



**ESTUDIO SOBRE LAS ULTIMAS REFORMAS  
SANITARIAS DEL ORDENAMIENTO  
JURÍDICO ESPAÑOL**

**STUDY ON THE LATEST SANITARY  
REFORMS OF THE SPANISH LEGAL  
SYSTEM**

Curso 2020/2021

Área de Teoría del Derecho, Filosofía del Derecho y Psicología Jurídica

Grado en Derecho

Facultad de Derecho

Universidad de La Laguna

Convocatoria: Julio

Autor: Pedro José Marcano Pérez

Tutor: David Enrique Pérez González

**ABSTRACT:**

*This brief study aims to study the health reforms that took place, first in 2012, seeking to face the economic crisis and make the national health system more efficient, and second the one produced in 2018, which deals with the errors of the reform that precedes it and establish certain improvements.*

*This work also carefully observes the influence that these reforms have on the legal status of citizens regarding their access to the health system. In detail, the study focuses on observing how the 2012 regulatory reform affects the legal status of undocumented immigrants within the Spanish state and the limitation of rights regarding access to the national health system. In the same way, the consequences of this reform are observed, as well in a comparison with the 2018 reform.*

*In addition to this, a brief observation is made of the Covid-19 pandemic phenomenon and the legal implications that may have affected immigrants, in detail.*

*Finally, a series of logical reflections regarding the legal system are established, which arise precisely from the doubts and appreciations that are taken when studying the mentioned reforms.*



## RESUMEN:

*Este breve estudio que tiene por objetivo estudiar las reformas sanitarias que se suceden por un lado en 2012, buscando hacer frente a la crisis económica y volver más eficiente al sistema nacional de salud, como por otro lado la que se produce en 2018, que trata de enmendar errores de la reforma que le precede y establecer ciertas mejoras.*

*Este trabajo además observa de forma detenida la influencia que dichas reformas tienen en el estatuto jurídico de los ciudadanos en cuanto a su acceso al sistema de sanidad. De forma pormenorizada el estudio se centra en observar cómo afecta la reforma normativa de 2012 en el estatuto jurídico de los inmigrantes indocumentados dentro del estado español y la limitación de derechos en cuanto al acceso al sistema nacional de salud. De la misma manera se observan las consecuencias de dicha reforma, así como se plantea una comparativa con la reforma de 2018.*

*Además de esto, se hace una breve observación del fenómeno pandémico del Covid-19 y las implicaciones jurídicas que puede haber afectado a los inmigrantes, de forma pormenorizada.*

*Para finalizar se establecen una serie de reflexiones lógicas en cuanto al ordenamiento jurídico, que nacen precisamente de las dudas y apreciaciones que se dan al estudiar las reformas antes mencionadas.*

<b>. - ÍNDICE</b>	
<b>I.- INTRODUCCIÓN</b>	5
1.1.- CONSIDERACIONES GENERALES: DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD. MARCO LEGAL Y POLÍTICO.....	6
1.2.- SITUACIÓN JURÍDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. ....	8
<b>II.- SITUACION JURIDICA DE LOS INMIGRANTES</b>	16
2.1. DIFERENCIA ENTRE INMIGRANTES LEGALES Y ENTRE INMIGRANTES INDOCUMENTADOS (ILEGALES).....	16
2.2. SITUACIÓN JURÍDICA SEGÚN LA REFORMA DE 2012 DE LOS INMIGRANTES IRREGULARES.....	19
A.- Menores.....	21
B.- Situación de embarazo y post-parto .....	22
C.- Situaciones de urgencia y necesidad / Enfermedad Grave .....	23
<b>III.- DERECHOS DE LOS INMIGRANTES IRREGULARES</b>	25
3.1.- DERECHO A LA SANIDAD FRENTE AL PELIGRO DE EPIDEMIA Y LA POSIBLE SATURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO .....	25
3.2.- DERECHO A LA LIBERTAD Y SU POSIBLE VULNERACIÓN .....	27
3.3.- COLECTIVOS DE RIESGO .....	30
3.4.-REFLEXION SOBRE LA REFORMA NORMATIVA .....	35
<b>IV- REFORMA SANITARIA DE 2018</b> .....	37
<b>V.- COVID-</b> .....	42
5.1.- RELACION CON EL MIEDO A UNA EPIDEMIA/PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD DURANTE EL COVID .....	44
5.2.- SITUACION DE LOS INMIGRANTES FRENTE AL COVID-19 Y PROBLEMATICAS PLANTEADAS ANTE LA REFORMA DE 2018 .....	46
5.3.-TRATAMIENTO A NIVEL COMUNITARIO. CANARIAS Y LA ACOGIDA DE INMIGRANTES .....	49
<b>VI.- CUESTIONES TRAS LAS REFORMAS Y CONCLUSIONES</b> .....	51
6.1.- CUESTION SOBRE LA EFICIENCIA Y TIPO DE SISTEMA SANITARIO ....	52
6.2.- CONSIDERACIONES SOBRE EL CONTROL DE LA NORMA Y REFLEXION SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL .....	53
6.3.- REFLEXION A CERCA DE LA DERIVA NORMATIVA GENERADA POR UN CAMBIO DE GOBIERNO Y SUS CONSECUENCIAS. LA CALIDAD DE LA PRODUCCIÓN NORMATIVA .....	57
6.4.- REFLEXION SOBRE EL DERECHO A LA SALUD.....	58
<b>VII- CONCLUSIÓN</b> .....	60
<b>- BIBLIOGRAFÍA:</b> .....	63

## I.- INTRODUCCIÓN

La forma más adecuada de iniciar este trabajo es la de comenzar recalcando la importancia de los movimientos poblacionales como un hecho relevante a lo largo de la historia de la humanidad, llegando estos incluso a marcar hitos y cambios históricos.

Hoy en día vemos como estos movimientos poblacionales se producen a lo largo de todo el mundo, ocurriendo por muchas y diversas causas, pero que en menor o en mayor medida podemos observar cómo afectan a los diversos estados receptores. En la actualidad tenemos un ejemplo claro en los diversos países de la UE, en relación con las situaciones que han producido una migración masiva de la población de oriente medio y del norte de África, hacia Europa. Debido a ello debemos prestar atención a como estos Estados tratan de adaptarse para poder afrontar las situaciones que se plantean.

Sin embargo, en este estudio nos referimos a un momento anterior o por lo menos, en vistas a centrar el tema en concreto, debemos echar la vista hacia atrás, hasta los años previos a 2012 y debemos observar concretamente la situación económica, social y política entre otras en que se desarrolla la modificación normativa que afecta al sistema sanitario.

Para ello, debemos recordar la crisis económica que afectaba duramente al estado español desde el año 2007, además de los diversos factores sociales y políticos que habían variado dentro del mismo, por lo que vemos la confluencia de una serie de situaciones que llevan al legislador a modificar el cuerpo normativo, introduciendo una serie de modificaciones que, adelantándose al estudio, afectan al total de la población y no solo a los inmigrantes.

Precisamente, antes de tratar concretamente la situación jurídica en que se encuentran los inmigrantes en relación a sus interacciones con el sistema sanitario español, debemos determinar por un lado el marco constitucional que les ampara y si este ha variado con la modificación que se dio en 2012. Por otro lado, es conveniente observar la situación del propio Sistema Nacional de Salud, en cuanto a cómo han afectado las modificaciones normativas, no solo a los inmigrantes sino al común de los ciudadanos que residen en el estado español.

De la misma manera veremos como con el paso de los años y como resultado de la variación que se da en las diversas situaciones antes mencionadas, se produce una

nueva modificación normativa. Por ello, este estudio se centra en ver la evolución normativa y las consecuencias que ello comporta para con los inmigrantes, así como las diversas implicaciones que ello supone para los mismos desde el punto de vista de los derechos y libertades fundamentales inherentes al ser humano.

## **1.1.- CONSIDERACIONES GENERALES: DEFINICIÓN DEL DERECHO A LA SALUD. MARCO LEGAL Y POLÍTICO**

En primer lugar, debemos concretar a qué hacemos referencia cuando mencionamos el llamado *Derecho a la Salud*. Si acudiéramos a la norma principal de nuestro ordenamiento jurídico, la Constitución Española, deberíamos observar el art. 43<sup>1</sup> de la misma, en el cual se promulga el *Derecho a la Salud*. Sin embargo, la norma suprema no lo define, por lo que debemos recurrir a otras fuentes que permitan llevar a cabo tal definición.

El Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, en una declaración realizada el 10 de diciembre de 2017 expone las siguientes palabras, las cuales podemos utilizar como definición para lo que podemos o debemos entender como derecho a la salud “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”<sup>2</sup>. Consecuentemente, entiendo que un acercamiento a la definición del *Derecho a la Salud*, parte de la idea de estar sano, es decir, tener derecho a gozar de buena salud.

Por tanto, habiendo definido el concepto acerca de qué se entiende por *Derecho a la Salud*, debemos retomar lo que está plasmado en la norma constitucional, haciendo una serie de matizaciones con relación a las palabras del Dr. Tedros Adhanom, así como una breve descripción del conjunto competencial que le afecta.

---

<sup>1</sup> Constitución Española. BOE nº 311, de 29 de diciembre de 1978 (en adelante CE).  
Artículo 43. CE

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio*

<sup>2</sup> Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

En primer lugar, es necesario concretar los distintos estratos normativos y de competencia que pueden afectar a esta cuestión. Por un lado, la CE reconoce y promulga la salud como un derecho y le confiere por tanto su protección. Sin embargo, y esta es una de las primeras matizaciones, no se trata de uno de los derechos fundamentales con el rango máximo de protección que puede conferir la CE, ya que como podemos apreciar, es cierto que se le confiere dicha protección, más, se menciona que estará en manos de los poderes públicos lo relacionado con su protección y su organización, así como el correspondiente desarrollo normativo. Además, debemos recordar que, en el Estado español las comunidades autónomas gozan de una serie de competencias como en este caso, al atribuirles la CE competencias en materia de sanidad a través del art. art. 148.1. 21.ª CE, por ejemplo.

A cuenta de lo anterior debemos añadir, que el estado español forma parte de la Unión Europea, organización supranacional con la que mantiene competencias compartidas sobre esta materia según lo que dispone el art. 4.2.f) del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea<sup>3</sup>. Sin embargo, en lo esencial, el derecho de la Unión Europea en lo concerniente a la protección de la salud se contiene en el título XIV del TFUE, que lleva por rúbrica "salud pública" (art. 168<sup>4</sup>). Se trata de una competencia transversal, puesto que se proclama el compromiso de que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantice un alto nivel de protección de la salud humana, y se promueva la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en este ámbito. Aun tratándose de una competencia complementaria a la acción de los Estados miembros, se establece el procedimiento legislativo ordinario (codecisión) para que la Unión pueda dictar normativa que haga frente en este ámbito a los problemas comunes de seguridad.

---

<sup>3</sup> Disponible en <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2>  
“Debemos observar que en el TFUE se desarrolla el reparto de una serie de competencias, como lo puede ser art. 6.a) atribuyendo a la UE competencia para apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros en materia de protección y mejora de la salud humana. Por otro lado, en su art. 9 establece que, en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta las exigencias relacionadas con la protección de la salud humana. El art. 36 permite las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificadas por razones de orden público, moralidad y seguridad públicas, protección de la salud y vida de las personas y animales, y los arts. 45 y 52 permiten también restricciones a la libre circulación y establecimiento por razón de salud pública. El art. 114 aboga por una aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de salud. Esta es una breve observación del desarrollo normativo realizado por la Unión Europea, que afecta al tema que tratamos”.

<sup>4</sup> Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-Z-2010-70002> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

En todo caso, la acción de la Unión Europea en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros en lo que respecta a la definición de su política de salud pública, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y de atención médica<sup>5</sup>.

En resumen, según lo expuesto anteriormente, es un hecho que el *Derecho a la Salud* se ve afectado y regulado desde diversos estratos de poder, complementándose estos entre sí, con la finalidad ulterior de materializarse en el sistema sanitario y cumplir por ende con la prestación sanitaria.

Esta estratificación organizativa no es una cuestión banal, ya que hablamos de la salud de las personas, lo cual explica la preocupación y la búsqueda de protección de dicho bien jurídico por parte de la totalidad de los entes mencionados anteriormente.

Habiendo observado el marco normativo y, para terminar de dar con el encuadre sobre esta materia, debemos hacer referencia al panorama político, social y económico que ha afectado concretamente al Estado español. Como es de dominio público, a partir del año 2007 se desarrolló a lo largo del mundo un fenómeno económico conocido como la “crisis”, fenómeno que afectó duramente a diversos Estados, viéndose afectado de igual manera el español. En ese clima de insuficiencia económica y de déficit se tomaron una serie de medidas buscando paliar la situación, medidas que dieron lugar a situaciones como las que estudiaremos a continuación.

## **1.2.- SITUACIÓN JURÍDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

### **A) Situación Previa a 2012:**

Un tema tan complejo como la sanidad puede observarse desde diversos puntos de vista, y más, cuando tratamos de observar la situación sanitaria de un país en concreto. Por ello debemos presentar detenidamente los diversos ámbitos a los que nos referimos al buscar entender el marco social, económico, político y legal que conducen a la situación que relato.

---

<sup>5</sup> Disponible en <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).



En primer lugar, en cuanto al fenómeno migratorio, el estado español desde mediados de los años 90's<sup>6</sup> se convirtió en un estado receptor de los diversos movimientos migratorios, convirtiéndose la inmigración en una cuestión cotidiana. En plena década del 2000 la inmigración se convirtió en una noticia común, por ejemplo, en comunidades autónomas como Canarias, destino del fenómeno conocido como *las pateras*, sucediéndose un sinnúmero de reportes a cerca de esta cuestión por años y resultando ser una situación complicada ante los diversos casos desgarradores que sucedían, así como la preocupación por la situación jurídica en que quedaban los inmigrantes que llegaban a las costas españolas.

Por otro lado, la inmigración tomó diversas formas, es decir, el Estado español no solo recibía afluencia migratoria del norte de África, también lo hacía de diversos puntos del mundo como Europa del Este o Sudamérica (en concreto, con esta última la historia nos ha contado, que en el pasado los habitantes del Estado español son los que se vieron forzados a emigrar. Después de décadas asistimos a un proceso calificado como “retorno” de aquellos que una vez dejaron este país o sus descendientes, con lo que podemos afirmar que esto engrosó aún más el flujo migratorio hacia nuestro territorio). Junto a esto, además debemos tener en cuenta el propio flujo migratorio procedente de Europa que recibía nuestro país, aunado al hecho de que este forma parte de la Unión Europea a partir de 1986<sup>7</sup>, en relación con las políticas de libre circulación en el espacio europeo y las facilidades que presenta esta situación para el movimiento poblacional entre estados miembros.

En segundo lugar, debemos razonar las claves que llevaron a configurar al Estado español como uno atractivo para escoger como destino migratorio; económicamente, en la década del 2000 España se configuraba como un estado con una economía firme y prolífica de cara a lo que podría suponer una mejora para lo que a un inmigrante se

---

<sup>6</sup> NIETO Merino, Andrea. El fenómeno migratorio en España en el siglo XXI. Trabajo Fin de Grado (Grado en Administración y Dirección de Empresas). Bilbao, España: Universidad del País Vasco, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 2015.

<sup>7</sup> Disponible en [http://www.europarl.europa.eu/spain/es/sala\\_de\\_prensa/communicados\\_de\\_prensa/pr-2015/pr-2015-junio/30a.html](http://www.europarl.europa.eu/spain/es/sala_de_prensa/communicados_de_prensa/pr-2015/pr-2015-junio/30a.html) (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

refiere<sup>8</sup>. Es decir, España había alcanzado una prospección económica a principio de la década de los 2000 increíble<sup>9</sup>, incluso dentro de la propia UE.

En relación directa con los antes mencionado, España forma parte de la UE, lo cual, añadía un incentivo mayor al escogerla como destino, debido a que se veía en nuestro estado un puente o una forma de acceder a Europa y la envidiosa situación, tanto en calidad de vida como de ejercicio de derechos que esta exhibía ante el mundo, siendo, como ya he mencionado, la libre circulación de personas, uno de sus principales atractivos de la UE del S. XXI.

Sin embargo, esta situación que describo como *envidiosa* ha sido uno de los grandes logros de la Europa moderna. Históricamente en Europa la seguridad social surgió vinculada a la reparación de los daños personales producidos a aquellos que sufrían accidentes de trabajo y demás situaciones relacionadas. Posteriormente, en el caso de nuestro país, esta cobertura se extendió más allá a los accidentes no laborales, así como a las enfermedades no comunes. Sin embargo, para esta cobertura era condición necesaria la afiliación directa o a través a de la relación familiar al sistema de seguridad social por medio de la llamada *cartilla* para la atención médica y farmacéutica, que era el documento que acreditaba el derecho de su titular y de los familiares a su cargo para acceder a las prestaciones sanitarias del sistema.

Esta situación se ve modificada con la entrada en vigor de la Constitución de 1978, que promulga la asistencia para todos los ciudadanos en su art. 41<sup>10</sup>, siendo esto reforzado además por lo expuesto en el art. 43<sup>11</sup>, extendiéndose el derecho a la asistencia sanitaria

---

<sup>8</sup> AGENCIA EFE. Sexenio 2000-2006 fue "brillante" para la economía española, según FUNCAS. En *El Economista*. Madrid: 10/01/2008. Disponible en <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/342621/01/08/Sexenio-20002006-fue-brillante-para-la-economia-espanola-segun-FUNCAS.html>. (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>9</sup> Disponible en <http://www.ces.es/documents/10180/61220/memoria2000> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>10</sup> Artículo 41 CE

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

<sup>11</sup> Artículo 43. CE

*“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

*2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

*3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”.*

pública a toda la población y por ende permitiendo el acceso a la seguridad social a aquellos excluidos por el sistema de *cartillas*.

Esta idea se ve cristalizada y desarrollada además a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), cuyo artículo 1.2 dice: "Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional"<sup>12</sup>, así como por el posterior Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, cuyo artículo 1 reconoce ese derecho a "las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al Indicador Público de Renta de efectos múltiples"<sup>13</sup>. Por ello podemos apreciar y afirmar que, en el desarrollo legal previo de nuestro Estado, la asistencia sanitaria había seguido un patrón tendente a la universalidad, adscrita en un principio para los ciudadanos nacionales.

La principal característica con la que se podría definir el sistema sanitario en aquella época sería el Principio de Universalidad sanitaria, lo cual supone que dentro del territorio español un paciente sería asistido sin importancia de que se tratara de un nacional o no, contando como es lógico con una serie de limitaciones y requisitos para acceder a la prestación del servicio. De la misma manera la Ley de cohesión y calidad nace con la pretensión de articular la coordinación sanitaria como herramienta de garantía de derechos constitucionales, como el derecho a la protección de la salud en todo el territorio nacional en condiciones de equidad y la libre circulación de personas.

Posterior a esto, con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, todos los españoles, así como los extranjeros con residencia legal tienen derecho a la asistencia sanitaria<sup>14</sup>. Es decir, comenzaba a avistarse cierta limitación dentro del sistema sanitario nacional para con los inmigrantes, sin embargo, la situación que mencionaba anteriormente de universalidad es la que siguió imperando dentro del sistema.

Por lo tanto y como es lógico entendemos que finalmente el marco jurídico que se había configurado, con sus más y sus menos en determinadas situaciones permitía al

---

<sup>12</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 25 de abril de 1986 (en adelante LGS).

<sup>13</sup> Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE nº 216, de 9 de septiembre de 1986.

<sup>14</sup> Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003.

sistema hacerse cargo y como es lógico, tanto de nacionales como de extranjeros, primando el bienestar del ser humano, que acudía solicitando asistencia.

## **B) Situación Posterior a 2012:**

La crisis fue un suceso que tuvo un alcance insospechado para muchos, teniendo como consecuencia en nuestro país un deterioro en diversos ámbitos.

En primer lugar, como es lógico, debemos atender al panorama social que se podía apreciar en aquel momento. La crisis había golpeado duramente a los ciudadanos del país, de los cuales muchos, tal y como se puede apreciar en las estadísticas<sup>15</sup>, se encontraban desempleados o con empleo precarios, con dificultades económicas para poder subsistir. A nivel económico, como ya se ha mencionado, España se encontraba en una situación desfavorable debido a la crisis económica.

A nivel político, debemos destacar que sucedió un cambio de gobierno en plena crisis, en el año 2011, suponiendo esto un cambio de políticas, tornando a una serie de posturas más conservadoras por parte del nuevo gobierno del Partido Popular. Este hecho marca un punto de cambio en cuanto a lo que nos trae aquí.

Con el nuevo mandato, en 2012 ocurre una reforma legislativa traída de la mano con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Como es lógico, ante una situación económicamente complicada el estado realiza los ajustes propios para un periodo de recesión como lo fue la crisis, de esto da fe norma antes mencionada. Observando la misma, revisando su exposición de motivos nos quedan claras las pretensiones que tenía la reforma.

En primer lugar, se nos pone en preaviso acerca de la imperiosa necesidad que tiene el estado de limitar el gasto público invertido en la sanidad, ya que recordemos nos encontrábamos en una situación de precariedad económica en aquel momento. Sin embargo, además añade una serie de ideas a tratar, siendo una de ellas la equidad.

---

<sup>15</sup> Disponible en <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/estadisticas/datos-avance/paro.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

En la propia norma se contempla la situación jurídica singular de nuestro país en cuanto al sistema de autonomías y la serie de concesiones administrativas y presupuestarias que se dan debido al mismo. Sin embargo, pone de manifiesto que dicha situación ha generado un panorama de descoordinación y de falta de equidad en cuanto a la prestación del servicio sanitario se refiere, según el punto geográfico en que se preste.

Además, a esto debemos sumarle, la especial preocupación que denota esta exposición de motivos sobre el gasto farmacéutico, aunado al objetivo de sostenibilidad que se pretende.

Por tanto, observamos que la respuesta normativa que genera este periodo de crisis dentro del ámbito de la prestación sanitaria, no solo es reducir el gasto, con el objetivo de poder mantener el sistema, sino que además pretende una mayor eficiencia del mismo, permitiendo llevar a cabo el servicio de manera más eficiente y que este sea sostenible.

### 1.3.- SITUACIÓN JURÍDICA DE NACIONALES ESPAÑOLES

Aunque la lupa de este trabajo de orienta hacia la situación de los extranjeros, creo que es menester revisar la situación de los propios nacionales del Estado español, en cuanto a la sanidad se refiere, dado que estos se vieron afectados igualmente por la reforma normativa, sufriendo en muchos casos de igual manera que los extranjeros.

La crisis económica se manifiesta a partir de 2007 como fecha acordada, sin embargo, es a partir de 2010 que el gobierno comienza tomar medidas de carácter restrictivo en cuanto a los presupuestos del estado. Cabe destacar que se relega el gasto de dicho presupuesto a las Comunidades Autónomas, debido a la distribución de competencias así lo establece. Por tanto, nos encontramos con una situación en donde comienzan los recortes presupuestarios<sup>16</sup>, recortes que se sucedieron durante años<sup>17</sup>. Ante esta situación y como es lógico las Comunidades Autónomas trataron de primar la continuidad en el funcionamiento del sistema de sanidad pública, lo que generó que se tomaran medidas tales como la de reducir costos por parte de los encargados de prestar el servicio, traduciéndose esto último, por ejemplo, en cierres de quirófanos o, en cierre de plantas completas de hospital, además centros de urgencias, así como la eliminación de

---

<sup>16</sup> Cabe destacar que, durante el periodo más crudo de la crisis, el cual se comprende desde 2010, hasta finales de 2014, paso de ser 72.812,1(M. euros) a 65.926,7(M. euros).

<sup>17</sup> Disponible en <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>

determinados servicios como lo pudieran ser determinadas unidades de cuidados paliativos. También se recortó en recursos humanos, observándose una bajada en los salarios, despido de trabajadores o rescisión en contratos eventuales, entre otras situaciones.

Encontramos pues, en este punto, una vía ya contemplada por nuestro Ordenamiento Jurídico<sup>18</sup>, hablo del sector privado. Ya en nuestro sistema sanitario había determinados ejemplos de privatización y su funcionamiento simbiótico con el sistema público, como lo pudieran ser la remisión de pacientes a determinados centros concertados para la realización de ciertos exámenes o pruebas médicas. De igual manera, se daba una externalización de servicios, por ejemplo, en hospitales, los cuales contrataban un servicio privado que se encargara de ciertas tareas como las de lavandería o cocina<sup>19</sup>. Es decir, el sector privado, formaba parte de la realidad del sistema sanitario español previamente a 2012, funcionando entre ambos de manera simbiótica en donde el sector privado, por sus características, suplica determinadas carencias del sector público.

Posteriormente, nos encontramos con la reforma ocurrida en 2012, la cual daba lugar a una situación que el aquel momento dio mucho que hablar, el copago<sup>20</sup>. Tras la reforma de 2012 y posterior resolución de 2013, se estableció una división dentro de la cartera de servicios que ofrecía el sistema sanitario, concretando los grupos entre servicios básicos, suplementarios y accesorios, viéndose afectados los dos últimos a este sistema de copago. Rápidamente podemos observar como este hecho ha generado situaciones en donde, ante la situación económica muchos usuarios, se han visto obligados a dejar determinados tratamientos o a no poder utilizar el servicio, debido a que no podían hacer frente al copago. Estamos en este caso hablando no solo de personas con dificultades económicas, sino también grupos de riesgo como lo puedan ser los pensionistas, personas que no gozan de las posibilidades económicas o de los recursos

---

<sup>18</sup> Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 100, de 26 de abril de 1997.

<sup>19</sup> REJÓN, Raúl. El dinero que la sanidad pública paga a la privada ha crecido un 52% en 10 años. En: *El Diario*. Madrid: 12 de marzo de 2014. Disponible en [https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-pago-publico\\_0\\_237977010.html](https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-pago-publico_0_237977010.html) (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>20</sup> Disponible en <https://dej.rae.es/lema/copago> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

*“Conjunto de prestaciones patrimoniales públicas coactivas que se vienen poniendo de manifiesto en la sanidad, educación y en el ámbito judicial, de naturaleza extrafiscal y pretendidamente afectadas, cuyo hecho imponible o presupuesto de aplicación es el beneficio individualizado obtenido por la prestación de servicios en régimen de derecho público que, no obstante, ya han sido financiados, al menos en parte, por el sistema tributario”.*

necesarios para hacer frente a las demandas que se les hacen, por exigir lo que es en sí su propio derecho a la sanidad y a la salud.

Visto lo anterior, una de las principales consecuencias que puede observarse de cara a la situación en que se vivió dentro del sistema sanitario español y que, por ende, afectó al común de los ciudadanos, fue que estas medidas mencionadas, supusieron un detrimento en cuanto a la calidad asistencial con que se prestaba el servicio. De la misma manera, era común escuchar información acerca de una situación de colapso en determinadas épocas del año en donde los hospitales y urgencias de veían llenas, llegando a utilizarse incluso la palabra “hacinamiento”, para describir la situación de los pacientes, ante la situación de falta de recursos materiales y humanos para hacerse cargo de los mismos<sup>21</sup>.

Por ello observamos como toma un papel protagonista de nuevo la privatización, el modelo de la sanidad privada. Esto principalmente debido a las largas listas de esperas para realizarse determinados estudios o tratamientos, por ejemplo. Por otro lado, tenemos otra muestra ejemplificativa, la propia preocupación de los usuarios, los cuales, movidos por la necesidad recurren a esta opción pretendiendo recibir un servicio en mejores condiciones, aunque deban hacer frente a su coste. Cabe resaltar que como nacionales, entre todos hacemos frente a los costes de la sanidad pública, es decir, el servicio es algo a lo que tenemos derecho y resulta llamativa la situación en donde a pesar de tener garantizado el acceso al servicio se recurra al sector privado<sup>22</sup>, ya que en aquel momento suponía una alternativa mejor que la opción pública.

Observamos pues, la situación descrita sucintamente, para aquellos usuarios del sistema público de sanidad, que como nacionales gozan de la cobertura que ofrece el mismo, bajo la situación que se ha descrito y con las consecuencias mencionadas ante las reformas<sup>23</sup> que sucedieron.

---

<sup>21</sup> G. SEVILLANO, Elena y R. SAHUQUILLO, María. Ocho trayectos de 140 kilómetros para operarse de cataratas. En: *El País*. Madrid: 6 de febrero de 2014. Disponible en [https://elpais.com/sociedad/2014/02/06/actualidad/1391704682\\_852284.html](https://elpais.com/sociedad/2014/02/06/actualidad/1391704682_852284.html). (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>22</sup> FERNÁNDEZ, María. En España la salud es cada vez más privada. En: *El País*. Madrid: 5 de mayo de 2019. Disponible en [https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877\\_211385.html](https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877_211385.html) (fecha de la última consulta realizada: 20 de junio de 2021).

<sup>23</sup> Disponible en <http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/2012-ano-transformacion-del-sistema-nacional-salud/1629106/>. (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

## II.- SITUACION JURIDICA DE LOS INMIGRANTES

Antes de centrarnos sobre la materia jurídica en concreto, creo que cabe hacer una mención explicativa. En primer lugar debemos recurrir a una definición rápida de inmigrante<sup>24</sup> o emigrante<sup>25</sup>. Queda claro entonces que, aunque se trate de un tema semántico, ambas palabras definen una situación concreta, una acción concreta que llevan a cabo las personas al abandonar su país de procedencia, con la idea de trasladarse a otro distinto (Destaco el hecho de que la propia definición hable de “personas”, dado que en más de una ocasión se olvidan sus derechos inherentes). Además, y precisamente antes de pasar al siguiente punto hago mención a esto último, ya que podría decirse que se establece una especie de sistema de preferencia entre que inmigrante son “buenos” y cuales son “malos” en base a precisamente el punto siguiente.

### 2.1. DIFERENCIA ENTRE INMIGRANTES LEGALES Y ENTRE INMIGRANTES INDOCUMENTADOS (ILEGALES)

Por tanto, partimos de la idea de que, con independencia de la procedencia de la persona, esta siempre deberá ser tratada con el respeto debido. Sin embargo, encontramos hoy en día una diferenciación que se aprecia entre aquellas personas inmigrantes, determinando si estas son legales o ilegales. Esto nos lleva a una pregunta lógica, ¿Qué diferencia hay entre legal o ilegal?

Esta diferenciación, en relación a un inmigrante, se realiza con respecto a si en ese proceso de movimiento transnacional, la persona ha atendido o no a los requerimientos legales que hace el país de destino. Sin embargo, aquí encontramos una incongruencia, ya que aquellos inmigrantes a los que se les conoce como “sin papeles” o “ilegales”, realmente, el termino correcto para referirnos a estos es con el de “irregular” debido a que

---

Cabe destacar que se trata de un perfecto resumen de la situación propia de los nacionales españoles durante el periodo de 2010-2014, retratando aquellas cuestiones que se pusieron de manifiesto, en relación a las consecuencias que habían provocado la crisis y la reforma de 2012.

<sup>24</sup> Disponible en <https://dle.rae.es/inmigrar?m=form> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).  
“Dicho de una persona: Llegar a un país extranjero para radicarse en él”

<sup>25</sup> Disponible en <https://dle.rae.es/emigrar?m=form> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).  
“Dicho de una persona: Abandonar su propio país para establecerse en otro extranjero”



como bien explico acceden al estado receptor sin haber cumplido con las exigencias administrativas que este requiere.<sup>26</sup>

Sin embargo, según la ley orgánica 4/2000 expresa que los extranjeros gozaran en España de los derechos y las libertades reconocidos en el Título I de la Constitución Española, según lo establecido en los Tratados Internacionales. Las normas relativas a los derechos fundamentales de los extranjeros serán interpretadas conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos<sup>27</sup>. Ello quiere decir que tanto inmigrantes regulares como irregulares podrán ejercer sus derechos en igualdad de condiciones tanto entre ellos, como con los propios nacionales españoles. Posterior a esto Real Decreto 557/2011 regula la situación de estancia en España para los extranjeros.<sup>28</sup>

Aquí cabe una especial mención a los inmigrantes del ámbito europeo, los cuales están sometidos a un régimen especial debido a la pertenencia de España a la UE, que sin embargo no les excede de realizar los trámites oportunos con el fin de estar *regularizados*. Con respecto a esto, concreto que este proceso de regularización está a disposición de todos aquellos inmigrantes que deseen permanecer dentro de las fronteras españolas, brindándoseles incluso la oportunidad de convertirse en nacionales si así lo desean y cumplen con los requerimientos, o se les podrá dar la *residencia* y que convivan como extranjeros con residencia legal en España, gozando de sus derechos tal y como establece la ley.

Por ello y en vista de las propias razones que se extraen tanto de la exposición de motivos como del posterior desarrollo normativo del Real Decreto 557/2011, entiendo

---

<sup>26</sup> SOBRINO GUIJARRO, I. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. En: *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*. 2013, 3(2), pp.127-158.

*“El estatus de irregularidad de un extranjero surge, básicamente, bien como consecuencia del ingreso en el país de forma ilegal, o bien por la permanencia en el mismo con un permiso de residencia y/o trabajo caducado. A lo largo de este trabajo la noción de extranjero irregular va a incluir a todas las categorías de inmigrantes no comunitarios que queden englobados en tales supuestos de irregularidad. Entre ellos estarían, por ejemplo, no sólo los extranjeros empleados en España sin autorización administrativa para trabajar, sino también aquellos inmigrantes irregulares desempleados, los familiares de los mismos, las situaciones asociadas al incumplimiento de las condiciones de reagrupación familiar, inmigrantes irregulares que no puedan retornar por causas legales, prácticas o de salud y los solicitantes de asilo que permanezcan en el territorio del país que les haya denegado la solicitud de asilo”*

<sup>27</sup>Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, de 12 de enero del 2000.

<sup>28</sup> Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. BOE nº 103, de 30 de abril de 2011.

que la diferenciación que se realiza en cuanto a regulares o irregulares se hace a nivel administrativo.

Una explicación que podría darse a la marcada diferenciación que se hace en cuanto a la situación del inmigrante puede ser debido al impacto que tiene este sector de inmigración (el irregular) dentro de la realidad social y económica del estado, dado que genera efectos como por ejemplo la creación de más economía sumergida o problemas de integración social<sup>29</sup>.

Trasciende de tal manera esta situación, que como contramedida por parte del Estado podríamos apreciar una limitación del propio derecho a la salud, teniendo en cuenta la limitación que se producía en cuanto al acceso al sistema sanitario para los inmigrantes irregulares durante la vigencia de la reforma de 2012.

Hay incluso determinados sectores tanto políticos como sociales que en sus opiniones acerca de la reforma del 2012, la califican de xenófoba, debido a la postura en contra de los inmigrantes que se aprecia en a las limitaciones que en esta norma se llevaron a cabo. Incluso con el pasar de los años, encontramos organizaciones como Médicos Del Mundo, que mantienen una postura tal, realizando calificaciones como la que acabo de describir (xenófobas) con respecto a dicha reforma<sup>30</sup>.

Sin embargo, una cuestión que no se plantea o que, mejor dicho, no llama tanto la atención es la del *turismo sanitario*. Este término hace referencia normalmente en el caso español, a turistas de origen europeo, que valiéndose de las ventajas administrativas que les confiere su estatus europeo (frente a los inmigrantes no pertenecientes a un país miembro de la UE), aprovecha su estancia dentro del Estado español para beneficiarse del Sistema Sanitario. Es decir, mientras que por un lado se cierran las puertas a un determinado colectivo de posibles usuarios del Sistema Sanitario, se facilita el acceso de

---

<sup>29</sup> ORTEGA RUIZ, M. Inmigrantes y extranjeros regulares e irregulares en España: una comparativa entre autonomías. En: *Revista Castellano-Manchega De Ciencias Sociales*. 2012, (13), pp. 109-125.

*“La irregularidad comporta efectos negativos para los ciudadanos que sufren esta situación y para la sociedad de acogida:*

*Son generadores de economía sumergida al carecer de permisos de trabajo, lo que los convierte en víctimas de jornadas laborales abusivas y de sueldos por debajo de la legalidad.*

*El Estado deja de percibir unos ingresos significativos derivados de su actividad económica.*

*Tienen menos posibilidades de acceder a los servicios sociales.*

*Complica su proceso de integración en la sociedad española.*

*Son susceptibles de sufrir un mayor grado de discriminación que el resto de personas inmigrantes y extranjeras en situación regular.”.*

<sup>30</sup> Disponible en <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/celebramos-la-nueva-ley-que-asegura-el-acceso-la-atencion> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

otro colectivo que sigue formando parte del problema planteado (en relación a la falta de eficiencia del servicio) y que por razones burocráticas o debido a una gestión administrativa deficiente, pasa desapercibido, recayendo en los inmigrantes irregulares el foco de atención. Debo concretar, que el llamado *turismo sanitario* no es un problema como tal, dado que en los términos que se utiliza por parte de los interesados extranjeros, está recogido por nuestro ordenamiento jurídico y organización administrativa. No obstante, lo menciono con la idea de recalcar la situación de precariedad a la que se enfrentan los inmigrantes indocumentados.

Para concluir este punto, podemos apreciar que la situación en cuanto al acceso y disfrute del sistema sanitario español para inmigrantes regulares durante la época de vigencia de la reforma de 2012 era más cercana a lo descrito en la CE, dado a que mientras se cumpliera con las exigencias administrativas, normalmente asociadas a una estada o residencia *legal* dentro del estado español, dicha persona podría gozar de la sanidad pública como si de un nacional se tratara, entendido todo ello dentro del propio contexto descrito con anterioridad<sup>31</sup>.

## 2.2. SITUACIÓN JURÍDICA SEGÚN LA REFORMA DE 2012 DE LOS INMIGRANTES IRREGULARES

En este punto encontramos la otra realidad, la que se refiere los inmigrantes irregulares. Como bien he expresado, a raíz de la reforma normativa realizada en 2012 se produjo una serie de limitaciones en cuanto al acceso para inmigrantes irregulares al Sistema Sanitario. Como es lógico la premisa en que se basaba la norma era la de que la cobertura *universal* que mantenía nuestro país, cambiara a una de *numerus clausus*, la cual cubriría aquellas situaciones que merecían una especial protección por parte del Ordenamiento Jurídico. Sin embargo, antes de proceder al desglose y explicación de cada uno de estos supuestos creo lógico, preguntarnos acerca de lo que no queda recogido dentro de estos.

---

<sup>31</sup> Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº10, de 12 de enero del 2000 (en adelante LOEx).

El artículo 12 LOEx dispone que “1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

Mencionaba anteriormente que la reforma que introducía el RD 16/2012 fue duramente criticada debido a que generó una serie de consecuencias que aún a día de hoy son visibles dentro del Sistema Sanitario del Estado español, sin embargo, aquellas consecuencias que afectaron de forma directa e inmediata podrían condensarse de la siguiente manera, tal y como hace la organización Médicos Del Mundo en un estudio publicado en 2013:

**“las principales situaciones que se dan con mayor frecuencia:**

- La **imposibilidad de acceder a la atención directa del personal médico**, ya sea por encontrar barreras administrativas o falta de adecuada información/orientación para realizar la renovación de la tarjeta sanitaria o la solicitud por primera vez (provocando en ocasiones la interrupción de tratamientos en dolencias crónicas, algunas con riesgo de ser mortales si no reciben adecuado tratamiento).

- **Dificultad de acceso a los medicamentos** por falta de suficientes ingresos económicos. Muchos de estos casos se trataban de enfermedades diagnosticadas antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley, o de enfermedades consideradas de salud pública.

- La exigencia de firmar un **compromiso de pago**, cuando no la emisión directamente de una factura, por la asistencia médica recibida “.<sup>32</sup>

Consecuentemente, entendemos que aquellas personas que se veían fuera del *numerus clausus* reconocido por la norma se enfrentaban a la realidad descrita, generando multitud de historias personales que se sucedieron durante años y que en más de una ocasión llegaron a ser protagonistas de telediarios y artículos tanto periodísticos, como de investigación jurídica, relatando y estudiando las situaciones que se produjeron.

Continuando con el tema, a continuación, expongo y describo las situaciones reconocidas por la cobertura sanitaria para los inmigrantes irregulares, según el RD

---

<sup>32</sup> Disponible en <https://xdoc.mx/documents/el-impacto-de-la-reforma-sanitaria-sobre-el-derecho-a-la-salud-5e7d1050afacd> (fecha de última consulta 20 de junio de 2021).

16/2012, las cuales están basadas en situaciones que de forma lógica se entienden como de especial vulnerabilidad y que merecen la protección del Ordenamiento Jurídico.

### **A.- Menores.**

Según el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, “Se entiende por Niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. Por tanto, entendemos que esta es una de las situaciones bajo las que se ofrecía protección sanitaria según lo dispuesto por la reforma.

Lógicamente, se trata de proteger una situación de vulnerabilidad como la pueda ser la del menor. Se entiende en base a la reforma, que el menor podría gozar del acceso completo al Sistema Sanitario, al cumplir con una serie de requisitos administrativos.

Esto último requiere un desarrollo mayor, puesto que debemos entender que per se, por el hecho de ser menor y estar en una situación que se entiende como *vulnerable* según la reforma, este podrá acceder y beneficiarse al completo del SNS español. Sin embargo debemos destacar que la situación del menor es singular, puesto que este reconocimiento no se hace solo a luz de la reforma establecido por el RD 16/2012, sino que otras normas también se lo reconocen<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> MARTIN DELGADO, I. La asistencia sanitaria de los extranjeros en España. En: *Derecho y salud*. 2002, vol. 10, no. 2, pp. 197-218

*“La cuestión que suscita el régimen de la LOEx en cuanto a la asistencia sanitaria de los menores radica en la doble posibilidad de que éstos gozan a la hora de acceder al derecho: lo harán como titulares por la vía del apartado tercero del artículo 12 y como beneficiarios por la del apartado primero, cuando estén a cargo del solicitante empadronado de asistencia sanitaria. En el primer caso, gozarán del derecho a la asistencia sanitaria como si se tratase de cualquier mayor de edad, hasta que alcancen los dieciocho años (o la edad que especifique su legislación), mientras que, en el segundo, serán dependientes del titular del derecho, que es la persona a cuyo cargo se encuentran.*

*Junto a ambas posibilidades, se encuentra una tercera, más beneficiosa aún: los menores pueden acceder al reconocimiento de este derecho por la vía del primer apartado del artículo 12, cumpliendo el requisito del empadronamiento (que puede ser independiente si son menores emancipados) y el de la ausencia de recursos suficientes, de tal manera que continuarán siendo titulares de la asistencia sanitaria con independencia de que alcancen la mayoría de edad.*

*Se entiende que el artículo 12.3 LOEx está pensado para aquellos menores que se pudieran encontrar en nuestro país sin ninguna persona que se responsabilice de ellos en concepto de padre o tutor.”*

## **B.- Situación de embarazo y post-parto**

En vista del anterior punto, es lógico que, si el Ordenamiento Jurídico proporciona protección a los menores de edad, una situación como el embarazo también debía estar incluida dentro de la cobertura sanitaria del Sistema Sanitario.

En consecuencia, encontramos consolidado el derecho en favor de las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentran en España. Asimismo, este derecho no está supeditado a la necesidad de que estas mujeres estén empadronadas o, a la propia condición administrativa con respecto a la regularidad en que dichas mujeres se encuentran en nuestro país.

No obstante, debemos precisar la cobertura que tendrán. Como bien expresa la reforma, cubre aquellos servicios sanitarios necesarios para el seguimiento de su embarazo, parto y postparto. No obstante, ello no restringe que también se puedan atender aquellos problemas de salud relacionados con el embarazo y parto, abarcando de tal forma cualquier deficiencia en la salud de la madre.

Sin embargo, una cuestión que no se llegó a tratar realmente es hasta qué punto podríamos entender que se extiende esta cobertura para la madre, ya que recordemos con el anterior punto, el menor estaría acogido desde su nacimiento por el Sistema Sanitario.

Tal y como mencionaba, la cobertura es efectiva durante el embarazo, el parto y postparto. Debemos entender que postparto alude al puerperio, siendo este el periodo que se inicia inmediatamente después del parto y se extiende hasta que la mujer se recupera, retornando al estado que tenía antes de la gestación. El término también puede mencionarse como postparto, de acuerdo a lo aceptado por la Real Academia Española (RAE) en su diccionario<sup>34</sup> (referencia al mismo como *puerperio*<sup>35</sup>).

A pesar de, la norma no especifica la extensión de dicha cobertura. Por esto debemos de tratar de entender que el hecho de hablar de un tema tan delicado no debe de hacerse a la ligera, razón por la que creo que la norma no entra a definir la duración del postparto ni su alcance. Comúnmente, se entiende que el postparto es un periodo de recuperación para la mujer que ha dado a luz que suele extenderse hasta las 8 semanas.

---

<sup>34</sup> Disponible en <https://dle.rae.es/posparto> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>35</sup> Disponible en <https://dle.rae.es/puerperio#D27NFZL> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

Definición:

“Período que transcurre desde el parto hasta que la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.”

Sin embargo, el hecho en sí del parto puede llegar a tener una serie de consecuencias de diferente índole para la madre. Por esto y sin adentrarnos más en el estudio médico, materia que no es objeto de este estudio, entiendo que, con el fin de prevenir situaciones de desamparo, la redacción del Real Decreto 16/2012 no ahonde en esta cuestión, permitiendo tal vez el uso del Sistema Sanitario por mujeres fuera de ese periodo de postparto, y que no habrían podido acceder al mismo.

### **C.- Situaciones de urgencia y necesidad / Enfermedad Grave**

En este último apartado, antes que decir a que hace referencia la propia norma como condición, podría hacerse una agrupación con respecto a quien afecta, como la del *resto de los extranjeros*. Como bien expresaba con anterioridad, los supuestos que mencionaba gozaban de la protección del Sistema Sanitario. No obstante, bajo la condición de urgencia y necesidad o de grave enfermedad, aquellos extranjeros no reconocidos por el Sistema Sanitario, ni por los supuestos anteriores podrán gozar de cobertura sanitaria.

Es decir que aquellos extranjeros sin ser menores de edad, ni mujeres embarazadas o que no estén inscritos dentro del padrón municipal ni afiliados al sistema de Seguridad Social, podrán acceder Sistema Sanitario con independencia de su situación dentro del país (regular o irregular). Además, cabe explicar que la cobertura que proporciona el Sistema Sanitario no solo es de atención, sino que cubrirá al paciente hasta el alta médica del mismo.

Ciertamente esto último se contrapone con la visión general que venía manteniendo a lo largo de este trabajo, pero debemos apreciar dentro de este punto ciertas cuestiones de interés.

En primer lugar, si bien es cierto que englobo dentro de la misma situación, la urgencia y necesidad con la de enfermedad grave, estas hacen referencia a dos situaciones diferentes. Cabe entender que la acepción más acertada a una situación de urgencia / necesidad es la de una excepcional y puntual, en donde es necesaria la intervención médica inmediata ante la gravedad de la situación del paciente. Frente a ello la grave enfermedad normalmente tiende a ser identificada con patologías médicas o enfermedades por un lado graves y por otro lado de, largo padecimiento por parte del paciente o de por vida (como lo pueda ser por ejemplo la diabetes).

Aclarado esto comprendemos, por ende, que se le otorga el derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia a los inmigrantes. Este derecho que abarca tanto las prestaciones propias de los servicios de urgencia como el posterior ingreso en los centros sanitarios y la atención que se precise hasta la situación de alta médica. De nuevo debemos diferenciar entre prestar atención primaria y puntual, frente atenciones continuadas y necesarias hasta el alta médica, los cuales no son lo mismo <sup>36</sup>, y no siempre se precisara de ambas.

En segundo lugar, debemos entender que, ante las situaciones descritas, cabe un cierto grado de discrecionalidad. Como sabemos existen conceptos jurídicos indeterminados o adscritos a un necesario desarrollo normativo para poder saber que realidad describen. Este es uno de esos casos en donde la indeterminación genera problemas. Determinar la gravedad o la urgencia de una situación médica es relativamente sencillo, puesto que nadie dudaría que, si la vida humana está en juego, nos encontramos ante una situación grave y urgente. Pero, ante una situación donde no se da esta claridad la cuestión se complica. Por ende, queda un vacío normativo con respecto a esta cuestión.

No obstante, y, en tercer lugar, la cuestión con respecto al vacío legal que mencionaba se resuelve permitiendo el uso del Sistema Sanitario al paciente, con la circunstancia de que este gana la condición de “paciente privado”, debiendo hacerse cargo del gasto generado por la prestación de los servicios médicos.

Por tanto, nos encontramos con que la norma no deja desamparados a los inmigrantes como en un principio podría parecer. Sin embargo, es con este último inciso que encontramos un comodín, que precisamente plantea diversas cuestiones tal como veremos a continuación.

---

<sup>36</sup> IÑIGUEZ HERNÁNDEZ, D. Comentario al artículo 12. En: SANTAOLAYA MACHETTI, P (coord.) *Comentarios a la nueva ley de extranjería*. Valladolid: Lex Nova, 2000, pp. 96.

Señala “*la expresión asistencia sanitaria pública de urgencia se contradice con la extensión de esa asistencia sanitaria hasta la situación de alta médica. Debe entenderse, pues, que los servicios de urgencia cubrirán esas primeras prestaciones sanitarias, quedando para los servicios sanitarios normales las atenciones necesarias hasta el alta médica.*”.



### **III.- DERECHOS DE LOS INMIGRANTES IRREGULARES**

La reforma del sistema sanitario de 2012 dejaba a los inmigrantes con una situación comprometida con respecto a la salud y generaba dudas para con la propia ley, en relación a su propia constitucionalidad, la cual fue puesta en duda frente al TC.

Sin embargo, antes de continuar con esta tesis, quisiera retomar de nuevo una idea que ya ha sido mencionada desde el inicio de este trabajo, la cual no es otra que la de que los inmigrantes antes de ser inmigrantes son personas, y estas deberían ser tratadas como tal con independencia de la situación. Admito esto puede sonar ciertamente idílico, precisamente lo menciono debido a que desde mi punto de vista se produce una limitación en el libre desarrollo de los inmigrantes como personas dentro del Estado español, debido a una limitación de derechos en un ámbito vital como lo pueda ser la salud personal del individuo.

En relación con esto último, me gustaría llamar la atención sobre el hecho de que la reforma planteada por el RD 16/2012, estaba orientada tal y como su nombre indica a “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, dado que bajo mi punto de vista se realizaron medidas que no se ajustaron necesariamente a la premisa justo mencionada.

#### **3.1.- DERECHO A LA SANIDAD FRENTE AL PELIGRO DE EPIDEMIA Y LA POSIBLE SATURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO**

En primer lugar, nos encontramos que una de las tesis que impulsaba la modificación normativa se basaba en dos ideas; por un lado, la posibilidad de epidemias traídas dentro del territorio por parte de inmigrantes; por otro lado, la posibilidad de que este aumento poblacional que requiriese de asistencia sanitaria pudiera llegar a producir una situación de saturación que significase el colapso del Sistema Sanitario.

Como es lógico, el Sistema Sanitario ante una epidemia o una pandemia, puede verse afectado desde diversos puntos de vista, bien por la falta de previsión a la hora de tomar medidas sanitarias o por ejemplo otras situaciones como lo puedan ser la falta de

equipamiento necesario para tratar la enfermedad debido al gran número de casos (tal y como nos ha mostrado la situación sanitaria frente al virus Covid-19<sup>37</sup>).

Sin embargo, cabe pensar en vista a como se dio la reforma, que dicho temor venía producido por otra razón. En dicho momento y tal y como se hace referencia en la puesta en contexto al inicio del trabajo, el estado español era uno en donde la inmigración se trataba como un tema cotidiano, tal y como he explicado, por lo que el temor al colapso venía achacado a una sobrecarga del sistema únicamente, por parte de los inmigrantes.

Por tanto, entiendo que esta primera idea, que trata a cerca de la preservación del Sistema Sanitario, se basaba en el temor infundado en qué, debido a la situación de aquel momento en cuanto a la inmigración (recordemos en dicho momento se estaba dando lugar una serie de movimientos poblacionales a gran escala desde oriente medio y el norte de África hacia territorio europeo) cabía la posibilidad de saturación del sistema por dos razones: primera, la saturación del mismo, debido a que este debería hacer frente a la llegada masiva de inmigrantes, y segunda que además existe la posibilidad que dichos pacientes vinieran infectados de diversas enfermedades y que esta se pudieran propagar por el territorio español.

Efectivamente, el temor se basaba en aumento de pacientes dentro del Sistema Sanitario y a la posibilidad de que estos pudieran traer consigo enfermedades capaces de propagarse a nivel de epidemia.

No es menos cierto, que esta idea atiende a la lógica, es decir, esto que acabo de mencionar era posible. Sin embargo, recurriré al art. 43 CE y a la Sentencia TC 139/2016 de 21 julio en la cual precisamente se ponía en tela de juicio la constitucionalidad de la reforma sanitaria, en la cual, es cierto que se le da la razón al ejecutivo, admitiendo la constitucionalidad de la misma. No obstante, recalco el voto particular que emite el Magistrado don Juan Antonio Xiol Ríos, el cual difiere a cerca de la constitucionalidad de la norma y cito textualmente “resulta desproporcionado privar del derecho a la protección de la salud a los extranjeros en situación de irregularidad migratoria”.

Entiendo en base a lo anterior que lo que no atiende a la lógica, es que por que existe una posibilidad de riesgo se vulnere un derecho para un determinado grupo que

---

<sup>37</sup> FAVA, Paolo y IRIBERRI, Ainhoa. El escándalo de los respiradores en España: cómo distribuirlos si no se sabe los que ya hay. En: *El Español*. Madrid: 25 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.elspanol.com/ciencia/salud/20200325/escandalo-respiradores-espana-distribuirlos-no-sabe/477202839\\_0.html](https://www.elspanol.com/ciencia/salud/20200325/escandalo-respiradores-espana-distribuirlos-no-sabe/477202839_0.html) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

forma parte de la sociedad, dificultando el desarrollo normal de su vida, en cuanto a que nos referimos a un aspecto totalmente vital, la salud.

Por esto entiendo que lo no es lógico, es valerse de una reforma normativa que en su propio nombre pretende buscar una mayor eficiencia del Seguridad Social, utilizar la misma para realizar una limitación de derechos, que además atiende a un miedo que, si bien no es irracional, habría sido más lógico buscar otro tipo de medidas.

En consecuencia, observamos en cuanto a la situación de los inmigrantes irregulares, una perversión normativa que limita sus derechos.

### **3.2.- DERECHO A LA LIBERTAD Y SU POSIBLE VULNERACIÓN.**

Al hilo de lo anterior, debemos observar que consecuencias produce para la persona que esta se vea privada de, o se ve en situación de dificultad para acceder al Sistema Sanitario. El propio título de este apartado lo expone de manera simple, el hecho de que a una persona se le prive del acceso al Sistema Sanitario afecta de forma directa a su derecho a la libertad.

La propia constitución española ya desde su preámbulo habla de libertad y la expone como uno de los principios fundamentales del Ordenamiento Jurídico, estando reconocida, además, como un Derecho Fundamental tanto para nacionales como para extranjeros, en las diversas formas que esta puede adquirir como libertad religiosa, ideológica o deambulatoria, por ejemplo.

En vista de esto entiendo que hay una correlación directa entre la libertad del sujeto y su libre acceso al Seguridad Social. El por qué es simple, si la persona no goza de un estado de salud suficiente, no será capaz de tener un libre desarrollo propio dentro de la sociedad. Esto además gana relevancia dentro de la situación del inmigrante irregular, debido a que este lógicamente (o al menos entiendo que sería lo común), pretenderá integrarse socialmente dentro del estado al que ha decidido emigrar, y con esto hago referencia precisamente a que este trate de regularizar su situación.

Como antes mencionaba, una situación básica para la persona dentro del estado de derecho, es que esta tenga garantizada su salud. Esto puede verse desde dos variantes, por un lado, que este sano (Con ello me refiero dentro de unos márgenes lógicos y

recurriendo a la definición de “sano”<sup>38</sup>), y por otro lado, que este pueda acceder al Sistema Sanitario libremente.

Entiendo pues, que una limitación en el derecho a la salud está ligado intrínsecamente a una limitación de la libertad, debido a que, al no gozar del primero, esta ausencia ejerce una limitación sobre la segunda. Esto se da debido a que la salud es una de las necesidades básicas del ser humano y, por ende, afecta a otros aspectos como la libertad.

No obstante, debo matizar que el acceso al Sistema Sanitario no garantiza que el individuo este sano. Debemos entender, que estar sano es un estado en que se encuentra el individuo, el cual puede verse afectado por diversas situaciones y sucesos como por ejemplo enfermedades o accidentes. Es precisamente en dichas situaciones que entra en juego Sistema Sanitario, puesto que le permite al sujeto con una determinada situación sanitaria (como lo pueda ser algo tan simple como una gripe, u otros extremos como el padecimiento de cáncer, una enfermedad grave y en ocasiones mortal), recobrar su estatus de “sano”, si es posible. Por tanto, entiendo que el Sistema Sanitario funciona como una salvaguarda para con sus usuarios en cuanto a que les permite mantenerse sanos, en la medida de lo posible.

Precisamente, que el Sistema Sanitario ejerza como salvaguarda es lo que les permite a los individuos desarrollar sus diversas actividades. Sin embargo, esto último se ve comprometido cuando el acceso no se garantiza. Esta cuestión, sin tratar de manera concreta la situación de los inmigrantes irregulares, es algo que ya se venía tratando a nivel de la Comunidad Europea desde años atrás, tomando como ejemplo la Decisión del Parlamento Europeo y el Consejo 50/2002/CE, en la cual se trata de combatir la exclusión social, haciendo que los poderes públicos de los estados miembros traten de satisfacer los derechos sociales de los ciudadanos, siendo la sanidad y el acceso a la misma uno de los más relevantes.

Otro ejemplo posterior se aprecia en las exigencias que hace Quinta Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas en abril de 2014 “compromiso de asegurar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, como se establece en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales

---

<sup>38</sup> Disponible en <https://dle.rae.es/sano> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).  
Definición: Que goza de perfecta salud.

y Culturales y en la Carta Social Europea, y en concreto con la obligación de abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidas migrantes y minorías, a los servicios de salud, destacada en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; reconociendo así la contribución que todas las personas, incluidas migrantes y minorías étnicas, hacen al desarrollo social y económico de Europa”<sup>39</sup>.

Precisamente y sin querer establecer un agravio comparativo entre los inmigrantes comunitarios y aquellos en situación de irregularidad, quiero centrar la atención en como las propias autoridades europeas aceptan que la sanidad es uno de los puntos cardinales de la correcta integración social de los inmigrantes, yendo más allá, al expresar las autoridades su preocupación acerca de las restricciones que podían llegar a establecer los estados en cuanto al acceso de sus Seguridad Social para con los inmigrantes.

En vista de lo explicado anteriormente, entiendo que cuando una persona se ve privada de acceso a este servicio, su libertad se ve condicionada y afectada dado que se limita según su condición así lo determine. Debemos entender que el individuo cuando no goza de un acceso garantizado debe derivar recursos propios para obtener ayuda sanitaria en caso de necesitarla, situación que en muchas ocasiones no es posible, pues lo más probable es necesitar atención médica y no tener los recursos debido a su escaso poder adquisitivo.

Precisamente este punto nos permite observar la gran inseguridad jurídica que suponía este panorama, en donde los individuos excluidos de la cobertura, no sabían en qué situación se encontraban para con el Sistema Sanitario, ni siquiera en ocasiones, sabían si serían atendidos.

Justamente, a nivel europeo, antes mencionaba que esta era una preocupación para las autoridades, ya que establecían que, si el inmigrante no tiene que derivar recursos para poder acceder a la sanidad, sino que esta le viene concedida de por sí por parte del estado, este podrá integrarse de manera más sencilla en la sociedad.

Aunado a lo anterior además nos encontramos con un panorama complicado, debida a la distribución de competencias entre el estado y las CA, dando como resultado

---

<sup>39</sup> ARTUNDO PURROY, Carlos. Declaración de Granada. En: Quinta Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas: 12 de abril. Granada, EUPHA, 2014. Disponible en <https://e00-el-mundo.uecdn.es/el-mundosalud/documentos/2014/09/granada.pdf> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

una disparidad en cuanto al acceso al Sistema Sanitario. Se daba el caso en que mientras una comunidad autónoma tenía un régimen más abierto, en otras se mantenía el criterio estatal cerrado. Incluso en algunos casos a pesar de que la CA tratara de encontrar una vía para dar acceso a personas en esta situación, era engorrosos encontrarla puesto que iba directamente en contra del criterio establecido en la reforma.

Para resumir este punto, creo que no es baladí establecer una relación directa entre la salud y la libertad. Entiendo que cuando el individuo tiene garantizadas sus necesidades básicas concretamente en este caso, la sanidad, obtiene la libertad para ejercer sus libertades. Esto es debido a que no se enfrenta a las limitaciones inherentes a la salud, por lo que, al garantizarla puede gozar de su libertad en la variante que quiera (obviamente dentro límites y marcos legales). No malinterpreten este último apartado, con ello no me refiero, por ejemplo, a que, por no poder acceder al Sistema Sanitario, el individuo vea su libertad deambulatoria limitada como si de un arresto domiciliario se tratara.

Parece algo obvio, pero a mi parecer el derecho de la salud aparte de ser un derecho humano debería de tener la consideración de Derecho fundamental bajo la constitución española. Esto se debe a la relación directa que por ejemplo he plasmado entre la libertad y la salud, mas no solo eso, sino que el propio derecho a la salud anda ligado el derecho a la vida, siendo este también un derecho fundamental.

Entiendo por tanto que el derecho a la salud se trata de un derecho fundamental, tanto desde el punto de vista individual en cuanto a que nos afecta de forma pormenorizada a cada uno, como colectiva puesto que formamos parte del mismo colectivo social, mas no ahondare en el tratamiento de este, por parte de la teoría constitucional.

### **3.3.- COLECTIVOS DE RIESGO.**

Antes de comenzar con este apartado, es preciso recordar que la reforma normativa trajo consigo un cambio fundamental para con el Sistema Sanitario, siendo este el cambio a cerca del concepto de asegurado.

La reforma trajo consigo amplias limitaciones a los derechos de los inmigrantes irregulares en cuanto a sanidad se refiere. Como consecuencia de estas limitaciones que nacen de la reforma normativa se generó una serie de grupos que se veían afectados por la restricción, la cual afectaba más allá de la simple situación de irregularidad e

inseguridad jurídica. Podemos concretar en una enumeración cuales serían los grupos que se encontrarían dentro de esta situación: personas en situación administrativa de irregularidad, personas residentes excluidas de la asistencia sanitaria, menores a quienes se les denegaba el acceso al Sistema Sanitario, personas afectadas por la facturación de los servicios de urgencias y personas con dificultad para acceder a medicamentos<sup>40</sup>.

Precisamente, y desde mi punto de vista, la reforma trató de paliar las situaciones descritas en la enumeración anterior a través del numerus clausus de situaciones antes la que se podría solicitar acceso al Sistema Sanitario<sup>41</sup>, pero tal y como aprecio, esta pretensión fue insuficiente. A continuación, reviso cada uno de los supuestos:

**. - *Personas en situación administrativa de irregularidad:***

A lo largo de este trabajo se ha definido la situación de irregularidad en la que pueden encontrarse los inmigrantes. Sin embargo, cabe matizar en este apartado, que la situación también abarca más allá de la situación administrativa en que haya ingresado el individuo. Debemos comprender que cabe la posibilidad de que este ya habiendo obtenido la residencia, pueda haberla perdido debido a que no haya podido renovarla o que el asilo le haya sido denegado, por ejemplo.

Como es lógico, este es uno de los colectivos que más se pudo haber visto afectado por la reforma de 2012, “*(F)ueron dadas de baja 873.000 tarjetas de extranjeros no residentes que habían accedido a la asistencia sanitaria sin tener derecho a ella de acuerdo a los criterios legales de la Unión Europea*”<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> Disponible <https://redacoge.org/los-efectos-de-la-exclusion-sanitaria-en-las-personas-inmigrantes-mas-vulnerables/> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>41</sup> Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE nº 98, de 24 de abril de 2012.

“Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

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

*a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*

*b) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.*

<sup>42</sup> Disponible en [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-91.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-91.PDF) (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

Por tanto, nos encontramos con que la situación para los irregulares los colocaba como un grupo de riesgo debido a la inseguridad jurídica que la reforma les generaba en cuanto a si serian atendidos o no por el Sistema Sanitario.

**. - *Personas residentes excluidas de la asistencia sanitaria:***

En cuanto a este grupo, podemos apreciar que se produce una situación singular, concretamente dirigidos a los familiares de los ciudadanos de la unión europeas o nacionalizados españoles en situación de reagrupación familiar. La situación es singular debido a que estos sujetos adquieren la situación de residente, pero debido al cambio establecido con la reforma, estos no entran dentro del concepto de asegurado por lo que no se ven cubiertos por el Sistema Sanitario.

Por un lado, en el caso de las reagrupaciones familiares, la limitación se basa en que, para haber solicitado la reagrupación, el solicitante debería tener contratado un seguro. No obstante, se concedían las residencias sin revisar dicho requisito. Por ende y como es lógico, los residentes tienen derecho a acceder a la tarjeta sanitaria y al Sistema Sanitario, tal y como se reconoció en sentencias como las emitidas por los Tribunales Superiores de Justicia de Castilla y León y Andalucía (Sentencia 267/2014 y Sentencia 1.419/2015).

Por otro lado, nos encontramos el caso nacionalizados españoles en situación de reagrupación familiar, en relación con sus descendientes mayores de edad, pero menores de 26 años. De la misma manera estos acceden a la residencia, pero no pueden disfrutar de la cobertura del Sistema Sanitario salvo en los casos descritos por la reforma.

El problema radica pues, en que se genera un grupo de riesgo, el cual nace debido a la situación de desprotección que genera el cambio en el concepto de asegurado que hace la reforma de 2012, en relación con Real Decreto 240/2007 y Real Decreto 576/2013, provocando que personas a las que se les concedido la residencia legal en España, no puedan beneficiarse del Sistema Sanitario.



Además, debido a las trabas legales y burocráticas dentro de esta materia podemos apreciar que a pesar del paso del tiempo, estas personas siguen sin haber hallado solución para su exclusión<sup>43</sup>.

**. - Menores a quienes se les denegaba el acceso al Sistema Sanitario:**

El propio RD, en su reforma, hace un reconocimiento expreso para los menores garantizando en teoría, que estos quedarán cubiertos bajo el Sistema Sanitario, con independencia de su situación jurídica dentro del Estado español. Sin embargo, en la práctica esto se ve menoscabado por trabas burocráticas, que precisamente deniegan la prestación de la cobertura sanitaria para los menores.

El problema radica en que para poder expedir la tarjeta sanitaria para que estos menores queden resguardados por el Sistema Sanitario, debe aportarse documento que acredite su identidad, siendo necesario para estos casos la aportación de pasaporte o de documentación similar de sus respectivos países que permita acreditar su identidad. Como es lógico, no siempre las familias que emigran se ven en la posibilidad, o gozan de los medios para poder tramitar pasaporte o documento de identidad.

Por lo tanto, nos encontramos con que en principio los menores no deberían de verse afectados por la reforma normativa, pero que, a la hora de la práctica, debido a las trabas impuestas por los procedimientos administrativos se genera un grupo de riesgo, que precisamente la norma trataba de resguardar.

**. - Personas afectadas por la facturación de los servicios de urgencias:**

Otra de las condiciones que propone la reforma normativa es que, en caso de urgencia, sin importar el origen o situación del individuo, este podrá acceder al Sistema Sanitario. No obstante, nos encontramos con una situación distinta, en la cual, previo a recibir algún tipo de tratamiento u atención, las personas en situación de irregularidad

---

<sup>43</sup>Disponible <https://redacoge.org/los-efectos-de-la-exclusion-sanitaria-en-las-personas-inmigrantes-mas-vulnerables/> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

“Si bien la administración española es consciente del efecto indeseado que la aplicación del RD-L está produciendo en los familiares de ciudadanos de la Unión Europea que sí tienen reconocida la condición de residente, tres años después de su entrada en vigor sigue sin dar una solución que le permita el acceso a la asistencia sanitaria”.

deberán firmar un requerimiento de pago. Esta medida, por desgracia, se utiliza como método para frenar que se acuda a urgencias por parte de este colectivo.

Esta medida supone una vulneración grave del derecho, pues en primer lugar vulnera el derecho a la igualdad, en cuanto acceso al servicio se refiere, estableciendo un agravio comparativo entre nacionales y residentes frente a irregulares. Por otro lado además vulnera el propio acceso al Sistema Sanitario y por ende el derecho a la salud, puesto que se pretende disuadir a los inmigrantes en situación de irregularidad de solicitar ayuda sanitaria, debido al alto coste que esto les puede repercutir, llegando en ocasiones a costarles la vida<sup>44</sup>.

Consecuentemente, encontramos que aquellos supuestos en que el inmigrante irregular no tiene recursos este se ve además amedrentado por la administración para que no recurra al Sistema Sanitario, siendo la amenaza el requerimiento de pago de la deuda que el servicio pueda acarrear.

**. - *Personas con dificultad para acceder a medicamentos:***

Por ultimo encontramos que la falta de cobertura sanitaria también genera otro grupo de riesgo como lo puedan ser aquellos pacientes que, si bien no necesitan atención directa e inmediata, debido a su patología necesitan llevar un tratamiento debido para sus situaciones médicas como por ejemplo lo pueda ser la diabetes. Entiendo por tanto que la población inmigrante en estado de irregularidad, debe costearse el 100% de sus medicamentos.

Debido a esto último entiendo que precisamente en atención a todo lo dicho previamente a lo largo del trabajo, en cuanto a la situación de los inmigrantes irregulares, el hecho de que tampoco vean cubierto el pago de los medicamentos por parte del Sistema Sanitario supone además otra situación de vulnerabilidad, pues aquí no solo tratamos aquellos medicamentos utilizados para tratar una patología o dolencia puntual, también tratamos con aquellos pacientes que sufran una condición determinada como el

---

<sup>44</sup> Disponible <https://redacoge.org/los-efectos-de-la-exclusion-sanitaria-en-las-personas-inmigrantes-mas-vulnerables/> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

“Jeanneth Beltrán era una joven nicaragüense de 30 años. Vivía en España, en concreto en la ciudad de Toledo.” Se realiza un relato de cómo esta inmigrante irregular pierde la vida por no acudir a urgencias a tiempo, debido al miedo a la posible facturación que la atención médica podría llegar a crearle.

hipotiroidismo o la diabetes que requiere de un tratamiento farmacológico continuo y debido.

Por consiguiente, aquellas personas que dependen de un fármaco, se ven en un estado vulnerable debido a que tiene que hacer frente al pago del medicamento de manera íntegra (Debemos recordar que normalmente los medicamentos no cubiertos por el Sistema Sanitario suelen costar su precio de mercado el cual es elevado), situación a la que en más de una vez me he referido, deben hacer frente con unos recursos limitados y reducidos.

### **3.4.-REFLEXION SOBRE LA REFORMA NORMATIVA.**

Creo que he sido crítico para con la reforma de 2012 del Sistema Sanitario español. Sin embargo, he de reconocer que no era una norma mal encaminada, al menos en la forma en que se promocionó, dado que puso de manifiesto que el Sistema Sanitario español se encontraba en una situación deficiente y que era imperioso racionalizar los gastos que este generaba, así como ejercer un control concienzudo de dicho gasto, manteniendo la confianza y la fiabilidad del sistema, además de tratar de mejorarlo dentro de lo posible.

No obstante, desde mi punto de vista, es aquí donde la norma comienza su desviación hacia un punto en donde no se reconoce, en relación a los principios que defendía buscar al inicio. Es cierto que la necesidad de racionalizar el gasto público que se invertía en el Sistema Sanitario era algo necesario, sin embargo, esto nos lleva a preguntarnos cómo es que se termina cambiando la condición de asegurado y beneficiario del Sistema Sanitario.

Como ya he mencionado en este trabajo una de las sentencias en que se revisaba la constitucionalidad de dicha reforma<sup>45</sup> contaba con un voto particular contrario a la constitucionalidad de la misma. En este, el magistrado don Juan Antonio Xiol Ríos se posicionaba de manera contraria a la decisión del tribunal desde dos puntos de vista; el primero, explica el magistrado “por vulneración del art. 86.1 CE, ya que la urgencia y extraordinaria necesidad invocadas para su promulgación no justifica la exclusión de la asistencia sanitaria de determinados colectivos”. Consecuentemente se realiza una

---

<sup>45</sup> STC de 21 de julio de 2016 (rec. núm. 4123-2012).

explicación en la cual, el magistrado expresa sus opiniones jurídicas con respecto a la reforma, entendiéndose que las necesidades aducidas en el RD, no se corresponden con las medidas tomadas por el gobierno en cuanto a modificaciones, y mucho menos cuando dichas modificaciones suponen además la restricción de derechos de un determinado grupo social como lo puedan ser los inmigrantes irregulares.

En vista a esto y lo expuesto anteriormente, nos lleva a preguntarnos exactamente a la luz de cómo se realizó la reforma, que era exactamente el derecho reconocido en el art. 43 CE. No pretendo que me malentiendan, obviamente no solo es un derecho reconocido por la CE, sino que es además un derecho humano, por lo que cualquier ser humano debería de poder ejercerlo. Nuevamente es por ello que lo planteo, pues en base a la reforma quedó dicha posibilidad limitada para un grupo de personas que ya he mencionado (grupos de riesgo y personas no acogidas por el Sistema Sanitario).

No obstante, y más allá de plantear la constitucionalidad de la reforma nuevamente, es menester recordar que, a la hora de realizar las reformas normativas, el poder (entiéndase el órgano que plantee la reforma, siendo en este caso el poder ejecutivo a través de un Real Decreto Ley), puede realizar las modificaciones que crea necesarias siempre que atiendan a las razones lógicas que impulsan la modificación normativa.

Precisamente es por este último punto, que expreso de forma tan directa mi posición opuesta para con la reforma. Recordemos que, en un principio los argumentos más acuciantes y que dan una mayor importancia a la necesidad de la modificación normativa, son criterios de carácter económico. Por ende, no entiendo como las medidas resultantes y que quedan reflejadas en el papel, pretenden una limitación de derechos como medida fundamental, antes que centrar el foco en las medidas de ahorro y racionalización y eficiencia en el gasto público.

Además de ello, no es solo la propia reforma, sino que además podemos apreciar el impacto que tuvo está en la sociedad, generando en primer lugar una situación que para muchas personas se extendió por un periodo de años, siendo no otra que la de desinformación acerca de si serían atendidos o no por el Sistema Sanitario y en qué condiciones (recordemos los casos de requerimiento de pago previa prestación del servicio como método de amedrentación). Lo anterior aunado a las propias trabas administrativas, generaron por los años de vigencia de la reforma normativa una situación terrible para las personas que se vieron afectadas.

Por esto, y en vista de todo lo que he nombrado, entiendo que más que ser crítico o perseguir una quimera, debo expresar que no hago más que observar los hechos, los cuales, por desgracia, me muestran cómo se realizó una reforma normativa limitativa de derechos para con un grupo minoritario. Dicha reforma además y a pesar de haberse sometido al control constitucional y con voces que se oponían, logró mantener su vigencia. Por esto mi reflexión en cuanto a la reforma acaba con un punto que tocara más adelante, el cual no es otro que mi preocupación en cuanto al control que se ejerce sobre las normas y la necesidad sobre la exhaustividad del mismo, cobrando una mayor relevancia aquellas situaciones como esta, en donde se tocan derechos humanos como la sanidad. Por último, no me gustaría cerrar este punto sin puntualizar además que la propia reforma generó una situación que enaltece a aquellos que la vivieron, refiriéndome aquí a aquellos agentes administrativos y sanitarios que durante la vigencia de la reforma siempre actuaron en post del paciente, buscando la manera de incluir al mismo dentro de la cobertura legal y sanitaria, en los márgenes que la norma lo permitiera.

#### **IV- REFORMA SANITARIA DE 2018.**

Una nueva reforma se produce en el año 2018 y creo que es necesario contextualizar mínimamente la situación en la que nos encontramos en 2018, en donde nos topamos con un escenario político, social y económico distinto al que observábamos en 2012. Debemos recordar que el año 2018 estuvo marcado por una serie de sucesos históricos dentro del estado español, por un lado, se arrastraba la crisis catalana y la ejecución del art. 155 CE, que durante muchos meses dio que hablar. Por otro lado, datos más alentadores en cuanto a economía se refiere, ya que el estado español lograba crecer y mantenerse a pesar de la ralentización económica global<sup>46</sup>.

Otro dato relevante es el cambio de gobierno que se producía a través del uso de la moción de censura, dando como resultado la llegada al poder de Pedro Sánchez y de la coalición entre PSOE y Unidas Podemos. Por lo tanto, queda de manifiesto que las

---

<sup>46</sup> MAQUEDA, Antonio. La economía española creció un 2,5% en 2018 y aguanta en medio de la ralentización global. En: *El País*. Madrid: 31 de enero de 2019. Disponible en [https://elpais.com/economia/2019/01/31/actualidad/1548920777\\_986560.html#:~:text=La%20econom%C3%ADa%20espa%C3%B1ola%20aguanta%20sorprendentemente,este%20jueves%20por%20el%20INE](https://elpais.com/economia/2019/01/31/actualidad/1548920777_986560.html#:~:text=La%20econom%C3%ADa%20espa%C3%B1ola%20aguanta%20sorprendentemente,este%20jueves%20por%20el%20INE) (fecha de la última revisión: 20 de junio de 2021).

diferentes situaciones que observamos al inicio del trabajo (social, política y económica), habían variado con el paso de los años.

En 2012 el estado español trataba de sortear los efectos de la crisis, tomando medidas como lo fueron la reforma sanitaria. Con el paso de los años, los cambios que se originaron y la llegada de un nuevo partido al poder, como es lógico, se plantearon nuevamente cambios en materia sanitaria. Podemos observar que mientras el Partido Popular (PP) planteaba una reforma restrictiva y marcada por la idea de reducir el gasto, la reforma de 2018 planteada por el Partido Socialista (PSOE) buscaba retroceder hacia posturas previas del Ordenamiento Jurídico, más inclusivas en cuanto al acceso a la sanidad se refiere.

Sin ir demasiado lejos, ni entrar en elucubraciones o explicaciones innecesarias, simplemente debemos observar el propio preámbulo de la reforma en el “Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud”, el cual inicia con una frase simple, pero expresa de forma clara la posición sobre la que nace esta reforma: “El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona”.

Como bien decía, entiendo que la reforma nace como si de una reparación se tratase, pretendiendo devolver los derechos que el RD 16/2012 cercenó en su momento. Tal y como he expresado a lo largo de este trabajo, la reforma de 2012 atacó de forma directa a los derechos de los inmigrantes en estado de irregularidad administrativa. Precisamente, continua el preámbulo de la norma haciendo referencia a la flagrante limitación de derechos que se realizó en un área tan importante como lo es la de la salud<sup>47</sup>. De la misma manera, se hace referencia a la contradicción o contraposición que se produjo dentro el Ordenamiento Jurídico español entre el RD 16/2012 y los antecedentes normativos que le precedieron como por ejemplo Ley 14/1986, de 25 de

---

<sup>47</sup> Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE n° 183, de 30 de julio de 2018, páginas 76258 a 76264 (en adelante RDL 7/2018).

*“La entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, supuso, de facto, una vulneración de este derecho...La prestación sanitaria quedó así limitada a la asistencia en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica y a la asistencia durante el embarazo, parto y posparto...el derecho a la protección de la salud se reconoce de manera expresa como un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no cabe introducción de elemento discriminatorio alguno, ni en general ni en particular, en relación con la exigencia de regularidad en la situación administrativa de las personas extranjeras”.* Preámbulo -RDL 7/2018.

abril, General de Sanidad la cual establece criterios como el de la universalidad del sistema, o la propia Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que también plantea un criterio de acceso universal de la sanidad antes de la reforma del año 2012, reforma que en palabras del ejecutivo supuso una *involución*<sup>48</sup>.

A continuación, en la parte final del preámbulo, debo reconocerle un punto a favor al RD 16/2012, el cual tiene que ver con la racionalización del gasto público referente sanidad. Desde mi punto de vista, y es algo que ya he expresado, la reforma de 2012 puso de manifiesto uno de los puntos flacos del Sistema Sanitario español, el cual no es otro que su deficiente gestión. Precisamente, destaco este aspecto pues la siguiente reforma, la de 2018, toma el testigo en cuanto a la idea de llevar a cabo una mejor gestión del Sistema Sanitario, pero sin por ello limitar los derechos de los ciudadanos y más específicamente la de los grupos de riesgo como lo son los inmigrantes en estado de irregularidad.

Precisamente rompo una lanza a favor del RD 16/2012, ya que desde mi punto de vista sirve para tener un ejemplo de que medidas no son adecuadas en relación con la sanidad y además inicio la búsqueda de medidas que generaran un Sistema Sanitario no solo más sostenible, sino que también más eficiente. En cuanto a esto último, el RD 7/2018, expresa su posición de garantizar no solo el cumplimiento de tratados internacionales y de proteger los derechos de nacionales y extraeros, sino de buscar garantizar un servicio sanitario de calidad y sin limitaciones de derechos, sin que ello repercuta en cuanto a su sostenibilidad financiera.

Dejando a un lado el preámbulo de la norma, creo que lo más lógico es observar los principales cambios que se producen. A simple vista, una de las principales variantes que se da, tiene que ver con respecto a al criterio de acceso al Sistema Sanitario. Iniciaba este apartado hablando de como el preámbulo de la norma promulgaba un criterio universal en cuanto a su acceso. Esto no solo supone una garantía en cuanto al acceso al Sistema Sanitario a todos los españoles, sino que acerca al Sistema Sanitario a una

---

<sup>48</sup> “Supuso, de este modo, una involución del esquema legal de cobertura hasta entonces armónico con los principios que, de conformidad con los tratados internacionales, la Constitución Española y la Ley 14/1986, de 25 de abril, deben imperar en las políticas sanitarias, en la actuación de los poderes públicos y la configuración de las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud.”. Preámbulo RDL 7/2018

situación de universalización de la sanidad, dado que elimina ciertas restricciones para con los grupos vulnerables<sup>49</sup>.

Por otro lado, destaco la modificación que se realiza sobre el art.3 bis “Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos”, debido a que el referido control que se describe en dicho artículo trata de manera directa con una de las materias que se recogen de la anterior reforma normativa, el turismo sanitario. De esta manera, encontramos que la reforma de 2018 no solo trata de acercar el Sistema Sanitario a la idea de universalidad, sino que ataca también situaciones relevantes para la anterior reforma, como lo pueda ser el control del uso fraudulento de los servicios de salud al establecer distintos niveles de control por parte de las autoridades.

De la misma manera se establece una base común en cuanto a la cartera básica de servicios sanitarios, preponderando los criterios de igualdad, calidad, eficacia y eficiencia

---

<sup>49</sup> Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

*Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.*

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

3. Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico. - RDL 7/2018

Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1. - RDL 7/2018



en cuanto a su prestación<sup>50</sup>. La cartera básica común de asistencia sanitaria incluirá los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se dispensan en centros sanitarios o socio sanitarios, así como el transporte sanitario urgente<sup>51</sup> ..

Por otro lado, con respecto a las prestaciones farmacéuticas o la cartera de servicios suplementaria, la reforma busca hacer que las aportaciones que deban ser llevadas a cabo por el usuario se realicen de forma más equitativa y justa<sup>52</sup>. De esta manera, por ejemplo, la financiación pública de los medicamentos queda sometida a un sistema de precios de referencia y a un mecanismo de precios seleccionados, como herramienta para reducir el gasto farmacéutico. Igualmente, en relación a esto mismo se suman mecanismos de trabajo conjunto entre la sanidad y los servicios sociales con el fin de facilitar la prestación de sus servicios.

Por todo lo anterior, y con la idea de resumir, nos encontramos con una reforma normativa reactiva, es decir, que nace precisamente como contramedida a la reforma de 2012, más no con la idea de contrarrestar lo que esta promulgo en su momento, al contrario, toma inspiración en la misma y da salida de manera efectiva aquellas ideas y principios que proponía dicha norma, con la particularidad de evitar el cercenamiento de derechos que se realizaba. Por ende, no solo obtenemos una norma inspirada en ideas de eficiencia y eficacia del Sistema Sanitario, sino que se nutre de las críticas realizadas a norma que la precede y repara las restricciones que esta realizo. De tal manera, que nace una norma que propone un acceso orientado a la universalidad del Sistema Sanitario, con objetivos de racionalización, eficiencia y calidad del servicio, tratando de evitar que se deje fuera o “de lado” a las personas.

Dicho de otra forma, con la reforma normativa de 2018 se planteó una síntesis entre la contraposición que se daba con la tesis que planteaba históricamente el Sistema

---

<sup>50</sup> La red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, será la encargada de evaluar las prestaciones y servicios sanitarios con criterios independientes y objetivos para garantizar la calidad asistencial.

<sup>51</sup> Cartera De Servicios disponible en <https://www.msbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm> (Fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021)

<sup>52</sup> Artículo segundo. Modificación del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio. Se añade un nuevo párrafo e) al apartado 5 del artículo 102 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, con la siguiente redacción: “e) Un 40 % del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.”

Sanitario español en cuanto a un régimen abierto de acceso, frente a la antítesis planteada con la reforma de 2012 de régimen cerrado, en la cual se apreciaban los puntos débiles de la gestión histórica. Sin embargo, el tiempo será el encargado de determinar verdaderamente la eficacia de esta nueva reforma.

## V.- COVID-19.

Antes de llegar a las conclusiones de este trabajo, creo pertinente dedicar un inciso a un tema completamente de actualidad y más debido a su intrínseca relación para con la sanidad. A finales del año 2019 y comienzos del año 2020 ha sucedido un hecho histórico a nivel mundial que ha paralizado el mundo entero, el surgimiento del virus conocido como *Covid-19*, el cual llega a la categoría de pandemia según la OMS con fecha de 11 de marzo<sup>53</sup>, suponiendo un hecho completamente inaudito en la historia de la humanidad.

Durante el último siglo habían sido varias las epidemias que se habían desatado en diferentes puntos geográficos del planeta. Sirviéndonos como ejemplo, la Influenza A (H1N1) – 2009, también conocida como *Gripe Porcina*, la *Gripe Asiática* en 1957 y 1968 o la *Influenza* de 1918<sup>54</sup>.

Sin embargo, en este último caso, el *covid-19*, ha supuesto algo para lo que nadie estaba preparado y mucho menos había previsto, ya que como digo ha sido tal su impacto que ha llegado a ser determinada como pandemia, afectando a todos los estados del mundo.

Precisamente debido a esto último, creo necesario echar un vistazo a como se ha gestionado esta situación de emergencia sanitaria por parte de nuestro estado. Sin embargo, creo que la forma más sencilla de revisarlo es a través de una breve cronología.

En primer lugar, entre los meses de enero y febrero del año 2020, observamos a lo largo del mundo (y de forma más concreta en Wuhan, provincia de china en donde se

---

<sup>53</sup> Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

“11 de marzo de 2020

Profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y por su gravedad, y por los niveles también alarmantes de inacción, la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia”.

<sup>54</sup> MANRIQUEZ CONEJEROS, Monserrat. 4 pandemias mundiales antes del coronavirus. En: *Duna*. Madrid: 13 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.duna.cl/noticias/2020/03/13/4-pandemias-mundiales-antes-del-coronavirus/> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

origina el brote del virus) como se suceden los diferentes brotes de casos positivos de *Covid-19*, sucediendo de la misma manera a nivel español.

Tras un incremento alarmante de casos a lo largo del mundo y de la preocupación ante la viralidad del mismo, como bien apuntaba anteriormente, el día 11 de marzo de 2020 la OMS declara al virus como pandemia y acto seguido el gobierno decreta el estado de alarma dentro del Estado español, a través de Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, “por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19”<sup>55</sup>. Tras esto comenzó el periodo de confinamiento dentro del cual se sucedieron las ampliaciones del estado de alarma<sup>56</sup>, con la finalidad de paliar la situación de colapso sanitario que se podía observar a lo largo del territorio español siendo la comunidad de Madrid uno de los focos más afectados<sup>57</sup>.

Posteriormente y con la estabilización de las curvas que mostraban los gráficos entre contagios/muertes debido al virus, se procedió a la toma de medidas orientadas a la llamada *nueva normalidad* por medio de los cuales se mantenían determinadas restricciones de derechos, siendo por ejemplo el toque de queda una de las medidas de las que socialmente más se habló, así como el uso obligatorio de mascarillas y la distancia de seguridad<sup>58</sup>. En la actualidad, a mediados del año 2021, se mantiene esta situación de flexibilización a cerca de las medidas limitativas de derechos, manteniéndose aquellas

---

<sup>55</sup> Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 67, de 14 de marzo de 2020, páginas 25390 a 25400 (11 págs.)

<sup>56</sup> Real Decreto 465/2020, de 17 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 73, de 18 de marzo de 2020. páginas 25944 a 25945 (2 págs.)

Real Decreto 487/2020, de 10 de abril, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº 101, de 11 de abril de 2020, páginas 28858 a 28861 (4 págs.)

Resolución de 6 de mayo de 2020, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de autorización de la prórroga del estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo. BOE nº.129, de 9 de mayo de 2020.

Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE nº. 129 de 9 de mayo de 2020, páginas 31952 a 31960.

<sup>57</sup> JOSE MATEO, Juan. 5 de abril, el día en el que el virus desbordó los hospitales de Madrid. En: *El País*. Madrid: 25 de agosto de 2020. Disponible en <https://elpais.com/espana/madrid/2020-08-24/5-de-abril-el-dia-en-el-que-el-virus-desbordo-a-los-hospitales-de-madrid.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>58</sup> ORDEN SND/507/2020, de 6 de junio, por la que se modifican diversas órdenes con el fin de flexibilizar determinadas restricciones de ámbito nacional y establecer las unidades territoriales que progresan a las fases 2 y 3 del Plan para la transición hacia una nueva normalidad. BOE nº 160, de 6 junio de 2020.

antes mencionadas orientadas a evitar el contagio. De esta brevísima cronología debemos observar la situación excepcionalísima en la que ha puesto el virus al Estado español, destacándose la limitación de derechos que se ha tenido que ejercer con el fin de contener al virus, tal y como veremos a continuación.

## 5.1.- RELACION CON EL MIEDO A UNA EPIDEMIA/PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD DURANTE EL COVID.

Anteriormente, en este trabajo se ha tratado la motivación que impulsó la reforma sanitaria de 2012, siendo uno de los argumentos el miedo ante una posible epidemia o incluso una pandemia, debido a los movimientos poblacionales y el *peligro* que esto podría suponer. Como bien explicaba, una de las ideas en que se basaba la reforma normativa de 2012 era que, debido a las condiciones sanitarias de determinados grupos de inmigrantes, esto podría suponer un trasvase de determinadas patologías y enfermedades hacia dentro de las fronteras estatales, siendo estos inmigrantes los portadores de las mismas.

A vista de los acontecimientos, podemos observar como por un lado este temor ciertamente se ha confirmado, aunque no solo para el Estado español, sino para todo el mundo, recordemos la categoría de pandemia global que ha alcanzado el virus, afectando a todo el mundo. Sin embargo, y tal y como hemos podido apreciar, en este caso, la entrada del virus dentro de nuestro estado no ha venido de manos de inmigrantes irregulares, sino del propio movimiento de pasajeros cotidiano<sup>59</sup>.

Por otro lado, es cierto que nuestro *sistema sanitario* se vio colapsado en diversos puntos geográficos de nuestro país, lo cual genera dos conclusiones a mi parecer; En primer lugar, la idea que planteó la reforma legislativa de 2012, la falta de eficiencia de nuestro *sistema sanitario*; y en segundo, precisamente en relación con la falta de eficiencia, considero desde mi punto de vista, que la problemática relacionada con la entrada de virus en España corresponde precisamente al sistema de salud y a la administración pública. Desde el punto de vista de diversos expertos los diferentes brotes

---

<sup>59</sup>EFE. Un año desde que el coronavirus llegó a España: cronología del primer positivo. En: *20 minutos*. Madrid: 31 de enero de 2021. Disponible en <https://www.20minutos.es/noticia/4563883/0/un-ano-primer-caso-coronavirus-espana-cronologia-31-enero/> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

que se sucedieron a lo largo del mundo no comienzan por fechas de febrero de 2020<sup>60</sup> sino que debemos retrotraernos a finales de 2019, en donde el virus ya comenzaba a diseminarse por Asia y el resto del mundo. De hecho, concretan los expertos que los sistemas sanitarios no estaban preparados para el virus y que precisamente a fechas de febrero de 2020 se perdió un tiempo vital en cuanto a la actuación en contra de la pandemia, que podría haber llegado a evitar situaciones tan dramáticas como las que se dieron. Sin embargo, debo concretar que la falta de preparación de los *sistemas sanitarios* es algo que se apreció como norma general sin ser España una excepción.

Debo concretar que esto último que menciono, es un hecho, expresado sin buscar tintar de algún color político ni ideológico lo sucedido ni aquellas medidas que se tomaron, sino para reflexionar brevemente sobre la necesidad de que aquellos expertos y quienes están a cargo a nivel estatal sobre una materia tan delicada como la sanidad, tienen el deber de velar por la misma, y como he mencionado anteriormente, velar porque nuestro *sistema sanitario* mejore.

Continuando, y retomando una idea previamente tratada en este escrito, el derecho a la salud y su tratamiento, es algo innegable para cualquier ser humano. Sin embargo, durante la situación de pandemia, concretamente en las zonas geográficas más afectadas, sucedió una situación desgarradora en la que los profesionales sanitarios debían determinar si prestar o no atención completa a un paciente, basándose en las probabilidades que este tuviera de supervivencia debido a la falta de plazas para cuidados intensivos<sup>61</sup>, siendo esta una problemática generalizada a lo largo del mundo en lugares en los que el virus ha tenido una incidencia devastadora<sup>62</sup>.

Consecuentemente, centrándonos en nuestro estado, esto último lo menciono debido a que en este caso la problemática en cuanto al *Derecho a la salud* durante la

---

<sup>60</sup> LINDE, Pablo. Informe de los expertos para la OMS: “La catástrofe de la covid se podría haber evitado”. En: *El País*. Madrid: 12 de mayo de 2021. Disponible en <https://elpais.com/sociedad/2021-05-12/un-panel-de-expertos-internacionales-pide-actuar-ya-ante-la-siguiente-pandemia-la-catastrofe-de-la-covid-se-podria-haber-evitado.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>61</sup> GOIRI, Francisco. Los médicos elegirán a quién ingresar en la UCI según su esperanza de vida. En: *El Mundo*. Madrid: 20 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/20/5e73dc15fdddff8e518b4640.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>62</sup> A.I. El dilema de los médicos italianos: elegir qué paciente vive y quién muere por coronavirus. En: *El Español*. Madrid: 13 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.elespanol.com/mundo/20200313/dilema-medicos-italianos-elegir-paciente-muere-coronavirus/474452837\\_0.html](https://www.elespanol.com/mundo/20200313/dilema-medicos-italianos-elegir-paciente-muere-coronavirus/474452837_0.html) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

pandemia, no viene marcada por una limitación legal sobre su prestación o no, sino por una limitación de recursos.

Por ello, creo que tras este breve vistazo hacia lo que ha supuesto para nuestro país esta situación, observo bajo mi punto de vista la siguiente conclusión: observamos como nuestro *sistema sanitario* necesita una mayor eficiencia (no entraré en determinar de qué manera se debería de invertir el presupuesto estatal en sanidad ni qué medidas deberían tomarse, dado que me faltan amplios conocimientos en la materia y este no es el tema central en que se enfoca este escrito), que le permita hacer frente a situaciones como la descrita.

Repito, no con esto pretendo hacer leña del árbol caído, dado que se han sucedido situaciones dramáticas en todo nuestro territorio, afectando a infinidad de familias, ni pretendo observar o comentar, con la ventaja de mirar hacia el pasado, que medidas deberían o debieron haberse tomado, simplemente expreso mi opinión desde el punto de vista jurídico y de lo que permiten las normas, exponiendo la necesidad de mejora de nuestro sistema, mejora que pudiera propiciar una mejor situación de gestión en caso de que se diera de nuevo una situación sanita de tal magnitud, en consonancia con lo que he mencionado anteriormente, la necesidad de mejora de nuestro *sistema sanitario*, dentro del desarrollo normal del día a día dentro de diversos ámbitos gestión, prevención o desarrollo en I+D, por ejemplo.

## **5.2.- SITUACION DE LOS INMIGRANTES FRENTE AL COVID-19 Y PROBLEMAS PLANTEADAS ANTE LA REFORMA DE 2018.**

Continuando con la tónica que ha marcado este trabajo, que se basa en tratar la sanidad y su relación con los inmigrantes dentro de nuestro Sistema Sanitario, recordemos que hemos observado su situación jurídica dentro de la reforma de 2012 y luego la misma situación, tras la reforma posterior de 2018. Dicho esto, lógicamente debemos revisar este escenario durante el contexto antes resumido adscrito a la pandemia.

Como antes describía la tónica que ha marcado esta situación se define con la palabra *colapso* de nuestro Sistema Sanitario estatal, viéndose afectado el común de la población de nuestro país, nacionales y extranjeros. Sin embargo, creo pertinente volver a hacer referencia a un concepto antes mencionado, la diferencia administrativa en la que

estos extranjeros se encuentren dentro del territorio español, en cuanto a su regularización o no.

Tras la reforma realizada en 2018, se apuntaban a criterios inclusivos en cuanto al acceso del servicio sanitario se refiere. Sin embargo, retomando la idea sobre el estado administrativo del inmigrante, si es irregular o no, observamos como su situación no ha variado tal vez de la manera esperada. Durante el año 2020 y lo que ha transcurrido del año 2021 se han producido diversas situaciones en donde los principales afectados son los inmigrantes irregulares.

Como mencione en el punto anterior la reforma establecida por el RD 7/2018 promulga en su exposición de motivos “garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español”<sup>63</sup>. es decir, partimos de un criterio amplio de reconocimiento de derechos. Sin embargo la redacción de algunos de sus punto genera una panorama incierto en determinados casos<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> RD7/2018

<sup>64</sup> Disponible en <http://idpbarcelona.net/la-necesidad-reforzar-la-universalidad-del-derecho-la-asistencia-sanitaria-espana-tiempos-covid-19/> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

“En lo que respecta a la redacción del Decreto-ley, si bien en el Preámbulo se afirma que el derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos no admite ninguna discriminación basada en el estatus migratorio (párrafo 3), existe una discriminación simbólica en el texto al no incluir a los inmigrantes irregulares en el artículo relativo a los «titulares del derecho a la salud y a la atención sanitaria» (Artículo 3), sino en un artículo separado titulado «protección de la salud y atención sanitaria a [los inmigrantes en situación irregular]» (Artículo 3 ter). Por tanto, sería sensato incluir las disposiciones del artículo 3 ter en el artículo 3 para dejar claro que los inmigrantes en situación irregular son titulares del derecho a la salud y a la atención sanitaria, al igual que los nacionales y los inmigrantes que residen legalmente en España.

En la fase de implementación del Decreto-ley, la REDER ha detectado tres problemas principales. En primer lugar, para recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, los inmigrantes irregulares tienen que demostrar, entre otros, que no tienen la posibilidad de exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia (artículo 3 ter(2)(b)). Sin embargo, muchos inmigrantes en situación irregular proceden de países en los que los sistemas administrativos y de salud pública son precarios, y no tienen la posibilidad de reunir los documentos necesarios para demostrar esto, o tendrían que volver a su país de origen para obtenerlos. Este requisito es especialmente problemático si se tiene en cuenta que, antes de 2018, algunas Comunidades Autónomas como Madrid ya preveían el acceso gratuito a la atención sanitaria de los inmigrantes en situación irregular sin imponerles tales condiciones, por lo que el Decreto le ha dificultado el acceso a la atención sanitaria, en contra de su objetivo. Una posible solución a este problema sería añadir un nuevo párrafo al Artículo 3 ter (2) que dispusiera lo siguiente: “La prueba del cumplimiento de dichos requisitos no deberá suponer un obstáculo insalvable para el ejercicio del derecho a la atención sanitaria, desplazándose la carga de la prueba a las Administraciones Públicas cuando la persona extranjera haya demostrado, por cualquier medio, que reside en territorio español”. Esta enmienda encajaría mejor con las recomendaciones de expertos médicos según los cuales se deberían reducir las barreras administrativas necesarias para poder acceder a la asistencia sanitaria en España.

El segundo y tercer problema se refieren al artículo 3 ter (3). Por un lado, este artículo dispone que las Comunidades Autónomas fijarán el procedimiento de expedición de la tarjeta sanitaria que permita a los extranjeros indocumentados acreditar su derecho al acceso gratuito a la asistencia sanitaria. Esto ha dado

Determinadas organizaciones como lo puedan ser Amnistía Internacional y Médicos Sin Fronteras han realizado un informe a través de la red REDER<sup>65</sup>, en donde dejan entrever la problemática que menciono, dibujando un panorama de incertidumbre, marcado por los rastros la reforma de 2012 que perduran a día de hoy y la problemática general en cuanto a la situación sanitaria de los inmigrantes<sup>66</sup>. Por tanto, nos encontramos nuevamente con una situación de búsqueda por parte de las personas en este contexto, las cuales buscan la *cobertura sanitaria*, a la que se les *garantiza* el acceso por parte de la reforma, encontrándose en ocasiones con trabas administrativas adheridas a la necesidad de residencia o la adquisición de la *tarjeta sanitaria*.

Por último, antes de concluir este apartado encuentro otra problemática que surge debido a la evolución con respecto a la situación de pandemia, la vacunación. A mediados de este año 2021, el Estado español se encuentra inmerso dentro de este proceso sanitario, donde la idea que se persigue es que el total de la población reciba la vacuna. Sin embargo, la problemática se presenta nuevamente debido a la situación planteada para los inmigrantes. Es una situación diversa, ya que partimos sobre la base de que el propio gobierno ha establecido la necesidad de llevar a cabo la vacunación de la totalidad de la población<sup>67</sup>, siguiendo un orden de prioridad en cuanto a la administración de dichas

---

lugar a una situación territorial muy fragmentada, con 17 sistemas sanitarios autonómicos que establecen requisitos administrativos diferentes. Si bien centralizar la competencia de expedición de dichas tarjetas no parece viable desde el punto de vista constitucional, este artículo podría añadir que «la aplicación equitativa del Real Decreto-ley se logrará mediante la coordinación de las prácticas a través del Consejo Interregional del Servicio Nacional de Salud».

Por otro lado, el párrafo 3 del artículo 3 ter excluye como norma general a los extranjeros en situación de estancia temporal (es decir, aquellos que están autorizados a permanecer en el país durante 90 días, así como los estudiantes) del acceso gratuito a la asistencia sanitaria. Así, este grupo de extranjeros tendría que permanecer ilegalmente en el país tras la expiración de su autorización para poder acceder a los servicios de salud con cargo a fondos públicos. Esto ha generado confusión, ya que algunas Comunidades están exigiendo a los inmigrantes que entraron en el país de forma irregular que demuestren que han residido en España durante más de 90 días, a pesar de que esta condición no se les aplica a ellos. Por tanto, la disposición relativa a los extranjeros con permiso de estancia – que tiene por objeto evitar el «turismo sanitario»- debería incluirse en un artículo separado, a fin de aclarar la distinción entre estos dos grupos de extranjeros.

<sup>65</sup> Disponible en <https://reder162012.org/images/InformeOct2018/REDER-oct18-ESP.pdf> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

<sup>66</sup> El propio informe, de manera reducida y a través de los diversos títulos condensa los principales focos de la problemática: “PERVIVENCIA DE UNAS NORMATIVAS AUTONÓMICAS INSUFICIENTES”, “EL EMPADRONAMIENTO COMO BARRERA”, “LA NECESIDAD DE PROTECCIÓN EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD”, “LA IMPORTANCIA DE FLEXIBILIZAR LOS REQUISITOS ADMINISTRATIVOS”, “PERSISTE LA EXCLUSIÓN DE LAS PERSONAS ASCENDIENTES REAGRUPADAS”.

<sup>67</sup> Disponible en <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/que-deben-hacer-para-vacunarse-los-extranjeros-residentes-en-espana-y-los> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021)



vacunas<sup>68</sup>, sin especificar la cobertura sobre este grupo vulnerable que conforman los inmigrantes irregulares. Esto aunado con el régimen difuso al que hacía mención anteriormente nos dejan relatos y titulares como “La carrera de obstáculos de los inmigrantes irregulares por la vacuna en España: "La sanidad en España no es universal"<sup>69</sup>.

Principalmente y para concluir este apartado, observo que es necesario continuar con del desarrollo normativo debido, modificando adecuadamente la norma en los puntos mencionados anteriormente, con el fin de evitar la problemática nombrada, logrando así el acceso universal sanitario promulgado con la norma de 2018, y por ende, proteger debidamente el Derecho a la Salud, que se ve vulnerado bajo mi punto de vista, ante las situaciones de falta de cobertura sanitaria y de trabas administrativas que he descrito.

### 5.3.- CANARIAS Y LA ACOGIDA DE INMIGRANTES.

Por último, es necesario hacer un breve inciso sobre la problemática que ha planteado el Covid-19 a nivel regional, concretamente en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Al principio del trabajo remarcaba que esta región del territorio español era una de los puntos que más inmigración irregular recibía, a través del fenómeno de las *pateras*. Esto, aunado con toda la situación que he mencionado anteriormente respecto al covid-19, nos lleva a preguntarnos como está la situación en esta región en cuanto a los inmigrantes irregulares y sus derechos en el escenario excepcional de pandemia (antes de proseguir con esto último, debo concretar que me referiré principalmente a la inmigración irregular proveniente del norte de África).

A mediados del año 2020, en Canarias fueron múltiples los casos de llegadas a las costas de las islas por parte de cientos de inmigrantes indocumentados. Eso aunado con la situación de pandemia planteo un escenario para el cual las autoridades no estaban preparadas. Esto en un primer momento condujo a tomar medidas excepcionales que

---

<sup>68</sup> Disponible en <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/cuando-me-vacuno> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021)

<sup>69</sup> SOTO, Macarena. La carrera de obstáculos de los inmigrantes irregulares por la vacuna en España: "La sanidad en España no es universal". En: El Mundo. Madrid: 14 de mayo de 2021. Disponible en <https://www.elmundo.es/espana/2021/05/14/609e51c6fdddfc58d8b463a.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

permitieran el dar cobijo, atención y resguardo a dichos inmigrantes, con los recursos disponibles en aquel momento, siendo el muelle de Arguineguín el lugar principal de acogida para los mismos. Cabe destacar la labor de organizaciones como Cruz Roja, que ha sido la principal a la hora de hacerse cargo de la atención directa hacia dichos inmigrantes a su llegada<sup>70</sup>.

Continuando con el relato de esta situación, hacia finales del año 2020 se estableció una serie de campamentos en suelo canario para dar alojamiento a estos inmigrantes<sup>71</sup>. Esto último surge como medida dentro del conocido como *Plan Canarias*<sup>72</sup>, conjunto de medidas tomadas ante la situación de disconformidad y denuncias que se habían impuesto ante las condiciones de acogida que se daban en el muelle de Arguineguín. En lo referente a esto último, tomaremos como ejemplo del campamento de Las Raíces<sup>73</sup>, ubicado en la isla de Tenerife. Desde la puesta en marcha de estas medidas y hasta el día de hoy, a mediados del año 2021, se suceden los titulares de prensa en los que se denuncia la situación de precariedad de los mismos, así como diversos incidentes<sup>74</sup> que han ocurrido dentro de la convivencia de dicho campamento, sin que las autoridades encuentren una solución.

De esta brevísima síntesis del conflicto, debemos buscar respuesta respecto a la tesis que se plantaba en un inicio, la situación jurídica de dichos inmigrantes, especialmente la sanitaria.

En primer lugar, observo que la principal problemática es el método irregular al que estos inmigrantes acuden con la finalidad de lograr entrar dentro del territorio

---

<sup>70</sup> OJEDA, Darío. La pandemia crea un atasco de migrantes en Canarias: "Estamos un poco al límite". En: *El Confidencial*. Madrid: 2 de junio de 2020. Disponible en [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-06-02/inmigracion-canarias-covid-19-cruz-roja\\_2621428/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-06-02/inmigracion-canarias-covid-19-cruz-roja_2621428/) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

<sup>71</sup> VEGA, Guillermo. El Gobierno despliega campamentos para la crisis migratoria en Canarias. En: *El País*. Las Palmas De Gran Canaria: 20 de noviembre de 2020. Disponible en <https://elpais.com/espana/2020-11-20/el-gobierno-habilitara-7000-plazas-hasta-diciembre-en-carpas-para-vaciar-arguineguin-y-los-hoteles.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

<sup>72</sup> Disponible en <https://prensa.inclusion.gob.es/WebPrensaInclusion/downloadFile.do?tipo=documento&id=3.935&idContenido=3.993> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

<sup>73</sup> VEGA, Guillermo. Las Raíces, el campamento 'maldito' para los migrantes en Canarias. En: *El País*. Las Palmas de Gran Canaria: 27 de febrero de 2021. Disponible en <https://elpais.com/espana/2021-02-27/las-raices-el-campamento-maldito-para-los-migrantes-en-canarias.html>. (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

<sup>74</sup> VEGA, Guillermo. El campamento de Las Raíces, en La Laguna (Tenerife), expulsará a migrantes para evitar más conflictos. En: *El País*. Las Palmas De Gran Canaria: 7 de abril de 2021. Disponible en <https://elpais.com/espana/2021-04-07/el-campamento-de-las-raices-expulsara-a-migrantes-para-evitar-mas-conflictos.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

español. creo conveniente que esta problemática debiera ser abordada por el común de las naciones, buscando erradicar esta situación, y promoviendo una emigración regular, utilizando herramientas que faciliten a estos sujetos el acceso a la vía regular.

Como segundo punto, anteriormente, en la síntesis del contexto migratorio, obvié una situación ocurrida durante el año 2020. Estos inmigrantes irregulares, tras haber recibido las atenciones primarias, o aquellas necesarias, eran sometidos por parte de las autoridades a un proceso de identificación, proceso que lleva consigo una restricción de la libertad de los mismos y que en repetidas ocasiones se llevaba a extender más allá de las 72 horas, situación contraria a nuestro ordenamiento jurídico.

Por otro lado, y centrándonos en el ámbito sanitario, debo expresar mi preocupación con respecto al *Plan Canarias*. Desde mi punto de vista encuentro que este plan no recoge debidamente medidas orientas a proteger a los grupos vulnerables como lo puedan ser los menores de edad, en donde se lleven a cabo medidas centradas en defender los intereses de los mismos. Por otro lado, como mencionaba anteriormente, el control sobre la situación sanitaria dentro de esos centros de acogida tal vez quede en un segundo plano ante los problemas logísticos y de convivencia que han surgido. Aunado a esto cabe recordar los problemas mencionados en el punto anterior, en donde observo una serie de trabas legales y administrativas que como mencionaba limitan el acceso de los inmigrantes irregulares al sistema sanitario.

En resumen, encontramos que la problemática descrita en el punto anterior se ve exacerbada dentro de la región canaria, en donde a los problemas que recogemos anteriormente, hay que sumarle aquellos adscritos a los hechos, como la falta de preparación logística para poder afrontar la afluencia migratoria ocurrida, o las medidas posteriores, que bajo mi punto de vista son una medida temporal que no cubre realmente las necesidades sociosanitarias de estos inmigrantes.

## **VI.- CUESTIONES TRAS LAS REFORMAS Y CONCLUSIONES.**

La parte central de este trabajo ha sido observar los cambios normativos y los efectos que han llegado a producir dentro de la sociedad española, afectando tanto a nacionales como a extranjeros. No obstante, hay determinadas cuestiones que tras haber

sido mencionadas y revisadas con anterioridad, creo que merecen una reflexión por separado, aunque sea breve.

## **6.1.- CUESTION SOBRE LA EFICIENCIA Y TIPO DE SISTEMA SANITARIO.**

Antes de entrar propiamente a explicar las conclusiones a las que llego habiendo observado todo el desarrollo anterior, me gustaría comenzar este apartado hablando a cerca de dos temas centrales que trató la reforma sanitaria de 2012, por un lado, la necesidad de un Sistema Sanitario eficiente y que cubra debidamente las necesidades de sus usuarios y, por otro lado, la discusión entre un modelo sanitario público o privado. No obstante, debido a que ambas cuestiones están intrínsecamente relacionadas no hablaré de forma pormenorizada de cada uno de ellos pues entiendo que ambos pueden y deben coexistir dentro de un mismo sistema.

Como bien decía, la reforma sanitaria de 2012, proponía una idea relacionada con encontrar el correcto balance entre la efectiva prestación del servicio sanitario y la sostenibilidad y eficiencia del mismo. Con independencia de si dicha reforma consiguiera dicho objetivo o no, debo reconocer que cualquier reforma posterior (como nos sirve de ejemplo la reforma de 2018), vendrá inspirada de una u otra forma por dichos principios de eficiencia.

Ahora bien, debido a la situación que se produjo con la reforma de 2012, situación de la cual hago mención y describo brevemente al principio de este trabajo, por razones muy variadas se planteó un duro debate entre la necesidad de un sistema sanitario público y la posibilidad de acudir a un sistema sanitario privado. No obstante, y sin entrar a valorar las ventajas que pueda plantear cada uno de ellos de forma pormenorizada, entiendo que la situación sanitaria se ve mejorada cuando ambos sectores sanitarios trabajan en conjunto preocupándose más por la prestación del servicio y poniendo al alcance del paciente la mayor cantidad de recursos, que discutiendo inútilmente cuál de los dos es mejor.

Entiendo que esto último precisamente se debe a que al trabajar de forma conjunta ambos sistemas pueden suplir las deficiencias del otro, poniendo como ejemplo que la

sanidad pública cubre a una mayor cantidad de la población puesto que goza del respaldo estatal, mientras que la sanidad privada puede brindar una atención más especializada<sup>75</sup>.

## 6.2.- CONSIDERACIONES SOBRE EL CONTROL DE LA NORMA Y REFLEXION SOBRE LA REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Una de las primeras consideraciones que debemos hacer, es comprender las implicaciones que puede llegar a tener una reforma normativa en ámbitos que afecten de forma tan directa a los ciudadanos, como lo pueda ser la sanidad. Sin embargo, aquí no quiero volver a hacer referencia a todos los aspectos negativos de la reforma, más allá de nombrarlos tal vez, como una anécdota que ilustre lo que trato de explicar. Por ello, tomare como referencia el Real Decreto-ley 16/2012.

Comenzamos por una de las cuestiones que más se puso en tela de juicio, la cual no es otra que el cambio de regulación de acceso al Sistema Sanitario en base a la condición de residencia y la diferenciación entre *asegurado* y *beneficiario*. Por otro lado, la limitación en cuanto a la cobertura sanitaria que recibían los inmigrantes en situación de irregularidad, situación en la que puso en duda el respeto a los derechos humanos para con dicho colectivo, a pesar de que las autoridades europeas expresaran su posición en cuanto a la cobertura sanitaria como derecho humano fundamental. Por ultimo además se contraponen con lo anterior la discriminación que se le impuso a determinados grupos vulnerables.

Este pequeño resumen no permite observar de forma muy rápida diversos aspectos que la norma vulneró, empeoró, o que simplemente, fue en contra de los Derechos Humanos o los propios derechos constitucionales. Esto nos lleva a hacernos una pregunta sencilla pero que bajo mi entendimiento en ocasiones pareciera no hacerse, o peor, no querer responderse, ¿Dónde está el *debido control* que se debe ejercer sobre la norma, para que no se cometan estas situaciones?

---

<sup>75</sup> Un ejemplo que pudiera ilustrar esto consiste en un paciente público derivado a una clínica privada para hacerse unas pruebas, que solo puede realizar la clínica privada dado que se especializa en ello. Posterior a esto el resultado permite al médico público emitir un diagnóstico y tratar al paciente.

Obviamente esta pregunta hace referencia a un amplio abanico de posibilidades que responden a ese *debido control* que se debe ejercer sobre la norma. Sin embargo, entiendo desde mi punto de vista, que podríamos diferenciar dos estados en cuanto al control que se pueda ejercer sobre la norma: *Ex ante*, durante y *Ex post*. Con ello obviamente hago referencia temporal, desde el punto en que la norma está siendo redactada y presentada en las cortes para su aprobación, hasta el momento en que esta pierda vigencia, ya que entiendo que sobre una norma derogada no se ejerce control más allá de establecer su efectiva derogación. Sin embargo, ello no priva, por ejemplo, de su estudio a nivel académico como pueda servir de ejemplo para este trabajo.

Continuando con la premisa que antes planteaba, en todo proceso de creación de una norma (tenga la coletilla que sea, en cuanto su proceso de creación), una de las principales labores que conforma el proceso es la de garantizar que la norma esté conforme a derecho, y goce del amparo constitucional. Es decir, en el proceso de conformación de la norma, tanto en su planteamiento en los debates políticos como en su efectiva redacción previa a la promulgación, debe estar sometida a un exhaustivo escrutinio y control jurídico. Sin embargo, entiendo que de la misma manera esta debe someterse al debido control político y social, en tanto que en los debates que se producen sobre la promulgación de la misma, es deber de los integrantes del parlamento discutir la naturaleza y la necesidad de esta.

Por otro lado, el control social no es un control directo en cuanto a que la sociedad no ejerce un control efectivo sobre la conformación de la norma ya que esta tarea es asunto de sus representantes, sin embargo, es conveniente por parte del órgano que promueve la creación normativa, informar no solo a estos representantes sino también a la opinión pública de sus intenciones al promover la creación de una norma. En consecuencia, entiendo que previa promulgación de la norma se ha llevado a cabo un control a diferentes niveles tanto por los órganos encargados de esta tarea, como por parte de la propia sociedad en cuanto a que se ha debido poner en conocimiento de esta la razón de la norma.

Debido a esto, una vez promulgada la norma, esta pasa a formar parte del Ordenamiento Jurídico y por ende deberá serlo el poder judicial el que compruebe en caso de que se suscite la duda, si dicha norma está conforme a derecho. En este punto la cuestión es relativamente simple, pues deberá comprobar el tribunal ante el que se suscite

la duda, si la norma esta conforme a derecho y no vulnera la CE y su Ordenamiento Jurídico.

En caso de superar positivamente dicho control, entiendo que la última *fase* de control que nos concierne es en el punto en que esta quede derogada. Con esto hago referencia simplemente al hecho de que se compruebe que la norma ha quedado efectivamente derogada y no produzca incoherencias dentro el Ordenamiento Jurídico<sup>76</sup>.

Por tanto, tenemos dos puntos de vista encontrados, por un lado, tenemos el debido control que se debe llevar a cabo sobre la producción normativa en sus diferentes estadios, desde que está en fase de producción hasta que esta quede efectivamente derogada y, por otro lado, tomando el ejemplo de la reforma sanitaria del RD 16/2012, en donde observamos los puntos negativos antes mencionados. Esto nos lleva a hacernos la pregunta lógica, ¿Si existen los debidos controles para evitar que las normas vulneren derechos y ulteriormente el Ordenamiento Jurídico, por qué no se ejercen dichos mecanismos de control?

Con esto no pretendo ni ser polémico ni generar discordia, ya que entiendo que dentro de esta cuestión influyen muchos y muy diversos factores. Mi punto de vista radica en cuanto al uso lógico de los mecanismos antes nombrados. Si atendemos a la lógica, dichos mecanismos deberían activarse una vez se detecta que la norma vulnera el Ordenamiento Jurídico.

Sin embargo, la impresión que genera la activación de estos mecanismos, bajo mi opinión, más que un examen jurídico, se parece más a una argumentación para que la norma quede ajustada a derecho. Con esto hago referencia directa al RD 16/2012 y tomo como ejemplo la Sentencia TC 139/2016 de 21 julio, la cual ya he mencionado anteriormente.

Por tanto, tras observar estas cuestiones no me queda otra cosa más que explicar lo que observo, entendiendo que sí, efectivamente existen mecanismos de control y que estos efectivamente son utilizados sobre las normas. Sin embargo, dicho control me parece algo relativo, pues si bien se realiza un control sobre la norma, aun habiendo dudas sobre

---

<sup>76</sup> Un buen ejemplo de esto último sería *el RD 7/2018 de 21 de julio*, en referencia a la “*Disposición derogatoria única. Derogación normativa*”, la cual deroga la reforma anterior.

su cabida constitucional como en la sentencia antes mencionada, se le da el visto bueno a la misma, estableciendo su validez constitucional.

Entiendo que en esta materia estamos tratando el propio actuar del poder ejecutivo y legislativo (dado que el ejemplo involucra a un RD ley) y que por ello debemos tener en cuenta muchos factores, sin embargo, a lo que hago referencia es como la sujeción a derecho y la constitución de la norma queda en manos de los tribunales, y no me refiero a su control solamente, sino a que lo que se podría apreciar es que es el tribunal el encargado de buscarle el enganche constitucional.

Por todo lo anterior, y en especial lo que he mencionado en último lugar, es que me cuestiono la efectividad real de los mecanismos de control, ya que parece que desde el punto de vista Ex Ante, parece no haber control sobre la norma. Una vez esta es promulgada, corresponderá a los tribunales darle su efectiva cabida dentro del Ordenamiento Jurídico, incluso habiendo serias dudas sobre el enganche constitucional de las mismas.

Por ultimo hago una aclaración que precisamente sirve como nexo para con el siguiente apartado. Es cierto que en el hacer de los poderes públicos, concretamente en este caso tratando la actividad de producción normativa, es necesario que las leyes sean promulgadas y que se dé cierto margen al poder ejecutivo y legislativo, para ejecutar sus políticas. Sin embargo y para finalizar, lo que no entiendo y no me parece lógico es que valiéndose de este margen (y para contextualizar utilizo como ejemplo la situación de “extrema y urgente” necesidad con la que deben nacer los reales decretos”) deban ser los tribunales los que encuentren un enganche constitucional que permita una limitación de derechos que no va acorde a la finalidad de la norma (tomando de nuevo el RD 16/2012).

Ello me lleva a cuestionar no solo el control de las normas de nuestro Ordenamiento Jurídico, sino además a querer observar la calidad de producción normativa que se da en nuestro estado.



### 6.3.- REFLEXION A CERCA DE LA DERIVA NORMATIVA GENERADA POR UN CAMBIO DE GOBIERNO Y SUS CONSECUENCIAS. LA CALIDAD DE LA PRODUCCIÓN NORMATIVA

Antes de tratar de forma directa el tema de la calidad normativa, entiendo que debo hacer referencia a la situación expuesta en el título. Popularmente es conocido que la forma más efectiva de dar a conocer que un nuevo partido está en el poder, consiste en reflejarlo a través de la promulgación de nuevas leyes y reformas. Este movimiento político no es algo nuevo, sin embargo, creo pertinente destacarlo puesto que se incardina con el tema central de este punto.

Como bien he puesto en contexto, la reforma de sanidad de 2012 fue traída de la mano del Partido Popular, ganador de las últimas elecciones que se habían celebrado en aquella época. Como es lógico y tal y como explicaba, esta reforma no es más que expresión del programa político de dicho partido. Por consiguiente, creo que es lógico entender que la producción normativa atiende a diversos factores y finalidades, tanto las políticas como las propias del partido político como en sí, el efectivo uso del poder representativo, para dirigir el estado.

No obstante, en el anterior punto planteaba el debido control y los mecanismos con los que cuenta nuestro Ordenamiento Jurídico para revisar dicha producción normativa y expresaba mi punto de vista. Tomándolo en consideración entiendo que la producción normativa se ve inclinada a la idea principal de este apartado, la de *hacerse notar* por parte del gobierno, incrementando el nivel de producción normativa, dado que en caso de que se ponga en duda la constitucionalidad de dichas normas, los tribunales apoyaran dichas leyes encontrando si es posible un anclaje constitucional.

Debo realizar una aclaración nuevamente ya que no pretendo generar polémica sino que mantengo el hilo conductivo planteado con anterioridad, ya que entiendo claramente que los tribunales no están bajo control del gobierno y la referencia en cuanto al apoyo antes mencionado es en cuanto a los reales decretos y al criterio formal del TC respecto a que da cabida a estas normas basándose en el criterio de “extrema y urgente necesidad” y a la idea de respetar el correcto hacer del poder ejecutivo y legislativo.

Precisamente este es el aspecto que critico dado que, en dicha situación, como nos sirve de ejemplo el RD 16/2012, encontramos una reforma legislativa limitativa de derechos que, a pesar de haberse apreciado dicha limitación, contó con el respaldo del TC. Por ello una cuestión que aprecio ante esta situación es que la calidad de producción normativa se ve comprometida, ya que puede conducir a que se den limitaciones en derechos como ya produjo la reforma sanitaria de 2012.

Por lo tanto, y sin querer generalizar, ya que tomo como ejemplo la reforma antes mencionada, entiendo que por un lado la producción normativa está sometida a muchos y muy diversos factores, más por otro lado su control parece estar condicionado, por lo que pueden generarse normas que limiten derechos, quedando estas respaldadas por sentencias del TC, expresando la conformidad a derecho de estas normas.

#### **6.4.- REFLEXION SOBRE EL DERECHO A LA SALUD**

A lo largo de este trabajo he dedicado mis esfuerzos a poner de manifiesto la importancia y la necesidad del Sistema Sanitario y de su correcto funcionamiento para con las personas, sin hacer distinciones administrativas entre nacionales y extranjeros. Y a riesgo de volver a repetirme también he puesto de manifiesto la realidad a cerca de la importancia de la sanidad y el derecho a la salud como un derecho fundamental, el cual, aunque no esté reconocido como tal dentro de la constitución española, entiendo que tiene una importancia tan vital que está directamente interrelacionado con el correcto funcionamiento de la vida diaria de las personas, la sociedad y por ende el propio funcionamiento del estado.

Precisamente por la importancia tan destacable que le aprecio es que hago referencia a que el derecho a la salud no esté expresamente reconocido como un derecho fundamental, sino como un derecho más, el cual debe ser incardinado a un derecho fundamental para recibir la máxima protección que establece el Ordenamiento Jurídico. Aquí radica mi preocupación y además sirve como nexo con los dos puntos anteriores.

El derecho a la salud es un tema que afecta a todos y cada uno de los ciudadanos, con independencia tanto de su situación administrativa para con el estado español como con respecto a si dependen de la sanidad pública o pueden permitirse utilizar sistemas

privados. Mi preocupación radica sobre todo para con aquellas personas que dependen de la sanidad pública, ya que no tienen los medios para acudir al sector privado.

Tal y como hemos podido apreciar, una limitación sobre este derecho puede llegar a producirse de una u otra forma, pero su protección está limitada, ya que no goza de la preeminencia de ser un derecho fundamental. De esta forma se produce una limitación de derechos sobre gran parte de la población, tal y como nos demuestra el RD16/2012, más estos no pueden recabar la protección debida por las situaciones descritas con anterioridad.

Precisamente en este punto es que planteo la necesidad de blindar el derecho a la salud. Como es obvio, la forma más lógica que se me ocurre a priori es la de establecerlo como derecho fundamental. Sin embargo, al tratarse de un derecho que amerita un desarrollo pormenorizado por parte del estado a través de leyes y reglamentos. Además, entra en juego la situación territorial de repartición de competencias entre estado y comunidades autónomas<sup>77</sup>, entiendo que se trata de un tema comprometido y necesitaría

---

<sup>77</sup> “Marco Legal

*El CISNS, según la definición que recoge el artículo 69 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, es "el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado".*

*En la LGS se plasma el mandato constitucional, según el cual la Coordinación General Sanitaria corresponde al Estado, que debe fijar los medios para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta que logre la integración de actos parciales en la globalidad del SNS. Además, los criterios de Coordinación General Sanitaria, aprobados por el CISNS, deberán ser tenidos en cuenta en la elaboración del Plan Integrado de Salud, documento que deberá recoger los planes de salud estatales, autonómicos y conjuntos y sus fuentes de financiación. Este Plan también tendrá que ser sometido al CISNS.*

*El establecimiento de Planes de Salud conjuntos entre Estado y CC.AA. debe formularse en el seno del CISNS, si implican a todas ellas.*

*También, la LGS prevé la constitución entre el Estado y las CC.AA. de Comisiones y Comités Técnicos, la celebración de Convenios y la elaboración de Programas en común que se requieran para la mayor eficacia y rentabilidad de los Servicios Sanitarios.*

*Asimismo, en la LGS se crea, como órgano de apoyo científico-técnico del Sistema, el Instituto de Salud "Carlos III", al que encomienda que el desarrollo de sus funciones se realice en coordinación con el CISNS, y en colaboración con otras Administraciones Públicas.”*

– En este punto encontramos que el panorama constitucional de repartición de competencias entre CA y estado es verdaderamente complejo y lleno de matices.

Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

un desarrollo legal muy fino, que tal vez no conduciría necesariamente a una situación óptima de protección.

No obstante, precisamente por esta singularidad, al gozar el estado español de la competencia básica en sanidad a través de la cual establecer normas base, con independencia del desarrollo posterior que cada comunidad con competencias en sanidad pueda ejercer, entiendo que se abre una vía hacia dicha protección. Sin embargo, esto radica en establecer un mayor control sobre la norma básica de sanidad, con la finalidad de evitar situaciones como la que se produjo con la reforma de 2012.

Por todo esto entiendo en base a lo que he expresado que el derecho a la salud y el Sistema Sanitario deberían quedar blindados de tal manera que, si modificación a cualquier nivel estuviera mucho más protegida ante cualquier cambio, debiendo dicha modificación pasar unos controles más estrictos de los actuales, o bien que se ejecuten debidamente estos controles.

## **VII- CONCLUSIÓN**

En primer lugar, una de las cuestiones que me gustaría remarcar en el caso del Estado español, se refiere a su modo de atender aquellos procesos de recesión conocidos como crisis económicas. Es cierto que es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los estados modernos, en donde deben atender al común de las necesidades de la población en una situación económica a la que nadie quiere enfrentarse. Sin embargo, desde mi punto de vista, observo que la principal diana de los primeros recortes que se hacen bajo esta situación afecta siempre a la sanidad pública.

Continuando con esta cuestión, y por última vez dentro de este escrito, llamo la atención sobre una idea en concreto: la reforma sanitaria de 2012 tenía razón sobre la necesidad de hacer más eficiente al Sistema Sanitario español. En relación con la idea antes mencionada lo reafirmo en cuanto a que no sería necesario recortar la inversión estatal dentro del campo de la sanidad pública si esta funcionara con la eficiencia debida.

Para ello como es lógico, también sería necesaria la siguiente cuestión, un control exhaustivo tanto del gasto económico como del propio funcionamiento del sistema, que permitiera de forma eficiente regular la necesidad de inversión en contraprestación con

los objetivos logrados recordemos que precisamente el objetivo de la sanidad pública es el bienestar de las personas que residen dentro del Estado.

Precisamente remarco esta última idea debido a que una situación que puede observarse dentro del Estado español es que se suele achacar determinados problemas a la llegada de inmigrantes. Concretamente lo remarco debido a que, tras las situaciones descritas, esta orientación a hacia este grupo genera cambios normativos como los mencionados en la reforma de 2012.

Esto nos lleva a preguntarnos en qué punto quedan los derechos plasmados dentro de nuestra constitución (con ello no hago referencia a ninguna corriente política), pues parece que estos son modulables y maleables según los intereses políticos. Con ello no quiero decir necesariamente que no se respeten los derechos para el común de la población (aunque como nos ha demostrado el Covid-19 y la situación de pandemia, esto es algo relativo), pero observo que en el caso de los inmigrantes su cartera de derechos tiende a tratarse de forma más laxa. Por ello aprecio que debiera darse un refuerzo al estatuto jurídico de estos inmigrantes, con independencia de su estado administrativo de regular o irregular, garantizar un mínimo de protección, por ejemplo, en cuanto a sanidad se refiere.

Ello me lleva a reflexionar sobre los derechos recogidos dentro de la Constitución Española y su relación con los Derechos Humanos, los cuales están recogidos en su mayoría por parte de la carta magna. Sin embargo, la duda surge en cuanto a la modulación sobre los mismos que se hace dentro de nuestro Ordenamiento Jurídico, la cual debiera limitarse.

Centrándome en cuanto al Derecho a la Salud, entiendo que debiera reforzarse el contenido mínimo al que hace referencia este concepto tanto para inmigrantes como para nacionales, blindándose este frente a cualquier cambio de corriente política, ya que como se ha explicado a lo largo de este escrito es la base necesaria para todo ser humano para poder desarrollar su vida cotidiana y no puede dejarse dicho mínimo al cambiante designio de la política, ya que no deja clara la situación para los afectados, y su control es inexistente.

Por ello y para finalizar entiendo que una de las conclusiones básicas y más importantes que aprecio luego de tratar esta materia, es que en concreto el Derecho a la Salud es uno de los contenido jurídicos de nuestro Ordenamiento Jurídico que más



blindado y cuidado debería de estar frente a cualquier atropello por parte de la administración pública, y sobre todo que más controlado debiera estar, por la administración, por el poder judicial y en sí por la totalidad de la población del Estado español, dado que es algo que nos afecta a todos de forma directa.

## - BIBLIOGRAFÍA:

A.I. El dilema de los médicos italianos: elegir qué paciente vive y quién muere por coronavirus. En: *El Español*. Madrid: 13 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.lespanol.com/mundo/20200313/dilema-medicos-italianos-elegir-paciente-muere-coronavirus/474452837\\_0.html](https://www.lespanol.com/mundo/20200313/dilema-medicos-italianos-elegir-paciente-muere-coronavirus/474452837_0.html) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

AGENCIA EFE. Sexenio 2000-2006 fue "brillante" para la economía española, según FUNCAS. En *El Economista*. Madrid: 10/01/2008. Disponible en <https://www.economista.es/empresas-finanzas/noticias/342621/01/08/Sexenio-20002006-fue-brillante-para-la-economia-espanola-segun-FUNCAS.html>. (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

ARTUNDO PURROY, Carlos. Declaración de Granada. En: Quinta Conferencia Europea sobre salud de migrantes y minorías étnicas: 12 de abril. Granada, EUPHA, 2014. Disponible en <https://e00-el-mundo.uecdn.es/el-mundo-salud/documentos/2014/09/granada.pdf> (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

EFE. Un año desde que el coronavirus llegó a España: cronología del primer positivo. En: *20 minutos*. Madrid: 31 de enero de 2021. Disponible en <https://www.20minutos.es/noticia/4563883/0/un-ano-primer-caso-coronavirus-espana-cronologia-31-enero/> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

FAVA, Paolo y IRIBERRI, Ainhoa. El escándalo de los respiradores en España: cómo distribuirlos si no se sabe los que ya hay. En: *El Español*. Madrid: 25 de marzo de 2020. Disponible en [https://www.lespanol.com/ciencia/salud/20200325/escandalo-respiradores-espana-distribuirlos-no-sabe/477202839\\_0.html](https://www.lespanol.com/ciencia/salud/20200325/escandalo-respiradores-espana-distribuirlos-no-sabe/477202839_0.html) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

FERNÁNDEZ, María. En España la salud es cada vez más privada. En: *El País*. Madrid: 5 de mayo de 2019. Disponible en [https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877\\_211385.html](https://elpais.com/economia/2019/05/03/actualidad/1556897877_211385.html) (fecha de la última consulta realizada: 20 de junio de 2021).

G. SEVILLANO, Elena y R. SAHUQUILLO, María. Ocho trayectos de 140 kilómetros para operarse de cataratas. En: *El País*. Madrid: 6 de febrero de 2014. Disponible en [https://elpais.com/sociedad/2014/02/06/actualidad/1391704682\\_852284.html](https://elpais.com/sociedad/2014/02/06/actualidad/1391704682_852284.html). (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

GOIRI, Francisco. Los médicos elegirán a quién ingresar en la UCI según su esperanza de vida. En: *El Mundo*. Madrid: 20 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/03/20/5e73dc15fdddf8e518b4640.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

IÑIGUEZ HERNÁNDEZ, D. Comentario al artículo 12. En: SANTAOLAYA MACHETTI, P (coord.) *Comentarios a la nueva ley de extranjería*. Valladolid: *Lex Nova*, 2000, pp. 96.

JOSE MATEO, Juan. 5 de abril, el día en el que el virus desbordó los hospitales de Madrid. En: *El País*. Madrid: 25 de agosto de 2020. Disponible en <https://elpais.com/espana/madrid/2020-08-24/5-de-abril-el-dia-en-el-que-el-virus-desbordo-a-los-hospitales-de-madrid.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

LINDE, Pablo. Informe de los expertos para la OMS: “La catástrofe de la covid se podría haber evitado”. En: *El País*. Madrid: 12 de mayo de 2021. Disponible en <https://elpais.com/sociedad/2021-05-12/un-panel-de-expertos-internacionales-pide-actuar-ya-ante-la-siguiente-pandemia-la-catastrofe-de-la-covid-se-podria-haber-evitado.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

MANRIQUEZ CONEJEROS, Monserrat. 4 pandemias mundiales antes del coronavirus. En: *Duna*. Madrid: 13 de marzo de 2020. Disponible en <https://www.duna.cl/noticias/2020/03/13/4-pandemias-mundiales-antes-del-coronavirus/> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

MAQUEDA, Antonio. La economía española creció un 2,5% en 2018 y aguanta en medio de la ralentización global. En: *El País*. Madrid: 31 de enero de 2019. Disponible en [https://elpais.com/economia/2019/01/31/actualidad/1548920777\\_986560.html#:~:text=La%20econom%C3%ADa%20espa%C3%B1ola%20aguanta%20sorprendentemente,est e%20jueves%20por%20el%20INE](https://elpais.com/economia/2019/01/31/actualidad/1548920777_986560.html#:~:text=La%20econom%C3%ADa%20espa%C3%B1ola%20aguanta%20sorprendentemente,est e%20jueves%20por%20el%20INE) (fecha de la última revisión: 20 de junio de 2021).

MARTIN DELGADO, I. La asistencia sanitaria de los extranjeros en España. En: *Derecho y salud*. 2002, vol. 10, no. 2, pp. 197-218

NIETO Merino, Andrea. El fenómeno migratorio en España en el siglo XXI. Trabajo Fin de Grado (Grado en Administración y Dirección de Empresas). Bilbao, España: Universidad del País Vasco, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, 2015.

OJEDA, Darío. La pandemia crea un atasco de migrantes en Canarias: "Estamos un poco al límite". En: *El Confidencial*. Madrid: 2 de junio de 2020. Disponible en [https://www.elconfidencial.com/espana/2020-06-02/inmigracion-canarias-covid-19-cruz-roja\\_2621428/](https://www.elconfidencial.com/espana/2020-06-02/inmigracion-canarias-covid-19-cruz-roja_2621428/) (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

ORTEGA RUIZ, M. Inmigrantes y extranjeros regulares e irregulares en España: una comparativa entre autonomías. En *Revista Castellano-Manchega De Ciencias Sociales*. 2012, (13), pp. 109-125.

REJÓN, Raúl. El dinero que la sanidad pública paga a la privada ha crecido un 52% en 10 años. En: *El Diario*. Madrid: 12 de marzo de 2014. Disponible en [https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-pago-publico\\_0\\_237977010.html](https://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-privatizacion-pago-publico_0_237977010.html) (fecha de última consulta: 20 de junio de 2021).

SOBRINO GUIJARRO, I. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. En: *Lex Social: Revista De Derechos Sociales*. 2013, 3(2), pp.127-158.



SOTO, Macarena. La carrera de obstáculos de los inmigrantes irregulares por la vacuna en España: "La sanidad en España no es universal". En: *El Mundo*. Madrid: 14 de mayo de 2021. Disponible en <https://www.elmundo.es/espana/2021/05/14/609e51c6fdddffc58d8b463a.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2021).

VEGA, Guillermo. El Gobierno despliega campamentos para la crisis migratoria en Canarias. En: *El País*. Las Palmas De Gran Canaria: 20 de noviembre de 2020. Disponible en <https://elpais.com/espana/2020-11-20/el-gobierno-habilitara-7000-plazas-hasta-diciembre-en-carpas-para-vaciar-arguineguin-y-los-hoteles.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

VEGA, Guillermo. Las Raíces, el campamento 'maldito' para los migrantes en Canarias. En: *El País*. Las Palmas de Gran Canaria: 27 de febrero de 2021. Disponible en <https://elpais.com/espana/2021-02-27/las-raices-el-campamento-maldito-para-los-migrantes-en-canarias.html>. (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).

VEGA, Guillermo. El campamento de Las Raíces, en La Laguna (Tenerife), expulsará a migrantes para evitar más conflictos. En: *El País*. Las Palmas De Gran Canaria: 7 de abril de 2021. Disponible en <https://elpais.com/espana/2021-04-07/el-campamento-de-las-raices-expulsara-a-migrantes-para-evitar-mas-conflictos.html> (fecha de la última consulta: 20 de junio de 2020).