

**CONSIDERACIONES  
SOBRE LA  
RESTRICCIÓN DE LA  
ASISTENCIA  
SANITARIA A LA  
POBLACIÓN  
EXTRANJERA  
RESIDENTE DE FACTO  
EN ESPAÑA**



Josep Buades Fuster SJ  
Luis Díe Olmos  
Luisa Melero Valdés



10 de mayo de 2012

# Índice

Introducción .....	2
1.- Restricciones a la universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria pública. En torno a la condición de asegurado .....	2
1.1.- La condición de asegurado.....	2
1.2.- Una mirada sobre quienes no ostentan la condición de asegurado .....	3
2.- Población extranjera que reside en España irregularmente .....	4
2.1.- Regulación normativa de la condición de residente.....	4
2.2.- Estimación de cifras de residentes de facto, en situación irregular, en España.....	5
2.3.- Análisis de las cifras de irregularidad.....	10
3.- Sobre la restricción de la asistencia sanitaria a residentes de facto extracomunitarios.....	11

## Introducción

Hace un año, el SJM-España publicaba el cuaderno *Superar fronteras*. En él se llamaba la atención sobre la necesidad de convertir la mirada para lograr la integración social. “Si la sociedad no comprende que la integración es responsabilidad de todos, establece una frontera invisible entre grupos sociales: los que considera autóctonos y los que considera extranjeros, extraños, ajenos. Esa frontera no separa siempre a quienes tienen nacionalidad distinta, ni siempre a las personas nacidas en el territorio de las que se han establecido en el mismo, ni siempre a las que usan preferentemente lenguas distintas, o que profesan religiones diferentes, o que pertenecen a clases socio-económicas diferenciadas. Es una frontera siempre selectiva, variable, arraigada en la psicología – en el corazón-, legitimada por discursos mediáticos y políticos, consagrada por las políticas públicas y el derecho, concretada en prácticas sociales o administrativas.”

Se ponía de relieve la crisis como una amenaza que genera dos tipos de respuesta: solidaria e insolidaria. “Una respuesta a la amenaza consiste en unir esfuerzos, en compartir recursos. La unión fortalece. Pero cuando el miedo domina, la persona no percibe al otro como un aliado, sino como competidor, adversario, enemigo. Con miedo, se trata de hacer frente a la amenaza solo o con la ayuda de un grupo restringido, cerrado.” Se tienden fronteras para delimitar el espacio del “nosotros” que facilite una segunda operación: excluir a “los otros”.

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* es un instrumento político que establece nuevas fronteras interiores selectivas y variables. ¿En qué sentido?

### **1.- Restricciones a la universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria pública. En torno a la condición de asegurado**

La exposición de motivos del RDL 16/2012 argumenta la necesidad de racionalizar la gestión administrativa del Sistema Nacional de Salud y de racionalizar el gasto. Declara que pretende garantizar realmente a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal. Simultáneamente, se propone volver a vincular las prestaciones sanitarias con las aportaciones a la seguridad social. Así es como define la condición de asegurado y delimita los supuestos en los que se es acreedor de prestaciones sanitarias. Esto matiza, cuando menos, y contradice más bien, la pretensión de universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria pública.

De nuevo, esgrime la necesidad de acabar con abusos de derecho, especialmente por parte de personas cubiertas por otros seguros (privados o públicos de terceros Estados) a las que atiende el sistema español de sanidad pública de un modo que luego no puede repercutir el valor de la asistencia prestada a dichos seguros. Efectivamente, la reforma afirma una voluntad de coordinación y mejora de la gestión. Pero, más allá de estos buenos propósitos, el RDL reduce la cobertura más allá de lo razonable a algunas categorías de personas, compartimentando la sociedad, estableciendo nuevas fronteras interiores que generan exclusión.

#### **1.1.- La condición de asegurado**

Es preciso analizar cómo se reconoce la condición de asegurado, como categoría clasificatoria que permite deslizar fronteras entre personas con derecho a determinados tipos de atención sanitaria. El RDL 16/2012 reconoce tres vías: la afiliación a la seguridad social, la acreditación de insuficiencia de ingresos, y la relación familiar con los asegurados. A primera vista, podría parecer una clasificación congruente con la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita. Pero no es así.

La afiliación a la seguridad social en situación de alta o análoga al alta de trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia constituye el analogado principal cuando se trata de la condición de asegurado. A partir de ahí, tal condición de asegurado se reconoce a los pensionistas a cargo de la seguridad social, los perceptores de prestaciones periódicas de la seguridad social incluidas la prestación y el subsidio de desempleo, e incluso quienes están inscritos en la oficina de empleo tras haber agotado el derecho a subsidio. En esta lógica, ostentan la condición de asegurado los ciudadanos españoles y los residentes extranjeros que cuentan o han contado con autorización de trabajo, que cotizan a la seguridad social o que se han hecho acreedores de prestaciones sobre la base de su cotización.

La condición de asegurado se extiende a quienes acreditan no superar unos ingresos que se determinarán reglamentariamente. Ello se aplica por igual a ciudadanos españoles, ciudadanos de Estados miembros de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y de Suiza que residen en España, y otros extranjeros con autorización de residencia.

La condición de asegurado se extiende a los residentes ligados por los siguientes vínculos de parentesco: cónyuge, ex cónyuge a cargo del asegurado, descendientes menores de 26 años o que tengan una discapacidad igual o mayor al 65%.

## **1.2.- Una mirada sobre quienes no ostentan la condición de asegurado**

Por regla general, no se reconoce la condición de asegurado a quien no cotiza a la seguridad social o a quien no se ha hecho acreedor de prestaciones de la seguridad social sobre la base de cotización en el pasado. Por más que este principio se matice cuando se atribuye la condición de asegurado a quienes acrediten insuficiencia de recursos, es importante no olvidar que constituye un principio de exclusión que puede modularse con amplitud o restricción variable.

Propiamente, no se reconoce la condición de asegurado: a quien no cotizando a la seguridad social ni habiéndose hecho acreedor de prestaciones de la seguridad social sobre la base de cotización en el pasado, cuenta con ingresos por encima de la cuantía que se determine reglamentariamente, con independencia de su nacionalidad; ni a los extranjeros que no estén registrados ni tengan autorización de residencia con independencia de sus ingresos. Esta situación se aplica tanto a turistas (extranjeros cuya estancia autorizada en España no se prolonga más allá de tres meses) como a residentes de facto. El RDL 16/2012 no distingue entre turistas y personas que residen de facto, más allá de tres meses, sin haber logrado la autorización administrativa de residencia o de estancia por estudios.

La Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y libertades de los extranjeros en España y de su integración social, en su artículo 12 tal como venía redactado conforme a la Ley Orgánica 2/2009 sí distingue adecuadamente entre residentes extranjeros de facto, calificados por su inscripción en el padrón, y personas extranjeras que se encuentran en España; y en función de dicha distinción prevé un acceso diferenciado a los servicios sanitarios. El RDL 16/2012 asimila los residentes de facto a los turistas, privándoles de la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

La asimilación de residentes extracomunitarios de facto a turistas no es justa. Viven en España con voluntad de permanencia, se ganan la vida, tienen contribuyen al bien común mediante el pago de tributos indirectos, tienen voluntad de cotizar a la seguridad social; solo que la falta de autorización administrativa de residencia y trabajo se lo impide. Más allá de esta consideración de justicia, y teniendo en cuenta la permanencia, se hace preciso analizar los perjuicios que se siguen para las personas y para la sociedad en general de la restricción de acceso a los servicios sanitarios; el análisis de los costes humanos y económicos que conlleva dicha restricción.

Propiamente no se les excluye de toda prestación sanitaria pública. En cualquier caso los menores de edad recibirán asistencia sanitaria en los mismos términos que los españoles. Las

mujeres ven garantizada la asistencia durante el embarazo, parto y postparto. Quienes ven restringida la asistencia sanitaria son los adultos (fuera de los supuestos de embarazo, parto y postparto), los cuales ven limitada su asistencia a la atención de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

La restricción del derecho a la asistencia sanitaria pública no parece conforme al espíritu del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966, ratificado por España el 13 de abril de 1977). Su artículo 12 impone a los Estados parte el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental. Y en su apartado 2.D) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. No restringe el concepto de enfermedad por la calificación de gravedad, como sí hace el RDL 16/2012.

Dentro del espíritu del RDL 16/2012, lo más apropiado sería garantizar a los residentes de facto calificados por la inscripción en el padrón municipal la cartera básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente; servicios que son cubiertos de forma completa por financiación pública.

Es preciso evaluar los daños y los riesgos que se derivan de la exclusión de dicho tipo de atención: daños y riesgos para la salud personal, para la salud pública y para la economía. Pero antes conviene volver sobre las implicaciones de la residencia de facto, la que no está reconocida de iure, la que no está acreditada mediante registro ni autorización, y que por lo tanto implica una irregularidad administrativa.

## **2.- Población extranjera que reside en España irregularmente**

### **2.1.- Regulación normativa de la condición de residente**

Por regla general, los extranjeros adquieren la condición de residente en virtud de un acto de autorización administrativa, acto de soberanía conforme a derecho. En cambio, para todo ciudadano de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, la residencia es un derecho sujeto a condiciones fijadas por la ley. Tales condiciones vienen expresadas en la disposición final 5ª del RDL, que modifica el artículo 7 del Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Dicha disposición final 5ª fija cuatro grandes condiciones para el reconocimiento de ese derecho: ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, contar con medios suficientes en caso de no trabajar, ser estudiante con recursos suficientes, o ser familiar de ciudadanos europeos que cumplen algunas de las condiciones anteriores. En cualquier caso, se establece como límite para el reconocimiento del derecho de residencia no ser una carga para los servicios sociales españoles. Dicho de otro modo, los ciudadanos europeos tampoco son titulares de un derecho universal e irrestricto a residir en España. Más aún, el derecho a residir reconocido a los ciudadanos europeos (UE + EEE) conlleva el deber de registrarse. Así lo expresa el apartado 5 de la disposición final quinta:

Los nacionales de un Estado miembro de la Unión Europea o de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo estarán obligados a solicitar personalmente ante la oficina de extranjeros de la provincia donde pretendan permanecer o fijar su residencia o, en su defecto, ante la Comisaría de Policía correspondiente, su inscripción en el Registro Central de Extranjeros. Dicha solicitud deberá presentarse en el plazo de tres meses contados desde la fecha de entrada en España, siéndole expedido de forma inmediata un certificado de registro en el que constará el nombre, nacionalidad y domicilio de la persona registrada, su número de identidad de extranjero, y la fecha de registro. El cumplimiento de este deber es

relevante para el reconocimiento de la condición de asegurado. Su incumplimiento implica una infracción del ordenamiento jurídico, una forma de residencia irregular.

Una vez llegados a este punto, en el que se advierte la restricción en la asistencia sanitaria a los extranjeros residentes de facto, o de modo irregular, sean europeos (UE + EEE + Suiza) o extracomunitarios, es preciso estimar cuántos son y cuál es su distribución territorial.

## **2.2.- Estimación de cifras de residentes de facto, en situación irregular, en España**

Se puede alcanzar una estimación aproximada de la cifra de población extranjera que reside en España sin registro ni autorización administrativa de residencia comparando las inscripciones en el padrón municipal de habitantes con la suma de autorizaciones y de registros de residencia, así como autorizaciones de estancia por estudios (a extranjeros extracomunitarios). La inscripción en el padrón es suficientemente expresiva de la residencia de facto. Legalmente, el empadronamiento de un extranjero es posible mediante la presentación del pasaporte como documento de identificación personal y la prueba del domicilio. Al ser el empadronamiento un requisito para el goce de algunos derechos que no se restringen a los residentes de iure, cabe presuponer que las cifras del padrón son mayores que las cifras de residentes (con autorización o con registro) y de estudiantes. La diferencia entre ambas cifras indicaría la población que reside de modo irregular.

Sin embargo, las cifras del padrón ofrecen algunos problemas. En efecto, cuando una persona tiene cierta movilidad geográfica, puede suceder que aparezca inscrito en el padrón de dos o más municipios, puesto que la baja en uno de ellos no es automática tras la inscripción en otro. Para compensar esta distorsión del padrón, y sobre la presuposición de que los extranjeros extracomunitarios con residencia temporal tienden a tener mayor movilidad geográfica, la normativa reguladora del padrón prevé que sus inscripciones en el padrón se dan de baja automáticamente a los dos años, de modo que deben volver a inscribirse. Esta circunstancia causa otra distorsión en las cifras de padrón: que dejan de reflejar a personas que efectivamente residen en el municipio, personas que por lo demás cuentan con autorización de residencia. Es un fenómeno que afecta principalmente a personas extranjeras extracomunitarias, y entre ellas, a aquellas con autorización de residencia temporal.

A continuación se incluye una tabla que calcula la estimación de residentes extranjeros en situación administrativa irregular parte de las cifras de padrón a 1º de enero de 2012. A estas cifras se les sustrae el número de autorizaciones de residencia y de estancia por estudios a 31 de diciembre de 2011. Cuando el resultado es positivo, la cifra ofrece una estimación aproximada de residentes extranjeros de modo administrativamente irregular. Cuando el resultado de la sustracción es negativo se sustituye la cifra por un guión. Así pues, la ausencia aparente de datos en un territorio sugiere dos cosas: que las cifras de padrón no reflejan la cantidad real de personas domiciliadas en el territorio, y que no hay cantidades apreciables de residentes extranjeros en situación irregular.

**Tabla nº 1:** Base de cálculo para la estimación de residentes extranjeros de facto en situación irregular

<b>Estimaciones de residentes extranjeros de facto en situación irregular</b>										
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>Extranjeros</b>	<b>%</b>	<b>UE+EEE+Suiza</b>	<b>%</b>	<b>Ciudadanos UE</b>	<b>%</b>	<b>EEE+Suiza</b>	<b>%</b>	<b>Ciudadanos de terceros Estados</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>571.192</b>	<b>100,00%</b>	<b>411.459</b>	<b>72,04%</b>	<b>397.323</b>	<b>69,56%</b>	<b>14.136</b>	<b>2,47%</b>	<b>159.733</b>	<b>27,96%</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	95.184	16,66%	72.546	12,70%	70.421	12,33%	2.125	0,37%	22.638	3,96%
<b>Almería</b>	12.210	2,14%	12.210	2,14%	12.076	2,11%	134	0,02%	-	-
<b>Cádiz</b>	4.344	0,76%	2.651	0,46%	2.534	0,44%	117	0,02%	1.693	0,30%
<b>Córdoba</b>	665	0,12%	16	0,00%	-	-	16	0,00%	649	0,11%
<b>Granada</b>	78	0,01%	78	0,01%	-	-	78	0,01%	-	-
<b>Huelva</b>	72	0,01%	35	0,01%	-	-	35	0,01%	37	0,01%
<b>Jaén</b>	11	0,00%	11	0,00%	-	-	11	0,00%	-	-
<b>Málaga</b>	71.362	12,49%	57.514	10,07%	55.811	9,77%	1.703	0,30%	13.848	2,42%
<b>Sevilla</b>	6.479	1,13%	31	0,01%	-	-	31	0,01%	6.448	1,13%
<b>ARAGÓN</b>	1.453	0,25%	1.453	0,25%	1.425	0,25%	28	0,00%	-	-
<b>Huesca</b>	8	0,00%	8	0,00%	-	-	8	0,00%	-	-
<b>Teruel</b>	179	0,03%	179	0,03%	179	0,03%	-	-	-	-
<b>Zaragoza</b>	1.266	0,22%	1.266	0,22%	1.246	0,22%	20	0,00%	-	-
<b>ASTURIAS, PRINCIPADO DE</b>	4.709	0,82%	2.089	0,37%	2.070	0,36%	19	0,00%	2.620	0,46%
<b>BALEARS, ILLES</b>	19.345	3,39%	19.345	3,39%	18.815	3,29%	530	0,09%	-	-
<b>CANARIAS</b>	45.616	7,99%	44.547	7,80%	43.807	7,67%	740	0,13%	1.069	0,19%

TOTAL ESPAÑA	Extranjeros		UE+EEE+S		Ciudadanos UE		EEE+Suiza	Ciudadanos de terceros Estados		
	os	%	uiza		s UE	%		%	%	
<b>Palmas, Las</b>	13.159	2,30%	13.159	2,30%	12.793	2,24%	366	0,06%	-	-
<b>Santa Cruz de Tenerife</b>	32.449	5,68%	31.380	5,49%	31.014	5,43%	366	0,06%	1.069	0,19%
<b>CANTABRIA</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	120	0,02%	120	0,02%	67	0,01%	53	0,01%	-	-
<b>Ávila</b>	6	0,00%	6	0,00%	-	-	6	0,00%	-	-
<b>Burgos</b>	7	0,00%	7	0,00%	-	-	7	0,00%	-	-
<b>León</b>	89	0,02%	89	0,02%	67	0,01%	22	0,00%	-	-
<b>Palencia</b>	2	0,00%	2	0,00%	-	-	2	0,00%	-	-
<b>Salamanca</b>	0	0,00%	0	0,00%	-	-	0	0,00%	-	-
<b>Segovia</b>	0	0,00%	0	0,00%	-	-	0	0,00%	-	-
<b>Soria</b>	2	0,00%	2	0,00%	-	-	2	0,00%	-	-
<b>Valladolid</b>	5	0,00%	5	0,00%	-	-	5	0,00%	-	-
<b>Zamora</b>	9	0,00%	9	0,00%	-	-	9	0,00%	-	-
<b>CASTILLA - LA MANCHA</b>	15.461	2,71%	11.419	2,00%	11.387	1,99%	32	0,01%	4.042	0,71%
<b>Albacete</b>	1	0,00%	1	0,00%	-	-	1	0,00%	-	-
<b>Ciudad Real</b>	1.690	0,30%	943	0,17%	928	0,16%	15	0,00%	747	0,13%
<b>Cuenca</b>	3.917	0,69%	3.917	0,69%	3.913	0,69%	4	0,00%	-	-
<b>Guadalajara</b>	1.416	0,25%	1.416	0,25%	1.411	0,25%	5	0,00%	-	-
<b>Toledo</b>	8.437	1,48%	5.142	0,90%	5.135	0,90%	7	0,00%	3.295	0,58%

TOTAL ESPAÑA	Extranjeros		UE+EEE+S		Ciudadanos UE		EEE+Suiza		Ciudadanos de terceros Estados	
	os	%	uiza		s UE	%		%	Estados	%
<b>CATALUÑA</b>	9.486	1,66%	8.699	1,52%	8.271	1,45%	428	0,07%	787	0,14%
<b>Barcelona</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Girona</b>	5.754	1,01%	5.754	1,01%	5.633	0,99%	121	0,02%	-	-
<b>Lleida</b>	14	0,00%	14	0,00%	-	-	14	0,00%	-	-
<b>Tarragona</b>	3.718	0,65%	2.931	0,51%	2.638	0,46%	293	0,05%	787	0,14%
<b>COMUNITAT VALENCIANA</b>	206.257	36,11%	169.409	29,66%	160.007	28,01%	9.402	1,65%	36.848	6,45%
<b>Alicante/Alacant</b>	157.820	27,63%	138.049	24,17%	137.838	24,13%	211	0,04%	19.771	3,46%
<b>Castellón/Castelló</b>	13.156	2,30%	13.156	2,30%	13.078	2,29%	78	0,01%	-	-
<b>Valencia/València</b>	26.290	4,60%	9.213	1,61%	9.091	1,59%	122	0,02%	17.077	2,99%
<b>EXTREMADURA</b>	945	0,17%	945	0,17%	934	0,16%	11	0,00%	-	-
<b>Badajoz</b>	1	0,00%	1	0,00%	-	-	1	0,00%	-	-
<b>Cáceres</b>	944	0,17%	944	0,17%	934	0,16%	10	0,00%	-	-
<b>GALICIA</b>	22.279	3,90%	16.364	2,86%	16.184	2,83%	180	0,03%	5.915	1,04%
<b>Coruña, A</b>	11.791	2,06%	8.154	1,43%	8.092	1,42%	62	0,01%	3.637	0,64%
<b>Lugo</b>	1.414	0,25%	445	0,08%	423	0,07%	22	0,00%	969	0,17%
<b>Ourense</b>	2.462	0,43%	1.883	0,33%	1.852	0,32%	31	0,01%	579	0,10%
<b>Pontevedra</b>	6.612	1,16%	5.882	1,03%	5.817	1,02%	65	0,01%	730	0,13%
<b>MADRID, COMUNIDAD DE</b>	91.029	15,94%	42.855	7,50%	42.696	7,47%	159	0,03%	48.174	8,43%
<b>MURCIA, REGIÓN DE</b>	15.480	2,71%	15.480	2,71%	15.069	2,64%	411	0,07%	-	-

TOTAL ESPAÑA	Extranjeros		UE+EEE+S		Ciudadanos		EEE+Suiza		Ciudadanos de terceros	
	os	%	uiza		s UE	%		%	Estados	%
<b>NAVARRA, COM. FORAL DE</b>	1.476	0,26%	1.476	0,26%	1.470	0,26%	6	0,00%	-	-
<b>PAÍS VASCO</b>	40.686	7,12%	4.706	0,82%	4.700	0,82%	6	0,00%	35.980	6,30%
<b>Araba/Álava</b>	3.540	0,62%	-	-	-	-	-	-	3.540	0,62%
<b>Bizkaia</b>	37.142	6,50%	4.702	0,82%	4.700	0,82%	2	0,00%	32.440	5,68%
<b>Gipuzkoa</b>	4	0,00%	4	0,00%	-	-	4	0,00%	-	-
<b>RIOJA, LA</b>	4	0,00%	4	0,00%	-	-	4	0,00%	-	-
<b>Ceuta</b>	464	0,08%	2	0,00%	-	-	2	0,00%	462	0,08%
<b>Melilla</b>	1.198	0,21%	-	-	-	-	-	-	1.198	0,21%

Fuente: elaboración CeiMigra a partir de datos del padrón municipal a 01/01/2012 y de datos de residentes a 31/12/2012

### 2.3.- Análisis de las cifras de irregularidad

En primer lugar, es preciso resaltar que se trata de una estimación de población extranjera en situación irregular. La exactitud de las cifras se limita a la relación entre empadronados y residentes más estudiantes. Del mismo modo que se advierte cómo hay residentes de iure cuya inscripción en el padrón ha sido dada de baja automáticamente, no siendo entonces contabilizados, también es preciso suponer que haya residentes de facto no empadronados. Para recalcar que se trata de estimaciones, conviene redondear las cifras.

En segundo lugar, cuando se trata de aventurar cifras, se puede hablar de 600.000 residentes de facto en España sin registro ni autorización. Ahora bien, más de un 70% de estos son ciudadanos de la UE o de Estados del Espacio Económico Europeo o de Suiza: más de 400.000. Mientras que los extracomunitarios en situación irregular no llegan a 200.000 (unos 160.000), quedando por debajo del 30%.

En tercer lugar, la población en situación irregular no se distribuye homogéneamente por el territorio español. Cuando se trata de ciudadanos europeos, destacan 8 comunidades autónomas (también uniprovinciales) en las que superan las 10.000 personas:

<b>COMUNITAT VALENCIANA</b>	<b>169.409</b>	<b>29,66%</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	<b>72.546</b>	<b>12,70%</b>
<b>CANARIAS</b>	<b>44.547</b>	<b>7,80%</b>
<b>MADRID, COM. DE</b>	<b>42.855</b>	<b>7,50%</b>
<b>BALEARS, ILLES</b>	<b>19.345</b>	<b>3,39%</b>
<b>GALICIA</b>	<b>16.364</b>	<b>2,86%</b>
<b>MURCIA, REGIÓN DE</b>	<b>15.480</b>	<b>2,71%</b>
<b>CASTILLA - LA MANCHA</b>	<b>11.419</b>	<b>2,00%</b>

Igualmente destacan 6 provincias que superan los 10.000 (9 si tenemos en cuenta las CC.AA. uniprovinciales de Madrid, Illes Balears y la Región de Murcia):

<b>Alicante/Alacant</b>	<b>138.049</b>	<b>24,17%</b>
<b>Málaga</b>	<b>57.514</b>	<b>10,07%</b>
<b>Santa Cruz de Tenerife</b>	<b>31.380</b>	<b>5,49%</b>
<b>Palmas, Las</b>	<b>13.159</b>	<b>2,30%</b>
<b>Castellón/Castelló</b>	<b>13.156</b>	<b>2,30%</b>
<b>Almería</b>	<b>12.210</b>	<b>2,14%</b>

Es muy llamativa la cifra de ciudadanos europeos residentes de facto en la Comunitat Valenciana que no han tramitado el registro de su residencia. Las cifras de Andalucía y Canarias son también importantes. Y si se desciende al nivel provincial, Alicante, Málaga y Santa Cruz de Tenerife destacan enormemente. Se trata de tres comunidades en las que reside un importante número de jubilados europeos: británicos, alemanes, noruegos, belgas, etc. Cabe presuponer que se trata mayoritariamente de personas con derecho a residencia, con ingresos por pensiones de jubilación. Tratándose de personas con derecho a residencia, se impone una observación: las autoridades y las administraciones públicas deberían velar porque cumplan con su deber de registro, mediante campañas de sensibilización en primer lugar, pero también imponiendo las oportunas sanciones si fuere preciso. También destaca la Comunidad de

Madrid, en la que el perfil de residentes europeos es diverso al de los jubilados establecidos en la costa. Castilla-La Mancha tendría un perfil más similar al de Madrid. Podría incluir ciudadanos rumanos y búlgaros que al no haber obtenido autorización de trabajo ni tener recursos, ven impedido el registro de su residencia.

Cuando se trata de residentes de facto extracomunitarios, se observa igualmente una distribución territorial desigual. Hay cuatro comunidades autónomas en las que superan las 10.000 personas:

<b>MADRID, COMUNIDAD DE</b>	<b>48.174</b>	<b>8,43%</b>
<b>COMUNITAT VALENCIANA</b>	<b>36.848</b>	<b>6,45%</b>
<b>PAÍS VASCO</b>	<b>35.980</b>	<b>6,30%</b>
<b>ANDALUCÍA</b>	<b>22.638</b>	<b>3,96%</b>

Así como hay 4 provincias (5 si se cuenta la Comunidad de Madrid) en las que igualmente superan los 10.000:

<b>Bizkaia</b>	<b>32.440</b>	<b>5,68%</b>
<b>Alicante / Alacant</b>	<b>19.771</b>	<b>3,46%</b>
<b>Valencia / València</b>	<b>17.077</b>	<b>2,99%</b>
<b>Málaga</b>	<b>13.848</b>	<b>2,42%</b>

Vuelve a ser llamativo el fenómeno de la irregularidad administrativa en provincias como Alicante y Málaga, en las que los residentes europeos de facto eran muy numerosos. En una y otra provincia, las personas extranjeras residentes de facto serían 160.000 y 70.000 respectivamente. Ello puede explicarse por la importancia tradicional de la economía sumergida, en sectores como el calzado y la hostelería. Cabe preguntarse qué porcentaje de extracomunitarios en situación irregular se encontrarían en situación de regularizar su residencia por arraigo social y laboral en caso de que se normalizara su situación laboral. La reducción de la tasa de irregularidad podría ser importante, a la vez que aumentaría el número de cotizantes a la seguridad social que adquirirían por lo tanto la condición de asegurado de cara a la asistencia sanitaria pública. También es llamativa la alta cifra de extracomunitarios residentes de facto en Vizcaya. Quizá pueda explicarse por una menor incidencia del desempleo que en otros territorios, por su mayor dinamismo económico dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

### **3.- Sobre la restricción de la asistencia sanitaria a residentes de facto extracomunitarios**

La aproximación a la residencia de facto irregular desde el punto de vista administrativo muestra la muy diferente importancia del fenómeno según se trata de ciudadanos europeos (UE + EEE+ Suiza) o de extracomunitarios. La mayor incidencia de la irregularidad administrativa entre europeos no conlleva necesariamente una mayor desprotección: muchos jubilados están cubiertos por sus sistemas nacionales de pensiones, por seguros privados, o si necesitan recurrir al sistema sanitario público español regularizarán su situación de residencia. En cambio, los extranjeros extracomunitarios adultos residentes de facto se verán más desprotegidos.

La nueva regulación les priva de la cartera básica de servicios sanitarios, más allá de la asistencia de urgencia para enfermedades graves y accidentes hasta la alta médica, la atención

durante el embarazo, parto y postparto. El gobierno trata de justificar dicha restricción por la necesidad de reducir costes y porque considera que no son acreedores de unos servicios por los que no cotizan ni pueden cotizar. Sin embargo, dicha restricción es cuando menos problemática, y moralmente injusta.

No puede justificarse la restricción cualitativa de derechos sociales a los residentes de facto extracomunitarios por la necesidad de reducir gastos. Ellos no son la causa de los sobrecostes en el sistema público de salud. Hay un problema de mala gestión administrativa del cobro de servicios sanitarios prestados a ciudadanos europeos, cuando no se repercuten a los sistemas de seguridad social de sus Estados respectivos. Incluso, cuando se trata de extranjeros extracomunitarios, es preciso distinguir la situación de turistas y de residentes de facto.

Pero, incluso la sola cifra aproximada de extracomunitarios en situación irregular permite vislumbrar que no suponen una carga desmesurada para el sistema de sanidad pública, que la restricción de su cobertura no va a implicar un ahorro significativo de costes sanitarios. Valgan algunos datos extraídos del Servicio Valenciano de Salud, relativos a las tarjetas sanitarias y a las tarjetas solidarias:

- ▶ Las tarjetas sanitarias emitidas en la Comunitat Valenciana a todas las personas extranjeras extracomunitarias supusieron el 6,7% de las tarjetas emitidas (datos disponibles de 2005).
- ▶ Las tarjetas emitidas a extranjeros extracomunitarios que no están dados de alta en la Seguridad Social, pero están en situaciones asimiladas al alta, supusieron el 2,8% de todas las tarjetas emitidas en 2005.
- ▶ Y las tarjetas “solidarias” –y otras de Conselleria-, que proporcionan asistencia sanitaria y farmacéutica gratuita, en algunos casos –no en todos-, a personas inmigradas por situaciones de especial necesidad o carencia fueron el 0,59% en 2005, el 0,83% en 2008 y un 0,52% en 2010 (último dato disponible).
- ▶ De las 43.410 tarjetas solidarias y otras de Conselleria existentes en 2008, 10.802 (el 24,9%) pertenecían a personas de la UE-27, por lo que, en realidad, sólo un 0,6% del total de las tarjetas sanitarias existentes en la Comunidad Valenciana pertenecían a extranjeros extracomunitarios en situación de especial necesidad o carencia.
- ▶ La asistencia sanitaria más gravosa (coste por persona) corresponde a los extranjeros comunitarios residentes o de paso en España. Los primeros, tienen derecho a la prestación sanitaria, con independencia de la buena o mala gestión de los costes entre los países de la UE. Los segundos son los que participan del denominado “turismo sanitario”, que se refiere principalmente a intervenciones quirúrgicas o tratamientos muy costosos que entran por urgencias y que supusieron el 1,3% del total de tarjetas sanitarias emitidas en la Comunidad Valenciana (dato de 2008).
- ▶ La asistencia sanitaria menos gravosa (coste por persona) corresponde a la población extracomunitaria: la emigración, la edad y la voluntad de trabajar son tres filtros que “seleccionan” a las personas por sus capacidades y su estado de salud, de modo que este grupo goza de mejor salud y/o recurre menos a la atención sanitaria, que el resto de los grupos.
- ▶ Sólo hay tres situaciones en las que se puede encontrar una mayor incidencia entre las personas inmigradas extracomunitarias, situaciones que no pueden generalizarse, en modo alguno, a todas las personas extranjeras. La primera, las enfermedades tropicales que pueden afectar a algunas personas procedentes de algunos lugares. En alguno de estos casos, la transmisión de la enfermedad no es posible, porque no existe en España el vector de contagio. Aunque sí es necesaria la atención de las personas que padecen dichas enfermedades y la vigilancia permanente para que no puedan aparecer nuevos vectores

de transmisión. Las otras dos situaciones tienen que ver con las condiciones laborales y/o las condiciones de vida en que algunas personas y familias inmigradas se ven abocadas a trabajar o vivir. En la primera de ellas, la consecuencia es una mayor incidencia de algunas enfermedades profesionales y de los accidentes laborales. En la segunda de esas situaciones, hablamos de las enfermedades asociadas a la pobreza y a unas condiciones de vida indignas, que generan la enfermedad o no permiten evitar el contagio o la cronificación (tuberculosis, hepatitis...). De estas tres situaciones, las dos últimas es responsabilidad de la sociedad receptora, que es la que genera, permite y mantiene la explotación laboral y la desprotección de las personas trabajadoras, así como la desigualdad social, la pobreza y la exclusión, que son las causas de tales situaciones.

- ▶ Por tanto, resulta muy llamativa la rotundidad de la afirmación de una significativa reducción del gasto sanitario asociado a ese 0,5% de las tarjetas sanitarias de la Comunitat Valenciana correspondientes a aquellas personas extranjeras, comunitarias y no comunitarias, cuya situación de necesidad o carencia de recursos les hacen merecedoras de esta atención especial. No se justifica la afirmación generalizada de un gasto indebido al 8,58% de las tarjetas (datos de 2010, últimos disponibles), que corresponden a toda la población extracomunitaria. Porque ha de tenerse en cuenta que, aunque todas las tarjetas solidarias correspondieran a personas extracomunitarias, supondrían tan sólo el 4,1% de los extranjeros extracomunitarios con tarjeta sanitaria. En otros términos: el 95,9% de las personas extracomunitarias con tarjeta sanitaria en la Comunidad Valenciana en 2010 la tenían por derecho propio (alta en la Seguridad Social y prestaciones contributivas, convenios UE, convenios bilaterales, etc.), que no puede ser modificado.
- ▶ La privación de la sanidad a las personas que están en situación irregular, esto es, con un mayor grado de vulnerabilidad social, lleva a incrementar la desatención y, por ende, aumenta el riesgo de caída en enfermedades graves, dado que la atención primaria es el principal medio de la detección precoz de las enfermedades así como de la prevención de otras afecciones que puedan estar asociadas.
  - La caída en una enfermedad grave multiplica, con mucho, el costo económico que ha de invertirse en la recuperación de la persona que ha enfermado, respecto de la posibilidad de disponer de una atención primaria. Sabiendo, además, los múltiples informes que afirman la baja asistencia sanitaria de la población inmigrada extracomunitaria (que supondría sólo una quinta parte del total de la población estimada en situación irregular, dado que la mayoría de los registros de padrón sin permiso de residencia provienen de la UE-27).
  - El gasto sanitario público medio por habitante en España asciende a 1.421 €, según el Informe del Sistema Nacional de Salud en España 2010 (datos de la OECD 2009). Ello llevaría, a lo sumo, a un gasto de 227.360€. No obstante, es conocida la inexactitud de dicha cifra, dado que muchos informes constatan la infrautilización de la población extracomunitaria de los servicios públicos de salud. Ello lo muestra un reciente estudio publicado recientemente por la Fundación Ciencias de la Salud, titulado, *Diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la población inmigrante y la española*. Dicho estudio está elaborado sobre entrevistas y datos de 2005 y 2006.
  - Concretamente, el índice de utilización de los servicios públicos de salud en las comunidades con un porcentaje mayor de personas inmigradas (Madrid, Cataluña, Andalucía e Islas Canarias) es en todos los casos inferior o muy inferior a la utilización de la población autóctona (Cabe señalar como excepción la población de América Central y del Sur en Comunitat Valenciana, casualmente, la población extranjera comunitaria con un mayor arraigo y un

mayor porcentaje de regularidad administrativa). Es significativamente baja la utilización de los servicios públicos de salud de la población procedente de Europa del Este y del continente africano, especialmente en Cataluña.

- Hay una utilización por encima de la media de los servicios de hospitalizaciones y de urgencias por parte de la población procedente del continente africano, lo que podría estar señalando su infrautilización de los servicios de atención primaria, bien por razones culturales, bien por desconocimiento o quizás por miedo. En todo caso, y dado que la población procedente de África se caracteriza por una constitución física fuerte y por una edad media muy joven, ello podría estar mostrando el modo en que la falta de atención primaria o de atención preventiva fomenta la sobreutilización de los servicios de urgencias.
  - Destaca el bajo porcentaje de usuarios extracomunitarios que utiliza los servicios de especialidad y de prevención, en contraste con la alta utilización de los mismos por parte de los usuarios de países comunitarios.
- ▶ Además de desmentir el ahorro económico por el que, supuestamente se ha decidido proceder con el RDL 16/2012, hay un coste social y humanitario muy elevado en favorecer, por omisión de responsabilidades, el progresivo deterioro económico, social y afectivo de las personas y familias afectadas por enfermedades tratables y no tratadas.
  - ▶ Más aún, la no atención de enfermedades graves podría llevar a un problema de salud pública (en los casos, por ejemplo, de tuberculosis, VIH-Sida, cáncer..., u otras enfermedades tropicales o no diagnosticadas).
  - ▶ No debe olvidarse el serio problema de cohesión social al que se puede estar sometiendo a la sociedad cuando se restringe a la población más vulnerable los derechos más básicos. La hostilidad será inevitablemente creciente y el sentimiento de pertenencia que todo Estado democrático necesita para hacerse fuerte y competitivo en la creación de nuevas alternativas a la crisis puede verse seriamente afectado. Un Estado que se sueña democrático para salir de una crisis estructural como la actual no puede hacerlo desde la restricción de derechos básicos a un sector de su ciudadanía. Hay mínimos que son irrenunciables.

La eliminación de una buena práctica, la de esas otras tarjetas “graciables” que protegen universalmente (a sus beneficiarios y a los demás, indirectamente), fuerza a plantear cuestiones como las que siguen:

- ▶ ¿Va a suponer un ahorro significativo?
- ▶ ¿Es aceptable socialmente una medida política que pone en riesgo la salud pública a través de la desatención sanitaria de uno o más grupos de población?
- ▶ ¿Se pueden eliminar derechos universales ya reconocidos, sin más?
- ▶ ¿Es legítimo, social y políticamente, desproteger a los más vulnerables?
- ▶ ¿Se aceptará, entonces, la existencia de unos derechos no universales de los que se beneficiarían sólo unos grupos, que pueden ser atendidos o abandonados a su suerte, según las circunstancias?
- ▶ ¿Es la salud responsabilidad de toda la sociedad como imperativo de justicia, como derecho humano, o es responsabilidad de quien voluntariamente se sienta movido a dar más allá del mínimo de justicia? Dejar la asistencia sanitaria primaria de las personas extranjeras domiciliadas habitualmente en España aun sin tarjeta, en manos de las ONGs significa dos cosas: o que se considera la asistencia sanitaria básica un lujo objeto de concesión graciable, o que se deprecia a algunas categorías de personas, denegándolas lo que les corresponde como derecho humano.