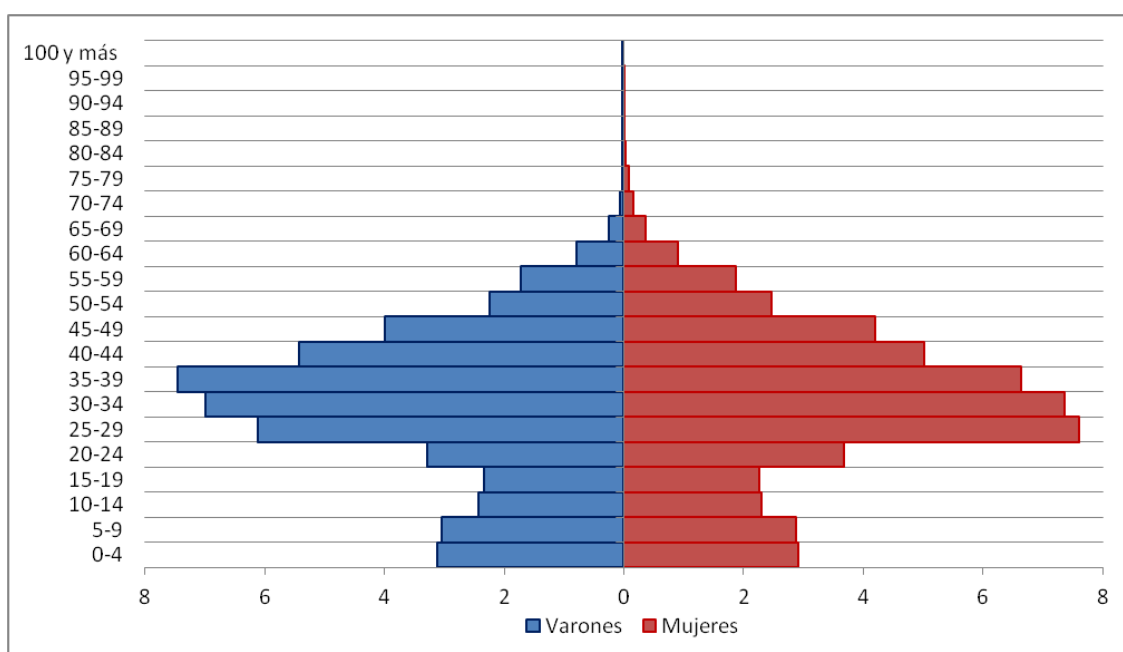


Fuente: elaboración propia a partir de la “población por provincias y nacionalidad”. Revisión del Padrón municipal 2005, 2010 y 2015. INE



En cuanto a la estructura demográfica, con los datos a 1 de enero de 2015 recogidos por el INE, la pirámide de población nos muestra una concentración de este colectivo en edades de trabajar y formar familias, es decir, principalmente en el intervalo de edad que va desde los 20 a los 49 años. Es por ello que se han constituido en un colectivo de aportación al rejuvenecimiento de la población española.

**Gráfico 7: Población rumana a 1 de enero 2015. Edad.**



Fuente: elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón continuo a 1 de enero de 2015. INE

Una vez expuesta la situación histórica de la inmigración rumana, su evolución reciente y las características demográficas básicas actuales, pasamos a recoger los aspectos normativos relevantes para este TFG.

## 2.2 SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud de España (1986), es un sistema que engloba las prestaciones y servicios sanitarios de España de conformidad con la Constitución Española (CE) y las leyes.

En palabras de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), el Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, se constituye como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos (MSSSI, 2012, pág.6).

Un estudio elaborado por la Organización Mundial de la Salud, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (a continuación OMS y OCDE) y Comisión Europea señala que la sanidad española es considerada como uno de los mejores servicios prestados en cuanto a comparación con la U.E. (Carra, 2014).

### **SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La asistencia sanitaria en España es un modelo de prestación no contributiva, quedando este gasto subvencionado a través del pago de los impuestos de cada ciudadano, comprendida en la financiación de cada Comunidad Autónoma existiendo dos fondos recaudadores, el de Cohesión gestionado por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal (SNS, 2008, pág. 28).

Se trata de un modelo de prestación sanitaria que favorece al ciudadano, ya que cada uno paga impuestos en función de su renta y recibe las prestaciones sanitarias en función de las necesidades de salud.

El principal objetivo de SNS es la obtención de un sistema basado en la equidad, al cual pueda acceder cualquier persona, y en la eficiencia, poniendo en balance los gastos y las recaudaciones de impuestos.

Como bien apunta la Ministra de Sanidad y Política Social en el año 2010, Trinidad Jiménez García-Herrera, el sistema sanitario es uno de los apoyos fundamentales del Estado de Bienestar, por eso hay que cooperar al desarrollo de éste y seguir mejorando el servicio, ya que es uno de los más valorados por la población española (SNS, 2010, pág. 6).

El SNS tiene dos subdivisiones, Atención Primaria y Atención Especializada, que contiene una cartera de servicios reflejada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que analizaremos detenidamente en el apartado del marco normativo.

Se conservan unos principios básicos en la prestación de estos servicios, de entre los cuales destaca la gratuidad y universalidad, la descentralización autonómica y el disfrute de una atención integral de la salud (SNS, 2012, pág.6).

El Sistema Nacional de Salud –SNS- es integrado por el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, que recopila todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

A continuación, en la tabla 5, se reflejan las tareas que son responsabilidad de cada institución.

**Tabla 5: Distribución de competencias**

<b>CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS</b>	
<b>ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bases de coordinación de la sanidad</li><li>• Sanidad exterior</li><li>• Política de medicamento</li><li>• Gestión de INGESA</li></ul>
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planificación sanitaria</li><li>• Salud pública</li><li>• Gestión de servicios de salud</li></ul>
<b>CORPORACIONES LOCALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Salubridad</li><li>• Colaboración en la gestión de los servicios públicos</li></ul>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos publicados por el MSSSI en el trabajo sobre el SNS de España 2010.

La unificación de estas divisiones competenciales es llevada a cabo y supervisada por el Consejo Interterritorial del Sistema de Salud (CISNS). El Consejo tiene la función de coordinación y cooperación de todas las instituciones con el fin de fomentar la adhesión del SNS a través de la garantía de derechos de los ciudadanos (SNS, 2012, pág. 9).

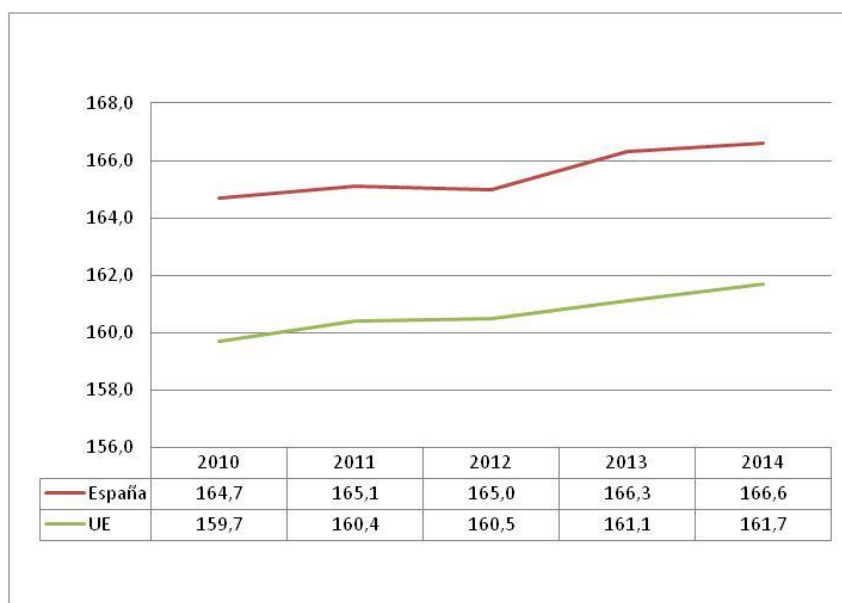
Todas las acciones del CISNS son llevadas a cabo a través del Comité Consultivo que se encarga de mantener informado y asesorar al SNS.

El acceso al SNS se realizará a través de la Tarjeta Sanitaria Individual, y la poseerán solamente los que tengan la condición de asegurado. Las condiciones para el acceso y condición de asegurado se plasmarán más adelante, en el marco normativo.

Analizando uno de los aspectos más relevantes que podría reflejar el buen sistema de salud, se ha plasmado en el gráfico 8 datos relativos sobre esperanza de vida de España y de la UE. Se considera que aparte de existir un eficiente

sistema de salud, la dieta mediterránea es fundamental, en palabras del Foro Económico Mundial (El País, 2015).

**Gráfico 8: Esperanza de vida al nacer. España y UE. 2010-2014**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE.

Este gráfico sustenta la afirmación hecha por la OMS, OCDE y Comisión Europea, de que España posee un nivel elevado en lo referente a las condiciones de vida y sistema de salud español.

### 2.3 MARCO NORMATIVO

Este apartado comprende toda la legislación referente tanto a la regulación internacional y nacional de extranjeros/as, según Convenios Europeos y la normativa española como la relativa a la normativa sanitaria y su relación con los/as extranjeros/as residentes en España, para poder averiguar cómo puede el colectivo de inmigrantes rumanos no nacionalizado tener acceso a los servicios sanitarios.

### 2.3.1 Extranjería

En este apartado se desarrollaran las principales leyes que han estado regulando la entrada y estancia de los/as extranjeros/as extracomunitarios<sup>3</sup> y comunitarios a partir del siglo XX.

Como ya hemos expresado anteriormente, la creación y puesta en marcha de legislación fue la respuesta a la avalancha de gente que empezó a ocupar el territorio español a partir de los inicios de la época democrática y de la década de los ochenta.

Es por ello que en el año 1985 se aprueba la primera ley de extranjería en España, pues ahora ya somos un país receptor y no emisor de migrantes. En las próximas líneas iremos comentando esta nueva normativa y sus revisiones y modificaciones posteriores siempre centrándonos en el territorio europeo y en también en el marco de U.E.

#### 2.3.1.1 *Reglamento europeo*

Debido a que España forma parte de la Unión Europea, ésta se encuentra sujeta a sus reglamentos, que son de aplicación obligatoria a todos los Estados de la Unión.

En este apartado se analiza el marco normativo a nivel europeo, en relación a la inmigración. Se trata con detenimiento las directrices a las que están sujetos estos colectivos como es, el Acuerdo Schengen y los acuerdos bilaterales firmados entre España y Rumanía.

---

<sup>3</sup> Extracomunitario: es una persona extranjera que no pertenece a ningún país de la Unión Europea (veintisiete en la actualidad). En el ámbito del Derecho Comunitario se habla de extracomunitarios en el sentido de ciudadanos de terceros países.

## **DIRECTRICES EUROPEAS DE INMIGRACIÓN**

Uno de los objetivos fundamentales de la Unión Europea es tener una política de migración completa, enfocada en el futuro y en la solidaridad, según el Tratado de Lisboa. La política de migración tiene como objetivo establecer un enfoque equilibrado para abordar tanto la migración legal como la irregular.

Dentro del marco normativo, a la U.E. se les asigna una serie de competencias con la obligación de cumplirlas de manera igualitaria con todos los Estados miembros. La migración legal es uno de los objetivos principales establecidos en el marco europeo, donde, se establecen las condiciones de entrada y residencia a nacionales de terceros países, teniendo los Estados miembros el derecho de establecer porcentajes de admisión.

Se excluye el impulso de movimientos irregulares en el continente europeo, creando la obligación de adopción de medidas preventivas a través de una política eficaz de retorno. La U.E., puede favorecer el movimiento migratorio, entregando incentivos y fomentando la adopción de medidas para la integración de nacionales.

Relevante es la adopción entre la U.E. y los Estados Miembros de acuerdos para la readmisión de los nacionales que les han denegado la entrada en los países por no cumplir con los requisitos. Esto se recoge en los artículos 79 y 80 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) (Parlamento Europeo).

Según el Parlamento Europeo, los pilares fundamentales que sustentan las directrices europeas son:

- El tratado de Lisboa, aprobado en diciembre de 2009, que introdujo el procedimiento de codecisión y la votación por la mayoría cualificada en el ámbito de migración.

- El Enfoque Global de la Migración y la Movilidad, aprobado en 2011, que sirve como colaboración entre los Estados miembros y la U.E. en materia de migración.
- El Programa de Estocolmo, aprobado en diciembre de 2009, que invoca una Europa abierta y segura.

### **ACUERDO SCHENGEN**

El Acuerdo Schengen fue aprobado en 1985. Este acuerdo constituye una de las mayores innovaciones realizadas en el continente europeo, ya que su aprobación produjo la eliminación de controles fronterizos, dando paso a la libre circulación de personas dentro de la U.E. (Avramopoulos, D., 2014, pág.3).

Según la Comisión Europea, el espacio Schengen está formado por 26 países europeos de los cuales solo 22 son pertenecientes a la Unión Europea. El control fronterizo se limita a la frontera exterior, pudiendo los ciudadanos y las ciudadanas miembros de la U.E., como nacionales de terceros países, viajar libremente por el espacio Schengen.

El control fronterizo se realiza con la finalidad de reducir la corrupción y la trata de seres humanos, pero también se debe velar por la seguridad interior de cada Estado miembro (Reglamento (ce) no 562/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de marzo de 2006, punto 8).

Para pertenecer al espacio Schengen, es necesario que los Estados asuman responsabilidades como son: el control a través de la emisión de visados de corta duración, la aplicación de normas Schengen, la cooperación, y por último, la



puesta en marcha y utilización del Sistema de Información Schengen y el Sistema de Información de Visados<sup>4</sup> (Comisión Europea, 2015, pág. 5).

Encaminándonos hacia el objetivo de nuestro TFG, Rumanía es un Estado perteneciente a la U.E. desde 2007, aunque junto a Bulgaria y Chipre todavía no pertenece al espacio de Schengen porque no cumplen con los requisitos de seguridad establecidos, pero sí aplican otras partes del acuerdo. No obstante, los ciudadanos residentes en este país, sí que pueden circular libremente, pero lo harán solo dentro de las fronteras de la U.E., es decir, elegir como destino un país perteneciente a un Estado Schengen —vuelos de Rumanía a España— se considera exterior y están sujetos a controles fronterizos. Sin embargo, los ciudadanos de la UE tienen derecho a circular libremente cuando viajan por la Unión, tanto por los países pertenecientes a Schengen como por los demás (Comisión Europea, 2015, pág.4).

De los Estados miembros de la Unión Europea otros 2 no forman parte del espacio Schengen (Reino Unido e Irlanda). Significa que si se quiere viajar a estos países se tiene que solicitar un visado en su consulado o embajada correspondiente. Este visado no será válido para estancias en Schengen ni tampoco para circular libremente por dicho espacio, excepto para tránsitos aeroportuarios (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación).

---

<sup>4</sup> El sistema de Información de Schengen tiene como finalidad mantener la seguridad interior dentro de los Estados Schengen que no contienen controles fronterizos. Es un sistema de información a través del cual las autoridades policiales se mantienen informados de los hechos ocurrientes en este espacio. A través del SIS se pone en aplicación el marco normativo, y se mantiene la protección de las fronteras exteriores al espacio. (Comisión Europea, p.7).

El sistema de Información de Visados tiene como función mantener informados a los estados entre ellos sobre las condiciones de visado y verificación de datos. (Comisión Europea, p.9)

[http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/schengen\\_brochure/schengen\\_brochure\\_dr3111126\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/schengen_brochure/schengen_brochure_dr3111126_es.pdf)

La supresión del visado en 2007 para los rumanos y la entrada de ésta en la U.E. dieron paso a la libre circulación. Anteriormente a esta fecha, Viruela, (2008, pág. 6) señala que los inmigrantes provenientes de Rumanía conseguían la documentación necesaria acudiendo al mercado de documentos falsos. Por esta época, el visado aplicado a los rumanos era de máximo tres meses, transcurridos los cuales la persona afectada deberá regresar a su país de origen.

A partir del año 2007, la pertenencia de Rumanía a la U.E. hace cambiar la situación. Todos los ciudadanos rumanos tienen derecho a entrar en todos los Estados miembros de la U.E., con solo la presentación de un documento de identidad válido (siendo este el control fronterizo). Los Estados que pertenecen al espacio Schengen, viajan libremente sin la necesidad de identificarse en las fronteras.

Aunque el Consejo de Justicia y Asuntos de Interior (JAI) de Rumanía anunció la preparación del país para la adhesión al espacio Schengen entre el año 2011 y 2012, los estudios realizados por los Estados pertenecientes en base a los diversos temas relacionados con la corrupción y la falta de controles, influyeron de forma negativa en esta decisión, afirmando que podría ser un peligro dejar libre las fronteras con este país. La Comisión Europea sí que dio la aprobación de la entrada de estos países al espacio Schengen, pero al ser una cuestión política, ciertos países, como Reino Unido, se negaron.

España, como miembro perteneciente al espacio Schengen y miembro de la U.E., apoya la incorporación tanto de Rumanía como de Bulgaria.

Se espera que la evaluación de los Mecanismos de Cooperación y Verificación alcance resultados positivos en un futuro, y de esta forma se pueda conseguir el objetivo de adhesión de estos países.

Como noticia reciente relacionada con el espacio Schengen —dado los últimos acontecimientos que han sucedido en Europa con la inmigración de la población árabe provocada por las guerras y atentados en estos países— encontramos la pretensión de anular el acuerdo Schengen con motivo de garantizar la seguridad ciudadana. El acuerdo se puede anular en casos de extrema necesidad y de forma unilateral, así cada país puede cerrar sus fronteras por motivos de riesgo para su ciudadanía durante unos días (Europa Press, 26 de enero 2016).

### **ACUERDOS BILATERALES ESPAÑA-RUMANÍA**

En palabras de Pérez, J., (2015), se define el concepto de acuerdo bilateral como un convenio firmado bajo acuerdo de dos partes y que les implica mutuamente.

Las relaciones diplomáticas entre España y Rumanía, son adoptadas a partir del 23 de junio de 1881, presentando a lo largo de los años diferentes rupturas. A partir del año 1989 se intensifican los contactos entre ambos países, creándose vínculos que llevan a España a sustentar la candidatura de entra de Rumania en la U.E.

Señalar que España está también implicada junto con Rumania en las relaciones establecidas en la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN)<sup>5</sup>.

El año 2015 será un año significativo puesto que la visita del Presidente de Rumanía Klaus Werner Iohannis a España, reuniéndose con el Rey Felipe VI

---

<sup>5</sup> OTAN: Organización del Tratado del Atlántico Norte, firmado el 4 de abril de 1949. Se constituye por un sistema de defensa colectiva, en la cual los Estados miembros acuerdan defender a cualquiera de sus miembros si son atacados por una facción externa. Es formado por 28 Estados, con sede en Bruselas, donde los miembros de la organización se extienden por Norteamérica y Europa. Además, hay 22 países que colaboran con la OTAN dentro del programa Asociación para la Paz, con otros 15 países involucrados en programas de diálogo.

<http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OTAN/es/quees2/Paginas/QueeslaOTAN.aspx>

(Embajada de Rumanía en el Reino de España), van a fortalecer los lazos entre ambas partes.

A continuación, se enumeran varios acuerdos celebrados entre España y Rumanía, relacionados con el tema de este TFG, con el motivo de subrayar los derechos que protegen a este grupo de inmigrantes. Convenios estos recogidos a través de la web de la Embajada de Rumanía, y que organizamos de la siguiente forma:

### **Convenios laborales y de seguridad**

- Acuerdo relativo a la regulación y ordenación de los flujos migratorios laborales entre ambos Estados aprobado en el 2002.
- Convenio en el área de la seguridad social aprobado el 24 de enero 2006.
- Convenciones consulares sobre asuntos internos y la defensa, firmadas en 2016 junto a diversos Estados de la U.E.
- Convenio sobre la cooperación en materia de lucha contra la criminalidad aprobado el 30 de marzo de 2006.
- Acuerdo relativo a la readmisión de personas en situación irregular aprobado el 29 de abril de 1996.
- Acuerdo sobre cooperación en el ámbito de la protección de los menores de edad rumanos no acompañados en España, su repatriación y lucha contra la explotación de los mismos, aprobado el 15 de diciembre de 2005.

## **Convenios sobre la educación, la ciencia y la cultura**

- Convenio de cooperación científica y técnica aprobado el 4 de marzo de 1980.
- Acuerdo de colaboración cultural y educativa firmado el 25 de enero de 1995.
- Acuerdo interministerial sobre las Secciones Bilingües rumano-españolas en los liceos Cultural Rumano en Madrid y el Centro Español del Instituto Cervantes en Bucarest de Rumanía y sobre la organización del examen de bachiller firmado el 16 de julio de 2007.
- Acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Educación, Investigación e Innovación de Rumanía y el Instituto Cervantes sobre el diploma DELE en las escuelas y los liceos de Rumanía firmado y puesto en marcha a partir de 1995.
- Acuerdo sobre el funcionamiento del Instituto Cultural Rumano en Madrid y el Centro Español del Instituto Cervantes en Bucarest firmado el 19 de octubre de 2010.

### ***2.3.1.2 Normativa española***

Los últimos hechos que han marcado el sistema normativo, en cuanto a inmigración en España, ha sido la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 del 20 de abril y el Real Decreto 1192/2012 (en adelante, RD) de 3 de agosto. Estos RD, modifican el artículo 3 de la Ley de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud donde redefinen el concepto de asegurado. Esta normativa excluye de la condición de asegurado a las

personas extranjeras que no dispongan de una autorización en vigor para residir en territorio español (NIE).

Anteriormente a la aprobación de estos Reglamentos los inmigrantes en situación irregular gozaban del acceso al sistema sanitario público independientemente de su situación legal o administrativa. De esto modo se puede establecer que hay un antes y un después tras la implantación de estos dos reales decretos en cuanto al acceso al sistema público de salud.

Posteriormente a la aprobación de los dos RD, los/as extranjeros/as en situación irregular, pasan a ser excluidos del Sistema Nacional de Salud exceptuando casos de urgencias.

A continuación, se abordarán los principales antecedentes legislativos sobre la extranjería y el derecho a la salud de los inmigrantes que precedieron a esta nueva normativa.

### **LEY ORGÁNICA DE EXTRANJERÍA 7/1985, 1 DE JULIO SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA**

El inicio del periodo democrático y las mejores condiciones de vida aumentaron la llegada de los inmigrantes a España (Quílez, 2006, pág.1), hechos sobre los que el Estado tuvo que reaccionar para evitar cualquier tipo de conflicto internacional porque España se preparaba para entrar en la U.E. Además, la entrada de España en la Unión Europea presionaba al Estado a imponer medidas de control para que no se convirtiese en lo que popularmente se ha llamado un “coladero” (Aja, 2000, pág.1).

El surgimiento de la regulación de los derechos de los inmigrantes se estableció en la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 115/1987, de 7 de julio como respuesta de inconstitucionalidad de la Ley de Extranjería 7/1985, encaminándose a unas líneas más progresistas.

El fundamento de la creación de la Ley Orgánica de Extranjería (LOE), de 1 de julio 1985, que regula los derechos y libertades de los inmigrantes, arranca de la CE (1978), donde en el artículo 13 se crea un vínculo igualitario entre españoles e inmigrantes.

Esta LOE (1985) trata de adaptar sus disposiciones a la normativa internacional, protegiendo a los/as extranjeros/as y reconociéndoles los máximos derechos posibles. También hace referencia a los aspectos de entrada al país, residencia, trabajo, salida o expulsión, tratando de concretar las garantías jurídicas de esta ley (BOE, 3 de julio, 1985). Incluye apoyo a los extranjeros y las extranjeras para la integración social.

Recibió importantes críticas definidas por su carácter restrictivo y trato penoso con los/as extranjeros/as, que acabó siendo reemplazada, en el año 2000, por la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, que entra en vigor el 1 de febrero de 2000 (BOE, 12 de enero, 2000).

### **LEY ORGÁNICA 4/2000, DE 11 DE ENERO, SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL**

En la aprobación de esta ley han intervenido, a lo largo del tiempo, varios factores. Entre ellos se encuentran la pertenencia de España a la Unión Europea y el Espacio Schengen, que creó una actitud de obligatoriedad en cuanto a la política estricta de admisión (Soriano-Miras, R., 2011, pág. 686).

Partiendo de la base, la normativa europea se establece a través del Consejo de Tempere (1999). Posteriormente se aprobará el Tratado de Ámsterdam, que tienen como objetivo que la U.E. se convierta en un espacio de libertad, seguridad y Justicia (Parlamento Europeo, 1999). La U.E. recalca a través de estos Consejos el derecho del ser humano a la libertad.

Retrocediendo a la normativa aprobada en España, uno de los fines de la aprobación de la ley, de la que tratan estas líneas, fue la delimitación entre nacionales y los que carezcan de nacionalidad española (Soriano-Miras, R., 2011, pág. 687).

Con el fin de evitar incompatibilidades entre las leyes de régimen internacional y nacional, el artículo 149 de la CE cede la competencia exclusiva al Estado en lo referente a los/as extranjeros/as y su situación, estableciéndose al mismo tiempo competencias a las CCAA a la hora de la ejecución de la política de integración de los inmigrantes (Casey, 1998).

Podemos considerar que la aprobación de esta ley pretendía clarificar los requisitos de entrada de los/as extranjeros/as y sus condiciones en el ámbito laboral y de reagrupación familiar con el objetivo de reducir la inmigración irregular (Soriano-Miras, R., 2011, pág. 691).

Enfocándonos en el objetivo de nuestro TFG, procedemos a analizar ya el derecho de salud proporcionado al extranjero/a y los requisitos necesarios. Esta LOE, añade preceptos de extrema importancia, como es la salud y la protección de este derecho, reconocido en la Carta Internacional de Derechos Humanos.

La aportación más importante, para el desarrollo de los objetivo de este TFG, es la ampliación del artículo 14 de la Ley Orgánica 4/2000, donde quedan definidos los requisitos para poder disponer de atención sanitaria en el territorio español.



Se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en el artículo 12, y se reafirma que los/as extranjeros/as poseen el derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas, siendo esto expuesto en el artículo 14 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero. Como requisito, se establece el empadronamiento de este en un municipio.

**LEY ORGÁNICA 2/2009, DE 12 DE DICIEMBRE, DE REFORMA DE LA LEY ORGÁNICA 4/2000, DE 11 DE ENERO, SOBRE DERECHOS Y LIBERTADES DE LOS EXTRANJEROS EN ESPAÑA Y SU INTEGRACIÓN SOCIAL**

La Ley Orgánica 2/2009 de 12 de diciembre de 2009 de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en adelante (LO), en su artículo 12 evoca el derecho del inmigrante al sistema sanitario, y desarrolla los supuestos en los cuales se recibirá la atención sanitaria, en los siguientes términos.

- Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria
  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.

Establece como único requisito, para poder acceder a los servicios sanitarios, el empadronamiento del/la extranjero/a en un municipio. Se establecen así dos grupos de extranjeros y extranjeras que pueden acceder al sistema sanitario: los que poseen el documento de identificación nacional y los que no lo poseen, teniendo acceso, éstos últimos, a través de la escritura efectiva en el Padrón municipal.

El resto de extranjeros/as irregulares, bajo esta ley, carecían del disfrute del servicio sanitario. La excepción se contemplaba en el caso de urgencias en niños menores de dieciocho años y mujeres embarazadas.

Este aspecto podría producir situaciones de riesgo para el resto de la población, ya que no había un control sobre los inmigrantes irregulares y tampoco sobre la inscripción en el Padrón Municipal, a través de la cual todos podrían hacer efectiva su residencia (Fernández Bernat, 2012).

A lo largo de las reformas normativas se ha ido modificando el apartado del acceso al sistema sanitario, y ya, con la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, todas las personas que querían disfrutar del derecho a la asistencia sanitaria deberían poseer la residencia efectiva, expedida por las autoridades españolas competentes a tal efecto.

### **2.3.2 Marco jurídico sanitario**

Avanzando con el tema, este sub-apartado recopila la normativa básica internacional, europea y nacional sobre lo que significa el concepto “derecho” y “salud”. Se contrasta y se especifica los artículos que incluyen el derecho a la salud de los inmigrantes, de tal forma que se pueda observar la protección que se les aplica.

### *2.3.2.1 Internacional*

#### **DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS (1948)**

Desde hace mucho tiempo se ha defendido los derechos humanos, y con ellos, concretamente, el derecho a la salud como algo fundamental e indispensable para el desarrollo de las personas durante su existencia.

La Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, en su artículo 25 (Diario Oficial de la Comunidades Europeas, 2000, pág.14) recoge este principio:

- Artículo 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 necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Este artículo vela por el derecho a un nivel de vida adecuado que garantice el bienestar integral al individuo como a su familia: salud, educación, vivienda y los servicios sociales necesarios.

#### **NACIONES UNIDAS: OMS 1948**

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) es la autoridad internacional representativa de las Naciones Unidas. Su principal objetivo, es el cumplimiento a nivel mundial de todos los derechos humanos. Está integrada por 192 Estados miembros.

La OMS define la salud (1948) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia. La colaboración entre las personas para alcanzar dicho estado aparece como un elemento importante:

“La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

Es decir, todos debemos contribuir a la mejora de la salud dentro de nuestra sociedad. Este ámbito está compuesto por la aplicación de la química, la bacteriología, la ingeniería, la estadística, la fisiología, la patología, la epidemiología, y sociología (Rodríguez y Martínez, 2008, pág.12).

Como respuesta de la situación de los inmigrantes irregulares, la OMS recoge en su informe de 2003 lo siguiente:

“Uno de los factores más importantes que determina si los migrantes encuentran obstáculos para acceder a los servicios de salud es la cuestión de su condición jurídica en el país. Por consiguiente, es conveniente iniciar este análisis con el examen de las cuestiones relativas a la salud y los derechos humanos de los migrantes indocumentados o “irregulares”. Las leyes y políticas que impiden a los migrantes acceder a los servicios sociales (incluida la atención médica) en función de su condición de inmigración, tienen como base y transmiten la idea de que los migrantes irregulares son los principales responsables de su precaria situación, de que a los contribuyentes les saldría muy caro pagar por sus servicios de salud y de que excluirles de las prestaciones sociales serviría para disuadir a futuros migrantes irregulares. Por tanto, permitir a los migrantes irregulares el acceso a los servicios de salud suele considerarse un acto de caridad o “generosidad” por cuenta del Estado. Sin embargo, de acuerdo con las leyes de derechos humanos, los gobiernos *tienen obligaciones jurídicas con*

*respecto a la salud de toda persona que se encuentre en el ámbito de su jurisdicción” (OMS, 2003, pág. 21).*

Conforme a esta publicación, se reafirma el hecho de que seguimos considerando a la población extranjera causante de los problemas persistentes en nuestro ámbito sanitario, sin velar y poner en práctica los principios y valores de ofrecer prioridad según las necesidades.

### **PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC) 1966.**

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966, evoca el derecho a la salud en el artículo 12, como una amplia gama de factores socioeconómicos que protegen las condiciones en base a los cuales las personas pueden llevar una vida decente y también menciona la importancia de la adopción de criterios efectivos y puesta en marcha por parte de los Estados Parte (BOE, 1977, p.3).

- Artículo 12.

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

El derecho a la salud comprende diferentes elementos esenciales cuya aplicación dependerá de las condiciones existentes en cada Estado. Uno de los más importantes es la disponibilidad, definiendo este concepto como el cómputo de número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención primaria.

Otros factores básicos de salud serán también la disponibilidad de agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, personal médico y medicamentos elementales definidos por el Programa de Acción sobre medicamentos de la OMS (OMS, 2008, pág.3). Estos establecimientos deben ser accesibles a toda persona sin discriminación alguna, haciendo uso de los criterios éticos. También deberán de respetar distintos componentes de este principio, como es el alcance geográfico y la asequibilidad.

En el artículo 12 el Pacto suprime cualquier tipo de discriminación racial alusivo a la atención de la salud y los demás factores básicos. Incluye en el marco de discriminación el origen nacional, y por tanto la inmigración, la posición económica y social, el lugar de nacimiento, los impedimentos físicos o mentales, el estado de salud, la orientación sexual, y todo lo que tenga por objeto el menoscabo de la igualdad de disfrute del derecho de salud. Además, los Estados tienen la obligación de proporcionar seguros médicos y centros de atención de la salud, descartando comportamientos y actitudes referidas al marco de discriminación que señala.

También deben proteger el medio ambiente, ya que sus condiciones afectan a la salud y bienestar de la población. Así mismo también recoge aspectos en relación a la genética humana (Manfred Nowak, 2005, pág.1).

Por tanto, tres son los principios:

- Respetar el derecho a la salud conteniéndose a prohibir el acceso a detenidos, a representantes de las minorías e inmigrantes ilegales.
- Proteger. Como obligación referida a la adopción de medidas necesarias que protejan el derecho a la salud y que vele por el acceso igualitario a la atención primaria.
- Cumplir. Consagración de todos estos derechos, deberes y requisitos al sistema sanitario en leyes, para que posteriormente quede constancia de todo lo establecido. Este principio ayudará a los particulares y las comunidades a deleitarse de los derechos a la salud.

A partir de la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966 se ha dado un cambio importante a nivel mundial en cuanto al sistema de salud.

Del mismo modo, en los acuerdos internacionales se establecerán los mismos principios, y para que estos sean de aplicación internacional, los Estados Partes tienen que respetar el goce del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros los vulneren.

### *2.3.2.2 Europa*

A continuación nos basaremos, para analizar el marco europeo, en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. En ella se establecen los criterios aplicables en cuanto al sistema sanitario de los Estados miembros de la U.E. Como ya hemos mencionado, el derecho a la salud es un derecho vital que todo ser humano posee.

En el artículo 5, de dicha Directiva, se establecen las responsabilidades del Estado miembro de afiliación, entre los cuales se enumera la obligatoriedad de

ofrecer puntos centrales de contacto e informar a los pacientes sobre sus derechos.

Los derechos que establece no comprenden los servicios de asistencia permanente, el trasplante de órganos ni las vacunaciones públicas, exceptuando las enfermedades infecciosas que puedan afectar a la población del Estado en el que estén.

Con el fin de que no se creen gastos innecesarios, en el artículo 35 de la misma, establece una autorización previa sobre reembolso de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado, sin crear una situación de obligación, a costa de que al Estado miembro de afiliación se le reembolse los costes generados por el paciente (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011, pág.49).

También, según el Reglamento n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa, de 16 de septiembre de 2009, se establece la igualdad de trato en las prestaciones provenientes del marco de actuaciones de la seguridad social, en las que se presten estos servicios, para los extranjeros pertenecientes a la Unión Europea y los nacionales.

### **CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UE, 2000**

El Parlamento, el Consejo y la Comisión Europea anuncian en Niza en el año 2000 la aprobación de la Carta de derechos fundamentales de la U.E. Debido al fracaso del proceso de ratificación del proyecto constitucional para Europa, esta Carta no adquirió carácter jurídico, siendo una simple enumeración de derechos hasta la entrada en vigor del Tratado de Lisboa, de 7 de diciembre de 2007.

Se divide en siete capítulos, donde en los primeros seis se exponen los derechos específicos y el último, complementa la carta con los principios y el ámbito de aplicación (Sarah, SY, 2016).



Aplicando el marco internacional, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea recopila el derecho a salud como algo fundamental y de aplicación a toda persona. Esto es establecido en el artículo 34 seguridad social y ayuda social donde se menciona la protección en caso de maternidad, enfermedad, accidentes laborales que comprende a todos los miembros de la Comunidad Europea. También en el artículo 35 se reafirma el derecho al disfrute de una atención sanitaria. (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2000, pág.16)

- Artículo 35. Protección de la salud.
  1. Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

En palabras de Sarah, SY. (2016), aunque en la Carta se solicita la aplicación del derecho a la salud con el nivel más alto posible de calidad y ejecución, esto dependerá de cada Estado. Este hecho no supone una limitación del derecho a la salud, ni por la condición jurídico-política ni tampoco por la condición jurídico administrativa.

### *2.3.2.3 España*

Una vez expuesta la normativa europea de salud nos enfocamos la atención en la legislación específica de España, que estará regida por los marcos europeos de salud, así como por los Pactos Internacionales expuestos, donde los Estados Parte deberán responder positivamente poniendo en práctica lo establecido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) 1966.

La Constitución Española (CE) de 1978 recopila, en su artículo 10, el cumplimiento de aceptación y respeto de los derechos humanos partiendo de lo establecido en la Carta de los Derechos Humanos.

- Artículo 10. De los derechos y deberes fundamentales.
  1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
  2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Este quiere reafirmar que España se adapta al marco europeo, a través del cual se establecen los Derechos Humanos a nivel internacional y nacional.

Así mismo, será en su artículo 13.1 donde se definen los derechos y libertades de los extranjeros, y que pasamos a recoger íntegramente:

- Artículo 13. De los españoles y los extranjeros.
  1. Los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley.

En palabras de Aguilar A. (2011, pág. 155), y conforme a lo establecido en la CE, todos los extranjeros poseen la titularidad de los derechos, pero su ejercicio se ciñe a lo que dispongan los Tratados, la LO, y las leyes que regulan el ejercicio de cada derecho fundamental.

El Tribunal Constitucional (TC), a través de la Sentencia 230/2007, determinó la inconstitucionalidad de la distinción en el disfrute de derechos por cuestiones

administrativas, ya que en el artículo 10.1 Constitución Española se afirman tres tipos de derechos:

1. Derechos que pertenecen a la “persona”. Derechos imprescindibles de la dignidad humana y que por tanto disfrutan tanto los ciudadanos, como los residentes, como los extranjeros “sin papeles” (derecho a la vida).
2. Derechos que reconoce a “todas las personas”, por lo que el legislador no puede negar su ejercicio a los no residentes (como el derecho de reunión y asociación).
3. Derechos no atribuidos expresamente por la CE a los extranjeros, y que el legislador sí puede configurar en cuanto a su ejercicio por cuestiones de residencia.

En el Capítulo III de la CE denominado “De los principios rectores de la política social y económica”, el derecho a la salud se reconoce concretamente en su artículo 43.

- Artículo 43.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

En este sentido y dentro del mismo, el Capítulo III consagra en el artículo 41 el derecho a la Seguridad Social.

- Artículo 41.

1. Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

### **LEY 14/1986, GENERAL DE SANIDAD**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, también conocida bajo la denominación de la *reforma de Ernest Lluch*, fue el comienzo del desarrollo legal del derecho a la protección sanitaria. Para Castillo, J. (2015, pág.16) supuso la creación del actual SNS, creándose una soldadura entre los conceptos de carácter público, gratuidad y universalidad.

La importancia de ejercer el derecho a la salud se podrá examinar a partir del artículo 1 de dicha ley, donde se observa la consideración que se le ofrece al ciudadano al derecho a la salud y a la asistencia sanitaria, concretamente en su punto 2 y 3 que recogemos íntegro en las próximas líneas.

- Artículo 1.2 y 1.3. Del derecho a la protección de la salud.
  - 1.2. Son titulares del 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 el territorio nacional.
  - 1.3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

Margarita Lema Tomé recoge en la revista Eunomía, Revista en Cultura de la Legalidad (2014, pág.100) las palabras del autor Heras, G. (2004) donde este manifiesta la aprobación de la ley como un enfoque en la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos:

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

Entonces, la Ley General de Sanidad de 1986 generó la ampliación de la cobertura sanitaria. Este hecho hacía comprender que, si dicha cobertura alcanzaba esos niveles, se aplicaba también a la población inmigrante residente, ya que en ningún punto de la misma se establecía lo contrario. Pero, con una política fiscal deficitaria, el Estado Español no pudo llevar a buen puerto una reforma sanitaria basada en la universalidad e igualdad básica de la protección sanitaria (Lema M., 2014, pág.112).

Sin embargo, a través de la aplicación de esta ley, se logra establecer el reparto competencial entre las Comunidades Autónomas en materia sanitaria. Esto se inicia a través de un sistema de Seguridad Social que se financiaba casi al completo por cotizaciones sociales, con una aportación reducida y minoritaria del Estado, estableciéndose un sistema provisional de distribución de los fondos destinados a la asistencia sanitaria a las CCAA.

Así, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su exposición de motivos que, en virtud de los artículos 43 y 49 de la Constitución Española (1978), se reconoce el derecho de todos los/as ciudadanos/as a la protección de la salud, y recoge el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y ciudadanas, así como a los extranjeros residentes en España.

El artículo 80 de la Ley decreta que el Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma. Si se trata de personas sin recursos económicos, la asistencia sanitaria prestada será, en todo caso, con cargo a transferencias estatales, que las desarrollaremos en el apartado 2.4 referido al gasto sanitario del presente TFG.

### **LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud fusiona los principios de financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios. También ha constituido la base de acceso de los extranjeros a la asistencia sanitaria.

Por otro lado, y una vez trasferidas las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, fue necesario llevar a cabo reformas donde quedasen reflejadas las condiciones para poder acceder al sistema sanitario. Esta ley fue una respuesta al desarrollo de la Ley 14/1986, instaurando los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el SNS conforme al carácter público, universalidad y gratuidad del sistema.

La ley está compuesta por 11 artículos donde se puntualizan los aspectos esenciales del SNS. Esto significa que abarca el fundamento de lo que los/as ciudadanos/as pueden esperar del sistema sanitario público como son principalmente: los técnicos profesionales, las prestaciones y los medicamentos.

En el artículo 3 se plasma el marco que comprende a las personas que puedan acceder a la prestación de atención sanitaria. Este artículo, ha sido modificado y reformulado en varias ocasiones, quedando establecidas las condiciones de asegurado en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes

para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que comentaremos más adelante.

- Artículo 3: Titulares de los derechos.

1. Son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria los siguientes:
  - a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000.
  - b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
  - c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.
2. Las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

También se establece un margen especial de extrema urgencia, donde los médicos, independientemente de si la persona está asegurada o no, les atenderán y les ofrecerán ayuda. Esto se recoge en el siguiente artículo de la Ley:

- Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

1. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:
  - a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.
  - b) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Esta ley ha sido modificada, aprobándose posteriormente el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, citado anteriormente, que decreta al Instituto Nacional de la Seguridad Social y al Instituto Social de la Marina como competentes para controlar la condición de beneficiario del Sistema Nacional de Salud. Su última modificación es de 13 de junio de 2015.

Otra ley que también alude a lo expuesto en las leyes 14/1986 y 16/2003 es la Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública, que hacía hincapié en la igualdad que debían poseer todas las personas respecto a la salud pública sin que se establecieran discriminaciones de ningún tipo.

**REFORMA LEGISLATIVA A TRAVÉS DEL 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**

A lo largo de años, se han producidos cambios importantes en la legislación española, pero cabe mencionar la aprobación de este Real Decreto Ley (RDL), puesto que subrayó la condición de asegurado para que los extranjeros comunitarios y extracomunitarios accedieran a la atención sanitaria, y que realiza una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud.



Este hecho supuso importantes modificaciones, señalando aquí las siguientes:

- La determinación de las prestaciones sanitarias, sustituidas por una “cartera de servicios común” dividida en 129 categorías.
- Un nuevo sistema de aportación económica de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, denominada “copago” farmacéutico
- La regulación de la condición de asegurado.

Dicha condición ha supuesto un cambio radical de elementos sustantivos de nuestro sistema sanitario público, dejando a miles de personas sin asistencia sanitaria, y en particular a los inmigrantes en situación irregular.

Otra de las modificaciones del sistema normativo, se prueba el 3 de agosto el Real Decreto 1192/2012 (RD 1192/2012), 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, haciendo pequeñas correcciones al RDL anterior.

La aprobación de este RD 1192/2012 pone fin al modelo de universalidad, promoviendo una asistencia sanitaria limitada a la titularidad del derecho sanitario a una condición administrativa, excluyendo a los inmigrantes irregulares. Su financiación depende de la situación administrativa de cada persona.

Con la finalidad de que no se genere ninguna confusión en lo referente al acceso a las prestaciones sanitarias, el artículo 1 recoge la modificación del artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud en los siguientes términos:

- Artículo 1. Modificación de la Ley 16/2003  
Artículo 3. De la condición de asegurado

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

Significa que se elimina el principio de universalidad donde, tanto los extranjeros como los nacionales, acceden de la misma manera a la prestación de estos servicios. Ahora, con la implantación de este Real Decreto, toda persona necesita obligatoriamente cumplir la condición de asegurado, según los criterios expuestos en este mismo artículo citado anteriormente (art. 1), que modifica la condición de asegurado en los siguientes términos:

- a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
- c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Este supuesto afecta a la población inmigrante en situación irregular, ya que estos no se contemplan en ninguno de los supuestos antes mencionados. La situación de los extranjeros se instaura en el punto 3 de la modificación del art.3 de la Ley 16/2003, dentro del artículo 1 del Real Decreto:

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de

asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Anteriormente, para poder disfrutar de atención sanitaria, los extranjeros solo debían de estar empadronados en el Padrón Municipal de alguna localidad y ya se le abría las puertas al sistema sanitario. Ahora no hay que superar un límite de ingresos, ya que, conforme a este Real Decreto las prestaciones se repartirán dependiendo de la situación administrativa de cada persona. Otro camino de acceso se establece en el punto 4 del mismo articulado que venimos tratando:

4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Aunque haya solo una persona que esté asegurada, cumpliéndose los requisitos mencionados arriba, cualquier persona que dependa de un familiar cercano puede ser beneficiaria.

Como último, en el punto 5 de la modificación del art.3 de la Ley 16/2003, dentro del artículo 1 del Real Decreto que venimos tratando, se ofrece la posibilidad de un pago alternativo:

5. Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

Definitivamente se excluye el uso de un sistema privado para las personas que no dispone de recursos.

Asimismo, hay que hacer mención a la introducción del artículo 3 ter., recogido dentro del artículo 1 del Real Decreto, donde se señala la asistencia gratuita para los extranjeros irregulares y los no autorizados como residentes, en los siguientes supuestos:

- Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

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

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

Por lo tanto, se le atenderá al extranjero en situación irregular o no residente en el caso que tenga un grave accidente o se encuentre en un crítico estado de salud. Las mujeres recibirán atención durante el embarazo y el postparto y, los menores tendrán los mismos derechos que los españoles.

La aprobación de estas reformas causó problemas graves, ya que antes de la promulgación del RD 1192/2012 la sanidad se vinculaba al criterio de universalidad, tratándose de eliminar las desigualdades entre los seres humanos. Una vez impuestas estas condiciones estrictas de acceso se rompe la barrera igualitaria, provocando la creación de una sociedad injusta.

Como bien apunta Castillo, J. (2015, p.76), la mayoría de las reformas implantadas en el RD 12/2012 no se llevaron a cabo, ya que destruía los principios constitucionales.

Este hecho podría ser cambiado a través de una nueva denominación del concepto “asegurado”, cambiando los supuestos en los cuales se define recuperando el criterio de universalidad e incluyendo a todos los ciudadanos.

Por otro lado, hay que redefinir el vínculo del concepto “asegurado” con aquellas personas que cotizan a la Seguridad Social, supuesto irreal, ya que a partir de 1999, el sistema sanitario español es sostenido a través de los Presupuestos Generales del Estado. Esto significa que la aportación al SNS lo hacemos todos a través del pago de los impuestos.

### **LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

La puesta en marcha del Real Decreto Ley 16/2012 tuvo un efecto negativo hacia la población inmigrante, donde se les restringía el derecho a la asistencia sanitaria, como bien hemos apuntado al comentar el contenido de su artículo 1 de Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Estas restricciones son, como apunta Castillo, J. (2015, pág.80) una respuesta a los excesos de atención no facturable prestados a ciudadanos y ciudadanas de otros países europeos. Aunque este hecho ha sido corregido por la Directiva 2011/24/UE que establece normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza. Este marco aparece desarrollado en el Real Decreto 81/2014, 7 de febrero.

Los problemas de sostenibilidad económica causados por las prestaciones sanitarias a los inmigrantes es una afirmación errónea ya que, según estudios a nivel europeos “desacreditan de manera taxativa los se puedan deber a la atención sanitaria prestada a esos grupos de población”, (Castillo, J. 2015, pág.81).

Como respuesta a los problemas causadas por el RDL 16/2012, se requiere su derogación y retorno a la Ley orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, ofreciéndole gran importancia al artículo 12:

- Artículo 12 Derecho a la asistencia sanitaria
  1. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

En este artículo se ofrece varios tipos de atención sanitaria, asociado únicamente al ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria a través de la inscripción en el Padrón.

Aunque ya no se pueda dar una solución eficiente a los problemas, es esencial para la sociedad española centrarse en la recuperación del carácter universal e igualitario de la protección sanitaria, permitiendo el acceso de la población inmigrante a los mismos niveles de atención que ellos, impidiendo alimentar la marginación.

#### 2.3.2.3.1 Comunidad Valenciana

Conforme a lo establecido en la CE, el Estado ha ido transfiriendo competencias en materia sanitaria a las CCAA, con lo cual procederemos a estudiar la legislación autonómica para averiguar hasta qué punto se trata la inclusión de los extranjeros comunitarios en la asistencia sanitaria. La Comunidad Valenciana fue una de las primeras en recibir las competencias, figurando esto en su Título IV del Estatuto de Autonomía.

A través del artículo tercero la Ley de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de diciembre, del Servicio Valenciano de la Salud se consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

- Artículo tercero.

1. Hacer efectiva la responsabilidad de la Generalitat en garantizar el mejor estado sanitario posible de la colectividad y una asistencia médica integral y en condiciones de igualdad para toda la población.

Es decir, se establece un trato igualitario para toda la población por lo tanto, el inmigrante es poseedor del derecho sanitario de la misma manera que el español.

Hasta la promulgación de la LO 4/2000 los inmigrantes podían ejercer este derecho en las mismas condiciones que un nacional, con el único requisito de estar empadronados en un municipio.

Con la promulgación del Decreto 26/2000, de 22 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos/as extranjeros/as en la Comunidad Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria, se logra establecer una fusión de la normativa más relevante, como es: reforzar lo dispuesto en el PIDESC de 1966, la LGS de 1986, el Decreto 126/1999, y la LO 4/2000. Estas cuatro normativas representan el intento de lograr establecer la universalidad de este derecho. El Decreto 26/2000 expone en sus primeras líneas que:

*“El fenómeno de las migraciones, desde las áreas del mundo de mayor pobreza hacia los países desarrollados en búsqueda de oportunidades de vida humanamente más digna, ha originado la creciente afluencia de los habitantes de esas zonas a nuestro entorno más inmediato. Es evidente que las migraciones actuales encuentran su causa en los desequilibrios estructurales*

*endógenos y que la solución a ello pasa por propiciar un auténtico desarrollo económico y social en las áreas de origen. No obstante, se deben tomar las medidas parciales y concretas para garantizar los derechos básicos de toda la población inmigrante”.*

Y, establece en el artículo 2 los requisitos para ser considerado asegurado, que no distan de la normativa nacional en aspectos de menores y mujeres embarazadas. Solamente con estar empadronados en la Comunidad Valenciana, ya tienes cobertura sanitaria siendo este un avance en la inclusión de los extranjeros.

▪ Artículo 2:

1. Los extranjeros que se encuentren en la Comunidad Valenciana inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros no empadronados que se encuentren en la Comunidad Valenciana tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. No obstante lo anterior, la Conselleria de Sanidad ampliará la cobertura sanitaria para este colectivo, cuando carezca de recursos económicos, a las condiciones señaladas en el punto 2.1, mientras normalizan su situación administrativa.
3. Los extranjeros menores de 18 años que se encuentren en la Comunidad Valenciana tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en la Comunidad Valenciana tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.



Después de tantos intentos se aprueba la Ley 6/2008, de 2 de junio, de Aseguramiento Sanitario Público de la Comunidad Valenciana, la que incluye en un solo artículo, toda la normativa ya mencionada más arriba. Citamos su artículo 12 de prestaciones sanitarias, que recoge la garantía de asistencia sanitaria tanto a españoles como a extranjeros.

▪ Artículo 12. Prestaciones sanitarias.

1. La Conselleria de Sanidad garantiza el derecho de todas las personas, españoles y extranjeros, que residan o se encuentren en la Comunitat Valenciana, a la asistencia sanitaria en los términos establecidos en la normativa vigente y en la presente ley.

Un último matiz es remarcar la eliminación del requisito del empadronamiento en la Comunidad Valenciana donde, anteriormente una vez salidos de la CV, los inmigrantes ya no tenían derecho a la asistencia sanitaria. Hoy en día, priva sobre todo la importancia del ser humano y su estado de salud.

La aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril produjo una difícil situación, muchos extranjeros quedaron afectados por la condición de limitación de la cobertura en el sistema social. Con el fin de garantizar un acceso integral a la asistencia sanitaria, la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública propone la creación de una ley en base a la cual se ofrezca un servicio sanitario a toda la población sin discriminación alguna, aprobándose ulteriormente el Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

Este Decreto tiene por objeto asegurar que en el sistema sanitario público valenciano se cumplan los requisitos de igualdad de acceso a todos los/as ciudadanos/as, incluso para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la

Comunidad Valenciana, que no estén aseguradas, como se establece en el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Para poder ejercitar este derecho se requiere que las personas estén empadronadas en un municipio de la Comunidad Valenciana, quedando excluido el uso de estos servicios fuera de la misma. Bajo este requisito, se les pondrá a disposición una cartera básica de servicios, a través de una tarjeta de identificación SIP (Sistema de Información Poblacional), en las mismas condiciones de igualdad que el resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Los requisitos de inclusión a este sistema de salud se reúnen en el artículo 6 del Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana, y establece que cualquier extranjero mayor de edad, no registrado ni autorizado en España, tendrá pleno acceso. Ellos y ellas tendrán que demostrar estar empadronados en la Comunidad Valenciana con un mínimo de 3 meses, no estar inscritos en ningún organismo que ofrezca la cobertura sanitaria y no poder exportar este derecho desde el país de origen.

### **AGENCIA VALENCIANA DE SALUD**

La Agencia Valenciana de Salud es un órgano dotado de personalidad jurídica propia, denominada anteriormente Servicio Valenciano de Salud, que pertenece a la Comunidad Valenciana a partir de 2003. Esta entidad autónoma se encarga de la gestión y administración del sistema de salud y del servicio prestado en la comunidad.

Se administra según la normativa aprobada en la Ley 3/2003 de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, cuyo

objetivo es la consecución de esta, como el eje de organización de los servicios sanitarios.

Su normativa se rige a través del Decreto 25/2005 de 4 de febrero del Consell de la Generalitat por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud, quedando establecidas las normas de funcionamiento y estructuración en tres niveles, que se representan en la ilustración 1, y posteriormente describimos.

**Ilustración 1: Estructura del sistema sanitario valenciano**



Fuente: elaboración propia a partir de la web de la Generalitat Valenciana, Conselleria de la Sanitat Universal i Salut Pública.

1. Conselleria de Sanidad: siguiendo la definición establecida en el artículo 1 del Decreto 103/2015, de 7 de julio, del Consell, la Conselleria es descrita como “el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad, salud pública, farmacia, evaluación, investigación, calidad y atención al paciente que legalmente tiene atribuidas a estos

efectos”. Su organización es dividida en servicios centrales y servicios periféricos.

2. La Agencia Valenciana de Salud: se crea con fin coordinador de instituciones y entidades poseedoras de responsabilidad en el ámbito sanitario, quedando adscrita a la Conselleria de Sanidad. Su principal objetivo es conseguir el mayor alcance de eficiencia en la gestión de los recursos y un aumento de satisfacción de los demandaste de este servicio. Está compuesta por 22 departamentos de salud.
3. Los departamentos de salud, equivalen a las áreas de salud distribuidas geográficamente según el sistema sanitario valenciano. Tienen como función la atención sanitaria y coordinación con la atención especializada, de tal manera que se empleen todos los recursos para conseguir una máxima optimización y satisfacción del ciudadano. En el gráfico 9, se exponen los principales departamentos distribuidos por la Comunidad Valenciana.

**Ilustración 2: Distribución territorial de los departamentos de la Generalitat Valenciana**



Fuente: Organización territorial de la web de la Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

La Agencia Valenciana de Salud queda suprimida en 2013, pasando a depender su personal directamente de la Conselleria de Salud.

Una vez expuesta su forma de distribución territorial y las responsabilidades de cada institución, procedemos a la evaluar la atención que esta Comunidad presta al grupo de extranjeros en materia de salud.

### **LAS PRESTACIONES SANITARIAS A EXTRANJEROS EN LA COMUNITAT VALENCIANA**

Como ya hemos señalado, la aprobación del Real Decreto, 20 de abril de 2012, afectó en gran parte a los inmigrantes irregulares de este país. Se requería para el acceso a cualquier institución pública de salud la identificación a través del SIP, hecho imposible para los inmigrantes irregulares. Este RD quedó derogado por incumplir los principios Constitucionales.

A partir del 2015, este colectivo quedó cubierto en materia sanitaria de forma completa bajo las condiciones ya descritas y que volvemos a enunciar:

- Estar empadronado en un municipio de la comunidad autónoma durante tres meses.
- No poseer un seguro privado
- No ser nacional de un país que tenga firmado un acuerdo con España que le obligue al pago.

Carmen Montón, la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública (PSPV) fue una figura importante en el proceso de derogación del RD 2012, donde uno de sus argumentos se basaba en lo innecesario que es que las personas extranjeras irregulares lleguen a un estado de agonía para poder ser atendidas, puesto que el gasto de los/as extranjeros/as es inferior al de un español (Zafra, 2015).

Todas estas variaciones normativas han afectado al colectivo objeto de estudio de este TFG, los residentes rumanos en la Comunitat Valenciana, especialmente el Real Decreto, 20 de abril de 2012 cuyas modificaciones ya se han descrito. La

inmigración desde Rumanía es la que más acoge esta Comunitat, por lo que esta normativa dejó descubiertas sanitariamente a un amplio número de personas, ya que la irregularidad de estos les ha privado el uso del derecho al sistema sanitario a partir del 2012.

A raíz del boom inmobiliario que vive toda España en el s.XXI, especialmente localizado en zonas del litoral, La Comunitat Valenciana recibirá abundante mano de obra. Así, los rumanos han sido durante los últimos diez años la población que más mano de obra ofrecía, trabajando a destajo en la construcción, y en ocasiones irregularmente, sin ninguna cobertura social, con el alto riesgo que esto puede conllevar.

La siguiente tabla muestra la evolución de la población rumana durante los últimos diez años, en la cual se puede observar como su número casi se va duplicando .

**Tabla 6: Población rumana en la Comunidad Valenciana, por provincias. 2005, 2010, 2015.**

	2005	2010	2015
<b>Total (ambos sexos)</b>	121.216	282.782	238.504
<b>COMUNITAT VALENCIANA</b>	60.608	141.391	119.252
<b>Alicante/Alacant</b>	12.213	32.683	27.485
<b>Castellón/Castelló</b>	29.021	55.629	42.458
<b>Valencia/València</b>	19.374	53.079	49.309

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE, revisión del Padrón municipal, Comunidades autónomas y provincias, población extranjera por sexo, comunidades y provincias y nacionalidad.

## **ASOCIACIÓN DE RUMANOS DE VALENCIA (AROVA)**

El abundante asentamiento de residentes rumanos en el litoral valenciano impulsó el asociacionismo de este colectivo, creándose diferentes asociaciones básicamente con el objetivo de darse apoyo mutuo a la hora de trámites administrativos, información laboral e incluso apoyo económico.

Así, en el año 2005 nace, en el municipio de Valencia, la Asociación Rumana de Valencia (AROVA), cuyo objetivo es servir de apoyo a este colectivo de inmigrantes en aspectos de regularización y oferta de empleo (Pérez, I., 2008) principalmente, pero también en aspectos relativos a la integración a través de la lengua, tanto para rumanos como para españoles, impartiendo cursos de español para inmigrantes rumanos y de rumano para españoles.

Esta asociación no termina su función ahí, sino que además ofrece ayuda alimentaria para las personas y las familias de origen rumano que se encuentren en dificultades.

Todo ello ha logrado crear una pequeña comunidad de sentimiento, donde se desarrollan y fomentan actividades culturales con raíz Rumanía. Esta asociación recibe apoyo a través del Ministerio de Exteriores rumano, de la Iglesia Ortodoxa Rumana, y el Ayuntamiento de Valencia (Pérez, I., 2008)

### **2.4 GASTO SANITARIO**

Con el análisis del gasto sanitario lo que se pretende es observar si la restricción del derecho a la sanidad de los inmigrantes surgió a causa del aumento del gasto sanitario.

Clavero A. y González, M. L. (2005, pág.56) subrayan, en un estudio estadístico que realizan, que el gasto sanitario es provocado por los problemas financieros



y la sostenibilidad. Según estos, para subsanar este problema, el SNS ha puesto en marcha contratos-programa en la administración y los centros sanitarios, creando un vínculo de producción-financiación, creando nuevas formas de gestión que se rijan a través de las normas del derecho privado y la opción de libre elección de médico por parte del paciente. Estas medidas presentan dificultades a nivel autonómico ya que la financiación de los servicios a través de estos programas supone varios inconvenientes a la distribución actual de competencias (Cuenca, A., 2016, pág.10).

Se apuesta por un sistema descentralizado, ya que esto permite una mayor satisfacción de las necesidades y control por parte de los ciudadanos, ayudando a lograr una asignación de recursos de forma eficiente (Cuenca, A., 2016, pág.10). Se apuesta por una reagrupación autonómica.

Según estudios realizados por el Grupo de Análisis del Gasto Sanitario, la población inmigrante accede al servicio sanitario a través del servicio de urgencias debido a la mayor frecuencia de irregularidad (MSSSI, pág.739). Los cambios demográficos en los últimos años y la introducción de cobertura total a la población residente en España a través del SIP, han creado el aumento de la necesidad de ampliación de servicios sanitarios (Blanco A. y Thuissard I., 2010, pág. 95).

Por tanto, el incremento del gasto sanitario es alimentado por la introducción de nuevas tecnologías, un aumento de la población mayor y una mayor cobertura sanitaria.

Como bien sabemos, la financiación del gasto sanitario español se realiza a través de los impuestos pagados por la población, resultando la contribución de todos al saneamiento de los gastos públicos. A corto plazo, la aportación de los inmigrantes es mayor que el gasto que generan dentro del sistema sanitario

(Blanco A., y Thuissard I., 2010, pág.102), puesto que sólo solicitan asistencia en situaciones graves, no acudiendo en la mayoría de los casos a la asistencia primaria, como se ha señalado en los estudios citados anteriormente.

A medio y largo plazo, los autores Blanco A., y Thuissard I., (2010, pág.102) subrayan la información elaborada por el profesor Feldstein, M. (2006):

*“El aumento de los ingresos derivados de un aumento de la inmigración financiará sólo una parte de los aumentos que se producirán en el coste de pensiones y asistencia sanitaria. Sostiene este autor que el 2% del PIB de ingresos netos que se derivarían de un 50% más de aumento del número de inmigrantes en la población, financiaría menos del 10% del gasto previsible en pensiones y asistencia sanitaria. “*

La ampliación de cobertura sanitaria provoca un aumento del gasto sanitario y según los últimos estudios llevado a cabo por Estadística de Gasto Sanitario Público, los inmigrantes contribuyen a este hecho en un 5%. Es diminuto el gasto sanitario que generan, para que se les deniegue el derecho de asistencia sanitaria.

A causa de su perfil demográfico éstos registran un gasto sanitario por persona menor que la media de la población en su conjunto. De acuerdo con los cálculos realizados, en el estudio llevado a cabo por Blanco A., y Thuissard I. (2010, pág.104), los inmigrantes gastarían por persona entre un 69% y un 77% del gasto medio del conjunto de la población en el año 2007. Conforme estimaciones se atribuiría como gasto a este colectivo aproximadamente de un 6% y un 7% del total.

El principal problema de la financiación de los sistemas públicos con los recursos obtenidos es su grado de suficiencia para compensar el gasto creciente que se

está produciendo en todos los sistemas sanitarios. Estos no muestran una elevada contribución al déficit público de cada país.

A lo largo de los años el gasto sanitario en España se ha relacionando siempre con los patrones de gasto en relación con el nivel de riqueza expresado en términos de PIB per cápita. Desde 1999 hasta 2009, la participación del gasto sanitario total sobre el PIB alcanzó la cifra máxima del 9,62% (Castillo, J., 2015, pág.23).

El Tribunal de Cuentas viene señalando, en los últimos años, que las personas residentes en España y poseedoras de nacionalidad, según Reglamentos comunitarios y Convenios Bilaterales, tienen derecho a la asistencia sanitaria prestada en España. Aunque también hay otra forma de acceder a la asistencia sanitaria, a través de la sección de “personas sin recursos económicos suficientes” de acuerdo con la legislación española y las prestaciones de asistencia sanitaria, y a través de ella pueden acceder los extranjeros y las extranjeras inmigrantes.

Estos tienen que cumplir los requisitos mencionados en el siguiente artículo 3 del Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, de la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

- Artículo 3 de la Orden de 13 de noviembre de 1989:
  - a) La residencia en territorio nacional, mediante certificado de empadronamiento.
  - b) La insuficiencia de recursos económicos, mediante declaración jurada de los interesados.
  - c) La no inclusión en cualquiera de los Regímenes de la Seguridad Social, bien sea como titular o como beneficiario, mediante manifestación expresa de los interesados.

Los encargados de asignar esta facultad son los órganos competentes de las Comunidades Autónomas o el INGESA<sup>6</sup> a través de propuesta al INSS. Estos remiten la tarjeta sanitaria individual para las personas que solicitan el derecho, obteniendo desde ese momento el derecho de acceso.

Al Tribunal de Cuentas hay que presentarle la siguiente información sobre los recursos económicos para que se pueda reconocer el derecho:

- Copia de la Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del último ejercicio, cuando el solicitante o algún otro miembro de la unidad familiar viniera obligado a realizarla, o certificado del Ministerio de Economía y Hacienda de estar exento de realizarla.
- En el caso de que no sea posible presentar esa información, es suficiente, con carácter general, con que el propio interesado presente una Declaración Jurada sobre los ingresos económicos.

Por otro lado, uno de los riesgos inherentes a la figura de “personas sin recursos económicos suficientes” es que la persona que solicita el derecho a la asistencia sanitaria en España esté asegurada en su país de procedencia (Informe Tribunal de Cuentas, 2012, pág.160).

Como conclusión y fusión de diferentes trabajos, el Instituto de la Empresa Familiar<sup>7</sup> (2007) afirma que diferentes estudios han demostrado que el coste sanitario generado por los inmigrantes no es superior, en términos per cápita, al

---

<sup>6</sup> INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

<sup>7</sup> El Instituto de la Empresa Familiar (IEF) se fundó en 1992, y se ha consolidado como el interlocutor de referencia sobre la empresa familiar ante las Administraciones, instituciones, medios de comunicación y la sociedad en general.

<http://www.iefamiliar.com/>

de los residentes nacionales. Es más, debido a su juventud tiende a ser inferior (AGE, 2007, pág.4).

También, la aprobación en el 11 de enero de 2017 del programa de estabilidad durante los años 2016-2019 se ha hecho con la finalidad de ir reduciendo el gasto sanitario público en un porcentaje que va desde el 6,5% sobre el PIB de 2011 hasta el 5,95% del PIB en 2016 y el 5,74% que se prevé en 2019 (Fernández Díaz, M., 2017).

## CAPÍTULO 4- RESULTADOS

Este apartado se ha elaborado a partir de todo lo tratado hasta el momento, integrando a su vez los resultados obtenidos tras la realización de las entrevistas semidirigidas efectuadas a residentes rumanos, no nacionalizados, en la ciudad de Valencia.

Entrevistas necesarias para cubrir el principal objetivo de este TFG, que no es más que aproximarse al grado de conocimiento de los derechos y requisitos de acceso a la atención primaria que el colectivo de extranjeros/as comunitarios/as, cuyo origen es Rumanía, tienen desde el marco legal de nuestro país y concretamente en la Comunitat Valenciana.

En primer lugar, se observa la falta de entendimiento médico-paciente como consecuencia de la ausencia del dominio de la lengua española. Barrera esta que lleva a que el paciente no acuda al médico por miedo a no saber cómo explicar sus problemas de salud. Habitualmente, los/as extranjeros/as rumanos/as acuden al médico acompañados de alguien que les ayude a comunicarse.

“Aunque no les entendía del todo, yo ya había estado en Italia y relacionaba un poco los conceptos. He ido acompañada de mi marido que es rumano.” E7

“La primera vez que he ido me ha acompañado alguien que sabía hablar.” E6

“No he tenido un traductor, porque iba con mi familia, con mi madre. No me han dicho que podría pedir un tutor”. E5

En segundo lugar, el desconocimiento de los derechos produce un retraso en la adquisición del SIP. La falta de información sobre la documentación que hay que

aportar para poder solicitar el SIP, ha implicado que muchos estén años sin acudir al médico.

“Me han dado el SIP en 2011 cuando conseguí tener un contrato de trabajo. Llegue a España en 2007”. E2

“El SIP lo consiguió la señora en la que estaba trabajando interna. Ella nos empadronó en su casa y solicitó la tarjeta sanitaria”. E7

“Tienes que estar empadronado para que te den el SIP”. E1

“Tener un trabajo con contrato y ya puedes acceder. Yo tuve SIP porque mi madre lo tenía. Yo soy madre y por ejemplo me han dicho que al dar a luz, si no tienes la tarjeta sanitaria ni contrato, solo tres meses tu hijo está cubierto por el sistema sanitario y después tienes que pagar”. E5

“Tener los papeles, siendo estos el NIE y empadronamiento. No tengo SIP porque no tengo contrato, mis padres tampoco. Todo el mundo dice lo mismo que tienes que tener contrato. Llevo 10 años aquí, y nunca he ido al médico. Me gustaría que alguien nos informe más sobre los tramites”. E9

“He presentado el contrato de mi marido, certificados de los niños, para poder conseguir la SIP”. E11

Este desconocimiento de la accesibilidad al sistema y los derechos de los que dispone, junto al problema comunicativo, tiene como consecuencia el aumento de la automedicación, con el riesgo derivado para la salud y la vida. Los entrevistados/as afirmaron en varias ocasiones el empleo de medicamentos no recetados, adquiridos en las farmacias o a través de un conocido.

“Debido a una infección genital que tuve, tomé medicinas porque la fecha de consulta del ginecólogo era a largo plazo”. E1

“Nosotros nos tomamos solos los medicamentos, los que yo sepa para mi enfermedad crónica me pongo una crema pero trato de reducirlos. No voy a urgencias por culpa del trabajo, por si lo pierdo”. E7

“Cuando me duele algo tomo algún analgésico y por ejemplo, si mi hijo tiene fiebre, yo le administro los medicamentos y en varias ocasiones hasta antibiótico no recetado. No puedo dejar al niño con 40°C de fiebre. La médica siempre me dice que muy mal, pero tampoco puedo estar con ibuprofeno dos semanas sin obtener ningún resultado”. E3

La saturación del servicio de urgencias se produce debido a que casi todos los/as entrevistados/as esperan al agravamiento del estado de salud para acudir al médico, o incluso sin esa gravedad utilizan el servicio sanitario de la misma forma. A la formulación de la pregunta, cuando te encuentras mal o sufres dolores crónicos, ¿acudes a médicos especializados o al médico de cabecera? ¿Acudes a urgencias o previamente pides cita en atención primaria? La mayoría han contestado de manera positiva a la asistencia en el servicio de urgencias. Este hecho lo que provoca es la sobrecarga de los servicios de urgencia, y la ralentización de la atención.

“Si me encuentro mal acudo directamente a urgencias”. E11

“A mi hijo siempre lo llevo a urgencias, porque me asusto mucho y su medica siempre me da el mismos tratamiento. Prefiero que lo haga un médico especialista en eso”. E5

“He ido a urgencias hace una semana. Yo no tengo SIP, pero me han atendido y no me han cobrado nada”. E9

“Voy al médico y no me hace nada, así que, cuando me encuentro mal voy directamente a urgencias”. E11



Otro aspecto destacado es la falta de información sobre los servicios especializados de los cuales dispone el sistema sanitario público y a los cuáles cualquier ciudadano que dispone de SIP, pueda acceder.

“Me opere de astigmatismo en la privada porque no me informaron en la salud pública de que una persona con astigmatismo grado 6 puede ser operada a través del hospital público”. E1

También, aunque haya coincidencia con el caso en los pacientes españoles, el hecho de no poder ser atendidos en atención especializada a corto plazo, implica que la mayoría se auto-mediquen o incluso, que solo se dirijan al servicio de urgencias.

“He ido a servicios especializados, como es la ginecología, pero para conseguir hora y fecha han tardado mucho. Nunca hay disponibilidad inmediata o cercana por si el paciente tiene problemas por ejemplo de hongos, que requiere tratamiento inmediato. Te tienes que esperar medio año para conseguir un tratamiento adecuado sin acudir previamente a la farmacia, con lo cual lo primero que hace el paciente es ir a la farmacia más cercana y pedir un tratamiento inmediato para la enfermedad”.E1

“Tuve un problema con una uña del pie derecho que se me encarno y cuando he ido al médico de cabecera me ha citado en podología, pero en el plazo de un año. Eso lo veo exageradísimo ya que me parece alucinante estar con el pie con pus e infectado y que no me puedan tratar con urgencia. De esta manera acudí a un médico privado donde tuve que pagar. En otra ocasión que me ha pasado lo mismo con la misma uña, acudí a urgencias y me resolvieron el problema en el instante”. E10

“Tuve una uña encarnada y me dirigí directamente al podólogo privado ya que para que en el público me atiendan me dieron cita dentro de los 3 meses siguientes”. Diario de campo.

La falta de realización de estudios más a fondo del paciente, provoca que este acuda directamente a urgencias y, según lo comentado por los/as entrevistados/as, estos sienten que el médico no crea ningún vínculo con el paciente, de modo que parece que su interés están en que el paciente salga de la consulta.

“Los médicos son muy pasotas, no se involucran en la relación médico-paciente. Paso de ir al médico para que siempre me de las mismas recetas voy a la farmacia, y si es más grave, voy directamente a urgencias”. E1

“Como nunca me había hecho un estudio sobre los senos le pedí a mi médico que por favor me enviara a un especialista así llevo un control, ya que soy mayor de 40 años, y este me contesto que esto no es un mercado. Me quede a cuadros y pedí un cambio de médico”. E3

“La mayoría de veces que me atendió un médico de cabecera siempre no he tardado más de 5 minutos en el gabinete y casi siempre me he ido con muchas dudas. También una vez le solicité unos análisis porque me mareaba y quería ver si estaba bien, dónde la médica me contesto súper indignada de que era muy joven para análisis, y que no hace falta que el Estado gaste dinero innecesario”.  
Diario de campo.

“Tuve un problema con en uno de los oídos. La médica me consultó y me recetó ibuprofeno. Tomé los medicamentos durante tres semanas y como no se me había pasado el dolor, intenté con productos naturistas que me hicieron efecto. Los médicos solo quieren acabar rápidamente con las consultas”. E6

Adicionalmente, se ha trabajado para recoger la valoración que los residentes rumanos/as entrevistados/as daría al servicio en el sistema sanitario español. El grado de satisfacción expresado suele ser positivo.

“Estoy satisfecha en comparación con el sistema de salud de mi país”. E7

Volviendo al tema que nos ocupa, quiero mencionar distintos casos contados por los/as entrevistados/as, que me parecen relevantes en cuanto que expresan fallos de diagnóstico, omisión de tratamiento adecuado y trato poco profesional.

“Si estas en un estado normal, pero con dolor, en el centro de salud propio, aunque acudes como urgencia, te hacen esperar más de lo normal”. E7

“Un día que me encontraba muy mal, he ido al ambulatorio diciéndoles que por favor me apliquen algo con efecto rápido porque tenía escalofríos. Las asistentas me han dado un analgésico. Al irme de ahí, como aún estaba en un estado febril, acudí al hospital Clínico, dónde me aplicaron enseguida 2 transfusiones. No entiendo por qué este fallo tan grande, a lo mejor porque las del ambulatorio no han querido analizarme detenidamente”. E2

“En urgencias pienso que tienen un problema grave. Todos sabemos que hay un elevado número de personas que acuden pero eso podría ser un llamamiento al Estado, que amplíe los puestos de trabajo. He ido a urgencias con una alergia dónde tuve que esperar muchísimo. Al cabo de dos horas, la alergia había retrocedido y me fui a casa sin que me consulte un médico”. E5

“Cuando acudí a urgencias me han hecho la pregunta ¿no podías haber venido más tarde?” E11

Además, en los/as entrevistados/as se observa claramente la falta de conocimiento en relación a los derechos que poseen en España.

“Creo que legalmente tenemos los mismo derechos pero en la aplicación de estos no se respetan. Cuando ven que eres rumano evitan tener trato contigo, te miran mal”.E6

“Pienso que tenemos los mismos derechos porque ellos dicen que no hacen discriminaciones, pero hay personas que no lo pueden evitar”. E7

“Creo que ahora sí que mi hijo tiene los mismos derechos que un nacional porqué yo tengo la tarjeta sanitaria y tengo contrato de trabajo”. E5

En cuanto a los problemas de racismo y estereotipos, la mayoría de los/as entrevistados/as no han manifestado haber sufrido o percibido diferencia en el trato, por parte del médico, derivada de su condición de extranjero/a. Aunque uno de los entrevistados sí que ha exteriorizado su percepción de trato desigual con respecto a los/as extranjeros/as residentes de origen latinoamericano, que atribuye derivado de un sentimiento de cercanía entre España y Latinoamérica.

“Sí que he notado, por ejemplo, a la gente de Latinoamérica los trata como si fuera su propia gente, como si nosotros no fuéramos latinos y no supiéramos comportarnos. Creo que es una actitud un poco racista. Toda persona es un mundo y no hay que juzgar”. E6

El siguiente cuadro se realiza con el propósito de ordenar y sintetizar los problemas destacados, facilitándonos, posteriormente, el entendimiento de la propuesta de mejora:

**Tabla 7: Cuadro de síntesis de problemas**

– Escaso manejo de la lengua española
– Problemas de comunicación médico-paciente
– Falta de conocimiento de requisitos de acceso al sistema de salud
– Falta de conocimiento de derechos
– Problemas vinculados a la automedicación
– Dificultad de acceso a los servicios especializados
– Falta de creación de un vínculo médico-paciente más cercano
– Asociaciones de rumanos dirigidas únicamente al mantenimiento de la identidad rumana.

## CAPÍTULO 5- PROPUESTA DE MEJORA

En relación a los resultados obtenidos a través de los análisis realizados, se elaboran las siguientes propuestas, destinadas a reducir la problemática detectada:

1. Campaña informativa sobre los derechos y requisitos a cumplir para el acceso al sistema sanitario con la finalidad de que todos/as estén informados/as sobre los trámites y papeles que tienen que presentar. Esta campaña permitiría trabajar para reducir el primer problema detectado, relacionado con el desconocimiento sobre los derechos y requisitos de acceso a la sanidad pública que han exteriorizado los/as entrevistados/as.
2. La vía a utilizar para poner en marcha esta Campaña sería a través de la colaboración conjunta entre la Administración y los siguientes organismos:
  - a) Las Asociaciones de rumanos. Lo que permitiría, además, la asunción real del papel de apoyo e información de estas asociaciones en la integración en la sociedad española, puesto que, de momento, se dirigen principalmente al mantenimiento de su identidad cultural, la rumana, a través del folklore, como hemos visto.
  - b) La Iglesia Ortodoxa de Valencia, “SF. MIHAIL si GAVRIL”, podría ser un punto de reencuentro donde, como creyentes, casi toda la población rumana acude. Aquí se realizan también ofertas de trabajo, reuniones para ayudar a los/as necesitados/as, donación de comida, etc.
  - c) No obstante, para poder conseguir que una mayor parte de la población residente rumana conozca sus derechos, sería necesario

crear una asociación que se dedique sólo a informar sobre derechos y procedimientos de acceso a la sanidad pública.

- d) Los comercios de alimentos rumanos y los locutorios se pueden convertir en una vía para dar publicidad de la existencia de campañas, además de los propios centros de salud y hospitales.

3. Creación de un órgano de mediación intercultural con la finalidad de facilitar la comunicación médico-paciente.

Muchos de los/as entrevistados/as se han enfrentado a problemas de comunicación con el médico utilizando en varias ocasiones señales para la descripción del dolor. Actualmente, en los ambulatorios no existe un mediador intercultural para esta población. Considerando que el número de este grupo de extranjeros/as es elevado, sería adecuado que el Ministerio de Sanidad o la Administración Autonómica propongan la creación de puestos de trabajo de mediador/a cultural para el ámbito de la sanidad, de modo que este personal maneje al menos tres idiomas inglés, rumano y español, para así poder ofrecer solución al impedimento descrito. Esta sería una vía de acción a la hora de adaptar nuestra administración a la realidad demográfica española, caracterizada por la abundante inmigración recibida en la última década y media.

Esto ayudará también a la creación de puestos de trabajos, ya que muchos jóvenes rumanos/as son bilingües y podrían servir de traductores.

4. Campañas preventivas del peligro que ocasiona la automedicación. El aumento de personas que se auto-medican crea un problema relevante para la sociedad y la salud pública. Los/as entrevistados/as afirman que si no se encuentran bien acuden a la farmacia o toman los medicamentos que tienen en sus casas.

Para la funcionalidad y el aprovechamiento real de la inversión pública en estas campañas seguirá siendo necesario un equipo técnico bilingüe.

5. La elaboración de folletos informativos bilingües para dar publicidad a las campañas, distribuidos por los ambulatorios, locutorios, puntos de transferencias de dinero, etcétera.
6. El uso de la Web 3.0., tanto para publicitar las campañas de información como para introducir contenido acerca de derechos y procedimientos de acceso a la sanidad pública, para el colectivo rumano residente en Valencia. Asociándola a las páginas web de las Asociaciones rumanas y emitiendo en la lengua de origen de estos residentes.
7. La organización de sesiones informativas en los ambulatorios contra la toma no supervisada de medicamentos.

Todo ello puede contribuir a la reducción del volumen de pacientes rumanos en urgencias hospitalarias, ya que esta es la vía principal que conocen.

Las líneas de actuación descritas nos permitirían trabajar: diferentes aspectos de la integración social de la comunidad rumana en Valencia; el uso correcto de los servicios sanitarios españoles, en la dimensión que cubre la legislación actual; reducir la auto-medicación y mejorar la comunicación médico-paciente.

## CAPÍTULO 6- CONCLUSIONES

La temática de la que ha tratado este TFG viene impulsada por la observación directa de las deficiencias informativas acerca de los derechos y procedimientos de acceso a la sanidad pública en atención primaria que, actualmente, sufre el colectivo de residentes rumanos en Valencia.

Es por ello que el objetivo general planteado se dirige a conocer los los problemas de acceso al ámbito sanitario a las cuales se enfrentan los inmigrantes rumanos no nacionalizados.

Partiendo de esta base, se hace necesario analizar el marco normativo en relación a la atención sanitaria de inmigrantes no nacionalizados, que nos permitirá identificar los requisitos de acceso a los que éstos están sometidos. Necesidades que se convierten en objetivos específicos de este trabajo.

Así mismo, estudiar el grado de conocimiento que sobre estas cuestiones posee el inmigrante rumano, así como detectar los problemas que enfrenta a la hora de acudir y ser atendido en la sanidad pública completan estos objetivos.

Inicialmente, se partió de la explotación de fuentes secundarias. En primer lugar demográficas, a través del INE, cuestión importante porque ha permitido recoger la evolución del volumen de entrada en nuestro país de estas inmigraciones, saber cuántos son y quiénes son por edad y sexo.

Posteriormente, la consulta y análisis de la legislación actual y su evolución han aclarado el marco jurídico en el que nos encontramos, al respecto de derechos humanos, de posibilidades y requisitos de acceso a la sanidad pública.



Cabe destacar, en estas conclusiones, sobre todo, la importancia que tuvo la aprobación del 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, por el desorden que produjo, afectando a toda la comunidad inmigrante. Ya que priva a este colectivo de las prestaciones sanitarias por el cambio de la condición de asegurado que recoge, provocando la retirada de tarjetas sanitarias, y la ruptura del sistema universal que caracterizaba al Sistema Nacional de Salud.

En otro orden de cosas, se ha realizado un estudio exploratorio a través de técnicas cualitativas de investigación social, concretamente utilizando la técnica de entrevista semidirigida. El uso de esta herramienta ha permitido extraer los problemas recogidos en el capítulo de resultados, y que giran en relación a la desinformación, acerca de los derechos y las posibilidades de usar la sanidad pública, que sufre este colectivo, así como al uso que se hace de estos servicios, el acceso a tratamientos y los problemas de comunicación derivados del escaso manejo de la lengua española.

Finalmente, el diagnóstico realizado nos lleva a proponer actuaciones que permitan reducir los efectos detectados, en la línea de creación de campañas informativas y preventivas, de órganos de mediación intercultural, y de campañas de comunicación y difusión a través de la red de comercio rumano local y las posibilidades que abre la web 3.0.

Con dichas propuestas se completan los objetivos planteados en este Trabajo Final de Grado.

## CAPÍTULO 7- REFLEXIÓN FINAL

El TFG ha favorecido mi desarrollo de las habilidades de búsqueda de datos estadísticos y análisis de los mismos, desde un punto de vista profesional. De tal manera, he aprendido a realizar búsquedas resolutivas, y he adquirido más facilidad a la hora de la elaboración de gráficas y tablas.

También me ha ayudado en la búsqueda de datos relacionados con un grupo restringido de individuos y, saber aproximarme y estudiar un tema concreto, limitándome solo al cumplimiento de objetivos definidos inicialmente. Es decir, la dificultad a la que me enfrenté ha sido la reducción cada vez más del grupo al que estudiaba, pasando este de ser extranjeros/as comunitarios/as a rumanos y rumanas no nacionalizados/as.

El estudio detallado de la normativa me ha ayudado a averiguar aspectos desconocidos por mí. La elaboración del capítulo 3 ha favorecido a la ampliación de mis conocimientos normativos. Siendo rumana, tras la realización de este proyecto final de grado y el estudio del marco legal tanto sanitario como de extranjería, me he puesto al día con los procedimientos administrativos establecidos, ya que previamente muchos aspectos no me quedaban claros.

Aprendí el diseño y el manejo de una entrevista semidirigida, como vía para acercarse a la experiencia e impresiones de este colectivo.

La propuesta de mejora viene como un intento solutivo de estos problemas y de apoyo al colectivo inmigrante ya que muchos han dejado sus tierras en búsqueda de un mejor nivel de vida, al cual, cualquier Estado receptor de inmigración debería de ayudar y apoyar para salir adelante, facilitándoles la adaptación.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR CALAHORRO, A. (2011). “El sistema constitucional de España” en *Revista de derecho constitucional europeo*, Nº. 15, pp. 17-84. <<http://www.ugr.es/~redce/REDCE15/articulos/01AAguilar.htm> > [Consulta: 16 de septiembre de 2016].

AJA FERNÁNDEZ, E. (2000). *La nueva regulación de la inmigración en España*. Valencia, Tirant lo Blanch. <<https://www.tirant.com/editorial/monocnt?dald=7&patron=01&>> [Consulta: 17 de junio de 2016].

BLANCO A., Y THUISSARD I.J., (2010). “Gasto sanitario e inmigración: una mirada en clave de integración” en *Instituto de Estudios Fiscales*, 61/2010, pp. 93-132. <[http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu\\_gasto\\_publico/61\\_08.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/61_08.pdf) > [Consulta: 3 de octubre de 2016].

BUZO SÁNCHEZ, I. (2002-2004). *Apuntes de geografía humana/población*. IES Extremadura <<http://ficus.pntic.mec.es/ibus0001/>> [Consulta: 14 de junio de 2016].

CABO SALVADOR, J. (2010). *Gestión sanitaria integral pública y privada*. Madrid, Centro de Estudios Financieros. <<http://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html> > [Consulta: 18 de julio de 2016].

CLAVERO, A., Y GONZÁLEZ M<sup>a</sup> LUZ, (2005). “La demanda de asistencia sanitaria en España desde la perspectiva de la decisión del paciente” en *Estadística Española* Vol. 47, nº 158, pp. 55-87.

<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/971-516-158\_2.pdf > [Consulta: 29 de septiembre 2016].

CARRA, A. (2014). "La sanidad española, entre las mejores de la UE, según la mayoría de los indicadores" en *ABC Sociedad*, Madrid. <<http://www.abc.es/sociedad/20140906/abci-comparativa-espana-salud-201409052318.html> > [Consulta: 24 de junio de 2016].

CASEY, J. (1998). *Las políticas de integración de los inmigrantes: la regulación de admisión y la acción integradora*. In Políticas Públicas en España, Joan Subirats and Ricard Goma (Eds.), Ariel, Barcelona, pp. 317-340. <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxqb2huY2FzZXIwdWJsaWNhdGlvbN8Z3g6MzcxMjYxMjI0OOWE5YzA0ZQ> > [Consulta: 21 de junio de 2016.]

CASTLES, S. y MILLER, N., *The Age of Migration. International Population Migration*, Macmillan, Londres, 1994.

COLECTIVO IOÉ, (2008). *Inmigrantes, nuevos ciudadanos. ¿Hacia una España plural e intercultural?* Madrid. <<http://www.colectivoioe.org/uploads/b225ac1dc83b7bebdda55da3c4e7ef65a1cd9a72.pdf> > [Consulta: 13 de junio 2016].

FERNÁNDEZ BERNAT, J. (2012). "Asistencia sanitaria e inmigración irregular" en *Revista de Treball, Economía y Societat*, Castellón, Comité Econòmic i Social de la Comunitat Valenciana, núm. 67. <<http://www.ces.gva.es/pdf/trabajos/revista67/art1.pdf> >. [Consulta: 24 de junio de 2016].

FERNÁNDEZ DÍAZ, M.J., (2017). "Recuperar la sanidad exige un buen diagnóstico" en *El País*, 11 de enero de 2017

<[http://elpais.com/elpais/2016/12/28/opinion/1482932010\\_166163.html](http://elpais.com/elpais/2016/12/28/opinion/1482932010_166163.html)>

[Consulta: 17 de enero de 2017].

GALÁN AMADOR, M. (2013). "Estudios Exploratorios o Formulativos. Metodología de la Investigación" en *Blog de Investigación*, 8 de enero

<[http://manuelgalan.blogspot.com.es/2013/01/estudios-exploratorios-o-](http://manuelgalan.blogspot.com.es/2013/01/estudios-exploratorios-o-formulativos.html)

[formulativos.html](http://manuelgalan.blogspot.com.es/2013/01/estudios-exploratorios-o-formulativos.html) > [Consulta: 3 de febrero de 2017].

GONZÁLEZ DE LA HERAS, M.P. (2004). "El derecho a la asistencia sanitaria en España dentro del territorio nacional: regulación, sistema de financiación y competentes administraciones" en *E-GOV Portal de e-gobierno, inclusión digital e*

*sociedade do conhecimento*. Vol. 2013

<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3vOrVWfnEU8J:ww](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3vOrVWfnEU8J:www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espa%25C3%25B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%25C3%25B3n-siste+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

[w.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3vOrVWfnEU8J:www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espa%25C3%25B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%25C3%25B3n-siste+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

[espa%25C3%25B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%25C3%25B3n-](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3vOrVWfnEU8J:www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espa%25C3%25B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%25C3%25B3n-siste+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

[siste+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3vOrVWfnEU8J:www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/el-derecho-la-asistencia-sanitaria-en-espa%25C3%25B1a-dentro-de-territorio-nacional-regulaci%25C3%25B3n-siste+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)> [Consulta: 4 de septiembre de 2016].

LLUCH, E. (2012). "Las migraciones del siglo XXI en perspectiva comparada" en *Blogger*, 27 de febrero de 2012

<[http://wemakemoneynotwar.blogspot.com.es/2012/02/las-migraciones-del-](http://wemakemoneynotwar.blogspot.com.es/2012/02/las-migraciones-del-siglo-xxi-en.html)

[siglo-xxi-en.html](http://wemakemoneynotwar.blogspot.com.es/2012/02/las-migraciones-del-siglo-xxi-en.html) > [Consulta: 14 de junio 2016].

NOWAK, M. (2005). "Derechos Humanos. Manual para Parlamentarios" en *Unión Parlamentaria*, N°5, 2005

<[http://www.ipu.org/pdf/publications/hr\\_guide\\_sp.pdf](http://www.ipu.org/pdf/publications/hr_guide_sp.pdf) > [Consulta: 2 de

septiembre de 2016].

PEREDA, C., ACTIS, W., Y ÁNGEL DE PRADA, M. (15 de mayo 2006). "Flujos migratorios internacionales" en *Revista Migraciones*, N° 9, pp.7-45 Madrid, 20 de abril de 2001

<<http://www.monografias.com/trabajos32/flujos-migratorios-internacionales->

[actuales/flujo-migratorios-internacionales-actuales.shtml](#) > [Consulta: 10 de junio 2016].

PÉREZ, I., (2008). “El punto de encuentro rumano en Valencia” en *El Mundo*, 5 de septiembre de 2008 <<http://www.elmundo.es/elmundo/2008/09/05/valencia/1220614212.html>> [Consulta: 28 de septiembre de 2016].

QUÍLEZ, R. (2006). “Evolución de la ley 1970-2005: De la emigración a la inmigración” en *El mundo* <<http://www.elmundo.es/especiales/2005/02/sociedad/inmigracion/ley/ley2.ht>> [Consulta: 17 de junio de 2016].

REY DEL CASTILLO, J. (2015). “Análisis y propuestas para la regeneración de la sanidad pública en España” en *Laboratorio de Alternativas*, Documento de trabajo 190/2015, pp.1-454 <[http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio\\_documentos\\_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf](http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/47a0bc83a71e121bef785c7c1d13e370.pdf)> [Consulta: 6 de septiembre de 2016].

RODRIGUEZ OCAÑA, E. Y MARTINEZ NAVARRO, F. (2008). “Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI” en *Nueva Salud Pública*, Vol.1, pp. 1-158 <[http://www.ugr.es/~erodrig/EASP\\_NuevaSaludPublica\\_1-Historia.pdf](http://www.ugr.es/~erodrig/EASP_NuevaSaludPublica_1-Historia.pdf)> [Consulta: 30 de junio de 2016].

TAYLOR, S.J. Y BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós <<http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>> [Consulta: 3 de febrero de 2017].

TOMÉ LEMA, M. (2014). "La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular" en *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, Nº5, septiembre 2013, pp.95-115 <<http://eunomia.tirant.com/?p=2233>> [Consulta: 27 de febrero de 2017].

VIRUELA MARTINEZ, R. (2008). "Población rumana y búlgara en España: evolución, distribución geográfica y flujos migratorios" en Cuadernos de Geografía, Vol. 84, pp.169-194, Valencia 2008 <[http://www.uv.es/cuadernosgeo/CG84\\_169\\_194.pdf](http://www.uv.es/cuadernosgeo/CG84_169_194.pdf)> [Consulta: 12 de julio de 2016].

ZAFRA I., (2015). "Valencia devuelve la sanidad universal a los inmigrantes 'sin papeles'" en *El País*, 16 julio de 2015 <[http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/16/valencia/1437042745\\_880644.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/07/16/valencia/1437042745_880644.html)> [Consulta: 22 de septiembre de 2016].

▪ **WEBGRAFÍA**

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO (2007). *Estudios citados por la Administración General del Estado sobre el impacto de la inmigración* <<http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/Anexo%2025%20y%2026.pdf>> [Consulta: 17 de enero de 2017].

COMISION EUROPEA (2015). *La Europa sin fronteras. El Espacio Schengen* <[http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/schengen\\_brochure/schengen\\_brochure\\_dr3111126\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/schengen_brochure/schengen_brochure_dr3111126_es.pdf)> [Consulta: 6 de julio de 2016].

CONSEJO DE JUSTICIA Y ASUNTOS DE INTERIOR (JAI) DE 5 DE DICIEMBRE DE 2014. *Proyecto de decisiones del consejo sobre la adhesión al*

espacio Schengen de Bulgaria y Rumanía  
<<http://representacionpermanente.eu/wp-content/uploads/2014/09/Interior-4-FICHA-INCORPORACION-SCHENGEN-Bulgaria-Rumania-IT-2014.pdf>>  
[Consulta: 12 de julio de 2016].

DEFINICIÓN.DE. *Definición de movimientos migratorios*  
<<http://definicion.de/movimientos-migratorios/>> [Consulta: 3 de febrero de 2017].

DEFINICIÓN.DE. *Definición de Acuerdo Bilateral* <<http://definicion.de/acuerdo-bilateral/>> [Consulta: 17 de enero de 2017].

DIARI OFICIAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2015). 2015/7706  
*DECRETO 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública* [2015/7706]  
<[http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&CHK\\_TEXTO\\_LIBRE=1&tipo\\_search=legislacion&num\\_tipo=9&signatura=007530/2015&sig=007530/2015&url\\_lista=%26CHK\\_TEXTO\\_LIBRE%3D1%26tipo\\_search%3Dlegislacion%26num\\_tipo%3D9%26signatura%3D007530/2015](http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&CHK_TEXTO_LIBRE=1&tipo_search=legislacion&num_tipo=9&signatura=007530/2015&sig=007530/2015&url_lista=%26CHK_TEXTO_LIBRE%3D1%26tipo_search%3Dlegislacion%26num_tipo%3D9%26signatura%3D007530/2015)> [Consulta: 22 de septiembre de 2016].

DIARIO ABC (23 de diciembre de 1933). *El Consejo de Ministros de ayer*  
<<http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/sevilla/abc.sevilla/1933/12/23/019.html>> [Consulta: 30 de junio de 2016].

DIARIOFARMA (12 de abril de 2016). *La derogación del RDL 16/2012 pasa su primer trámite parlamentario* <<https://www.diariofarma.com/2016/04/12/la-derogacion-del-rdl-162012-pasa-su-primer-tramite-parlamentario>> [Consulta: 20 de enero de 2017].



DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (18 diciembre, 2000). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea* <[http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)> [Consulta: 2 de septiembre de 2016].

DIARIO OFICIAL DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (4 de abril 2011). *Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011* <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:es:PDF>> [Consulta: 2 de septiembre de 2016].

DIARIO OFICIAL DE LA UNION EUROPEA (13 abril, 2006). *REGLAMENTO (CE) No 562/2006 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 15 de marzo de 2006 por el que se establece un Código comunitario de normas para el cruce de personas por las fronteras (Código de fronteras Schengen)* <<https://www.boe.es/doue/2013/182/L00001-00018.pdf>> [Consulta: 12 de julio de 2016].

DIRECCIÓN GENERAL DE INMIGRACION Y ASUNTOS DEL INTERIOR, COMISIÓN EUROPEA (2015). *La Europa sin fronteras. El espacio Schengen.* <[http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/es\\_ES/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=DR0215167](http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/es_ES/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=DR0215167)> [Consulta: 1 de julio de 2016].

EMBAJADA DE RUMANÍA EN EL REINO DE ESPAÑA. *Las relaciones bilaterales. Historia* <<https://madrid.mae.ro/es/node/732>> [Consulta: 17 de enero de 2017].

EMBAJADA DE RUMANÍA EN EL REINO DE ESPAÑA. *Relaciones Diplomáticas. Marco Jurídico* <<https://madrid.mae.ro/es/node/736>> [Consulta: 17 de enero de 2017].

GENERALITAT VALENCIANA, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Organización territorial* <<http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>> [Consulta: 22 de septiembre de 2016].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Cifras de población y censos demográficos* (1998-2015)  
<<http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1949&capsel=1950>>  
[Consulta: 14 de junio 2016].

LA INFORMACION.COM (26 de enero 2016). *Qué es Schengen, el tratado europeo que está en peligro*  
<[http://noticias.lainformacion.com/politica/refugiados/que-es-schengen-el-tratado-europeo-que-esta-en-peligro\\_M8si8O6CqFGqlaCsrMKvx5/](http://noticias.lainformacion.com/politica/refugiados/que-es-schengen-el-tratado-europeo-que-esta-en-peligro_M8si8O6CqFGqlaCsrMKvx5/)> [Consulta: 12 de julio de 2016].

MÉDICOS POR EL MUNDO (abril 2014). *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*  
<[https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descarga/r/fichero.documentos\\_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo\\_3ec0bdf9%232E%23pdf](https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descarga/r/fichero.documentos_Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf)> [Consulta: 28 de septiembre de 2016].

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, (2005). *Grupo de trabajo para el gasto sanitario*  
<<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupod eTrabajoSanitario2007.pdf>> [Consulta: 3 de octubre de 2016].

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). *Sistema Nacional de Salud. España 2010*  
<[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema\\_Nacional\\_d e\\_Salud\\_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_d e_Salud_2010.pdf)> [Consulta: 19 de julio de 2016].

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2012). *Sistema Nacional de Salud. España* 2012

<<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012.pdf>>

[Consulta: 22 de julio de 2016].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (junio 2008). *El derecho a la salud* <

<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf> > [Consulta: 2

de septiembre de 2016].

PARLAMENTO EUROPEO (1999). *Consejo Europeo de Tempere 15 y 16 de octubre 199*. <

[http://www.europarl.europa.eu/summits/tam\\_es.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/tam_es.htm)> [Consulta:

21 de junio de 2016].

PARLAMENTO EUROPEO (2016). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea*

<[http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuld=FTU\\_1.](http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuld=FTU_1.1.6.html)

[1.6.html](http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/es/displayFtu.html?ftuld=FTU_1.1.6.html)> [Consulta: 14 de septiembre de 2016].

SY, Sara Salomé (2016). “La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea”. En *Fichas técnicas sobre la UE*

<<http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/search.html?authors=97314>>

#### ▪ **LEGISLACIÓN**

Unión Europea. Convenio Europeo de Derechos Humanos, de 1 de junio de 2010, STCE n° 194, p.1-36

<[http://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_SPA.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf)> [Consulta: 2 de

septiembre de 2016].

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, núm.102, p.15207-15224 <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499)> [Consulta: 4 de septiembre de 2016].

España. Instrumento de ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 19 de diciembre de 1966, núm. 103, p.9343-9347 <<https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/30/pdfs/A09343-09347.pdf>> [Consulta: 2 de septiembre de 2016].

España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, núm. 102, p.15207-15224 <<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf> > [Consulta: 18 de julio de 2016].

España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, 12 de enero de 2000, núm.10 <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544&p=20000112&tn=1>> [Consulta: 13 de julio de 2016].

España. Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, núm. 299, p.104986-105031 <<http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/12/pdfs/BOE-A-2009-19949.pdf>> [Consulta: 13 de julio de 2016].

España. 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, 4 de agosto de 2012, p.55775-55786 <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477)> [Consulta: 6 de septiembre de 2016].



## ANEXO

### Guion de entrevista:

1. ¿Qué requisitos has de cumplir para poder utilizar el sistema sanitario en España? ¿Para todos los/as extranjeros/as es el mismo procedimiento? (SIP, tarjeta europea, etc....) y si no cumples los requisitos de acceso ¿qué haces?
2. ¿Has tenidos problemas al solicitar la tarjeta sanitaria SIP? ¿Cómo la conseguiste?
3. ¿A qué servicios puedes acceder? ¿Atención primaria? ¿Atención especializada?
4. ¿Tienes los mismos derechos que un nacional?
5. Un rumano tiene los mismos derechos que un español (en el acceso a la sanidad) ¿por qué?
6. ¿Puedes solicitar una cita? ¿O solamente puedes acceder por urgencias?
7. ¿Cuándo estás enfermo o necesitas algún certificado médico acudes a la sanidad pública o a la privada? ¿Por qué?
8. Cuando tienes un accidente, ¿sabes a qué tipo de hospital tienes que acudir? ¿público o privado?
9. (SANIDAD PÚBLICA.) Dime qué servicios has utilizado (¿has ido al médico? ¿con qué fin? ¿atención primaria? ¿atención especializada? ¿urgencias?)
10. ¿Has cogido cita PREVIA? (telefónica, internet, física)
11. ¿Cuál ha sido tu experiencia? (nº de veces, finalidad)
12. Cuéntame un poco tu experiencia con la atención sanitaria. ¿Cómo fue la primera vez? ¿Cómo te sentiste?
13. ¿Has tenido algún problema? (racismo, estereotipos, etc.)
14. ¿Has tenido problemas en la comunicación médico-paciente? (malentendidos, falta de entendimiento, vocabulario)

15. La primera vez que acudió con cita previa o en alguna ocasión con falta de entendimiento, ¿le pusieron a disposición un mediador para la facilitación de la comunicación con el médico?
16. ¿Cómo has solucionado los problemas?
17. ¿Vas con alguien al médico para facilitar la comprensión? ¿Con quién?  
¿Cuál es su nacionalidad? ¿Por qué eliges a esa persona?
18. Normalmente cuando te encuentras mal qué haces ¿vas al médico? ¿a la farmacia? ¿consultas a algún conocido?(automedicación)
19. En la atención en urgencias, ¿crees que tienen la habilidad de comprender en qué situación se encuentra un paciente no castellanoparlante, sin que sea por motivos obvios?
20. Cuando te encuentras mal o sufres dolores crónicos, ¿acudes a médicos especializados o al médico de cabecera? ¿acudes a urgencias o previamente pides cita en atención primaria?
21. ¿Accedes a servicios especializados? ¿Cómo los solicitas? ¿Has accedido? ¿Son gratuitos o pagas por ellos?
22. Alguna vez, ¿el Estado español le ha reclamado algún tipo de pago por ofrecerle sus servicios en un momento de urgencias?
23. Si tienes a cargo un hijo menor, este ¿tiene los mismos derechos que un niño español?
24. ¿Se ha afrontado en alguna consulta a un trato diferente por ser rumano?  
¿Ha sentido rasgos racistas por parte de los médico/enfermero/auxiliar/otros pacientes? Coméntame un poquito las sensaciones que has percibido.
25. Haciendo un feed-back de todas las consultas a las que acudió, ¿está satisfecho con las prestaciones del sistema de salud español?
26. De 1 a 10 ¿qué le pondrías?
27. ¿Cómo considera que puede mejorar?