



El derecho a la asistencia sanitaria en
las comunidades autónomas:

Un derecho hecho pedazos

**Informe acerca de la trasposición y aplicación del
RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022**

Noviembre de 2022



Este trabajo ha sido posible gracias a todas las personas que han colaborado como informantes en las diferentes Comunidades Autónomas, trabajadoras de centros de salud y de las sedes autonómicas de las siguientes organizaciones: Médicos del Mundo, Jo Sí Sanitat Universal, Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía, Asociación Sociocultural Entre Mares, SOS Arrazakeria Nafarroa, Papeles y Derechos Denontzat, Observatorio Exclusión Sanitaria Región de Murcia, Rioja Acoge, Marea

Blanca Rioja, Plataforma Ciudadanía contra la Exclusión Sanitaria, Cáritas y Movimiento por La Paz. También queremos dar las gracias a todas las personas que han ayudado a contactar con las informantes en cada territorio.

Gracias a todas ellas por compartir su tiempo, conocimiento y experiencia, y sobre todo por su empeño diario, contra viento y marea, en que nuestro sistema de salud sea un poquito más universal.



ÍNDICE

1.	Introducción	5
2.	Análisis de la transposición del RDL 7/2018 a las Comunidades Autónomas.....	11
3.	Los procedimientos para la solicitud y expedición del documento certificativo.....	13
3.1.	Análisis de los procedimientos.....	13
3.2.	Obtención del documento certificativo del derecho a la asistencia	14
4.	Análisis de los requisitos para tramitar el alta.....	16
4.1.	El documento de identificación.....	16
4.2.	La demostración de residencia	16
4.3.	El requisito de permanencia de al menos 90 días en España.....	17
4.4.	El requisito de informe social para situaciones de “estancia temporal”	19
4.5.	Certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde el país de origen	25
4.7.	Acceso a la prestación farmacéutica	26
5.	Regulación de situaciones especiales	27
5.1.	Atención a menores y mujeres durante el embarazo, parto y postparto.....	27
5.2.	Atención de urgencias o inaplazable y facturación	28
5.3.	Cobertura de personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar	30

6.	Exclusiones relacionadas con situaciones administrativas específicas	33
7.	Consecuencias y efectos de la situación actual sobre la garantía del derecho a la asistencia. El círculo vicioso de la exclusión.....	35
7.1.	La falta de garantías en las normas y procedimientos.....	36
7.2.	La falta de garantías en los centros sanitarios.....	39
7.3.	Consecuencias de la discriminación en el trato a las personas migrantes: La necesidad de acompañamiento.	40
8.	Actitudes y prejuicios potenciados por la discriminación normativa	41
9.	Actitudes y prácticas favorables a la protección del derecho y de la salud de las personas.....	42
10.	Responsabilidad y justificación de las administraciones	44
11.	Conclusiones	45
12.	Recomendaciones.....	47
13.	Anexos.....	49
	Anexo 1. Tabla resumen del análisis de todas las Comunidades Autónomas.....	49
	Anexo 2. Mapa de la situación en todas las Comunidades Autónomas.....	51
	Anexo 3. Fichas resumen de cada Comunidad Autónoma	52
	Anexo 4. Resumen de instrucciones autonómicas desarrolladas entre 2012 y 2018 para regular el derecho a la asistencia sanitaria de las personas en situación irregular	72

1. INTRODUCCIÓN

En el año 1986 se crea el **Sistema Nacional de Salud (SNS)** en España, cambiando el paradigma que tenía hasta entonces la atención sanitaria pública de nuestro país: de un modelo de Seguridad Social creado en los años 60 que concede asistencia sanitaria a las personas trabajadoras y sus familias, a un modelo de derechos que pretende garantizar la asistencia a todas las personas que viven en el territorio; de un sistema financiado con las cotizaciones a la Seguridad Social de las personas trabajadoras, a una sanidad financiada exclusivamente a través de los Presupuestos Generales del Estado. **Este**

proceso de transformación se inicia con la aprobación de la Ley General de Sanidad y culmina con la disolución del INSALUD, la creación de los sistemas sanitarios autonómicos y la aprobación de la Ley de Presupuestos del 99¹, por la que la financiación de la sanidad queda desvinculada del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Desde ese momento, **sucesivas normativas van ampliando la cobertura sanitaria** hasta que la modificación que introduce la Ley General de Salud Pública de 2011 a la Ley 16/2003, *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, consolida el derecho

1.- Ley 49/1998, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1999. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-30154>.



a toda la población residente en nuestro país. Esto implica que **las personas migrantes tenían la misma tarjeta sanitaria** que el resto de la población, con independencia de su situación administrativa.

En 2012 (...) se limita el acceso de personas extranjeras

En 2012, **el Real Decreto-Ley 16/2012 (en adelante RDL 16/2012) introdujo un cambio profundo** en la configuración del sistema sanitario y su cobertura poblacional: se vincula el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria con la contribución a la Seguridad Social, y **se limita el acceso de personas extranjeras** (aquellas sin permiso de residencia y algunas que sí lo tienen).

La implementación del RDL 16/2012 fue muy desigual en las Comunidades Autónomas² (en adelante, CC. AA.). Muchas de ellas, disconformes con la exclusión propiciada por este cambio legislativo, desarrollaron procedimientos con diferente amparo normativo para prestar asistencia sanitaria a estas personas, si bien muchas de estas iniciativas fueron anuladas tras la denuncia del Gobierno del PP contra dichas normas autonómicas. Algunas CC. AA. como la de Madrid ampliaron los supuestos de atención con instrucciones internas, sin el respaldo de la publicación de una normativa o una ley que evitase la inseguridad jurídica. Otras CC. AA. aplicaron el RDL de manera estricta, pero a lo largo de los años todas desplegaron mecanismos para dar cobertura sanitaria, con limitaciones, a las personas sin permiso de residencia. **Entre 2012 y 2018 se emitieron y/o publicaron hasta 39 instrucciones autonómicas diferentes** para regular el acceso a la asis-

tencia sanitaria de las personas excluidas por el RDL 16/2012. En el anexo 11.4 figura un resumen de todas ellas.

En 2018, **el nuevo Gobierno aprobó el Real Decreto-Ley 7/2018 (en adelante RDL 7/2018), proclamando la restitución de la universalidad**. Sin embargo, esta reforma no recuperó la lógica previa a 2012 de vincular el derecho a la atención sanitaria al hecho de vivir en España para todas las personas, y aunque mejoró la situación de algunas personas sin permiso de residencia, también **cuenta con importantes carencias y lagunas** que han seguido provocando múltiples situaciones de exclusión. Entre ellas, destacan:

1. La distinción entre “ser titular de derecho” y “tener acceso a asistencia” según sea la situación administrativa.
2. La consolidación de la exclusión de las personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar.
3. La exigencia de acreditar la imposibilidad de exportación del derecho a la asistencia sanitaria del país de origen.
4. La falta de contundencia en la defensa del derecho, que ha facilitado los casos de exclusión entre situaciones que gozaban de una especial protección, como la de personas menores, mujeres embarazadas y la atención de urgencia.

Sin embargo, esta reforma (...) cuenta con importantes carencias y lagunas

2.- Cimas M, Gullón P, Aguilera E, Meyer S, Freire JM, Pérez-Gómez B. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. Health Policy. 2016;120(4):384-95. doi:10.1016/j.healthpol.2016.02.005.



© Ariadna Creus i Àngel García

Por otro lado, la **Resolución de 20 de junio de 2019**, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, dependiente del Ministerio de Sanidad, hacía públicas unas “*Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria*”. Es necesario realizar algunas **precisiones jurídicas** respecto a aquellas CC. AA. que la han aplicado directamente, pues contiene problemas a nivel jurídico:

- **No tiene naturaleza de norma:**

Es una resolución administrativa que contiene una “*recomendación*” para que las entidades competentes (las CC. AA.) regulen el procedimiento. Es así que no estamos ante una norma sino una resolución administrativa. Como tal, no se ha publicado en boletín oficial y además no puede ser impugnada. Las resoluciones administrativas están impedidas para fundamentar en ellas recursos pues no son fuente del derecho laboral, no son normas, como dice la sentencia del Tribunal Supremo (Social), sec. 1ª, S 22-06-2011, rec. 193/2010.

- **No tiene voluntad de ser vinculante.**

Como su nombre indica son unas recomendaciones. Las *recomendaciones* como tales no existen en el sistema de fuentes del derecho administrativo. Denotan pues una intencionalidad no vinculante y un ánimo de respetar la esfera de decisión que le corresponde a otro.

- **Es emitida por órgano incompetente para legislar.**

El contenido y los requisitos de acceso al sistema sanitario son competencias del Estado, conforme a lo establecido en el artículo 149.1.16.ª de la Constitución española. Por su parte, el procedimiento y los trámites administrativos que certifican a una persona como usuaria del sistema son de competencia autonómica (art. 3. ter.3 de la Ley 16/2003).

- **Comprende contenido contrario a la ley.**

La Ley 16/2003, modificada por el RDL 7/2018, establece claramente los criterios que deben concurrir para acceder a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos para las personas

extranjeras sin permiso de residencia. Entre ellos no figuran, en ningún caso, los requisitos incorporados en las recomendaciones, oponiéndose al contenido de una norma básica estatal. Así, las actuaciones autonómicas amparadas bajo el criterio de las recomendaciones deben calificarse como inconstitucionales.

No se puede confundir la competencia de las Comunidades Autónomas en el establecimiento del procedimiento con el establecimiento de requisitos de acceso a la prestación sanitaria con cargo a fondos públicos, que es en todo caso competencia exclusiva del Estado.

Y, a pesar de ello, algunas comunidades lo han utilizado para añadir requisitos a los que la ley (no) establece, para que las personas en situación irregular accedan al sistema, en contra de la norma citada.

Uno de estos requisitos es la acreditación de llevar más de 90 días en el país, que está siendo fuente de graves exclusiones; por otro lado destaca la ausencia de desarrollo en las recomendaciones de la vía de acceso para las personas que se encuentran en situación de estancia. Se explica en detalle en los apartados correspondientes.

Estas y otras imprecisiones relacionadas con el RDL 7/2018 se han materializado de diferentes maneras en las CC. AA.. Un informe de REDER³ apuntaba a **una inequidad territorial en las normativas de acceso** a la asistencia sanitaria tras el RDL 7/2018. Diferentes organizaciones han denunciado la falta de desarrollo del RDL en algunas CC. AA., sobre todo en relación con la vía de acceso a través de un informe social para las personas en situación de estancia, así como **importantes vulneraciones del derecho a la salud y heterogeneidad en las instrucciones de acceso**. El Ministerio de Sanidad no ha publicado ningún trabajo al respecto, a excepción de un informe de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis⁴, que refleja **diferentes barreras en el acceso para las personas que tienen VIH en las CC. AA.**

Actualmente, el Gobierno está elaborando el **Proyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS**, que a fecha de noviembre de 2022 se encuentra en tramitación parlamentaria. En lo concerniente al acceso universal al SNS, se **continúa sin abordar algunas situaciones de exclusión sanitaria** ya generadas por los RDL anteriores:

1. No devuelve la titularidad del derecho a las personas sin permiso de residencia.
2. Sigue dejando la regulación del procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo de la asistencia en manos de las CC. AA.

El Proyecto de Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS (...) continúa sin abordar algunas situaciones de exclusión sanitaria

3.- Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER). No dejar a nadie atrás. 2018. <https://www.reder162012.org/wp-content/uploads/2022/02/REDER-oct18-ESP.pdf>

4.- Granés L, Polo R, López L, del Amo J. Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Ministerio de Sanidad. Marzo 2022. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/DificultadesAccesoServiciosSanitarios_Final_2022.pdf

3. Mantiene la sospecha de abuso del sistema exigiendo demostrar que el motivo para migrar no sea la atención sanitaria.
4. Mantiene la exclusión de personas que estén en situación de estancia.

y lo que sí introduce es la posibilidad de que éstas acrediten su voluntad de permanencia en el territorio mediante un informe social.

El documento de Recomendaciones instaba al Ministerio de Sanidad y a las CC. AA. a evaluar el cumplimiento del RDL 7/2018, con la **creación de un grupo de seguimiento y un Comité de acceso al SNS**. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha publicado ninguna evaluación de la implementación del RD 7/2018 ni de las barreras para una cobertura universal en las CC. AA.. El hecho de que se esté discutiendo un nuevo proyecto de ley **sin que exista una evaluación pública del impacto del RDL 7/2018** y su trasposición a las CC. AA. es grave, dado que la nueva normativa corre el riesgo de reproducir las carencias y vacíos que existen en el RDL 7/2018.

Por todo esto, el objetivo de este trabajo es **explorar la implementación del RDL 7/2018 en las CC. AA. y las barreras que de ella se han derivado a la hora de alcanzar la cobertura universal** con el fin de informar la toma de decisiones sobre el Proyecto de *Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS*. Para ello se analizan las normativas que regulan el acceso a la asistencia sanitaria en cada

Comunidad Autónoma, así como su aplicación en la práctica cotidiana de los servicios autonómicos de salud.

Se ha obtenido información de las 17 CC. AA. y la Ciudad Autónoma de Melilla. No se ha conseguido información suficiente sobre la Ciudad Autónoma de Ceuta, y tampoco se ha evaluado de manera pormenorizada las diferencias entre provincias de una misma C. A..

La recogida de información se ha realizado entre los meses de mayo y septiembre de 2022 y ha consistido en:

1. Revisión de las páginas web de los servicios de salud de todas las CC. AA.
2. Consulta a través de teléfonos y correos electrónicos a las unidades de gestión del aseguramiento o solicitudes al portal de transparencia de cada C. A.
3. Entrevistas a agentes clave de organizaciones sociales (21 personas) y centros sanitarios (5 personas) para conocer cómo se están aplicando las normativas en la práctica de cada C. A..
4. Revisión de la información recogida por REDER a través de cuestionarios escritos a las organizaciones autonómicas que forman parte de la Red en noviembre de 2021.

Se han incorporado al texto, de manera anonimizada, algunos fragmentos de las consultas y entrevistas realizadas.





SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA
Tarjeta Sanitaria



TELÉFONO URGENCIAS 112 01

TELÉFONO URGENCIAS 112 01

NOMBRE APELLIDO1 APELLIDO2

TELÉFONO URGENCIAS 112 01



EXCLUSIÓN SANITARIA

2. ANÁLISIS DE LA TRANSPOSICIÓN DEL RDL 7/2018 A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Como se ha señalado en la introducción, el RDL 7/2018 se suma a una situación de complejidad jurídica por la **sucesión de normativas estatales y autonómicas aprobadas desde 2012**. La mayoría de CC. AA. habían desarrollado diferentes vías de acceso para la población sin permiso de residencia, si bien los tribunales derogaron algunas de las regulaciones autonómicas más garantistas.

Las regulaciones autonómicas del RDL 7/2018 identificadas en la actualidad son heterogéneas en rango y forma. Entre 2018 y 2022, hasta 9 CC. AA. lo han desarrollado mediante instrucciones internas para profesionales, en algunos casos publicando algunos aspectos de las mismas en sus webs pero de forma incompleta (Andalucía, Asturias, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Melilla). De ellas, dos son instrucciones específicas para profesionales de trabajo social (Extremadura y La Rioja). Otras 2 CC. AA. han publicado instrucciones para el acceso con membrete oficial en sus páginas web, entre 2018 y 2021 (Aragón y C.Valenciana). En Galicia sigue vigente un Programa especial de 2012, adaptado en 2018 al RD 7/2018 mediante una breve nota informativa, y en Castilla y León sigue vigente un Programa social de junio de 2018. En Canarias y Castilla-La Mancha siguen vigentes Órdenes previas a 2018. En Cantabria se está elaborando una Orden, que a fecha de noviembre de 2022 está aún por publicar. En Cataluña también está pendiente de publicarse el desarrollo reglamentario de la Ley autonómica de 2017, y sigue vigente una instrucción de 2015 adaptada a la Ley autonómica me-

dante una Resolución del Director del Servicio Catalán de la Salud. A excepción de esta ley, no se ha encontrado publicada ninguna de las normativas que desarrollan el RD 7/2018 en los boletines oficiales autonómicos. No se ha identificado ninguna normativa en Baleares.

Muchas de estas regulaciones **no incluyen procedimientos para la asistencia sanitaria de personas que llevan menos de 90 días** (sólo 8 CC. AA. lo incluyen). **Tampoco regulan diferentes formas para acreditar la identidad y la residencia** en territorio español que no sean el pasaporte y el padrón, ni el procedimiento para recibir asistencia de urgencias en el caso de las personas que están en proceso de obtener el reconocimiento del derecho a la asistencia.

En el análisis de las normativas y las entrevistas que se han hecho a lo largo del proceso se ha repetido **la ineficacia de que cada C. A. tenga que regular su propio procedimiento**, ya que desde la entrada en vigor del decreto, este sistema ha supuesto que se produzca una desactualización o inexistencia de normativa autonómica (porque se ha tardado varios años en trasponer la ley), que ésta se aplique con criterios no unificados, y sobre todo que exista un amplio **desconocimiento entre profesionales**, porque cada vez se ha hecho más difícil acceder a la información correcta:

“Vamos por la tercera normativa. No se saben las dos primeras muchos administrativos, se van a saber la tercera.” [organización social]

“Se habían plantado y habían tenido la ley (de la C. A.) que iba a lo más universal, ¿no?, lo más posible, que era vuelta a lo anterior, y llegó el real decreto y hemos perdido derecho. Claramente.. Entonces hemos ido perdiendo derechos progresivamente. Y luego estancamiento porque nada se ha solucionado. Llevamos con la misma lista de irregularidades desde hace tres años. Más de tres años de hecho.” [organización social]

En algunas CC. AA. las ambigüedades han mejorado con un esfuerzo de aclaración en las instrucciones autonómicas.

“En 2018 notamos un retroceso en cuanto a las dificultades de acceso, puesto que en nuestra comunidad autónoma contábamos en aquel momento con una normativa autonómica bastante garantista y bien definida, y con la Instrucción de 2018 se volvió a la ambigüedad y la diversidad de interpretaciones. Sin embargo, a partir de la Resolución de 2020 hemos notado un cambio para bien, dado que se establecieron las vías de acceso para personas que no cumplen los requisitos administrativos.” [organización social]

Dado que el RDL 7/2018 establece una diferenciación en el reconocimiento de la titularidad del derecho a la asistencia entre personas con nacionalidad o permiso de residencia y personas en situación irre-

gular, todas las CC. AA. reproducen esta segregación emitiendo **instrucciones específicas para personas en situación irregular**. Esta diferenciación produce, entre otros efectos:

- **Inseguridad jurídica** de las personas sin permiso de residencia.
- **Inequidad territorial**.
- Creación de **múltiples perfiles** en función de factores administrativos y sociosanitarios que complejiza el acceso por requerir diferentes requisitos para cada perfil, y que difieren de unas CC. AA. a otras.

“Hacemos esa información de ver dónde encajamos a la persona para poder acceder al derecho. Sí es importante conocer, porque es como un cajón de sastre en algunas ocasiones, este real decreto.” [organización social]

- **Tintes de beneficencia** que no son propios de un sistema nacional de salud ni de una lógica de la salud como derecho. La terminología empleada en la redacción de las normas trasluce esta deriva: “*protocolo social*”, “*situaciones especiales*”, “*acceso para las personas no aseguradas ni beneficiarias*”, “*para personas extranjeras sin recursos*”.



3. LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD Y EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO CERTIFICATIVO

El RDL 7/2018 establece que el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria vendrá acompañado de la emisión de una tarjeta sanitaria individual o del documento certificativo, en el caso de personas en situación irregular. La regulación de los procedimientos para **su expedición es competencia autonómica**. A continuación se desarrolla un análisis de los mismos.

3.1. Análisis de los procedimientos

El trámite de solicitud del documento certificativo se inicia en el servicio de admisión de los centros de salud en todas las CC. AA.. Algunas también dan la opción de realizar la solicitud por registro online o presencial. En varias CC. AA. se añaden más pasos:

- En la Comunidad de Madrid, tras la revisión de los requisitos por parte del servicio de admisión del centro de salud, se cita a la persona en la Unidad de Tramitación (UT) adscrita a su centro de salud. En noviembre de 2021 se abrieron siete UT para toda la CAM cuya única finalidad es tramitar las solicitudes de personas en situación irregular y solicitantes de protección internacional. Es en las UT donde se realiza formalmente la solicitud. Desde que abrieron nunca han tenido un tiempo inferior a dos meses de espera para la cita. Habitualmente ha sido mucho mayor. En el momento de publicación de este informe, la primera cita en la UT que menos espera ofrece es de 3 meses. Estas Unidades sólo tramitan el alta de personas extranjeras, por lo que supone **una práctica de segregación** que aumenta las barreras y el tiempo hasta lograr acceder al sistema.

- En Comunidad Valenciana, Navarra y Melilla, la solicitud siempre se tiene que realizar a través de Trabajo Social del centro de salud, y en Islas Baleares se requiere un informe social para todas las solicitudes. Se trata de un requisito adicional que no aparece en el RDL ni en el documento de Recomendaciones.
- En Castilla y León en la mayoría de centros también se hace a través de Trabajo Social, aunque no es obligatorio.
- En Galicia se requiere un informe social para personas que son menores de edad.

Posteriormente la solicitud es enviada a la unidad de gestión del aseguramiento, en la que se revisa para su validación. Según el documento de Recomendaciones, se debe dar un **alta provisional** para el acceso a la asistencia sanitaria durante el tiempo en el que se valida la solicitud, así como incluir a la persona en la base de datos de población de la C. A. o del INGE-SA y asignarse un Código de Identificación Personal Autonómico (CIPA).

Sin embargo, esto es variable entre CC. AA. y son frecuentes las exclusiones: en 9 CC. AA. se da un alta provisional (aunque, en la práctica, hay problemas para el acceso en al menos dos de ellas). En 2 CC. AA. no se cubre la asistencia con cargo a fondos públicos en ningún caso (Canarias y Melilla). En Madrid se hace un alta provisional tras la cita en la UT, pero el retraso hasta lograr la cita es tal que implica meses de espera sin ningún tipo de cobertura. En Galicia se puede dar un



alta parcial para atención primaria y de urgencia, aunque en la práctica se hace o no dependiendo del centro. El resto de CC. AA. no dan alta temporal y hay posibilidad de cubrir la asistencia mediante informe social (Extremadura) o aceleración del trámite (Andalucía, País Vasco), o se atiende facturando la asistencia de forma arbitraria.

Una vez que la valoración de la solicitud resulta favorable, **se valida la inclusión de la persona en la base de datos** de población de la C. A. y se incluye en la base de datos común del SNS (BDSNS). En esta última se asocia al título 85 “*Prestación asistencial a personas extranjeras residentes no registradas ni autorizadas*” y se genera otro Código de Identificación Personal del SNS, CIP-SNS. No se ha podido evaluar el grado de cumplimiento de este punto en las CC. AA.

3.2. Obtención del documento certificativo del derecho a la asistencia

El documento certificativo es una tarjeta sanitaria individual (TSI) igual al resto en 6 CC. AA. (Andalucía, Asturias, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja), y una tarjeta diferente en 2 CC. AA. (Baleares y Castilla La Mancha). En el resto de CC. AA., el documento certificativo es un papel que indica los datos de la persona y del alta en el servicio de salud.

La obtención de un documento diferente a la tarjeta sanitaria individual del SNS se ha identificado como un **trato discriminatorio**, que señala a la persona en los centros sanitarios:

La obtención de un documento diferente a la tarjeta sanitaria individual del SNS se ha identificado como un **trato discriminatorio**, que señala a la persona en los centros sanitarios

“Cambia la actitud de la gente en el centro de salud. No es lo mismo que vayas con tu tarjeta de plástico, que no estás dando ninguna pista de tu situación administrativa. Todo aquel que va con un papel, automáticamente sabemos que es una situación irregular.” [organización social]

Se han recogido algunos problemas con la derivación a atención especializada o limitación en las prestaciones por este motivo. También se asocia a tener mayores **dificultades para el acceso a la asistencia en los desplazamientos** a otras CC. AA. Sólo en aquellas CC. AA. en las que el documento es una TSI se ha podido confirmar que éste es válido para los desplazamientos (Asturias, Cataluña, Navarra, País Vasco, La Rioja). El documento de Recomendaciones insta a que se siga el mismo procedimiento que se tenga establecido para el resto de desplazados, independientemente de si se trata de una TSI o de un documento diferente.

En aquellas CC. AA. en las que la acreditación no se realiza a través de algún tipo de tarjeta sanitaria, se imposibilita el acceso a medicación mediante receta electrónica, obligando a acudir a sus centros sanitarios en busca de recetas en papel cada vez que se precisa un envase de un medicamento.

La vigencia de la tarjeta o documento es de 2 años en 11 CC. AA. y de 1 año en 5 CC. AA.. En Cataluña y Navarra no se ha identificado una caducidad, por lo que se entiende que no tiene y mantiene su

vigencia mientras no cambie la situación administrativa de la persona. En parte de la C. Valenciana la vigencia es solo de 6 a 8 meses.

La **renovación** del documento implica volver a realizar todo el trámite de solicitud y presentación de la documentación, lo que puede suponer perder el acceso con cargo a fondos públicos mientras tanto. En las CC. AA. en las que se ha puesto en marcha esta vigencia desde hace un par de años, aún no hay experiencia suficiente para valorar el trámite. En algunas CC. AA. como Canarias o Melilla en las que sí se ha valorado, este trámite puede conllevar meses de espera y mientras tanto la atención no se realiza con cargo a fondos públicos. Esto ha supuesto **pérdidas de citas, interrupciones de tratamientos crónicos**, además de falta de atención a los problemas de salud que surgen en el transcurso del trámite, incluidas situaciones graves:

“Queríamos que hicieran un parte de lesiones porque esta mujer es víctima de violencia y no la atendieron porque no tenía tarjeta.” [organización social]

En Madrid, la puesta en marcha en 2021 de las Unidades de Tramitación para extranjeros y de los nuevos procedimientos en aplicación del RDL 7/2018, supuso la **baja en el sistema sin previo aviso** de unas 27.000 personas, que perdieron sus citas sanitarias y el acceso a sus tratamientos, y tardaron varios meses en poder recuperar el reconocimiento de su derecho a la asistencia.

4. ANÁLISIS DE LOS REQUISITOS PARA TRAMITAR EL ALTA

En todas las CC. AA. se requiere un formulario de solicitud del documento certificativo completado, que incluye una declaración responsable de no poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen, y de no existir terceros obligados al pago; un documento de identificación; y acreditación de residencia efectiva mediante empadronamiento en el municipio o Comunidad en el que se solicita la asistencia.

4.1. El documento de identificación con fotografía es un requisito que el documento de Recomendaciones exige presentar. Se han encontrado problemas para el acceso debido a la falta de reconocimiento de la fotocopia del pasaporte sellada o del pasaporte caducado, o con la exigencia de que el pasaporte muestre la fecha de entrada en España. Por otro lado, en algunas CC. AA. se acepta una nota o informe sustitutivo de trabajo social.

Se han identificado múltiples exclusiones relacionadas con la exigencia de empadronamiento

4.2. La demostración de residencia es un requisito que no se regula en el RDL pero sí en el documento de Recomendaciones. En él, se recomienda que la acreditación sea mediante un volante de empadronamiento, y *“si no puede acreditar su residencia mediante el correspondiente volante de empadronamiento por existir alguna imposibilidad para ello (carencia de domicilio, imposibilidad de empadronamiento en su domicilio, otros...) se podrá recabar la acreditación de residencia efectiva previa con una antelación mínima de 3 meses aportando documentos oficiales de cualquier Administración del*

Estado, carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a Servicios Sociales, etc.”

Sin embargo, se han identificado **múltiples exclusiones relacionadas con la exigencia de empadronamiento** y dificultades para su obtención, así como barreras para que en los centros sanitarios reconozcan otros documentos que acrediten la residencia efectiva.

En 12 CC. AA. en principio se aceptan como alternativa otros documentos oficiales que acrediten la residencia, y en la mayoría de CC. AA. deben ir acompañados por un informe o nota realizado por Trabajo Social. En la práctica, en muchas ocasiones el personal administrativo y de trabajo social **no ofrece la posibilidad de alternativas** al empadronamiento, y también se ha identificado **heterogeneidad en la valoración de las pruebas alternativas** al empadronamiento y documento de identificación. En otras CC. AA. se accede a un alta con condiciones diferentes: en País Vasco y C. Valenciana se acepta un informe sustitutivo de ONG o trabajo social para un alta de 6 meses renovable. En Cataluña las personas no empadronadas tienen que tramitar la TSI a través de un convenio con Cruz Roja, incluyendo como requisito una necesidad asistencial que no se pueda resolver en una atención de urgencia. En 3 CC. AA. es muy difícil que se acepten alternativas.

En cuanto al **concepto de “informe social”** para justificar los requisitos de identidad o empadronamiento, varios compañeros identifican que puede ser más adecuado hablar de **“nota informativa”**, que no sea necesario una entidad de informe social,

ni entrar a valorar aspectos más allá de la residencia o identidad. Recordemos que con la presentación de documentos oficiales alternativos debería ser suficiente, en el caso de que los haya.

4.3. El requisito de permanencia de al menos 90 días en España

El **RDL 7/2018 no establece un periodo de tiempo de permanencia** en territorio español para hacer efectivo el derecho. Las personas que tienen su estancia registrada y/o autorizada deben tener cubierta la asistencia desde la fecha de finalización de esa autorización, que no siempre tiene por qué durar 90 días. Si estas personas ven expirar su autorización de entrada y no han podido obtener documentación para residir en el territorio, pasan a estar en situación irregular. Pero otro caso diferente son las personas no registradas ni autorizadas al entrar (y permanecer) en territorio español: estas personas nunca están en situación “de estancia”, y por tanto, según el RDL 7/2018, deben tener asistencia desde el primer momento que

entran a nuestro país. Es en el **documento de Recomendaciones del Ministerio de Sanidad en el que aparece como indicación el requisito de los 3 meses** de empadronamiento, exigencia que no se ajusta al marco normativo del RDL 7/2018. El RDL solo hace referencia a la vía diferenciada para el acceso de las personas en situación de “estancia temporal”, que puede prolongarse por un máximo de 90 días.

La confusión generada por este concepto del RDL y por el texto del documento de Recomendaciones ha provocado que se imponga la **exigencia de permanencia de 90 días a todas las personas en situación irregular, como si todas ellas gozasen de una autorización de “estancia temporal”**. Resulta claramente incongruente que a las personas en situación irregular se les niegue el derecho a la asistencia durante 90 días por considerarlas en periodo de “estancia”, y por tanto autorizadas, y a la vez puedan ser detenidas y encerradas en un Centro de Internamiento de Extranjeros por no gozar de una autorización de permanencia en España.

© Ana Molina



De esta manera, **14 CC. AA.** exigen para el acceso un **empadronamiento** (o similar, como hemos indicado en el punto 4.2) **de al menos 90 días** en territorio español. En algunas ocasiones se exige que esos 90 días sean de empadronamiento en la C. A. donde se está haciendo la solicitud. Sólo Cataluña, Islas Baleares, Castilla-La Mancha y Andalucía dan cobertura pública directa durante esos 90 días:

- En Castilla-La Mancha, la Orden de 2016 que sigue vigente no tiene el requisito de 90 días pero desde 2018 y en el último año es más frecuente que se pida en algunos centros.
- En Cataluña todas las personas acceden a la TSI del Servicio Catalán de Salut desde el primer día de padrón. Durante los primeros 90 días de estancia en España tienen acceso al nivel dos de cobertura y transcurrido ese tiempo pasan automáticamente a tener todos los niveles de asistencia y un alta con un código del SNS.
- En las Islas Baleares no se pide como requisito, pero en la práctica el acceso a la tarjeta es muy complicado debido a las barreras con el empadronamiento y el requisito de informe social en toda solicitud de personas en situación irregular.
- En Andalucía se exigen 90 días, y en caso de no cumplirlo se accede a un alta temporal a través de la “Asistencia Sanitaria Pública Andaluza” sin necesidad de informe social (aunque frecuentemente se cita con trabajo social). Ese alta temporal sirve para acreditar más adelante los 3 meses de residencia efectiva, ya que posteriormente es necesario volver a realizar el trámite de solicitud, al no hacerse de manera automática.

Como puede observarse, se ha normalizado una lectura del documento de Recomendaciones que es **restrictiva frente al texto del RDL 7/2018**, donde no se establece un periodo de tiempo de permanencia en territorio español para hacer efectivo el derecho.

“En la práctica, los tres meses se han asimilado como el requisito de acceso. Incluso nos hemos encontrado con situaciones en las que se hablaba de seis meses. Pero tres meses se ha cogido como lo normal. Es más, tres meses de empadronamiento. (...) Incluso casos, tres meses empadronados en (la C. A.)” [organización social]

Además, se asimila el requisito de los 90 días a estar en situación regular, aunque la persona haya entrado de manera irregular. Hasta que la persona es capaz de demostrar que lleva más de 90 días en el territorio, se la considera en situación regular a efectos de poder acceder a la asistencia sanitaria. Esta idea se ha transmitido en las formaciones al personal de los centros sanitarios en algunas CC. AA.:

“Cuando solicitas la tarjeta sanitaria sin acreditar tres meses, una persona en situación irregular, que ha tenido una entrada irregular, le va a llegar una carta, diciendo que al encontrarse en situación regular, se le deniega la asistencia sanitaria. Eso se lo mandan a personas en situación irregular, incluso cuando tienen una orden de expulsión.” [organización social]

Este requisito de los 90 días ha empeorado el acceso de las personas en situación irregular con respecto a la situación previa al RDL 7/2018 en aquellas CC. AA. que no exigían tiempo de permanencia. Se ha instaurado de tal manera la exigencia de los 90 días, que se ha llegado a negar el alta en el sistema sanitario a bebés sin permiso de residencia nacidos en España,

mientras no presentasen un empadronamiento de 3 meses.

Algunas CC. AA. permiten el acceso a la asistencia durante estos 90 días mediante un informe social favorable, como veremos en el siguiente apartado

Por último, la inclusión del alta definitiva en la Base de Datos común del SNS mediante el título 85 solo puede realizarse acreditando la residencia efectiva durante más de 90 días. Esto refuerza la aplicación de este requisito en las CC. AA., y supone complicaciones para las CC. AA. en las que se cubre la asistencia desde el primer momento. Por ejemplo, en Andalucía hay que volver a hacer la solicitud pasados los tres meses, o en Cataluña se realiza de manera automática pero cambia el nivel de cobertura.

El argumento más utilizado para justificar la exigencia de 90 días a las personas en situación irregular es que hasta que se cumple ese tiempo de permanencia, **las personas son turistas**. Se justifica además en que “lo dice la ley (estatal)”, aunque no exista tal respaldo legal a este argumento.

“Se supone que si llevan menos de tres meses son turistas y tienen que tener su seguro de viaje. Se considera que son turistas. Hasta los tres meses no...” [servicio de salud]

4.4. El requisito de informe social para situaciones de “estancia temporal”

El **RDL 7/2018 establece que las personas que se encuentran en situación de “estancia temporal”, accederán a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos si tienen un informe social favorable**. El Ministerio de Sanidad no ha desarrollado este procedimiento en el posterior Documento de Recomendaciones, dejando sin

efecto en la práctica una parte de la norma cuyo objetivo es proteger a las personas que tienen necesidad de atención sanitaria y no disponen de medios para acceder a ella. El hecho de que la mayoría de personas en situación irregular llegan al país por vía aeroportuaria teniendo voluntad de permanencia implica que la falta de regulación posterior de este punto tiene un gran impacto excluyente.

En primer lugar, existe una **confusión importante respecto al concepto de “estancia temporal”**, que dificulta la regulación autonómica. El artículo 30 de la LOEX define la “estancia” como la situación en la que se encuentran aquellas personas que tienen una autorización (con visado o sin visado) para la permanencia en territorio español por un período de tiempo no superior a 90 días.

Pero esto no quiere decir que todas las estancias tengan la misma duración. Hay personas cuya autorización vence antes de los 90 días y pasan por tanto a estar en situación irregular, momento en el que se les debería reconocer el derecho sin esperar a los 90 días, cosa que no siempre ocurre. También se ha identificado en alguna ocasión una interpretación más restrictiva, que asimila “estancia temporal” exclusivamente a la situación de residencia de profesionales altamente cualificados y personas víctimas de la trata.

Por otro lado, y como se ha comentado, la imprecisión jurídica a nivel conceptual ha provocado la asimilación de estancia temporal a llevar 90 días en España, independientemente de la forma de entrada al país, de manera que se ha establecido el **requisito del informe social tanto para las personas que se encuentran en situación de estancia, como para las personas que están en situación irregular**, durante los primeros 90 días. En este apartado

se analiza el acceso mediante un informe social en ambas situaciones, de manera diferenciada.

El acceso para personas en situación de “estancia temporal” se ha regulado tan solo en 5 CC. AA. de manera explícita: Aragón y C.Valenciana en protocolos publicados, y Asturias, Extremadura y Navarra en instrucciones internas. Cantabria lo ha regulado en la futura Orden, pero por ahora no se acepta. En 3 CC. AA. (Andalucía, Murcia y Castilla y León) no está regulado pero se acepta en casos excepcionales. En Castilla-La Mancha no está regulado y no se acepta por norma, y en 7 CC. AA. (Balears, Canarias, Madrid, Melilla, País Vasco, La Rioja y Galicia) no se acepta informe social en ningún caso. En Cataluña no se ha regulado esta vía, pero se obtiene la TSI desde el primer día de empadronamiento.

Se observa una **ausencia de desarrollo reglamentario** en la mayoría de CC. AA. que supone un incumplimiento del RDL 7/2018 y provoca una importante **inseguridad jurídica**. El propio Defensor del Pueblo ha emitido la siguiente recomendación: *“las administraciones autonómicas deben atender a los informes sociales de sus propios servicios antes de excluir de la asistencia sanitaria gratuita a algunas personas en situación de estancia temporal”*.⁵

Por otro lado, de las 14 CC. AA. que exigen como requisito **demostrar 90 días de empadronamiento a personas en situación irregular**, de nuevo solo 5 han regulado y publicado instrucciones sobre el informe social para el acceso durante ese tiempo: Aragón, Comunidad Valenciana, Asturias, Navarra y Extremadura. Cantabria ha regulado el informe social en la orden que

está pendiente de publicación, pero mientras tanto no se está aceptando. Murcia y Castilla y León no han regulado la vía del informe social pero lo aceptan en casos excepcionales. Canarias, Madrid, Melilla, País Vasco, La Rioja y Galicia no aceptan informe social en ningún caso.

En la práctica, se ha instaurado tanto la idea de exigir los 90 días de permanencia en el país que **la vía del informe social no se tiene presente y se acepta solo en casos excepcionales**, incluso en las CC. AA. con normativas favorables, como en Navarra y parte de la C. Valenciana. Las barreras se encuentran tanto a nivel del personal administrativo y de trabajo social, como en las unidades centrales.

“Pocos casos he conseguido. Así que recuerde ahora mismo, dos (...) excepcional eh? Normalmente cuando tienen súper claro que el requisito son los tres meses de empadronamiento es bastante difícil moverlos de ahí. Bastante difícil.” [organización social]

“Aunque esta información (las instrucciones para el informe social) ha llegado a las administraciones de los centros de salud, lo que se tiene en mente es que si está recién llegado, te van a atender de urgencia. Y ya está.” [centro de salud]

» 4.4.1. Análisis de los procedimientos para el acceso con informe social

En la mayoría de las CC. AA. en las que se acepta o está regulado el informe social, éste es emitido generalmente por personal de Trabajo Social Sanitario: Aragón, Asturias, Extremadura, Andalucía, Navarra, Comunidad Valenciana. En caso de que no exista esta figura, lo realizan pro-

5.- <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/asistencia-sanitaria-universal/>

fesionales de Trabajo Social de recursos comarcales, municipales o autonómicos. En Murcia lo realiza Trabajo Social de los Servicios Sociales Municipales.

Las únicas CC. AA. que han publicado las instrucciones para la realización del informe social son Aragón y la C. Valenciana, que detallan el procedimiento a seguir, los criterios de valoración, modelos de informe, etc.

En general **se requiere una valoración de la necesidad de salud y de la situación social**, así como que se descarte que la estancia de la persona sea con finalidad sanitaria, algo que no recoge la legislación vigente en ninguno de sus artículos.⁶

En varias de las CC. AA. en las que se acepta informe social, éste es el sustituto para cualquier requisito que no se cumpla, como decía una entrevistada *“Informe social es como el comodín cuando algo no cumple”*. Esto permite dar acceso tanto a personas con problemas de salud graves y que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, como a personas con permiso de residencia en situaciones específicas; incluso aunque no se contemplan como excepciones en el RDL 7/2018.

Se han identificado varias **dificultades de acceso a través de la vía del informe social** que comprometen la efectividad de esta medida y, en todo caso, prolongan

6.- La redacción actual del nuevo Proyecto de Ley introduce un pequeño cambio, y establece la necesidad de un informe social favorable que acredite la voluntad de residir en España, así como que la atención sanitaria no podrá constituir el motivo del desplazamiento.



los tiempos de espera hasta conseguir el documento certificativo:

- **Problemas para conseguir un informe de Trabajo Social** debido a:

- Amplio desconocimiento de esta posibilidad por parte del personal de Admisión de los centros de salud, impidiendo conseguir una cita con Trabajo Social.
- Desconocimiento por parte de Trabajo Social, más aún en los Servicios Sociales no sanitarios.
- Saturación de los servicios sociales y de trabajo social, que dificulta obtener una cita con rapidez, a pesar de que esta vía está pensada precisamente para un acceso rápido en los primeros 90 días.
- Necesidad de tener empadronamiento para poder pedir cita con servicios sociales.
- En los territorios en los que solo se accede a los servicios sociales municipales o autonómicos, desconocimiento por parte de trabajo social, ausencia de asignación de competencias, dificultad para la coordinación con la información y procesos sanitarios.
- Barreras para el acceso presencial a Trabajo Social en algunos territorios.

- **Heterogeneidad en los criterios de valoración** de la situación social y de salud, muy dependiente de la persona de Trabajo Social que realiza el informe y de la unidad de Tarjeta Sanitaria que lo valida.

- Dificultad para la valoración de la vulnerabilidad social por parte de Trabajo Social por **ausencia de formación y de unificación de criterios**.
- Falta de definición de los criterios para considerar grave un problema de salud, y no se contempla coordinación con los equipos de medicina y enfermería. En algunas CC. AA. **se requiere además un informe médico** que acredite un problema grave de salud que de no ser tratado en ese tiempo puede tener consecuencias negativas. Recordemos que el RDL 7/2018 no hace mención alguna a tener un problema de salud como requisito para la emisión de un informe favorable.

“Me decía hoy la trabajadora social, “nosotros hemos recibido este documento en junio, sin ninguna formación, sin ningún nada, un informe de salud que son líneas en blanco, en plan valoración social, y pone esclarecimiento de la identidad y descripción de las circunstancias de necesidad, residencia, circunstancias sociales y económicas de la persona”, y dice “claro yo ahí tengo que poner la vulnerabilidad de la persona incluso médica, y a veces no tengo los criterios suficientes para decir o determinar si esta persona necesita sí o sí la asistencia médica”. [centro de salud]

Esto es más grave en CC. AA. en las que este informe se acepta pero no tiene un procedimiento para su utilización, sobre todo en situaciones de estancia temporal.

“Es complicado (...) ¿cómo acreditamos la vulnerabilidad? Es muy difícil acreditar la vulnerabilidad (...) si yo

a través de la entrevista veo que hay una situación de vulnerabilidad o de enfermedad o de necesidad urgente de muy diverso tipo que justifique que tenga cobertura sanitaria, (...) yo puedo elaborar un informe social y lo pongo ahí (...). Pero quiero decir que es muy difícil acreditar si viene una persona con una situación digamos de regularidad en el sentido de que tiene su visado y tal, o imagínate que viene una persona que tiene exención de visado, cómo puedo acreditar que efectivamente tiene situación de vulnerabilidad y no exigirle los 90 días ¿no? Es muy difícil.”
[centro de salud]

- **Utilización del informe social** en el que se recogen las necesidades de salud **como instrumento para negar o facturar la asistencia**, justificándose como un caso de **“turismo sanitario”**. Como se puede observar en las diferentes instrucciones a las unidades de Trabajo Social para la elaboración del informe social, se insta a identificar los casos en los que la estancia tiene una finalidad sanitaria. El espíritu de este requisito añadido por encima de las normas y leyes es el de “desvelar” la existencia de turismo sanitario. Es muy grave que en la normativa estatal se regule una vía de acceso para personas que llevan poco tiempo en nuestro país y que ésta **se emplee para juzgar y denegar el acceso en función del motivo migratorio**. En relación a este respecto hay que aclarar:

- El “turismo sanitario” **no es un concepto definido jurídicamente**. No existen evaluaciones ni estudios que demuestren su existencia, mucho menos en personas migrantes. El informe que se ha esgrimido hasta la saciedad como prueba de un “turismo sanitario” que apareció de forma clara por primera vez en una ley en el RDL 16/2012, es el que publicó ese año el Tribunal de Cuentas, centrado en los problemas de cobro y pago entre sistemas de Seguridad Social por cobertura sanitaria de ciudadanos de países de la Unión Europea en España.⁷ En la presentación del mismo, el presidente del Tribunal señaló:

“(…) quería dejar claro que, aunque se ha hecho referencia al Real Decreto 16/2012 y a la vinculación de este informe con el mismo, el informe aprobado por el pleno del tribunal no menciona la asistencia sanitaria prestada a las personas residentes en España en situación irregular, que es buena parte del contenido de ese real decreto. Por tanto, en modo alguno puede vincularse el contenido del mismo, stricto sensu, con el informe del tribunal, aunque es cierto que hay determinadas cuestiones contenidas en ese real decreto que hacen referencia a lo que sí es materia del Tribunal de Cuentas al verificar estas prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios”⁸

7.- Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social. Número de fiscalización 937, fecha de aprobación del Pleno el 29 de marzo de 2012, <http://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/search/alfresco/index.html?docTitle=>

8.- Diario de Sesiones de las Cortes Generales, Comisiones Mixtas, Núm. 37 de 29 de octubre de 2012, Pág. 36.



© Ana Molina

No existe ninguna normativa que establezca que hay motivos adecuados e inadecuados para migrar y que estos deben ser estudiados y analizados por una trabajadora social. El hacerlo implica desarrollar una lógica de frontera que va muchos pasos más allá de las restricciones que ya se pueden encontrar en la normativa y sus regulaciones autonómicas.

- Establece la **sospecha y la posibilidad de excluir** a cualquier persona que venga con un problema de salud previo, incluidas las mujeres embarazadas.
- Coloca al personal de trabajo social en una **actitud policial** de sospecha y control en lugar de apoyo social.
- Obliga a la revelación de datos de salud para la realización de un trámite administrativo que no lo requiere, **vulnerando el derecho a la intimidad**.
- **Barreras lingüísticas y prejuicios.**

“Y luego claro cómo se comunican esas cosas, quién viene acompañando al migrante, la lengua, cómo se expresa, el aspecto, o sea muchas barreras que tienen para que la trabajadora o trabajador social de turno decida expedir este informe.” [centro sanitario]

Unas últimas consideraciones en cuanto a la **necesidad de trato con Trabajo Social** para la obtención del documento certificativo. A menudo las personas en situación irregular son citadas con Trabajo Social para la solicitud de la tarjeta por defecto, **incluso cuando ya han superado la barrera de los 90 días**, por diferentes motivos. En 4 CC. AA. es obligatorio realizar el trámite a través de Trabajo Social para todas las personas en situación irregular. Como recuerdan algunas informantes, la asistencia sanitaria es un derecho y como tal, debería ser un trámite administrativo sin necesidad de trato con Trabajo Social.

“Que es que le corresponde a la administrativa saber ese protocolo de darle cobertura sanitaria por esa vía a este perfil

no? Es que lo deben de saber. Solamente en aquellos casos que hay otros temas de vulnerabilidad presentes sí me los derivarían, o si es necesario, pero si no... de hecho eso es bueno para ellos porque es una manera de normalizar el acceso, que es un derecho que tienen.” [centro sanitario]

No podemos dejar de recordar que, **antes del RDL de 2012, el derecho a la asistencia estaba vinculado a la residencia efectiva**, y no hacía falta ningún trámite social durante los primeros 90 días en el país ni en situaciones de estancia. El RDL 7/2018 recupera esa vinculación del derecho a la residencia, pero la diferenciación por situación administrativa y la necesidad de informe social **profundizan en un modelo de beneficencia para las personas migradas en lugar de restaurar el modelo de sanidad universal**.

4.5. Certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde el país de origen

El RDL 7/2018 incluye como requisito para la asistencia con cargo a fondos públicos no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde el país de origen o procedencia. El documento de Recomendaciones del Ministerio

materializa este requisito en un **certificado de no exportación del derecho a la cobertura sanitaria desde el país de origen**, emitido por la administración competente del país, **en el caso de personas procedentes de países a los que son de aplicación los reglamentos comunitarios para la coordinación de los Sistemas de Seguridad Social o de países con Convenio bila-**

teral en materia de Seguridad Social. Para el resto de países se acepta una declaración responsable de no exportabilidad del derecho.

En casi todas las CC. AA. se exige este certificado, y se identifican barreras para el acceso por este motivo, debido a la **dificultad para conseguirlo en algunas situaciones**, y al desconocimiento del certificado por parte de los servicios de salud. En algunas CC. AA. se ha acordado un modelo de certificado de no exportación.

“Nadie sabe cómo es ese papel, conseguimos muy pocos al año, normalmente uno al año, en el centro de salud no saben de qué les estás hablando, en los propios servicios centrales no saben de qué les estás hablando. Cada caso hemos tenido que pelearlo durante meses para que a la persona le reconozcan que ese papel era.” [organización social]

En 2 de estas CC. AA. se acepta una declaración responsable a personas procedentes de Rumanía y Bulgaria en lugar del certificado, y en otras 10 CC. AA. se acepta la acreditación de otras maneras, como un informe social o la copia de la solicitud al organismo del país de origen, aunque en algunas de ellas existen barreras importantes para conseguir dicho informe.

Es de destacar el procedimiento que recientemente se ha acordado en País Vasco: es **la administración sanitaria junto con el INSS quienes gestionan la acreditación de la exportación del derecho** con sus administraciones homólogas en el país de origen. Esta es la opción que parece más adecuada, invirtiendo la carga de la prueba en la administración en lugar de la persona.

4.6. Otros requisitos: el resto de requisitos para la obtención del documento cer-

Las mujeres y menores en situación irregular han quedado desprotegidas con denegaciones de atención y facturaciones de la asistencia.

tificativo se han reducido en la mayoría de CC. AA., que antes exigían demostrar, por ejemplo, ingresos económicos insuficientes o seis meses de padrón. Sin embargo, en otras se han ampliado:

- Baleares requiere un informe social a todas las personas en situación irregular.
- Galicia exige el informe a todos los menores, además de otros documentos que acrediten su relación de parentesco.
- En la Ciudad Autónoma de Melilla se exige a todas las personas en situación irregular documentos como un justificante de falta de ingresos de la administración de Hacienda de Marruecos, certificado de no exportación de la sanidad, certificado de registro civil de la situación civil (todos ellos con traduc-

ción jurada) y un justificante de escolarización en el caso de menores.

4.7. Acceso a la prestación farmacéutica

Este punto no se ha evaluado sistemáticamente. En todas las CC. AA. en las que se ha valorado, la aportación farmacéutica es del 40% para todas las personas. En varias CC. AA. identifican barreras económicas, y algunas CC. AA. han desarrollado alguna vía para superarlas, pero son limitadas. Por ejemplo, en Navarra hay un convenio con Cáritas para cubrir el coste de la medicación en caso de necesidad, pero en la práctica es desconocido en muchas farmacias y no hay posibilidad de reintegro. En Euskadi el programa de Cruz Roja cubre el coste de medicación solo para personas que no tienen cobertura sanitaria, y se puede solicitar la devolución del copago a la administración un año más tarde.

5. REGULACIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES

5.1. Atención a menores y mujeres durante el embarazo, parto y postparto

Se observan **dos líneas de actuación respecto a menores y mujeres embarazadas**. La primera considera que son situaciones especiales en los que la atención está garantizada desde el primer momento, y la segunda interpreta que, desde la aprobación del RDL 7/2018, no hay distinciones ni siquiera en estos supuestos. Esto ocurre tanto en las CC. AA. que aceptan informe social como en las que no se ha establecido ninguna vía de acceso.

“Si el menor es un turista, es un turista.” [servicio de salud]

“No hay en la citada norma (RDL 7/2018) distinción de trato, la regulación es para todos los ciudadanos.” [servicio de salud]

“La ley anterior contemplaba como situaciones excepcionales a los menores, mujeres embarazadas y extranjeros en situación de urgencia pero la nueva ley derogó ese artículo y ya no hace la excepción de menores y embarazadas.” [servicio de salud]

Recordemos que la asistencia sanitaria a menores y a mujeres en situación irregular durante su embarazo, parto y postparto, **está garantizada por la disposición adicional octava del RD 1192/2012**, que no quedó derogada por el RD 7/2018. Es obligación del Gobierno dar cumplimiento a las múltiples leyes y convenios de los que es firmante, que protegen sin restricciones la atención a las mujeres embarazadas y a los menores de edad: Convenio de los Derechos del Niño art 2 y 24.2, Ley Orgánica de Extranjería art. 12.3 y 12.4, entre otras. El RDL 7/2018 al no contemplarlas

ha roto con un principio de protección a estas situaciones que estaba largamente establecido en nuestra legislación. La ausencia de mención a estas situaciones en el RDL 7/2018 y en el documento de Recomendaciones ha supuesto que en muchas CC. AA. hayan quedado desprotegidas, con **denegaciones de atención y facturaciones de la asistencia**.

“Es que aquí es como que tenemos las figuras protegidas por el anterior... por la mierda del real decreto de 2012 se han quedado supuestamente protegidas o desprotegidas o en el limbo, no sabemos muy bien.” [organización social]

En 4 CC. AA. (Madrid, Canarias, Melilla y Galicia) no hay atención con cargo a fondos públicos a menores ni mujeres embarazadas en situación irregular o situación de estancia hasta la obtención del documento certificativo o alta provisional (que pueden tardar meses en conseguir). En Baleares sucede lo mismo con aquellas en situación de estancia.

En Cataluña, como el resto de personas, tienen asistencia pública desde el primer día de empadronamiento. En Aragón el informe social no es necesario para la atención con cargo a fondos públicos de mujeres embarazadas y menores, que tienen la asistencia garantizada. En Cantabria, el Proyecto de Orden además de incluir la regulación del informe social, garantiza atención a mujeres embarazadas y menores, pero como no está aprobada, actualmente se les atiende con posibilidad de facturación.

En el resto de CC. AA., en las que se acepta informe de manera sistemática (Extremadura, C.Valenciana), los menores y

embarazadas acceden a través de esta vía o de un alta específica (Asturias). En las CC. AA. en las que el informe se acepta de manera excepcional, la atención a menores y embarazadas suele estar más cubierta que en el resto pero se dan cada vez más casos de exclusión.

5.2. Atención de urgencias o inaplazable y facturación

La atención de urgencias es la única vía de acceso que queda a una asistencia sanitaria muy limitada hasta que se consigue el documento certificativo, que por las diferentes barreras descritas supone de media varios meses en la mayoría de CC. AA.. El RDL 7/2018 no especifica el derecho a la atención de urgencia con cargo a fondos públicos, lo que ha supuesto **un retroceso y una gran heterogeneidad en la prestación de la asistencia** entre las CC. AA. y dentro de cada C. A., sobre todo en relación a la facturación de la asistencia.

En este apartado nos referimos a la atención de urgencia a las personas que están en proceso de conseguir el documento de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria o aquellas que no pueden obtenerlo. Consideramos **la atención de urgencia** como aquella que se presta **hasta el alta médica** (pues así se recogía en el RDL 16/2012), tanto en atención primaria como hospitalaria, incluyendo la que puede requerir de ingreso y seguimiento, y no solo a la atención prestada por los servicios de urgencias. En este sentido, en una C. A. se proponía el concepto de atención **“inaplazable”**, que utilizaremos indistintamente en este apartado.

Las exclusiones identificadas tienen que ver con

- la **denegación** de la atención de urgencias

- la prestación de una **atención incompleta** (se ha identificado atención solo hasta alta hospitalaria y atención sin pruebas diagnósticas)
- la **facturación** de la asistencia

El discurso de muchos servicios de salud es que se atiende a todo el mundo, siendo secundario si es o no con cargo a fondos públicos.

“La asistencia se le da a todo el mundo. Lo único que tendrían que pagarla.” [servicio de salud]

En 15 CC. AA. la atención inaplazable si no se ha obtenido el documento certificativo **se factura sistemáticamente** o existe la posibilidad de facturación. En el País Vasco se emite un aviso de facturación que no se hace efectivo. En Cataluña existe una vía de acceso a la atención de urgencias sin facturación, presentando una declaración responsable de no disponer de recursos económicos, aunque en la práctica muchos centros hospitalarios no ofrecen esta opción. En Asturias la atención de urgencias se realiza con cargo a fondos públicos.

En algunas CC. AA. se ha identificado ocasionalmente la obligatoriedad de **pagar previamente** para pasar a la consulta.

Las facturaciones y denegaciones, como hemos comentado en el apartado anterior, también se están emitiendo a personas **menores de edad, mujeres durante el embarazo y parto, menores tuteladas/os** por la administración, o personas que han requerido consulta con Trabajo Social.

En varias CC. AA. con un compromiso explícito por la sanidad universal se están emitiendo **avisos de facturación y facturas efectivas**. Se alerta del **efecto disuasorio**

que pueden tener, sobre todo en personas no acompañadas por organizaciones.

“Es un factor importante a la hora de que las propias personas se inhiban de ir, (...) la información que se da en los centros de salud es bastante más amenazante que la realidad.” [organización social]

“Eso al final lo que hace es que la persona se dé la vuelta y ya no se espere a entrar al box sino que se pira. “Pues que no la paguen y ya está”, ésa es la contestación que te da el gobierno. (...) Qué sé yo que me puede generar el no pagar una factura. (...) Ellos siempre defienden que “eso no trasciende”. Pues si no trasciende no la entregues.” [organización social]

Llaman la atención varios aspectos de los procedimientos de facturación:

- **Arbitrariedad de los procedimientos:** se percibe como imposible conocer los criterios por los que se facturan a unas personas sí y a otras no, y son dependientes de cada centro, sin que se ha-

yan podido identificar instrucciones comunes. Se detectan con más frecuencia en los centros públicos con gestión privada. Varias unidades responsables de aseguramiento refieren que esto no es su responsabilidad, que no conocen cómo se lleva a cabo y que depende de cada centro o unidad territorial.

“Nosotros no nos encargamos de eso. Podrían facturársela. Y de hecho hay algunas áreas de salud que empiezan a facturar. Pero ya es que...ahí ya no le puedo yo decir porque eso no lo llevamos nosotros. Nosotros catalogamos al ciudadano en función de la situación y de la documentación en el tipo de aseguramiento que le corresponde. Ya luego... ya le digo. Hasta hace poco pues no se facturaba, hay áreas que facturan, hay áreas que no facturan, es un poco así.” [servicio de salud]

“Todavía a día de hoy no hemos descifrado a qué personas, qué perfil, qué qué, a quién se le factura, y a quién no.” [organización social]



- **Aumento de la frecuencia de facturación** en los últimos años:

“De unos años a esta parte había gente que lo hacía y no le facturaban y yo creo que han debido dar de un par de años a esta parte como un toque y han dicho persona que llegue persona que hay que hacerle el cobro a este documento al domicilio que ponga, sabes que han hecho bastante hincapié. (...) porque es que me ha llegado mucha gente con esa circunstancia, mucha.” [centro sanitario]

- **Posibilidad de anular las facturas mediante reclamaciones** en la mayoría de CC. AA. si se consigue documentación acreditativa del derecho posteriormente. Sin embargo, es difícil hacerlo porque **no existen procedimientos publicados** acerca de cómo anular facturas, la información no llega a las personas interesadas, existe miedo a reclamar por la situación de irregularidad, y es un proceso muy complicado sin acompañamiento experto. Se trata de un procedimiento muy poco transparente.

En este sentido se denuncia que frecuentemente **se deriva a organizaciones sociales** desde las unidades de Trabajo Social para apoyar en la reclamación, en lugar de asumirlo como parte de su tarea. Se ha transmitido cierto temor a represalias a la hora de emitir informes sociales de apoyo a las reclamaciones.

En **otras CC. AA. no se eliminan las facturas de ninguna manera**. Recordemos que estamos hablando de personas que según el RDL 7/2018 tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo

a fondos públicos en las mismas condiciones que las demás.

Las facturas que no se resuelven y no se abonan suponen un problema para las personas a la hora de tramitar la residencia y visados o de recibir ayudas económicas, entre otros.

- **Ausencia de asunción de responsabilidades** por parte de las administraciones, que se justifica en la excepcionalidad y en el turismo sanitario.

“La argumentación de la administración con este tema es o de negarla y decir que no se les factura, a admitir que se factura sólo a determinadas personas en determinadas circunstancias, que no aclaran, y luego como no se sostiene eso acaban vinculándolo siempre al turismo sanitario.” [organización social]

5.3. Cobertura de personas ascendientes que llegan a España a través de un proceso de reagrupación familiar

Desde 2012, el INSS ha denegado sistemáticamente la tarjeta sanitaria a personas con permiso de residencia por considerar que “deberían tener” un seguro privado de enfermedad para obtener el permiso de residencia. Esta exigencia de seguro privado es contraria al propósito y la redacción de la directiva de la Comunidad Europea, y fue rebatida por la Defensoría del Pueblo en su resolución del 15 de Octubre de 2014⁹:

“(...) La exigencia de seguro médico para los ascendientes extracomunitarios de ciudadanos españoles, que no han ejercido la libertad de circulación, no está

9.- <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/eliminacion-de-la-exigencia-de-seguro-de-enfermedad-a-los-ascendientes-nacionales-de-terceros-estados-de-ciudadanos-espanoles-residentes-en-espana-para-la-obtencion-de-la-tarjeta-de-residencia-de-f-2/>

contemplada en la normativa. Además se considera un obstáculo para que el ascendiente de ciudadano español disfrute efectivamente del derecho a la asistencia sanitaria.”

Desde 2017 muchas personas afectadas reclamaron su derecho ante los tribunales. A pesar de que **más de 80 sentencias dieron la razón a las personas afectadas** y obligaron al INSS a otorgarles la tarjeta sanitaria, el INSS no varió su práctica, y apoyándose en una sentencia favorable, presentó un recurso al Tribunal Supremo. En un hecho sin precedentes, y a pesar de la inmensa mayoría de sentencias que otorgaban la razón a las personas afectadas, **el Supremo falló a favor del INSS**, basándose en que la redacción del RDL 7/2018 supeditó el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras con permiso de residencia a *no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía*. A partir de este momento, quedaron excluidas por la normativa estatal, exclusión que el Gobierno se ha comprometido a solucionar en el nuevo Proyecto de Ley. La situación de exclusión de este colectivo se ha descrito más en detalle en otros documentos¹⁰.

De esta forma, actualmente las personas ascendientes reagrupadas están **excluidas de la asistencia sanitaria** con cargo a fondos públicos en la mayoría de las CC. AA.. La única opción para acceder es contratando un **Convenio Especial** con los servicios de salud, que tiene un coste mensual de 60 euros para menores de

10.- <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/recomendaciones-para-el-ante-proyecto-de-ley-de-medidas-para-la-equidad-universalidad-y-cohesion-del-sistema-nacional-de-salud>;



65 años y 157 euros para las que tienen 65 años o más. Tiene un requisito de 1 año de empadronamiento y la aportación farmacéutica es del 100%. Antes de ese año la única opción es la contratación de un seguro privado que dada la edad y las patologías previas, resulta muy costoso o imposible de conseguir, y que, en todo caso, implica el pago íntegro del coste de los medicamentos.

Algunas CC. AA. han desarrollado **mecanismos para dar cobertura autonómica**, más o menos limitada:

- En Cataluña, tanto las personas ascendientes reagrupadas como otras personas con residencia que no tienen cobertura por otros medios tienen acceso a la TSI del Servicio Catalán de la Salud, desde el primer día de empadronamiento. La cobertura es de nivel 2, lo que supone acceso a todas las prestaciones excepto trasplantes.
- En la C. Valenciana, tanto las personas ascendientes reagrupadas como otras personas con residencia que no tienen cobertura por otros medios y no tienen recursos suficientes pueden acceder a la Asistencia Sanitaria Universal, a través de un informe social favorable e informe médico. En este caso encuentran las barreras ya comentadas para obtener el informe, especialmente en la provincia de Alicante. En Asturias no está regulado, pero en la práctica se podría acceder a la TSI a través de la

valoración de un informe social, aunque sólo en casos muy excepcionales.

- En el País Vasco, las personas ascendientes reagrupadas pueden acceder a la TSI si la persona reagrupante se encuentra en el tramo de aportación farmacéutica correspondiente a menos de 18.000 euros de renta. En realidad, es difícil acceder de esta manera ya que la persona reagrupante tiene que demostrar tener 16.500 euros de renta para poder reagrupar a la familia, por lo que se ha argumentado que este requisito se debería, en todo caso, aplicar al solicitante, no al reagrupante.
- En Navarra, por un acuerdo del Gobierno, a cualquier persona dirigida al Convenio Especial, si tiene una renta menor a 18.000, se le exime del pago del Convenio.
- En Andalucía las personas ascendientes reagrupadas pueden acceder a la Asistencia Sanitaria Pública andaluza renovable hasta un año, a través de un informe social; aunque esto no está regulado.

En estas situaciones, además de las limitaciones en el acceso descritas, se ha identificado como problema que el reconocimiento del derecho sólo en la C. A. no sirve como prueba de disponer de un seguro médico para la renovación de la residencia.

6. EXCLUSIONES RELACIONADAS CON SITUACIONES ADMINISTRATIVAS ESPECÍFICAS

La **aplicación errónea de conceptos de extranjería** en los centros sanitarios es una tónica presente en muchas de las situaciones de exclusión, como se observa a lo largo de este trabajo. Se han identificado algunas barreras relacionadas con situaciones administrativas específicas:

- Personas **solicitantes de protección internacional**: hay un amplio **desconocimiento por parte del personal administrativo de los diferentes documentos** de solicitud de protección internacional, que varían en función de la fase del proceso. Especialmente, del documento de Manifestación de Voluntad de
- **Menores con DNI español** con progenitoras/es en situación irregular. Desde las CC. AA. les derivan al INSS con la

presentar solicitud de protección internacional. También se produce **discontinuidad de la asistencia sanitaria** cuando se deniega la solicitud de protección internacional y la persona se queda en situación irregular. Por último, se han producido barreras por **prolongación de los plazos** de cada una de las fases del programa de acogida de protección internacional, sobre todo, hasta que no se formaliza la solicitud de asilo por medio de la entrevista formal.



intención de darles de alta como beneficiarios; el INSS lo deniega porque no pueden ser beneficiarios de personas en situación irregular. Al denegar el alta se ignora el articulado del RDL 7/2018 que considera **titulares del derecho** también a los menores de nacionalidad española que residen en territorio español, y **no necesitan figurar como beneficiarios** de un progenitor.

- **Menores en situación irregular** con progenitoras/es con permiso de residencia. Desde las CC. AA. les derivan al INSS pretendiendo que les pongan de beneficiarios de las/os progenitores, cuando su alta es competencia de los servicios de salud hasta poder tramitar el permiso de residencia. En estos casos la suma del tiempo necesario para obtener el permiso de residencia del menor y el que se precisa para tramitar el reconocimiento de la asistencia en el INSS, puede suponer la **exclusión del menor durante muchos meses**.

“Como no podía ser, les han dicho que se regularizase. Como si fuese así de

sencillo. Todo por desconocimiento.” [organización social]

- **No reconocimiento de la situación irregular en personas** que están en trámite o con intención de regularización por reagrupación, estudios, etc.

“La (unidad central) deniega muchas veces en el caso de personas que tendrían derecho por encontrarse en situación irregular pero que ellos asimilan, su estancia irregular, o entienden, que debería tener una estancia regular. (...) Y el argumento es ese, vete a la oficina de extranjería, y cuando tengas la autorización de residencia, se lo pides al INSS.” [organización social]

- Frecuentemente hay problemas para el **reconocimiento de la situación irregular si se tiene un NIE previo**, confundiendo esto con estar en situación regular.

Las personas en estas situaciones quedan excluidas durante un tiempo, descrito en varias CC. AA. como un **limbo** en el que la C. A. y el INSS “se pasan la pelota” sin asumir su responsabilidad.



7. CONSECUENCIAS Y EFECTOS DE LA SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA ASISTENCIA. EL CÍRCULO VICIOSO DE LA EXCLUSIÓN.

Más allá de las deficiencias de la ley, o, tal vez como consecuencia de la poca claridad y la complejidad de la misma, las prácticas de la mayoría de **las CC. AA. han profundizado en las barreras** que impiden el acceso al derecho a la asistencia.

Resulta **difícil encontrar una situación similar en otros ámbitos de la administración**, donde la falta de diligencia (intencionada o no) **vulnera de forma sistemática un derecho** de la ciudadanía. Al normalizar la falta de protección a los derechos de las personas migrantes, se alimentan actitudes de discriminación y racismo, transmitiendo la idea de que sus derechos son de menor rango que el de las personas con nacionalidad española. Esto se refleja en las actitudes de los profesionales que anteponen actitudes de control a las de protección.

“Todo es un círculo vicioso. Al final la ley es más lisa, con lo cual es más difícil que el personal administrativo y la propia población migrante sepa cómo hacer el trámite, luego hay actitudes negativas, y claro, si yo tengo una actitud negativa y la persona ha venido cuatro veces porque las cuatro veces le estoy diciendo que no y la persona sabe que tiene derecho pues al final se complica y se crean conflictos.”
[organización social]

Las leyes estatales y las normas y prácticas autonómicas han potenciado tanto las **lógicas de exclusión y las actitudes discriminatorias**, que, incluso en aquellos territorios con un discurso más favorable a la universalidad, multitud de barreras siguen impidiendo el acceso a la asistencia sanitaria.

Hay CC. AA. cuyos gobiernos mantienen de cara a la opinión pública **un discurso favorable a la universalidad**, pero continúan sin normas claras y con **prácticas excluyentes en sus territorios**.

“Hemos notado una tendencia siempre más o menos positiva por parte del (Servicio de salud). Tenían el discurso muy grande de que nadie se quedaría sin cobertura sanitaria; en los hechos ha sido más complicado porque no descendían a tierra, y luego ya en los centros de salud es donde ha habido más vulneración, sobre todo en el ámbito administrativo, muchísimas. Los profesionales administrativos han sido menos garantistas que la propia norma.”
[organización social]

Como se ha descrito a lo largo del informe, barreras de distinta índole **impiden de facto el acceso** al derecho a la asistencia, a pesar de que así lo reconozca la normativa autonómica.

“Nuestra normativa y procedimientos están muy bien pero...luego no se cumplen. Y por eso nos resulta tan difícil que haya cambios, porque en la teoría es un procedimiento que es difícilmente mejorable. Se supone que se atiende a todo el mundo. Pero claro luego en la práctica...hay muchas denegaciones, muchas vulneraciones que no dejan rastro. [organización social]

A continuación se describen **algunas de las prácticas** detectadas en las CC. AA. que, al renunciar a garantizar el derecho, discriminan a las personas migrantes y **pueden alimentar actitudes de xenofobia y racismo**.

7.1. La falta de garantías en las normas y procedimientos

» Accesibilidad limitada a la información sobre el derecho y los procedimientos para el acceso.

En 4 CC. AA. (Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña y C. Valenciana) están publicadas las normativas e instrucciones de acceso en la página web del servicio de salud. En otras 8 CC. AA. (Asturias, Baleares, Cantabria, Galicia, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Murcia, País Vasco) la información publicada es limitada, haciendo referencia a los requisitos de acceso y al procedimiento, pero inexistente en cuanto a la posibilidad de recibir asistencia en caso de no cumplir dichos requisitos. En el resto de CC. AA., **la información es muy limitada, desactualizada o inexistente.**

“Mucha dificultad en el acceso a información clara, somos una entidad especializada, y nosotras nos perdemos en el proceso. Muy pocas ganas de facilitar la información. Y hay muchísima confusión. Hay muchos mensajes distintos, y eso confunde a la gente, y al final lo que consiguen es que la gente desista. [organización social]

Se ha tenido constancia de actitudes discriminatorias y racistas por parte del personal de los centros sanitarios

Hay dos **aspectos de la información especialmente ignorados** por las CC. AA.:

- La información sobre el **acceso durante los primeros 90 días o en situación de estancia** a través de informe social sólo está disponible en internet en Aragón y C. Valenciana. También en Cataluña, que publica las vías de acceso para las diferentes situaciones administrativas. En las demás CC. AA. se omite esta

información, incluidas aquellas en las que se acepta de manera usual o extraordinaria.

- Ninguna de las CC. AA. tiene disponible la información sobre la **atención de urgencias** y el procedimiento de **facturación de la asistencia**. Solo Cataluña ha publicado la Resolución por la que se acepta una declaración responsable.

Se constata una preocupante tendencia de las administraciones sanitarias a **ignorar su obligación de hacer públicas las normativas**, de manera que sean accesibles para la población general y garanticen el ejercicio de los derechos que ampara la legislación vigente. Entre aquellas CC. AA. que han emitido instrucciones, muchas sólo las han publicado en webs internas para profesionales o las han transmitido mediante correos electrónicos. Otro ejemplo es que los convenios que tienen algunas administraciones con organizaciones sociales en ocasiones no están formalizados y no se encuentran publicitados. Este es el caso del convenio de Andalucía para la tramitación de la tarjeta para personas que han entrado por la costa y el de Cataluña para la tramitación de la tarjeta cuando no hay empadronamiento.

Por otro lado, la información que hay no se adecúa a las personas a las que va dirigida, generando barreras lingüísticas. También se han identificado barreras digitales para el acceso a la información y realización de trámites sanitarios.

- » **Ausencia de resoluciones desestimatorias por escrito.** El documento de Recomendaciones insta a emitir una resolución desestimatoria en caso de denegación del alta, así como a considerar que si no se ha dictado y notificado una resolución transcurridos los tres meses de plazo para la tramitación de las solicitudes, la solicitud

será estimada. Sin embargo, en la práctica de las CC. AA. las denegaciones de solicitudes de tarjeta sanitaria siempre son verbales o sencillamente no se comunican, lo que dificulta poder documentar esta realidad y la posibilidad de reclamar siguiendo los procedimientos habituales en cualquier otro ámbito de la administración.

“Incluso algunos casos sin motivo lo deniegan, incluso con el positivo de la trabajadora social del centro de salud. Lo archivan, y ni siquiera te dan razones. Y no te dan tampoco un documento que podamos reclamar de denegación. Porque lo que les pedimos nosotros es el documento de denegación, qué argumentos dan para poderlo denegar, precisamente para poder presentar unas alegaciones administrativamente.” [organización social]

» **Interpretaciones restrictivas de la normativa estatal** en las regulaciones autonómicas, como se ha visto a lo largo del informe.

» **Los Centros de Salud como espacios de control de extranjería.** A lo largo del informe se recogen diferentes ejemplos de **aplicación incorrecta de las leyes y conceptos de extranjería** para la tramitación del acceso a la tarjeta sanitaria. Se ha observado en todos los niveles administrativos, desde el personal de los centros de salud hasta las unidades centrales de tarjeta sanitaria. Es consecuencia de haber asignado a los centros sanitarios tareas que están vinculadas a extranjería, y a la falta de formación y conocimientos en este campo.

“Esa es la clave. Yo entiendo que los centros de salud no lo sepan. Lo entiendo perfectamente porque es un lío. Si a nosotras cada caso que nos llega, digo a ver, espérate vamos a ver. Porque cada situación es muy diferente. Entonces yo entiendo que una administrativa que tiene mil otras cosas que hacer no va a saber todo esto. No deberían complicarlo tanto. Eso es lo que nos preocupa de todas las reformas sucesivas.” [organización social]



» **La restricción del derecho como barrera fronteriza.** Por otro lado, se ha identificado que la *obtención del documento certificativo* es especialmente complicada para migrantes en situación irregular, más allá de la barrera de los 90 días, en territorios fronterizos como **Canarias, Baleares y Melilla**. Esto podría estar relacionado con la utilidad de la tarjeta sanitaria en el proceso de solicitud de permiso de residencia en España, por lo que las barreras para su obtención pueden estar respondiendo, entre otros, a un **mecanismo de control migratorio**.

Se percibe que en estos territorios toda la administración pública es más hostil hacia las personas migrantes, incluidos los servicios de salud. Esto es especialmente grave en las Ciudades Autónomas de Ceu-

ta y Melilla, cuya sanidad no está transferida y depende del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), por lo que la responsabilidad directa es del Ministerio de Sanidad.

“Aquí la tarjeta sanitaria parece que es una visa oro. ¿A ti te voy a dar la tarjeta? No, no. No cumples el caché. Un poco esa sensación, de...aquí hay... categorías. Y tú no estás en la que se merece el trozo de plástico.” [organización social]

“Las tarjetas sanitarias también son uno de los documentos que se utilizan para probar el arraigo. Entonces por eso tienen tantas reticencias a dar la tarjeta. Porque eso les sirve para el arraigo.” [organización social]



7.2. La falta de garantías en los centros sanitarios

» En todas las CC. AA. se identifica un **gran desconocimiento del derecho y del procedimiento** entre el personal de los centros sanitarios, sobre todo en los servicios de admisión pero también en el personal de Trabajo Social, Medicina y Enfermería. En muchas CC. AA. se destaca que **no se ha realizado formación** sobre el derecho y los nuevos procedimientos para el acceso, incluso en las CC. AA. con normativas más desarrolladas. También se detecta una gran necesidad de formación en diversidad y herramientas interculturales.

» En todas las CC. AA. se percibe una **gran arbitrariedad** en el procedimiento de acceso, dependiente de las profesionales y los centros para la tramitación de la tarjeta, el acceso durante los primeros 90 días y la facturación de urgencias.

“En función de cada centro de salud –y profesional que atiende desde administración– nos podemos encontrar dos situaciones: personal formado, actualizado y capaz de informar de manera sencilla, accesible y veraz a las personas en función de su situación y circunstancias. Personal cuya información es errónea, no está actualizada y no es conforme a la legislación vigente; lo cual genera un exceso de burocratización del proceso de manera innecesaria.” [organización social]

La arbitrariedad es en parte explicada por **falta de instrucciones autonómicas claras y bien conocidas** por parte de los profesionales, y por la **redacción excluyente de la norma estatal**. “Yo creo que la información no está donde tiene que estar. En absoluto. Y que la gente no tiene que ha-

cer ninguna interpretación de la ley, quien está en la asistencia y mucho menos en las admisiones.” [organización social]

» Con frecuencia, lejos de encontrar un interés en garantizar el derecho, las personas que acuden al centro de salud se encuentran con **justificaciones por parte de los profesionales** basadas en un sistema informático y burocrático que restringe las posibilidades de inclusión.

“La persona administrativa muchas veces cuando te llega una situación que no sabes muy bien cómo manejar, que en teoría sería muy fácil, que es se le atiende, pero es que la aplicación no me permite tal, cambian el chip y se ponen en modo súper administrativo, me tienes que traer el empadronamiento, hay que hacer la solicitud, tráeme copia del pasaporte, etc. Es una forma de negar la atención sanitaria.” [organización social]

“O al sistema informático. “Es que me sale sin derecho. No puedo pasar de pantalla. El ordenador no me deja, es imposible. Ves, no paso de pantalla”.” [organización social]

» La falta de garantías también se percibe en relación con el **empeoramiento general del acceso** a los servicios de salud para toda la población.

“La percepción general es una saturación del sistema socio-sanitario –desbordamiento profesional, largas listas de espera, enfermedades que no llegan a ser tratadas o con los seguimientos periódicos que serían recomendables –. Todo ello implica, a su vez, un agravamiento generalizado de las barreras en el acceso a la asistencia sanitaria.” [organización social]

7.3. Consecuencias de la discriminación en el trato a las personas migrantes: La necesidad de acompañamiento.

La situación de arbitrariedad en la práctica actual de los servicios sanitarios ha provocado que acudir acompañada o no por una persona que conoce los procedimientos y/o trabaja en una organización social es lo que marca la diferencia entre conseguir o no el acceso a asistencia. A menudo el acceso sólo se consigue tras un acompañamiento por otra persona u organización. Se constata que **se recibe un mejor trato si la persona va acompañada**, lo que es un signo evidente de discriminación.

“El trato cuando van acompañados de nosotros es cordial. Es correcto y además muy educado. Porque van con nosotros, mucha gente nos lo ha dicho. Cuando van solos no le dan tiempo, o no le explican las cosas detalladamente (...) Si no vamos nosotras le largan el papel y ya está. Y no

entienden ni papa del papel. Si vamos nosotras sí que se le explica. Ese es el problema, que hay que hacer presión. Siempre, para todo.” [organización social]

Sin embargo, las personas que consiguen ir acompañadas son un mínimo porcentaje de las afectadas por la exclusión sanitaria.

“Somos conscientes de que lo que nos llega es la punta del iceberg”. [organización social]

Por último, se denuncia que en muchos casos las organizaciones acompañantes sortean la exclusión a través de puertas de atrás, por relaciones personales con profesionales de diferentes ámbitos.

“Es un circuito que han creado ellas por la buena fe de ese centro de salud. (...) Al final vamos buscando las vías alternativas. No es justo eso.” [organización social]

© Objetivo Valdemoro / Flickr



8. ACTITUDES Y PREJUICIOS POTENCIADOS POR LA DISCRIMINACIÓN NORMATIVA

- **Permanencia de una lógica del derecho ligado al empleo y a la cotización** tanto en la población general como en el personal sanitario. A pesar de que el sistema sanitario se financia mediante impuestos, y que el derecho a la asistencia no está ligado a la cotización, aún permanece la creencia de que se debe tener empleo para acceder a la atención sanitaria.
- **Imaginario de no derecho por las personas vulneradas y acompañantes**

“Claro ha sido al final durante tantos años y hasta tal punto que hoy en día el colectivo de personas migrantes está muy desinformado sobre sus derechos. Hace unos años al menos intentaban ir al centro de salud a que les atendieran. Hoy en día lo que más nos encontramos es que te informan ellos mismos ¿no? “Como todavía no tengo empadronamiento pues no puedo ir”. Esa información se ha extendido como el aceite por todas las vulneraciones que ha habido, por lo que la gente ha vivido.” [organización social]

“Entre el grupo de iguales como ya todos han recibido o una factura o una denegación o una mala atención lo que la gente sabe es “no debo de llevar al niño a urgencias, aunque esté malo, porque me van a facturar y no tengo dinero para poder pagar la factura”. [organización social]

- Las organizaciones sociales, a través de su trabajo y del contacto con las

personas migrantes, han tenido constancia de **actitudes discriminatorias y racistas** por parte del personal de los centros sanitarios. En muchas CC. AA. se percibe un aumento de estas actitudes.

“Cada vez se están dando más casos de profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sanitarios con actitudes discriminatorias hacia la población migrante y/o refugiada.” [organización social]

Algunas actitudes racistas o excluyentes se justifican en la normativa, así como en la desinformación .

“Nadie es racista ni nadie es xenófobo, se limitan a cumplir las normas, y cuando es una vulneración de derechos es que no conocían la norma.” [organización social]

“La información poco clara provoca que gente racista acentúe esa actitud. Y se ha acentuado en los últimos años hasta esta parte. Se ha acentuado claramente. Gente a la que le dicen cosas incorrectas, o incluso racistas o xenófobas...“Vete a tu país”, “Tú no tienes derecho a que yo te pague la sanidad” [organización social]

Se han identificado **actitudes racistas** relacionadas con la necesidad de atención hospitalaria en el caso de problemas graves de salud, ilustradas con la frase *“viene a aprovecharse de nuestra sanidad”*.

9. ACTITUDES Y PRÁCTICAS FAVORABLES A LA PROTECCIÓN DEL DERECHO Y DE LA SALUD DE LAS PERSONAS

Durante la realización de este trabajo se han recogido actitudes y acciones desde los centros sanitarios favorables a la ampliación del acceso a la asistencia sanitaria, si bien no son prácticas que no se han evaluado sistemáticamente.

- **Desobediencia civil.** Las organizaciones tienen contacto con personas que facilitan el acceso a la sanidad aunque conlleve incumplir instrucciones.
- **Grupos de profesionales.** En varias CC. AA. se han organizado grupos de profesionales para visibilizar la exclusión sanitaria, compartiendo estrategias de acción, denunciando las situaciones que se encuentran y coordinándose para garantizar la asistencia. Algunos ejemplos son el grupo de Trabajo Social de un distrito de Atención Primaria de Andalucía, que ha elaborado una guía para profesionales de los centros de salud, o la denuncia de un grupo de Trabajo Social en la Comunidad de Madrid¹¹.
- **Sociedades científicas implicadas en la defensa del derecho a la asistencia.** Los últimos dos años sociedades científicas del ámbito de las enfermedades infecciosas¹² y la pediatría¹³ se han dirigido a las administraciones demandando garantizar la asistencia sanitaria.
- **Colaboraciones de las administraciones con organizaciones sociales.** En algunos casos la propia administración ha recurrido a la colaboración con organizaciones sociales mediante formación en diversidad en centros sanitarios, o la participación de mediación intercultural.
- **La pandemia como oportunidad para la universalidad.** La necesidad de gestionar la pandemia impulsó cambios transitorios en la aplicación de la ley, ampliando el acceso a las personas antes excluidas. Esto demuestra que resolver el problema es sólo una cuestión de voluntad política, y pone de manifiesto la **incoherencia con el resto de situaciones de exclusión.**

“Curiosidades pandémicas. Me rompo los cuernos para encontrar a personas sin tarjeta sanitaria no registradas en el sistema de salud para poder vacunarles contra el covid pero no voy a aprovechar esta oportunidad para expedir tarjeta sanitaria. (...) Todas las personas en (la C. A.) tienen derecho a vacunarse. Y es como bueno, y derecho a la salud ¿no? Y derecho a tarjeta sanitaria, ¿no? ¿O cómo va esto?” [organización social]

11.- https://www.eldiario.es/desalambre/136-trabajadoras-sociales-denuncian-aumento-exclusion-sanitaria-madrid-manos-atadas_1_8754297.html

12.- <https://semap.org/posicionamiento-por-un-acceso-a-la-asistencia-sanitaria-sin-demora-y-sin-restricciones-para-migrantes-en-situacion-irregular-y-solicitantes-de-proteccion-internacional/>

13.- <https://www.elsaltodiario.com/exclusion-sanitaria/pediatras-claman-contra-exclusion-sanitaria-infancia-migrante-madrid>

“Desde salud pública por ejemplo se ha hecho bastante hincapié en esto pero también cuando se ha necesitado, es decir, en las pandemias, como sí nos

acordamos de los invisibilizados y de los que no tenemos regularizados y de los que no tenemos con tarjeta sanitaria.” [centro sanitario]



10. RESPONSABILIDAD Y JUSTIFICACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES

Frecuentemente, cuando se reclama la responsabilidad de la administraciones y los gobiernos, eluden su responsabilidad con diferentes justificaciones:

- que la exclusión son **casos puntuales**,

“Cuando a la administración le presentas todas estas irregularidades y te dice “ay pásame casos, cómo puede pasar esto. Pasadme los casos que los resuelvo”. No te voy a pasar los dos casos que tengo, o los cuatro. Porque en realidad esto es la punta del iceberg. (...) “uy ha habido un fallo en el sistema”. No no, es sistemático, no no le ha pasado a esta persona por casualidad, le habrá pasado a todo el mundo en ese centro de salud.” [organización social]

- que se debe a **profesionales concretos**,

“Es mucho más fácil decir que son excepcionales que no poner medios. (...) Se echa la culpa no a que no se haya invertido en hacer una formación para asegurar que todo el profesional sanitario va a hacer una adecuada atención y va a garantizar los derechos, se prefiere echar la culpa a personas individuales.” [organización social]

- que **no tienen constancia** de denegaciones,

“O “no hay denegaciones porque no hay registro de denegaciones”. Claro, es que no las notificas, claro que no tienes registro. “Demuéstrame que hay denegaciones”. Es que claro, si no dejas pruebas.” [organización social]

- que **cumplen el RDL 7/2018**

“Le escribimos de nuevo a este Director. sobre el caso 170 y otros similares, y nos responde que se atenderán a la norma en vigor, el RDL 7/2018 y las recomendaciones del Ministerio, y que para personas en situación de vulnerabilidad o exclusión social, los servicios sociales disponen de mecanismos de ayuda. [organización social¹⁴]

- y en muchos casos lo que se ofrece son **circuitos de asistencia paralelos**.

“Tú te reúnes, te organizas y te preparas una reunión de incidencia política para poner todas estas cosas sobre la mesa, ¡y lo que ellos nos ofrecen son vías alternativas! (...) “¿Y no les podéis empadronar vosotros en vuestra oficina?” (...) Tú eres el ayuntamiento. Tú tienes la obligación de tener empadronados a todos los ciudadanos y ciudadanas. [organización social]

14.- <http://ciudadaniacontraaexclusionesanitaria.blogspot.com/>



11. CONCLUSIONES

Del análisis de la implementación del RDL 7/2018 en las normas y prácticas autonómicas se derivan las siguientes conclusiones:

- **La delegación en las autonomías de la competencia de regular el procedimiento para el acceso de las personas en situación irregular** ha provocado una regulación absolutamente dispar entre CC. AA. que ahonda en inequidades y desigualdades territoriales.
- **La creación de perfiles poblacionales** en la ley estatal y un abanico de vías de acceso a la asistencia sanitaria **ahonda en la exclusión sanitaria** y facilita la **arbitrariedad** en la interpretación de los procedimientos.
- El **procedimiento administrativo** para la obtención del documento certificativo conlleva más barreras para las personas migrantes en situación irregular que para el resto, que con frecuencia implica retrasos de meses o mucha dificultad para la obtención del documento.
- Se siguen produciendo exclusiones graves producidas por la **falta de reconocimiento de alternativas al empadronamiento** para acreditar la residencia efectiva, al documento de identidad, y al certificado de no exportación del derecho.
- Se constata de manera generalizada **el incumplimiento del RDL 7/2018 en cuanto al acceso de las personas en situación irregular** durante los primeros meses en el país debido a la asimilación con la estancia temporal. También es evidente el **incumplimiento del RDL 7/2018 en lo referente al acceso de las personas en estancia temporal** mediante informe social. La falta de regulación de esta vía tanto a nivel estatal como autonómico, como las graves barreras en los escasos territorios en los que se ha regulado, hace inefectiva esta vía de acceso a la asistencia sanitaria.
- La inseguridad jurídica en algunas CC. AA. está afectando sin distinción a **personas menores, mujeres embarazadas y personas con enfermedades graves**.

- La **facturación** indiscriminada, arbitraria y sin transparencia de la asistencia sanitaria prestada a personas que tienen derecho a la asistencia y que aún no han conseguido la tarjeta sanitaria es un hecho grave en casi todas las CC. AA..
- El desarrollo legislativo en los últimos años ha potenciado unas **lógicas de exclusión y actitudes discriminatorias** en los servicios de salud. Esto, junto a prácticas como la falta de información pública o de notificaciones por escrito, generan lo que hemos descrito como el “**círculo vicioso de la exclusión**”.



12. RECOMENDACIONES

Del análisis de las normativas en las CC. AA. y de las entrevistas con las personas que han participado en la elaboración de este informe, se extraen las siguientes recomendaciones:

A nivel estatal:

- Blindar la universalidad en una **ley estatal clara, sencilla**, con los mismos requisitos que para el resto de la población y **sin distinciones por situación administrativa**. En definitiva, recuperar y mejorar la redacción de la Ley 16/2003 *de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* previa a la aprobación del RDL 16/2012, para garantizar la titularidad del derecho a toda la población por igual.
- Promover un **desarrollo reglamentario que garantice la homogeneidad en el acceso** al sistema sanitario de todas las personas en todo el territorio español:
 - que reconozca la **tarjeta sanitaria individual** como único título acreditativo del derecho a la atención sanitaria de todas las personas que viven en España independientemente de su situación administrativa
 - que **flexibilice los requisitos** de acreditación de residencia, identidad y no exportación del derecho desde el país de origen.
 - que evite la práctica subrepticia de dilatar administrativamente el derecho, concediendo provisionalmente el derecho a la asistencia sanitaria

desde que se solicita realizar el trámite.

A nivel autonómico:

- Desarrollar **instrucciones autonómicas públicas, completas**, con las máximas **garantías jurídicas** y acordes a la legislación vigente, vigilando que **el desarrollo reglamentario no introduzca requisitos no previstos en la ley nacional**.
- Asegurar la **implementación** de los procedimientos autonómicos de forma adecuada en todos los centros sanitarios, promoviendo todas las acciones informativas y formativas que sean precisas.
- **Controlar la facturación** de la asistencia sanitaria indiscriminada y asegurar que la atención sea **con cargo a fondos públicos** para todas las personas que tienen el derecho a la asistencia y que están en proceso de obtener el documento certificativo.

A todos los niveles:

- Instaurar **procesos de evaluación** a nivel estatal, autonómico y local que garanticen la correcta aplicación de dichas normativas y procedimientos de modo que **se evite la inseguridad jurídica y la vulneración de derechos** detectada en este informe.
- Trabajar en **revertir actitudes discriminatorias** y racistas basadas en el discurso de no derecho, construyendo desde una legislación clara que garantice la igualdad en el derecho a la asis-

tencia sanitaria, una igualdad real en el trato a las personas migradas.

- Dejar de utilizar **el argumento del “turismo sanitario”** para limitar el acceso al derecho a la asistencia a las perso-

nas con necesidades de salud. Bajo esa expresión se juzga, de forma indiscriminada, los legítimos motivos migratorios de las personas, sin contemplar su situación de necesidad social y sanitaria.



13. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen del análisis de todas las Comunidades Autónomas

	Andalucía	Aragón	Principado de Asturias	Illes Balears	Canarias	Cantabria*	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña
Regulación	Instrucciones internas	Instruc. públicas 2018, Resolución 2020	Instrucciones internas 2022	No identificada	Orden 2015	Orden 2022 (por aprobar)	Programa social 2018	Orden 2016	Instrucción 2015, Ley 2017
Procedimiento administrativo									
Solicitud general	Admisión CS	Admisión CS	Admisión CS	Admisión CS Informe social	Admisión CS	Admisión CS	Admisión CS (Trabajo social)	Admisión CS	Admisión CS
Durante trámite	Agilización trámite	Alta provisional	Alta provisional	Alta inmediata	Urgencias facturable	Alta provisional	Temporal / urgencias	Alta provisional	Alta provisional
Documento certificativo	TSI	Documento	TSI	Tarjeta	Documento	Documento	Documento	Tarjeta	TSI
Vigencia	2 años	2 años	2 años	1 año	1 año	2 años	Al menos 1 año	1 año	Sin caducidad
Alternativa al padrón	Otros documentos	Informe social	Documentos oficiales	Difícil aceptación	Difícil aceptación	Informe social	Difícil aceptación	Informe social	Convenio con ONG
Acceso en los primeros 90 días									
En situación irregular	Cobertura CCAA	Informe social y médico	Informe social	Acceso a tarjeta	Atención facturable	Urgencias. Orden: informe	Cita puntual / urgencias	Acceso a tarjeta	Acceso a TSI
En estancia	Posibilidad informe/ nota	Informe social y médico	Informe social	Atención facturable	Atención facturable	Urgencias. Orden: informe	Urgencias facturable	Urgencias (facturable)	Acceso a TSI
Menores y embarazadas	Cobertura CCAA	Alta específica	Informe social	Atención facturable	Atención facturable	Urgencias. Orden: informe	Alta específica/ urgencias	Tarjeta/ Urgencias	Acceso a TSI
Atención sin tarjeta	Facturación	(Facturación)	Sin facturación	(Facturación)	Facturación	(Facturación)	(Facturación)	(Facturación)	Declaración responsable
Certificado no exportación	Acepta declaración de varios países	Valora resguardo solicitud	No alternativas	No alternativas	Acepta declaración responsable	Acepta declaración responsable	Acepta declaración responsable	No alternativas	Acepta declaración Ruman.-Bulg
Ascendientes reagrupadas	(Convenio especial)	Convenio especial	(Convenio especial)	Convenio especial	Convenio especial	Convenio especial	Convenio especial	Convenio especial	Acceso a TSI
Accesibilidad a información	Muy limitada	Accesible	Limitada	Limitada	Muy limitada	Limitada, Orden accesible	Limitada	Accesible	Accesible

Color rojo = incumplimiento en la normativa o en la práctica del RDL 7/2018 o del documento de recomendaciones del Ministerio de Sanidad, que produce exclusión. CS= centro de salud; TSI= Tarjeta sanitaria individual; TS= Trabajo social; (Facturación)= posibilidad de facturación (no sistemática) / posibilidad de anulación si se recurre o se obtiene tarjeta; (Convenio especial) = posibilidad de algún otro tipo de acceso en la práctica, no regulado. *Cantabria se ha

	Comunitat Valenciana	Extremadura	Galicia	Comunidad de Madrid	Región de Murcia	C.F. de Navarra	Euskadi	La Rioja	C.A. de Melilla
Regulación	Instrucción 2015, Protocolo 2020	Instrucción interna a TS	Programa 2012 instrucciones internas	Instrucciones internas 2021	Instrucciones internas	Instrucciones internas 2018	Instrucciones internas 2018	Instrucción interna TS 2022	Instrucciones internas 2019
Procedimiento administrativo									
Solicitud general	Admisión CS Trabajo social	Admisión CS	Admisión CS	Admisión CS U.Tramitación	Admisión CS	Admisión CS Trabajo social	Admisión CS	Admisión CS	Admisión CS Trabajo Social
Durante trámite	Alta provisional Facturación, no atención	Cita TS para alta temporal	Alta parcial (difícil)	Urgencias / provisional	Alta provisional	Alta provisional	Agilización trámite	Alta provisional	Urgencias facturable
Documento certificativo	Documento	Documento	Documento	Documento	Documento	TSI	TSI	TSI	Documento
Vigencia	2 años 6 meses	2 años	2 años	2 años	1 año	Sin caducidad	2 años	2 años	2 años
Alternativa al padrón	Informe-alta temporal/difícil	Informe social	Informe social (difícil)	Informe social (difícil)	Informe social (difícil)	Informe social	Informe ONG-alta temporal	Informe social (según el caso)	Informe social. Más requisitos
Acceso en los primeros 90 días									
En situación irregular	Informe Atención facturable	Informe social	Atención facturable	Atención facturable	Informe social excepcional	Informe social (excepcional)	Atención, aviso factura	Atención facturable	Urgencias facturable
En estancia	Informe Atención facturable	Informe social	Atención facturable	Atención facturable	Informe social excepcional	Informe social (excepcional)	Atención, aviso factura	Atención facturable	Urgencias facturable
Menores y embarazadas	Informe Atención facturable	Informe social	Atención facturable	Atención facturable	Informe social excepcional	Atención	Alta específica	Alta específica	Urgencias facturable
Atención sin tarjeta	(Facturación)	(Facturación)	(Facturación)	Facturación	(Facturación)	(Facturación)	Aviso de facturación	(Facturación)	(Facturación)
Certificado no exportación	Informe Facturación, no atención	Acepta informe social	Informe social excepcional	No alternativas	Informe social	Informe social excepcional	Informe social / otros: INSS	Solo declaración	No se ha identificado
Ascendientes reagrupadas	Informe social Convenio	Convenio especial	Convenio especial	Convenio especial	Convenio especial	Exención pago si renta < 18000	TSI - renta reagrupante	Convenio especial	Convenio especial
Accesibilidad a información	Accesible / Limitada	Limitada	Limitada	Limitada	Limitada	Muy limitada	Limitada	Muy limitada	Nula

*Comunitat Valenciana: se refleja la información de Valencia / Alicante.

Color rojo = incumplimiento en la normativa o en la práctica del RDL 7/2018 o del documento de recomendaciones del Ministerio de Sanidad, que produce exclusión. CS= centro de salud; TSI= Tarjeta sanitaria individual; TS= Trabajo social; (Facturación)= posibilidad de facturación (no sistemática) / posibilidad de anulación si se recurre o se obtiene tarjeta; (Convenio especial) = posibilidad de algún otro tipo de acceso en la práctica, no regulado. *Cantabria se ha

Anexo 2. Mapa de la situación en todas las Comunidades Autónomas



- A) Dificultad para el padrón y alternativa:** Verde=se acepta alternativa, fácil; amarillo=se acepta alternativa, difícil; naranja=acceso muy difícil o temporal; rojo=no acceso/facturación
- B) Acceso los primeros 90 días en situación irregular:** Verde=cobertura desde el primer día; amarillo=informe social regulado; naranja=informe social excepcional/atención puntual; rojo=no acceso/facturación
- C) Acceso en situación de estancia:** Verde=cobertura desde el primer día; amarillo=informe social regulado; naranja=informe social excepcional/atención puntual; rojo=no acceso/facturación
- D) Atención a menores y embarazadas:** Verde=cobertura desde el primer día tanto en situación irregular como estancia; amarillo=informe social regulado o alta específica en alguna de las dos situaciones; naranja=atención puntual en alguna de las dos situaciones; rojo=no acceso/facturación en alguna de las dos situaciones
- E) Atención sin documento certificativo y facturación:** Verde=cobertura sin facturación; amarillo=aviso de facturación/posibilidad de cobertura; naranja=posibilidad de facturación; rojo=facturación sistemática
- F) Atención a ascendientes reagrupadas:** Verde=cobertura desde el primer día; amarillo=cobertura mediante informe social o similar; naranja=cobertura parcial o excepcional; rojo=ninguna alternativa al convenio especial

*Cantabria se ha completado con la situación actual/futura orden. C. Valenciana se ha completado con la situación en Alicante / Valencia. El criterio D en Castilla y León muestra situación diferente para mujeres embarazadas / menores.

Anexo 3. Fichas resumen de cada Comunidad Autónoma

ANDALUCÍA

Regulación. Instrucciones internas para profesionales: *Procedimiento de cobertura sanitaria para personas extranjeras que viven en Andalucía y que no tienen residencia legal en territorio español.*

Advertencia: no se han evaluado las diferencias en la implementación en la práctica entre provincias y distritos sanitarios.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: no hay alta provisional, hay posibilidad de agilizar el trámite para el alta definitiva el mismo día o días siguientes; Tipo de documento: tarjeta sanitaria individual (TSI); Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: otros documentos oficiales que certifiquen residencia efectiva.

Acceso los primeros 90 días. Regulado en instrucciones internas: acceso a la asistencia sanitaria pública andaluza durante el periodo necesario. Se obtiene el Certificado de datos de BDU o Documento de reconocimiento temporal del derecho a la asistencia. Se tramita en el servicio de admisión, sin necesidad de informe social. Hay que volver a hacer el trámite para acceder a la tarjeta sanitaria una vez transcurridos los 90 días, con antelación para no quedarse sin cobertura en el cambio.

Acceso en situaciones de estancia. No regulado. Posibilidad de acceso a la asistencia sanitaria pública andaluza a través de informe o nota social en casos excepcionales.

Certificado de no exportación. Se acepta una declaración jurada para procedentes de países de “migración económica” como Rumanía, Ucrania y Bulgaria, entre otros. En el resto de casos, posibilidad de acceder a asistencia sanitaria pública andaluza si no consiguen certificado.

Menores y mujeres embarazadas. Acceso a la asistencia sanitaria pública andaluza.

Atención de urgencias sin tarjeta. La atención sin tarjeta conlleva aviso de facturación y posibilidad de facturación. Difícil quitar la factura aunque se tuviera derecho en el momento de la atención.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Posibilidad no regulada: acceso a la asistencia sanitaria pública andaluza a través de informe social en casos excepcionales. Renovable hasta 1 año.

Acceso a la información. Procedimiento archivado en la web interna de profesionales. Información en la web muy limitada: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/cobertura-sanitaria>

ARAGÓN

Regulación. Instrucciones públicas:

- *Instrucción 1/2018 de la consejera de sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España. 2018*

- *Resolución de 19 de noviembre de 2020, del Directo General de Derechos y Garantías de los Usuarios, por la que se dirigen a las Unidades de Trabajo Social y Servicios de Admisión de los centros de salud indicaciones complementarias de la Instrucción 1/2018, de la Consejera de Sanidad, relativa al procedimiento de acceso a la asistencia sanitaria universal para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por Unidad de Tarjeta Sanitaria que revisa la solicitud y da el alta definitiva; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento: Documento Acreditativo del Acceso a la Asistencia Sanitaria en Aragón; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: informe social.

Acceso los primeros 90 días. Regulado: informe social favorable emitido por Administración pública (en la práctica, trabajo social de los centros de salud), e informe médico que muestre problema grave de salud. El informe médico puede ser emitido por profesional médico del sistema público o privado, español o de otro Estado, o de ONGs. Barreras para acceder a un informe social favorable: desconocimiento por parte del servicio de admisión y tra-

bajo social, arbitrariedad en la valoración de la necesidad por trabajo social, heterogeneidad en la valoración del problema de salud.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Se acepta el justificante de haberlo solicitado (incluye un modelo de solicitud) tras haber transcurrido dos meses desde la solicitud. En la práctica es complicado. Se valora informe social.

Menores y mujeres embarazadas. Atención sin necesidad de informe social. Embarazadas han de presentar informe médico o prueba o evidencia de estar embarazada.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención sin tarjeta conlleva aviso de regulación de la situación de tarjeta sanitaria y se elimina si se consigue posteriormente el documento acreditativo. Según normativa, la atención de urgencia sin tarjeta no podrá ser en ningún caso con cargo a fondos público y tendrá que facturarse.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas con cargo a fondos públicos.

Acceso a la información. Instrucciones publicadas, incluido sobre el informe social: <https://www.saludinforma.es/portalsi/servicios-prestaciones/asistencia-sanitaria/asistencia-sanitaria-universal>; https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/2796113/INSTRUCCION_ACCESO_UNIVERSAL.pdf/1bd65414-3ffa-4049-8384-78bc31b7718a; https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/2796113/Resolucion_TT.SS._y_Admission_S._Universal-1_FIRMADA.pdf/82e25435-81c9-4253-8151-bc-604700932f?version=1.0

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Regulación. Instrucciones internas para profesionales:

Procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en el Principado de Asturias no tengan residencia legal en el territorio español para recibir asistencia sanitaria. Marzo 2022 (comunicado en junio 2022).

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria individual, válida para todo el territorio nacional; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: otros documentos oficiales en el caso del empadronamiento e informe social en el caso de la identidad.

Acceso los primeros 90 días. Regulado en instrucciones internas: informe social favorable. Responsabilidad de Trabajo Social de los centros de salud. Se requiere

necesidad social, sanitaria, e intención de vivir en Asturias. Barreras para acceder al informe social: desconocimiento por parte del servicio de admisión y trabajo social, heterogeneidad en la valoración de la necesidad.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. No se aceptan alternativas.

Menores y mujeres embarazadas. Idem.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con cargo a fondos públicos, sin facturación.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Posibilidad no regulada: personas en situación de vulnerabilidad social podrían acceder excepcionalmente a TSI con informe social.

Acceso a la información. Procedimiento publicado de manera incompleta: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/asistencia-sanitaria-a-ciudadanos-extranjeros-no-registrados-ni-autorizados-como-residentes-en-espa-c3-91a>

ILLES BALEARS

Regulación. No se ha identificado normativa autonómica.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión o trabajo social del centro de salud; Acceso durante el trámite: alta inmediata; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria diferente al resto; Vigencia: 1 año; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: conseguir el empadronamiento es complicado, y es difícil que se acepte alternativas. Otro requisito para todas las personas en situación irregular es un informe social que acredite que no puede acceder a la tarjeta sanitaria por el INSS por situación administrativa irregular, de Trabajo Social del centro de salud u otros. Existen barreras para obtener este informe. En general, muy difícil obtener la tarjeta sanitaria.

Acceso los primeros 90 días. No se exige para las personas que están en situación irregular.

Acceso en situaciones de estancia. No regulado. Atención inaplazable facturable.

Certificado de no exportación. No se aceptan alternativas.

Menores y mujeres embarazadas. Atención sin tarjeta conlleva posibilidad de facturación.

Atención con cargo a fondos públicos sin tarjeta sanitaria en el centro de atención a personas con infecciones de transmisión sexual.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención siempre conlleva aviso de facturación, con posibilidad de facturación efectiva. Se puede quitar si se reclama o se consigue la tarjeta.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Información limitada. Requisitos en la web: <https://www.ibsalut.es/es/info-ciudadania/tarjeta-sanitaria-individual/sustitucion-y-renovacion-de-la-tarjeta-sanitaria>

CANARIAS

Regulación. Orden de 10 de diciembre de 2015, por la que se modifican las actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, para personas extranjeras sin recursos.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: urgencias con facturación, se puede anular al obtener el documento; Tipo de documento: Documento de inclusión en el conjunto de actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de asistencia sanitaria para personas extranjeras sin recursos; Vigencia: 1 año, discontinuidad de la atención durante la renovación; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: difícil aceptación. Muy difícil acceder a un informe de trabajo social: desconocimiento, falta de regulación y asignación de responsabilidades. En conjunto, mucha dificultad para obtener el documento certificativo.

Acceso los primeros 90 días. No regulado. Atención de urgencias con facturación.

Acceso en situaciones de estancia. No regulado. Idem.

Certificado de no exportación. Se acepta declaración responsable.

Menores y mujeres embarazadas. Atención sin tarjeta conlleva posibilidad de facturación.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención sin tarjeta siempre conlleva facturación. Difícil quitar la factura aunque se tuviera derecho en el momento de la atención. Se están identificado casos en los que se notifica la factura por teléfono y no se entrega por escrito.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Orden 2015: [5519 ORDEN de 10 de diciembre de 2015, por la que se modifican las actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, para personas extranjeras sin recursos.](https://www3.gobier-nodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7da025c7-b4f7-11e9-8d9a-d750f74e3ab2&idCarpetas=543eeb97-b386-11e9-82f7-8d5c-ff9227e6); Información en la web limitada: <https://www3.gobier-nodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=7da025c7-b4f7-11e9-8d9a-d750f74e3ab2&idCarpetas=543eeb97-b386-11e9-82f7-8d5c-ff9227e6>.

CANTABRIA

Regulación. A fecha de octubre de 2022 pendiente de publicación: *Orden por la que se regula el procedimiento para la solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras que, encontrándose en la Comunidad Autónoma de Cantabria no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria en el ámbito del sistema sanitario público de Cantabria.*

- La orden SAN 38/2015 fue anulada por el Tribunal Supremo en 2019.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento (futura orden): *Documento certificativo que acredite para recibir asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Cantabria*; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: (futura orden) informe social.

Acceso los primeros 90 días. Actualmente no regulado: atención de urgencias con facturación; a partir de la aprobación de la Orden, acceso a través de informe social. Trabajo social de los centros de salud.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. En la futura Orden, se acepta declaración responsable.

Menores y mujeres embarazadas. Actualmente atención con posibilidad de facturación, en la futura Orden, acceso a través de informe social.

Atención de urgencias sin tarjeta. Posibilidad de facturación.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Limitada en la web: <https://www.scsalud.es/asistencia-sanitaria-extranjeros>; Futura Orden: <https://participacion.cantabria.es/normativa/-/normativas/ver/1502>.

CASTILLA Y LEÓN

Regulación. *Programa asistencial de carácter social para la población extranjera en situación administrativa irregular residente en la Comunidad de Castilla y León y con recursos económicos insuficientes, Junio 2018.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud, y en la mayoría de centros se cita con Trabajo Social para hacer la solicitud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional en situaciones excepcionales: problemas de salud que requiere atención inmediata, medicación crónica, etc. Si no, no se da alta temporal y se factura la atención de urgencia; Tipo de documento: Documento Acreditativo de inclusión en el Programa; Vigencia: al menos 1 año, más dependiendo de la caducidad del documento de identidad; Requisitos: identidad y empadronamiento, que no haya sido expedido con más de un mes de antigüedad, alternativa: el programa contempla documentos alternativos pero no se suelen aceptar, se valora informe social de ONG. En el Programa aparece como requisito un certificado de ingresos iguales o inferiores en cómputo anual al IPREM, pero en la práctica ya no se pide.

Acceso los primeros 90 días. No regulado. En casos de necesidad de salud se tramita una cita puntual para atención sanitaria a través de Trabajo social. Si no, atención de urgencias facturable.

Acceso en situaciones de estancia. No regulado. Atención de urgencias facturable.

Certificado de no exportación. En caso de dificultad se acepta declaración responsable.

Menores y mujeres embarazadas. En el caso de mujeres embarazadas se tramita alta provisional a través de Trabajo Social del centro de salud, y en paralelo se solicita el documento acreditativo con los mismos requisitos que el resto (empadronamiento de más de tres meses e identidad). En algunos casos aún así se factura la asistencia, que se puede reclamar y eliminar. En el caso de menores, hay diversidad de funcionamientos según el centro: en algunos se tramita un alta provisional de la misma manera, y en otros se espera a cumplir los 90 días para solicitar el documento acreditativo.

Se presta atención con cargo a fondos públicos (alta temporal) a personas con patologías infecciosas consideradas de riesgo para la salud pública, a través de Trabajo Social e informe médico.

Atención de urgencias sin tarjeta. Se entrega siempre aviso de facturación, se paraliza si se obtiene documento acreditativo. Si no, se emite factura, y se puede quitar si se obtiene documento acreditativo.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Programa, en la web, información limitada:

<https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla-100DetalleFeed/1284216489702/Programa/1284810924563/Comunicacion>

CASTILLA-LA MANCHA

Regulación. Orden DE 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria para la atención sanitaria en Castilla-La Mancha; Vigencia: 1 año; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: informe social (nota informativa). Barreras para acceder a la nota informativa.

Acceso los primeros 90 días. Según la Orden 2016 no hay requisito de estancia. Desde el RDL 7/2018 algunas gerencias exigen empadronamiento de 90 días.

Acceso en situaciones de estancia. No regulado: atención de urgencias.

Certificado de no exportación. Exige, no se acepta alternativa.

Menores y mujeres embarazadas. Generalmente acceden a Tarjeta sanitaria; con visado más frecuentemente solo atención inaplazable, ocasionalmente posibilidad de facturación.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con posibilidad de facturación, se suele quedar en aviso de facturación.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Atención de urgencias con facturación, si se reclama se puede eliminar.

Acceso a la información.

Orden 2016: http://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2016/02/23/pdf/2016_1920.pdf&tipo=rutaDocm

Procedimiento en web: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/tarjetas-sanitaria/asistencia-sanitaria-extranjeros-no-registrados-como-residentes-en-espana>

CATALUÑA

Regulación.

- Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud.

- Resolució de 29 de juny de 2017, d'aplicació de la Llei 9/2017 d'universalització de l'assistència sanitària.

- Hasta la publicación del desarrollo reglamentario de esta Ley, sigue vigente: *Instrucció 8/2015 Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del Cat-Salut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut*. Modificado por la Resolución de 2017.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria individual; Vigencia: probablemente no caducidad mientras se disponga de padrón; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: convenio con Cruz Roja para tramitar la tarjeta sanitaria incluso sin documentación o con documentación del país de origen, con el requisito de vulnerabilidad social y un problema de salud que requiera atención continuada de atención primaria u hospitalaria. Si no se tiene, atención de urgencias. Barreras para acceder al convenio por desconocimiento en los centros sanitarios sobre todo en los centros públicos de gestión privada

Acceso los primeros 90 días. Regulado: acceso a TSI con cobertura de segundo

nivel desde el primer día de empadronamiento (similar a cobertura general), a los 90 días pasa automáticamente a cobertura general e inclusión en base de datos SNS.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Se acepta declaración responsable a personas procedentes de Bulgaria y Rumanía.

Menores y mujeres embarazadas. Idem.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con cargo a fondos públicos si se presenta una declaración responsable de no disponer de recursos económicos para hacerse cargo de la atención sanitaria urgente. Barreras para acceder a la declaración por desconocimiento (o mala praxis) en muchos centros. https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveïdors_professionals/normatives_instruccions/2016/resolucio-30-setembre-2016/ES_240z270drn_anexo_II_declaracion_responsable_no_recursos_economicos_castella.pdf (antes existía una declaración responsable diferenciada para adultos i para menores. Ahora es una única declaración)

Acceso de ascendientes reagrupadas. Acceso a cobertura de segundo nivel desde el primer día de empadronamiento, también para otras situaciones de residencia.

Acceso a la información. Web muy informativa con procedimiento y normativas, alguna confusa por superposición de normativas <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/accés-sistema-salut/>; Ley 9/2017 del 27 de junio de 2017: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=-BOE-A-2017-8524>; Resolución de 2017, a la espera del desarrollo del reglamento de esa Ley: <https://catsalut.gencat>.

[cat/ca/detalls/articulos/resolucio-aplicacio-llei-9-2017](https://cat-salut.gencat.cat/ca/detalls/articulos/resolucio-aplicacio-llei-9-2017); Instrucción 08/2015 de 22 de julio de 2015, vigente con modificaciones por la Resolución de 2017. [https://cat-salut.gencat.cat/ca/detalls/articulos/instruccio-08-2015#googtrans\(ca%7Ces\)](https://cat-salut.gencat.cat/ca/detalls/articulos/instruccio-08-2015#googtrans(ca%7Ces))

COMUNITAT VALENCIANA

Regulación.

- *Instrucción 20/2015 de 21 de julio de 2015: Instrucciones de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria.*

- *Protocolo de Trabajo Social Sanitario para el desarrollo del Acceso a la Asistencia Sanitaria Universal. 18 Febrero 2020.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud revisa los requisitos y se cita con trabajo social, que tramita la solicitud (en Alicante, los servicios de admisión suponen una barrera y no derivan a la unidad de trabajo social). Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional (en Alicante, atención por urgencias o atención facturable, sin tener en cuenta colectivos vulnerables); Tipo de documento: tarjeta de asistencia sanitaria universal; Vigencia: 2 años (en Alicante, las tarjetas ASU son de en general solo 6-8 meses, y se requiere volver a presentar el padrón actualizado para renovarlo); Requisitos: identidad y empadronamiento (algunos centros de salud requieren 3 meses de antigüedad de empadronamiento), alternativa: informe social y médico (en Alicante de ONG y/o acompañamiento), permite el alta solo durante 6 meses, tras lo cual hay que volver a hacer el trámite para renovarla. En general, ciertas barreras en el servicio de admisión para derivar a trabajo social si no empadronamiento (en Alicante, algunas unidades de trabajo social ponen problemas a personas con situación administrativa irregular con más de 3 meses de estancia en España por falta de empadronamiento o por falta de cotización.)

Acceso los primeros 90 días. Regulado: Acceso a Asistencia Sanitaria Universal (Situación Especial) a través con informe social favorable e informe médico que justifique las causas excepcionales por motivo de enfermedad. Responsabilidad de Trabajo Social de los centros de salud. Barreras: desconocimiento por parte del servicio de admisión y trabajo social, arbitrariedad en la valoración de la necesidad social y sanitaria por trabajo social y por la unidad de aseguramiento, heterogeneidad en la valoración del problema de salud. En Alicante es muy difícil obtener un informe favorable.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Idem.

Menores y mujeres embarazadas. Idem. Hay un alta específica pero es preferible obtener el alta mediante la Asistencia sanitaria universal. En Alicante, igual tratamiento que al resto, muy difícil conseguir un informe favorable o un alta específica.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención sin documento certificativo conlleva aviso de facturación, se elimina al presentar el documento posteriormente. Si no se obtiene, se factura.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Posibilidad de acceso a Asistencia Sanitaria Universal (Situación Especial) con informe social favorable e informe médico. En Alicante, muy difícil conseguir un informe favorable.

Acceso a la información. Información y Protocolo accesible en la web.

<https://www.san.gva.es/es/web/dgcal/acceso-a-la-atencion-sanitaria-por-personas-en-situacion-o-riesgo-de-exclusion-sanitaria>

EXTREMADURA

Regulación. Instrucciones internas para profesionales de Trabajo Social: *Instrucciones internas sobre procedimiento especial para trabajadoras sociales, en el que se regula la expedición de un informe social estimatorio o desestimatorio en caso de imposibilidad de acreditar los requisitos para el acceso.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: cita con Trabajo Social, que emite un informe y se le da alta temporal.; Tipo de documento: *Documento Acreditativo del Acceso a la Asistencia Sanitaria en Extremadura*; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: informe social.

Acceso los primeros 90 días. Regulado en instrucciones internas: Informe social fa-

vorable. Responsabilidad de Trabajo Social de los centros de salud. Barreras para conseguir el informe: desconocimiento por parte del servicio de admisión y trabajo social, arbitrariedad en la valoración de la necesidad por trabajo social.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Idem.

Menores y mujeres embarazadas. Idem.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con posibilidad de facturación. Se puede eliminar la factura si se reclama, mejor con informe social.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. No hay ninguna información en la web. Información adecuada a través de teléfono de Tarjeta Sanitaria.

GALICIA

Regulación. Nota informativa: *Adaptación del Programa gallego de protección social de salud pública al Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Octubre 2018.* A través de instrucción interna.

- También se modifican a través de instrucción interna no publicada la atención a las personas en las situaciones especiales (menores, mujeres embarazadas y urgencias) solicitando para todas estas personas tres meses de estancia en España para poder acceder al derecho.

- *Instrucción 15/2012 de creación do Programa galego de protección social da saúde pública.* En la documentación que se entrega a las personas migrantes cuando hacen el trámite a los tres meses en el centro de salud, sigue figurando como documentos presentados un empadronamiento conjunto o de convivencia de 183 días, a pesar de que actualmente la exigencia son 90 días.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por la delegación territorial de tramitación de tarjeta, existen diferencias significativas entre ellas; Acceso durante el trámite: documento de alta temporal solo para atención primaria y de urgencias, sin descuento farmacéutico y sin especialidades. En la práctica, aunque el documento refleja personal de medicina y enfermería asignados, en muchas ocasiones se niegan a atender por no estar la persona de alta en el sistema, se niegan a recetar (aunque se debe hacer, sin descuento farmacéutico). Frecuentemente solo se presta atención de urgencias facturable; Tipo de documento: Documento Acreditativo de inclusión en el Programa

gallego de protección social de salud; Vigencia: 2 años, se puede volver a solicitar, para ello es necesario empezar el trámite todo de nuevo; Requisitos: identidad - el pasaporte con sellos de entradas y salidas, solo se admite el documento identificativo de país de origen en el caso de personas de la UE. Empadronamiento: conjunto y de convivencia. Es muy difícil obtener un informe social sustitutivo de tiempo de padrón, a no ser que se reclame con acompañamiento o mediación e informes que avalen que se ha estado en el país más de tres meses; por otro lado no se acepta alternativa al padrón en sí, hay que estar empadronado/a.

Otros requisitos para todas las personas menores: informe de trabajo social que acredite que el menor es descendiente de los progenitores que lo acompañan y en caso de no estar algún progenitor, el permiso de tutela. También tienen que acreditar mediante el informe social el motivo por el cual no entra por otra vía. Para poder hacer esto se solicitan los pasaportes de los padres, certificado de nacimiento o documentación que acredite relación de parentesco. Este documento no se requiere al resto de menores y no aparece en la ley estatal, suponiendo una práctica discriminatoria.

Acceso los primeros 90 días. No regulado. Atención de urgencias con facturación.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Se exige. Se acepta informe social, pero es muy difícil de conseguir, se requieren pruebas de que en el país de origen no se facilita el certificado.

Menores y mujeres embarazadas. Se exigen 90 días de estancia (no de empadronamiento, aunque en muchos centros sa-

nitarios se pide empadronamiento en la práctica). Hasta entonces, no se da ningún alta y se atiende con aviso de facturación y posibilidad de facturación, o se deniega la atención o se disuade de la utilización del servicio a través de la amenaza de facturación.

Solicitantes de protección internacional: no se reconoce el documento de Manifestación de Voluntad de presentar solicitud de protección internacional. El documento de formalización de la solicitud de protección internacional tarda un año en obtenerse, por lo que las personas solicitantes no ven reconocido su derecho a la asistencia por ser solicitantes hasta pasado ese año. Mientras, se les aplica el requisito de 90 días y la facturación de la atención como al resto hasta conseguir un documento certificativo. Una vez obtienen el resguardo de ser solicitantes según la normativa no se les debe requerir tiempo de padrón; de facto los retrasos con extranjería hacen que lleven empadronados más de un año.

Personas con patologías infecciosas consideradas de riesgo para la salud pública: Según la norma se debe atender con cargo a fondos públicos, pero hay barreras muy importantes que limitan el acceso de facto: desconocimiento del personal administrativo de los centros sanitarios, requisito de acreditar la sospecha de enfermedad epidemiológica por parte del personal sanitario, lista de enfermedades incluidas variable entre CCAA. En los hos-

pitales no se consigue un alta por este motivo, también en muchas ocasiones por desconocimiento.

Atención de urgencias sin tarjeta . Se presta solo urgencias hasta alta hospitalaria, no hasta alta médica. Si no se tiene tarjeta sanitaria en trámite, siempre se da compromiso de pago, y se factura. Se puede anular con dificultad, solo cuando se obtiene la tarjeta. Desde el RDL 16/2012 existe el *Modelo de solicitud de medidas especiales para solicitar urgencias hasta alta médica* pero nunca se ha utilizado en la práctica, no está disponible en los centros sanitarios, no se deriva a trabajo social para evaluar el acceso, ni se informa sobre esta vía en los avisos de facturación. Las reclamaciones son posibles si se conoce el sistema, pero no es sencillo y depende mucho de cada delegación de facturación. Una vez reclamada, si se solicita el desistimiento por escrito hay algunas delegaciones que se niegan a aportarlo, dejando a la persona en una situación de indefensión.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas con cargo a fondos públicos.

Acceso a la información. Programa y adaptación en la web, información limitada. <https://www.sergas.es/Tarjeta-sanitaria/Programa-galego-de-proteccion-social-da-sa%C3%BA-de-p%C3%BAblica?idioma=es>

COMUNIDAD DE MADRID

Regulación. Instrucciones internas para profesionales: *Procedimiento de tramitación del Documento de Asistencia Sanitaria para Ciudadanos Extranjeros sin residencia legal en España. Noviembre de 2021.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud revisa los requisitos y se cita en la Unidad de Tramitación (UT) correspondiente al centro (hay 7 para toda la Comunidad) para formalizar la solicitud. Posteriormente validación por unidad central de tarjeta sanitaria. Barrera: demora de meses para la cita en la UT; Acceso durante el trámite: atención urgencias con facturación hasta la cita en la UT, después alta provisional; Tipo de documento: Documento Acreditativo del Acceso a la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento, alternativa: informe social de administración pública, hay que obtenerlo previamente y llevarlo a la cita con la UT.

Acceso los primeros 90 días. No regulado: atención de urgencias con facturación.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Se exige, no hay alternativas.

Menores y mujeres embarazadas. No regulado. Atención de urgencias con facturación durante los primeros 90 días.

Atención de urgencias sin tarjeta . Facturación, no se elimina la factura si la atención ha sido durante los primeros 90 días aunque se obtenga el documento después.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Procedimiento en web <https://tramita.comunidad.madrid/prestacion-social/asistencia-sanitaria-extranjeros-dase>

REGIÓN DE MURCIA

Regulación.

- Instrucciones internas para profesionales: *Solicitud y expedición del documento para recibir protección de la salud y atención sanitaria a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España.*

- Instrucción que no ha sido derogada pero no se aplica desde el RD 7/2018: *Resolución de 13 de noviembre de 2015 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se publica la Instrucción 6/2015, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes.*

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional 1 mes; Tipo de documento: documento certificativo; Vigencia: 1 año; Requisitos: identidad y empadronamiento; alternativa: informe social. Dificultad para el informe social: desconocimiento de servicios sociales municipales, necesidad de empadronamiento para atención por servicios sociales.

Acceso los primeros 90 días. No regulado. Se acepta informe social favorable en casos excepcionales. Responsabilidad de

Trabajo Social de Servicios Sociales Municipales. Barreras para el acceso al informe social: desconocimiento por parte del servicio de admisión y trabajo social, acceso a servicios sociales municipales, arbitrariedad en la valoración de la necesidad por trabajo social y por la unidad de aseguramiento, heterogeneidad en la valoración del problema de salud.

Acceso en situaciones de estancia. Idem, casos muy excepcionales. Usualmente atención de urgencias facturable.

Certificado de no exportación. Se acepta informe social.

Menores y mujeres embarazadas. Igual que el resto. Hay posibilidad de obtener un alta temporal.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con posibilidad de facturación. Frecuentemente no se hacen efectivas y se puede eliminar si se reclama.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Se indican los requisitos en la web, incompleto.

[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3441&IDTIPO=240&RASTRO=-c\\$m40288;](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3441&IDTIPO=240&RASTRO=-c$m40288;)

Resolución de 13 de noviembre de 2015: [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=127752&IDTIPO=60&RASTRO=-c891\\$m5806,5808,5926](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=127752&IDTIPO=60&RASTRO=-c891$m5806,5808,5926)

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Regulación. Instrucciones internas para profesionales: *Trámite para el acceso al Sistema Nacional de Salud de las personas extranjeras, residentes no autorizadas ni registradas. Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio. Diciembre 2018.*

- Ley Foral 8/2013, derogada por el Tribunal Constitucional.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud revisa los requisitos y cita con trabajo social, que tramita la solicitud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional, agilidad en la tramitación si necesidad; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria individual, válida para todo el territorio nacional; Vigencia: probablemente sin caducidad; Requisitos: identidad y empadronamiento; alternativa: informe social.

Acceso los primeros 90 días. Regulado en instrucciones internas: informe social favorable. Responsabilidad de Trabajo Social Sanitario de los centros de salud. En la práctica, muy difícil de conseguir: desconocimiento por parte del servicio de admisión y trabajo social, arbitrariedad en la valoración de la necesidad social y sani-

taria por trabajo social y por la unidad de aseguramiento.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Alternativa: informe social o resguardo de la solicitud. En la práctica, es muy difícil de conseguir.

Menores y mujeres embarazadas. En general atención con cargo a fondos públicos sin acceso a tarjeta durante los primeros 90 días, en ocasiones facturación.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con aviso de facturación y posibilidad de facturación. Se puede eliminar si se reclama o si se obtiene tarjeta sanitaria.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Exención del pago del Convenio si la renta de la persona reagrupada es menor a 18.000€. Acuerdo del Gobierno de Navarra: <https://www.navarra.es/documents/48192/6798809/Exencion%20de%20pago%20BON%2025%20abril%202018.pdf/e74d48b0-8740-7a6e-627c-fb0308c110a3>

Acceso a la información. Información no accesible en la web: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Participacion/Mis+derechos+y+deberes/Derecho+a+la+asistencia+publica.htm

EUSKADI

Regulación. Instrucción interna para profesionales: *Instrucción relativa al tratamiento de solicitudes de asistencia sanitaria de personas extranjeras. Noviembre 2018.*

- Artículos del Decreto autonómico anulados por sentencia del Tribunal Constitucional en 2017. En enero de 2018 se creó el *Programa de protección integral de la salud para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención sanitaria de las personas en situación administrativa irregular y que estén empadronadas en un municipio de Euskadi*. Sin vigencia para personas en situación administrativa irregular, pero vigente para otras situaciones.

- Está pendiente la publicación de un nuevo Decreto.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: aceleración de la tramitación; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria individual, válida para todo el territorio nacional; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento; alternativa: informe sustitutivo de ONG da acceso a un Documento de Asistencia Sanitaria de 6 meses, que se puede renovar con una nueva solicitud.

Acceso los primeros 90 días. No regulado: atención con aviso de facturación.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Alternativa: se valora informe social. Recientemente se ha conseguido que sea la administración sanitaria junto con el INSS los que gestionen la acreditación de la exportación del derecho con sus administraciones homólogas del país de origen. Tiene un plazo máximo de tres meses de espera.

Menores y mujeres embarazadas. Atención con alta específica, en general sin facturación.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con aviso de facturación. Por compromiso explícito del Gobierno, las facturas no se hacen efectivas.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial. Acceso a TSI si la renta del familiar que reagrupa es menor a 18.000€, considerada a través del tramo de aportación farmacéutica. Para reagrupar tienes que tener una renta de 16.500 €, así que la posibilidad es puntual. Se valora informe social. Regulado por el Programa de Protección Integral a la Salud.

Acceso a la información. Cartel informativo en 9 idiomas, información relativa al informe social incorrecta: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/dac_tarjeta_sanitaria/es_def/adjuntos/acceso_es.pdf

LA RIOJA

Regulación. Instrucción interna para profesionales de Trabajo Social: *Instrucciones internas a trabajadoras sociales sanitarias para el informe social, 2 febrero 2022*. Se trata de una instrucción que regula el informe social como alternativa si no se cumplen los requisitos, pero no incluye situaciones de estancia y los primeros 90 días.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: servicio de admisión del centro de salud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: alta provisional; Tipo de documento: Tarjeta sanitaria individual, válida para todo el territorio nacional; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento; alternativa: informe social, en algunos casos.

Acceso los primeros 90 días. No regulado: atención de urgencias con posibilidad de facturación.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. Solo se pide declaración responsable.

Menores y mujeres embarazadas. Atención sanitaria con cargo a fondos públicos, no acceso a solicitar tarjeta sanitaria durante los primeros 90 días.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención de urgencias con posibilidad de facturación. Se puede anular si se recurre.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial.

Acceso a la información. Información muy limitada en la web: <https://www.rioja-salud.es/ciudadanos/informacion/tarjeta-sanitaria>

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

Regulación. Instrucción interna para profesionales. Dependiente del INGESA.

Procedimiento para el acceso. Solicitud: el servicio de admisión del centro de salud cita con Trabajo social que es quien hace la solicitud. Validación por unidad de aseguramiento; Acceso durante el trámite: urgencias con facturación; Tipo de documento: Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros Irregulares en la Ciudad Autónoma de Melilla; Vigencia: 2 años; Requisitos: identidad y empadronamiento; alternativa: informe social.

Otros requisitos que se exigen: resguardo de solicitud de autorización de residencia y resolución de Extranjería en caso desestimado, fotocopia de las tarjetas sanitarias de la unidad familiar, de acta de matrimonio/libro de familia marroquí-español, y en su defecto citación del Registro civil para matrimonio civil, o fe de soltería, certificado de finanzas de Marruecos, certificado de escolarización en caso de menores, justificante de ingresos, sentencia o denuncia en caso de divorcio o ser víctima de violencia de género, certificado “de los convivientes que disponen de pasaporte marroquí, tarjeta de afiliación RAMED o de la Caja Nacional de Seguridad Social marroquí o certificado negativo”. Todos los documentos de Marruecos deben estar oficialmente traducidos.

En la práctica, actualmente es muy difícil conseguir el documento de asistencia sanitaria, con excepción de menores, mujeres embarazadas y personas con patologías graves. El resto tarda meses en obtenerlo, y en muchos casos se deniega sin comunicación y sin motivo.

Otras barreras: hay procedimientos sanitarios que no se pueden realizar en Melilla, por lo que INGESA cubre el traslado a Andalucía. Para las personas en situación irregular no es posible viajar a Andalucía, por no tener visado o residencia. En este caso piden traslado por motivos humanitarios, que solo se consigue en caso de menores (que solo pueden ir acompañados de personas que tienen permiso de residencia). Desigualdades de género en el acceso al permiso de residencia y acceso a servicios sanitarios.

Acceso los primeros 90 días. No regulado: atención de urgencias con facturación.

Acceso en situaciones de estancia. Idem.

Certificado de no exportación. No se ha podido confirmar.

Menores y mujeres embarazadas. Pueden conseguir la tarjeta sanitaria con más facilidad, más allá de los 90 días. Si no tienen tarjeta sanitaria, atención de urgencias con facturación.

Barrera específica para el aborto: en Melilla no se realiza este procedimiento por objeción de conciencia de los profesionales. Como hemos comentado, las mujeres en situación irregular no pueden ser trasladadas a Andalucía, por lo que quedan excluidas de esta posibilidad.

Atención de urgencias sin tarjeta. Atención con facturación en el hospital, en el centro de atención primaria de urgencia no se emite facturación. Se anulan si se consigue el documento acreditativo.

Acceso de ascendientes reagrupadas. Convenio especial, no hay alternativas.

Acceso a la información. Información no accesible en la web.

Anexo 4. Resumen de instrucciones autonómicas desarrolladas entre 2012 y 2018 para regular el derecho a la asistencia sanitaria de las personas en situación irregular

CUADRO DE NORMAS (Junio 2018)			
Institución	Fecha	Referencia	Resumen
Gobierno estatal (3)	20/4/2012	1. Real Decreto –ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad de sus prestaciones (BOE Núm. 98, de 24 de abril de 2012)	1. Retirada de tarjetas sanitarias, más pago por medicamentos, dos nuevas carteras sometidas a pago y creación de los grupos “asegurados” y “no asegurados”.
	3/8/2012	2. 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 (BOE Núm. 186, de 4 de agosto de 2012)	2. Establece requisitos de ingresos, de régimen de extranjería, de cotizaciones y de situación familiar para acceder a la tarjeta sanitaria, que autoriza el INSS.
	26/7/2013	3. Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud (BOE Núm. 179, de 27 de julio de 2013)	3. Crea el convenio para “no asegurados”: 60€ mensuales para las personas menores de 65 años y 157€ para las personas de 65 años o más y no incluye la medicación. En abril de 2014 se habían registrado, según el gobierno central, 730 peticiones.
Instituto Nacional de la Seguridad Social (2)	9/2012	Información sobre prestaciones de la Seguridad Social, asistencia sanitaria (Instrucciones internas del Instituto Nacional de la Seguridad Social).	Las personas con NIE después del 24 de abril de 2012 no podrán optar a la tarjeta sanitaria de “límite de ingresos”. Que conozcamos, hay al menos 21 sentencias de tribunales superiores de justicia (TSJ) que fallan contra la aplicación de esta instrucción contra padres y madres con permiso de residencia de familiar de comunitario: Canarias (TSJ 1052- 2017), Catalunya (TSJ 8978-2016 y 7440-2016), Galicia (TSJ 7338-2017), Castilla y León (TSJ 125-2014, 1383-2014, 1818-2014), Aragón (TSJ 381-2014), Cantabria (TSJ 11658-2014, 1204-2014), Andalucía (TSJ 7994-2015, 12977-2016) y Madrid (66-2015, 14091-2015, 754-2016, 1082-2016, 375- 2017, 6608-2017, 2574-2017, 2508-2017, 241-2018). Todas ellas son sentencias ya ganadas en los Juzgados de lo Social que el INSS recurre, y pierde, ante los Tribunales Superiores de Justicia. Solo conocemos una sentencia desestimatoria en el TSJ de Catalunya (2193-2017) y otra en un Juzgado de lo Social de Madrid (JSO 67-2018) que no fue recurrida ante el TSJ de Madrid.
	6/2012		

Leyes autonómicas enfrentadas al RD-l 16/2012 (6)	26/6/2012	Euskadi - Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (BOVP Núm. 127, de 29 de junio de 2012). Anulada por el Tribunal Constitucional.	Todas estas leyes autonómicas fueron recurridas al Tribunal Constitucional por el gobierno central del PP. El TC procedió a la suspensión cautelar de tres de ellas para después levantarla a los pocos meses por considerar que el abogado del estado no había probado el perjuicio que podían suponer estas normas: ATC 239/2012 (Euskadi), ATC 114/2014 (Navarra) y ATC 6022/2015 (Valencia). Sin embargo, el 21 de julio de 2016, el TC emitió una sentencia (STC 139/2016) en la que desestima “en su práctica totalidad” el recurso de inconstitucionalidad 4123/2012 del Parlamento de Navarra contra el RD-l 16/2012, alegando, entre otros motivos, que la universalidad de la asistencia sanitaria puede estar supeditada a “condicionantes económicos”, lo que de efecto suspende la ley navarra. Finalmente, se han suspendido también las de Euskadi (134/2017), Comunitat Valenciana (Diciembre 2017) Extremadura (enero de 2018) y Catalunya (abril de 2018). Cuatro de estas comunidades han intentado maneras para seguir facilitando el acceso a la atención sanitaria de las personas sin permiso de residencia y, en el caso de Catalunya, también de las personas afectadas por la exclusión del INSS. Navarra lo hace a través de un programa de ayudas que exime del pago por asistencia sanitaria a personas sin tarjeta sanitaria (abril 2018). Euskadi ha publicado una instrucción (ver siguiente apartado), y Valencia una modificación del decreto anulado (consignada aquí). Catalunya ha anunciado que seguirán facilitando el acceso a pesar de la sentencia del TC (mayo 2018). Extremadura, sin embargo, señaló que “acata, pero lamenta”, la sentencia del TC que anulaba su ley.
	25/2/2013	Navarra - Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita en el sistema público sanitario de Navarra (BON Núm. 43, de 4 de marzo de 2013). Anulada por el Tribunal Constitucional.	
	24/7/2015 y 20/4/2018	Comunitat Valenciana - 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 (DOCV Núm. 7581, de 29 de julio de 2015). Anulada por el Tribunal Constitucional. LEY 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana (DOCV Núm. 3968, de 23 de abril de 2018).	
	21/7/2016	Extremadura - Ley 7/2016, de 21 de julio, de medidas extraordinarias contra la exclusión social (DOE Núm. 141, Viernes 22 de julio de 2016). Anulada por el Tribunal Constitucional.	
	27/6/2017	Catalunya - Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de Salud (DOGC Núm. 7401, 29 de junio de 2017). Anulada por el Tribunal Constitucional.	
Normas centradas en personas sin permiso de residencia, con entrega de documento identificativo (18)	Primavera 2012 y 6/6/2013	Andalucía - Instrucción desde el Servicio Andaluz de Salud para el Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria en Andalucía e Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Servicio Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos.	Algunas de estas regulaciones han sido publicadas en los boletines oficiales de las Comunidades Autónomas y otras han sido instrucciones internas de los Servicios de Salud regionales enviadas a los centros sanitarios. <i>(continúa en la siguiente página)</i>

31/8/2012	Galicia – 1. RESOLUCIÓN de 31 de agosto de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 31 de agosto de 2012 sobre la prestación de asistencia sanitaria en Galicia a las personas que no tienen la condición de asegurado o de beneficiario reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina (DOG Núm. 175, de 13 de septiembre de 2012)	<p>Donde se ha podido encontrar la publicación en el boletín se indica la referencia; para las que no se encuentra referencia, los documentos se pueden buscar en la web introduciendo el título; varios de ellos están en las páginas web de colectivos: las de Madrid en la web de Yo Sí Sanidad Universal; las de Murcia en la web de la Asociación de Usuarios de la Sanidad de la Región de Murcia; las de Catalunya en la web de Jo Sí Sanitat Universal y de PASUCAT; las de Comunitat Valenciana en la web de Jo Sí Sanitat Universal Valencia y de ODUSALUD; las de Andalucía en la web de Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía; y las de Islas Canarias en la red social de Yo Sí Atiendo Canarias. En Euskadi, la Instrucción se publicó después de que el Tribunal Constitucional parara la ley regional de acceso universal al sistema sanitario, tras el recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el presidente del gobierno central, Mariano Rajoy (ver arriba). Todas las normas solicitan padrón, aunque en Andalucía no es imprescindible. También declaración de ingresos no suficientes y/o declaración responsable o certificación de que no se cuenta con cobertura por otro título. Se incluye la Atención Primaria, la medicación financiada en algunos casos y hay variación en posibilidad de derivar a especializada. El documento identificativo, que suele tener duración de un año renovable (aunque en Cantabria son dos años), solo sirve para obtener atención en la comunidad autónoma que lo expide. En algunas comunidades este documento es una tarjeta especial y en otras es el alta informática impresa tras una entrada por urgencias. (continúa en la siguiente página)</p>
y 21/9/2012	2. RESOLUCIÓN de 21 de septiembre de 2012, de la Secretaría General Técnica de la Consellería de Sanidad, por la que se acuerda la publicación de la Instrucción de 21 de septiembre de 2012 de creación del Programa Gallego de protección social de la Salud Pública (DOG Núm. 193, de 9 de octubre de 2012).	
10/2012	Catalunya - CatSalut, Instrucció 10/2012, Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut	
30/4/2013	Aragón- Instrucción de 30 de abril de 2013, por la que se crea el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública.	
15/7/2013	Extremadura - Instrucción conjunta nº de 15 de julio de 2013 de la Dirección General del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX).	
31/7/2013	Comunidad Valenciana - Instrucción de la Secretaría Autonómica de Sanidad, por la que se informa de la puesta en marcha del Programa Valenciano de Protección a la Salud.	
25/11/2013	Cantabria – 1. Orden SAN/20/2013, de 25 de noviembre, por la que se crea el Programa Cántabro de Protección Social de la Salud Pública y se regula el procedimiento de acceso al mismo, BOC Núm. 234, de 5 de diciembre de 2013 (BOM Núm. 157, de 17 de agosto de 2015).	

y 7/8/2015	2. Orden SAN/38/2015, de 7 de agosto, <i>por la que se regula la inclusión en el Sistema Sanitario Público de Cantabria de las personas residentes en la comunidad autónoma que no tengan acceso a un sistema de protección pública.</i>	<p>En Andalucía se ha establecido una práctica de convenios con asociaciones y entidades no gubernamentales para expedir el documento que permite el acceso. En Murcia, por ejemplo, se han ido modificando las instrucciones hasta conseguir eliminar el requisito de certificación oficial de no contar con cobertura por otro título, que implica gestiones complicadas con los países de origen. En Castilla la Mancha, aunque el contenido se centra solo en las personas sin permiso de residencia, el título de la orden se refiere explícitamente al “acceso universal a la atención sanitaria”. En Cantabria, el Tribunal Superior de Justicia estimó el recurso contencioso-administrativo que la Administración Central puso contra la orden regional (Sentencia nº 00023472016, procedimiento ordinario 0000305/2015, TSJC). El gobierno cántabro ha declarado que continuará aplicando su norma regional.</p>
31/7/2014	Murcia – 1. Instrucción n.º 4/2014, de 31 de julio, del Director Gerente del SMS, <i>sobre la prestación de asistencia sanitaria en los centros del SMS, a los extranjeros que se encuentren en las situaciones especiales recogidas en el artículo 3 de la Ley 16/2003</i>	
y 13/11/2015	2. Instrucción 6/2015, <i>por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes</i> (BORM Núm. 266, de 17 de noviembre de 2015)	
y 3/2/2016	3. Instrucción n.º 2/2016, de 3 de febrero, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, <i>por la que se modifica la Instrucción 6/2015</i> (BORM Núm. 43, de 22 de febrero de 2016)	
17/7/2015	Islas Baleares - Instrucción del director general del Servicio de Salud de 17 de julio de 2015 <i>por la que se establece, con carácter de urgencia, los trámites que se han de llevar a cabo con el objeto de garantizar el derecho al acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes, en el ámbito de gestión del Servicio de Salud de las Illes Balears</i> (BOIB Núm. 109, de 18 de Julio de 2015).	
7/8/2015	Aragón - Instrucción de 7 de agosto de 2015, del Consejero de Sanidad, <i>por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.</i>	
14/12/2015	Islas Canarias - <i>Conjunto de actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de asistencia sanitaria dirigidas a personas sin recursos</i> (Boletín Oficial de Canarias Núm. 241, de 14 diciembre de 2015)	
7/8/2015	Aragón - Instrucción de 7 de agosto de 2015, del Consejero de Sanidad, <i>por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.</i>	

	14/12/2015	Islas Canarias - <i>Conjunto de actuaciones en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y prestación de asistencia sanitaria dirigidas a personas sin recursos</i> (Boletín Oficial de Canarias Núm. 241, de 14 diciembre de 2015)	
	9/2/2016	Castila La Mancha - Orden de 9 de febrero de 2016, de la Consejería de Sanidad, <i>de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha</i> (DOCM Núm. 36, de 23 de febrero de 2016).	
	25/1/2018	Esukadi – Instrucción de la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias, Departamento de Salud, Viceconsejería de Administración y Financiación Sanitarias, Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitarias. <i>Asunto: Programa de protección integral de la salud para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud, y atención sanitaria de las personas en situación administrativa irregular y que están empadronadas en un municipio de Euskadi.</i>	
Normas centradas en personas sin permiso de residencia, sin entrega de documento identificativos (9)	18/6/2012	Asturias – 1. <i>Instrucciones para el Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre la autorización de asistencia sanitaria, con carácter provisional, a las personas extranjeras en situación irregular sin recursos</i> (BOPA Núm. 140, de 18 de junio de 2012)	
	y 1/9/2012	2. <i>Instrucciones para el Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre la autorización de asistencia sanitaria, con carácter provisional, a las personas extranjeras en situación irregular sin recursos</i> , (BOPA Núm. 240, de 1 de septiembre de 2012)	
	y 1/9/2012	2. <i>Instrucciones para el Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre la autorización de asistencia sanitaria, con carácter provisional, a las personas extranjeras en situación irregular sin recursos</i> , (BOPA Núm. 240, de 1 de septiembre de 2012)	
	Verano 2012	Murcia - Instrucción 7/2012 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud	
	27/8/2012	Madrid 1. Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Servicio Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o beneficiario.	

	y 21/8/2015	2. Carta del 21 de agosto de 2015, del Director general de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del SERMAS, César Pascual Fernández, a los Directores de Centros de Salud	
	y 28/8/2015	3. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, Asistencia Sanitaria a personas en situación irregular: Nota aclaratoria para los profesionales de los centros de Atención Primaria	
	y 14/9/2015	4. Documento del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria: Instauración de un nuevo código para facilitar el acceso a la financiación de medicamentos a personas extranjeras en situación irregular con insuficiencia económica atendida en los recursos sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.	
	14/12/2012	Islas Canarias – Orden de 14 de diciembre de 2012, <i>por la que se acuerda la puesta en marcha de las actuaciones en materia de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia sanitaria, dirigidas a personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en territorio español, que carecen de recursos económicos suficientes</i> (BOC Núm 12, de 18 de enero de 2013).	
	9/3/2014	Aragón - Instrucción de 9 de abril de 2014, de la Dirección General de Salud Pública, <i>para la atención sanitaria y el tratamiento de supuestos especiales por motivos de salud pública</i>	
Normas centradas en grupos con y sin permiso de residencia (2)	23/7/2015 27/6/2017	Catalunya - CatSalud, Instrucció 08/2015, <i>Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalud als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició de "assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut</i> , y Ley 9/2017, <i>de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de Salud</i> (DOGC Núm. 7401, 29 de junio de 2017). Anulada por el Tribunal Constitucional.	Acceso, con documento identificativo, para: personas sin permiso de residencia, ascendientes, personas con visado de estudiante y comunitarios.
Sin normas de aplicación (2)		La Rioja y Castilla y León	Tras mayo de 2014, Castilla y León señaló que crearía normas para el acceso de personas sin papeles. Hasta la fecha, ha publicado en la página web del Sacyl que se entregará un documento a algunos grupos de población (menores, embarazadas, a los usuarios que se encuentren desplazados durante un periodo mayor a un mes, a los solicitantes de adopción internacional y a los solicitantes de protección internacional y víctimas de trata).



yo **SÍ**
Sanidad
Universal