

EL PUZZLE DE LA EXCLUSIÓN SANITARIA DE LOS INMIGRANTES INDOCUMENTADOS EN ESPAÑA

Francisco Javier Moreno Fuentes

Científico titular, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP),
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)
javier.moreno@cchs.csic.es

1. Introducción
2. Giro en los fundamentos del SNS: eliminación del principio de universalidad
 - 2.1. Reintroducción del principio de aseguramiento
 - 2.2. Argumentos esgrimidos para la reforma de los criterios de elegibilidad del SNS
 - 2.3. Reacciones a la exclusión del SNS
3. Desigual aplicación de la redefinición del rango de cobertura del SNS
 - 3.1. Gobernanza multinivel y discrecionalidad
 - 3.2. La variable ideológica
 - 3.3. Disonancias en la implementación de la reforma en el seno de cada comunidad autónoma
4. Conclusión

PALABRAS CLAVE

Cobertura sanitaria, inmigración indocumentada, gobierno multinivel, discrecionalidad administrativo/burocrática.

KEY WORDS

Healthcare coverage, undocumented migration, multilevel governance, bureaucratic/administrative discretion

RESUMEN

La aplicación de reformas en sistemas sanitarios descentralizados plantea una serie de retos. Desde la aprobación de la Ley General de Salud en 1986 hasta la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (33/2011) en enero de 2012, el Sistema Nacional de Salud (SNS) expandió su rango de cobertura, llegando a incluir la práctica totalidad de la población residente en España. La aprobación del RD 16/2012 en abril de 2012 supuso un punto de inflexión en dicho proceso al retirar las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años. La compleja articulación de responsabilidades sanitarias ha supuesto una desigual aplicación del RD 16/2012: ignorado por algunos gobiernos autonómicos, parcialmente implementado por otros y adoptado de manera literal por un tercer grupo.

ABSTRACT

Implementing reforms in decentralized healthcare systems poses a number of challenges. Since the approval of the 1986 Ley General de Salud, and until the passing of the 33/2011 Ley General de Salud Pública in January 2012, the Spanish Sistema Nacional de Salud expanded its range of coverage, to include practically all of the resident population in Spain. The RD 16/2012, passed in April 2012, marked a turning point in this process of expansion of healthcare coverage by removing health cards to undocumented immigrants older than 18. The complex articulation of healthcare responsibilities in the multilevel governance structure of the Spanish state resulted in an uneven application of RD 16/2012: ignored by certain regional governments, partially implemented by others and taken literally by a third group of regions.

1. INTRODUCCIÓN¹

La crisis que ha afectado de modo particularmente grave a las finanzas públicas españolas desde 2008 ha sido utilizada como marco legitimador de una serie de sustanciales reformas en el ámbito de las políticas de protección social, incluyendo el de la sanidad (del Pino y Rubio, 2013). En relación con la política sanitaria, estas reformas se han plasmado en un giro radical en la lógica que define la elegibilidad para el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, quién accede a las prestaciones del sistema y en qué condiciones lo hace. La norma principal que regula dicha reforma en el ámbito del sistema sanitario público es el RD 16/2012 que, entre otras medidas encaminadas a reducir el gasto (incremento de los copagos por medicamentos, acotación de la cartera de servicios sanitarios prestados por los servicios regionales de salud [SRS] de las comunidades autónomas [CCAA], etc.), dictaba la retirada de las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años (con algunas excepciones por razones humanitarias y de salud pública). Basándose en una serie de argumentos centrados en la necesidad de frenar el «turismo sanitario» y reducir el gasto, la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados ha generado inconsistencias sistemáticas en la implementación de dicha medida en el ámbito autonómico y local.

En el presente artículo repasamos los factores que pueden contribuir a explicar las diferentes posiciones adoptadas por los gobiernos autonómicos en relación con la redefinición de los criterios de acceso de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones de sus respectivos SRS. Partiendo de una revisión de la literatura académica relativa al funcionamiento y los conflictos propios de las estructuras de gobernanza multinivel, se identifican las variables clave que contribuyen a explicar dicha diversidad de respuestas ante la regulación adoptada por el gobierno central sobre los criterios de elegibilidad del SNS. Así mismo, con objeto de dar cuenta del «déficit de implementación» observable en relación con dicha política (independientemente de la decisión adoptada por las autoridades sanitarias autonómicas respecto al acceso de dichos grupos al sistema sanitario), el presente artículo señala la relevancia de analizar el rango de discrecionalidad desplegado por los «funcionarios de ventanilla» de los SRS. Estos constituyen los responsables últimos de la aplicación de las directrices emanadas de las autoridades sanitarias regionales y, a través de sus prácticas laborales cotidianas, se encargan de aplicar los procedimientos burocrático-administrativos que garantizan, limitan o impiden el acceso efectivo de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones del sistema sanitario público.

1. Este artículo ha sido redactado durante el desarrollo del proyecto «Políticas de regulación del acceso a la sanidad de los inmigrantes irregulares en España» (PRASINIE), CSO2013-44717-R, Proyectos de I+D+I, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación orientada a los Retos de la Sociedad.

2. GIRO EN LOS FUNDAMENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS): ELIMINACIÓN DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, que explicitaba su objetivo de establecer un sistema sanitario universalista (Freire, 2007), el SNS experimentó un incremento gradual de su rango de cobertura, hasta incluir a la práctica totalidad de la población residente en España. A pesar del cambio de filosofía que supuso la LGS, su aprobación no implicó una ruptura radical con el anterior modelo. La reforma del rango de cobertura del sistema sanitario siguió una lógica incremental, destinada a transformar los rasgos principales del sistema de manera acumulativa. La principal consecuencia de esta situación fue la perpetuación de las prácticas organizativas del sistema de aseguramiento sanitario vinculado a la Seguridad Social (SS) y las dificultades para alcanzar plenamente algunos de los objetivos perseguidos con la creación del nuevo SNS, debido a los obstáculos introducidos por los equilibrios institucionales previamente existentes, así como la mayor exposición a las fluctuaciones del ciclo político. Así, el hecho de que el acceso a las prestaciones sanitarias continuase sin ser explícitamente reconocido como un derecho vinculado a la condición de nacionalidad o residencia constituía una de las contradicciones básicas del sistema, perpetuando prácticas de control de elegibilidad que obstaculizan el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias a aquellas personas que, no habiendo cotizado a la SS, tampoco pudiesen aducir carencia de rentas (Sevilla, 2006). La transformación del sistema de financiación del SNS (desde 1999 asumida íntegramente por los Presupuestos Generales del Estado) abría importantes interrogantes respecto a la legitimidad de esta situación en relación con los ciudadanos españoles que abonaban sus impuestos, pero no tenían derecho a ser atendidos por el sistema sanitario público.

Un hito fundamental en el proceso de universalización de la cobertura del SNS fue la inclusión de los inmigrantes indocumentados mediante la Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (4/2000) (Moreno Fuentes, 2004). Previamente a la aprobación de dicha Ley, el acceso a las prestaciones sanitarias de este colectivo estaba limitado a menores, embarazadas, servicios de urgencias, así como al tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas. Diversos circuitos paralelos informales (como las ONG, servicios de salud pública y profesionales del SNS a título individual y voluntario) se encargaban del seguimiento de los tratamientos recibidos en urgencias, la atención médica especializada, las enfermedades crónicas, y la propia atención primaria para dichos colectivos (Moreno Fuentes, 2004). Esta cobertura parcial y segmentada adolecía de una grave carencia de medios, provocaba solapamientos en la provisión de servicios sanitarios, dejaba huecos importantes en la atención y hacía depender el acceso a la atención sanitaria de la buena voluntad de los profesionales sanitarios.

El tema de la cobertura sanitaria a los inmigrantes indocumentados irrumpió con fuerza en la agenda política española a principios de 1999 en relación con el acceso a las prestaciones del SNS por parte de menores y embarazadas de origen inmigrante. Pese a la relativa debilidad de la coalición de organizaciones que propugnaba la incorporación de dichos colectivos al SNS, esa movilización encontró una ventana de oportunidad política favorable en el proceso de reforma del marco regulador de la política migratoria. El mecanismo por el cual la Ley 4/2000 articuló la cobertura sanitaria de este colectivo fue el empadronamiento, avanzando así en la vinculación del derecho de acceso al SNS a la condición de residencia (aunque todavía supeditado a la ausencia de recursos) y desconectándolo así de manera clara del criterio de nacionalidad. Esta medida de extensión de la cobertura del SNS a los inmigrantes indocumentados se aprobó, paradójicamente, en contra de la voluntad del Gobierno del Partido Popular (PP), que la consideraba excesivamente onerosa, y generadora de un «efecto llamada» derivado de la extensión de derechos sociales a colectivos en situación administrativa precaria. El gran apoyo ciudadano a la extensión de dicho derecho a la población empadronada llevó al siguiente Gobierno del PP, que esta vez disponía de mayoría absoluta en el Parlamento, a no introducir ninguna modificación sobre esta cuestión en la reforma de la Ley de inmigración, conocida como 8/2000, aprobada unos meses más tarde.

El proceso de universalización de la sanidad en España concluyó definitivamente en enero de 2012 con la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública (LGSP) (33/2011), que pretendía eliminar los últimos intersticios por los que se descolgaban del sistema determinados colectivos (ciudadanos españoles que no cotizaban a la SS y que disponían de rentas por encima de un determinado umbral) que no tenían garantizado el acceso a las prestaciones del SNS. Con este paso, y tras más de 25 años desde su aprobación, la LGS alcanzaba su objetivo de convertir el SNS en un sistema de cobertura plenamente universal y basado en un criterio de residencia.

La universalidad plena del SNS duró, sin embargo, tan solo unos meses. El RD 16/2012 de «medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones», publicado el 24 de abril de 2012, supuso un punto de inflexión en ese largo proceso de extensión de la cobertura del SNS, así como un vuelco en la filosofía organizativa del sistema sanitario público español, al regresar a una filosofía de aseguramiento radicalmente opuesta al modelo universalista impulsado por la LGS de 1986.

2.1. Reintroducción del principio de aseguramiento

Apartándose de una definición del rango de cobertura del SNS basada en la residencia en el territorio, el RD 16/2012 reintrodujo la lógica de aseguramiento social mediante el establecimiento de

las categorías de «asegurado» (trabajadores cotizando al sistema de Seguridad Social, pensionistas, desempleados percibiendo prestaciones, así como solicitantes de empleo) y «beneficiario» (cónyuges e hijos de personas «aseguradas» menores de 26 años) del sistema sanitario público. Pasando completamente por alto el hecho de que la financiación del SNS no tiene vinculación alguna con el sistema de cotizaciones sociales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), sino que depende completamente de las partidas asignadas a este efecto en los Presupuestos Generales del Estado, el Gobierno introdujo un giro radical en la filosofía básica que hasta esa fecha definía los criterios de elegibilidad del SNS. Mediante un Real Decreto se transforma de manera radical los objetivos básicos del sistema sanitario público que desde la aprobación de la LGS había aspirado a convertirse en un sistema universalista basado en el criterio de residencia. Al reintroducir los conceptos de «asegurado» o «beneficiario» para referirse a las personas cubiertas por el SNS, este RD refuerza el papel del INSS en la comprobación del derecho de acceso al sistema sanitario público, en una iniciativa sobre la que existía ya algún precedente durante anteriores gobiernos del PP (Beltrán Aguirre, 2002).

Como consecuencia de esta decisión, diversos colectivos quedaron formalmente excluidos de las prestaciones del SNS. Entre ellos, el colectivo en el que centramos nuestra atención en el presente artículo: los inmigrantes indocumentados (con la excepción de los menores de edad y mujeres embarazadas), que debían ver sus tarjetas sanitarias anuladas a partir del 1 de septiembre de 2012, teniendo derecho desde ese momento tan solo a la atención en caso de emergencia, o de enfermedad infecto-contagiosa.

Además de los inmigrantes indocumentados, los ciudadanos del resto de países de la Unión Europea que no entraban en las categorías de «asegurado» o «beneficiario» perdieron también sus tarjetas sanitarias del SNS, de modo que los tratamientos sanitarios que pudieran recibir en España (como turistas, estudiantes, o como jubilados afincados en alguna localidad española, por ejemplo) deberían ser facturados a los servicios sanitarios de sus países de origen, a través de los acuerdos que a ese efecto existen entre España y dichos países.

El RD 1192/2012, aprobado unos meses más tarde, regulaba la condición de «asegurado», y establecía el tope de 100.000€ de ingresos anuales para definir el umbral de acceso de los españoles no cotizantes a la SS (o dependientes de un asegurado) a las prestaciones del SNS. Así, los españoles con recursos económicos superiores a ese umbral y que no contribuían al sistema de Seguridad Social (colectivo que había sido incluido en el rango de cobertura del SNS en enero de 2012 mediante la LGSP 33/2011) fueron también excluidos del SNS. Igual suerte corrieron los residentes de más de 26 años que carecían de empleo y no estaban recibiendo prestaciones por

desempleo (este colectivo fue reintroducido más tarde bajo el paraguas de protección del sistema sanitario público a condición de probar que carecían de recursos económicos), así como los desempleados que hubiesen agotado su derecho a prestaciones por desempleo y que residiesen en otro país europeo por más de 90 días (se interpretaba que más allá de ese plazo deberían inscribirse como residentes en el país de acogida y solicitar allí cobertura sanitaria).

En octubre de 2012 el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la propuesta del Gobierno de establecer «Convenios especiales de prestación de asistencia sanitaria» por los cuales los residentes no «asegurados» o «beneficiarios» del SNS podrían acceder a la cartera básica de servicios del SNS previo pago de una póliza anual (710€ para menores de 65 años, 1.864€ para los mayores de esa edad). Con esta medida se reforzaba la lógica del aseguramiento como vía de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público, al tiempo que se establecía un mecanismo para que todos aquellos excluidos de las prestaciones del sistema a partir de la aprobación del RD 16/2012 pudieran incorporarse al mismo mediante la firma de uno de esos convenios de aseguramiento con el SNS.

2.2. Argumentos esgrimidos para la reforma de los criterios de elegibilidad del SNS

El marco básico general sobre el que se construye la justificación para el radical cambio en el modo de definir el rango de cobertura del SNS es, lógicamente, el de la crisis económica y, como corolario de la misma, la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario público. Desde los discursos oficiales se niega que se trate de un cambio de filosofía del modelo (se llega a afirmar que nunca existió la universalidad)², y se argumenta que el objetivo fundamental de la reforma del rango de cobertura del sistema sanitario público es evitar los «abusos» derivados de lo que se afirma era una definición poco clara y excesivamente generosa de los criterios de elegibilidad del sistema. El RD 16/2012 viene acompañado, de hecho, de una estimación de ahorros que se espera se deriven de la aplicación de las diferentes medidas incluidas en el mismo, aunque no explicita qué cantidad de entre dichos ahorros previstos se atribuía a la exclusión sanitaria de cada uno de los colectivos que debían perder su cobertura a partir de la entrada en vigor de dicha medida.

La construcción de una narrativa sobre el «abuso» del SNS se estructuraba en torno a una serie de conceptos de contornos difusos (relacionados con la cobertura del sistema en los intersticios de las categorías de nacionalidad y residencia), o poco conocidos por los ciudadanos (el origen de

2. Declaraciones de Sagrario Pérez, directora general de Cartera de Servicios del SNS y Farmacia, recogidas por *El País* el 24-04-2012: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/24/actualidad/1335296371_047822.html.

los recursos con los que se financia el SNS), que han permitido una presentación ambigua (y potencialmente sesgada) de los mismos, sirviendo así para justificar la introducción de las reformas en el rango de cobertura del sistema sanitario público.

La primera de estas ideas es la que gira en torno a la existencia de un supuesto «turismo sanitario», nunca cuantificado ni analizado de manera clara y precisa. Bajo este concepto se hace referencia (de manera intercambiable y poco sistemática, en función del uso que se pretende hacer del mismo) a diversas situaciones posibles en las que el SNS estaría siendo utilizado por extranjeros que, teóricamente, no deberían tener acceso al mismo: ciudadanos de la Unión Europea (UE) que residen en España algunas temporadas al año y cuyos gastos sanitarios estarían siendo asumidos por el SNS en lugar de por los sistemas sanitarios de su país de origen; turistas de paso por nuestro país y cuya eventual atención sanitaria no sería facturada al sistema sanitario de su país (algo potencialmente muy relevante para un país que recibe un número tan elevado de visitantes); y/o extranjeros (europeos o de otras partes del mundo) que se empadronarían en España para recibir la atención sanitaria a la que no tendrían derecho (o que no podrían pagar) en su propio país.

Este argumento apoyaba su legitimidad en primer lugar en la necesidad de dar respuesta a un informe del Tribunal de Cuentas, publicado en marzo de 2012, en el que se señalaba la existencia de serios problemas en los procesos de imputación y facturación de gastos sanitarios a las autoridades sanitarias de países con los que España tiene acuerdos para la atención recíproca de sus nacionales (todos los de la UE, más un pequeño grupo de países del resto del mundo –Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez–). De acuerdo con dicho informe, existirían significativas deficiencias en el intercambio de información entre los SRS y el INSS, así como en los procedimientos de facturación que deberían conducir a la recuperación de los costes de atención sanitaria a nacionales de esos países (Tribunal de Cuentas, 2012). Como consecuencia de todo ello, el SNS estaría asumiendo los costes del tratamiento de un buen número de extranjeros que, en principio, deberían ser abonados por sus países de origen. Estos problemas, derivados de deficiencias internas en la organización y coordinación de las instituciones españolas implicadas en el ámbito sanitario, se convirtieron para los promotores del RD 16/2012 en una intolerable situación de «turismo sanitario» que dicho decreto vendría a resolver.

El segundo argumento de legitimidad de la reforma se construye sobre la necesidad de ajustar los mecanismos de definición de la elegibilidad del SNS a las directrices europeas que exigen a las autoridades españolas garantizar la atención sanitaria a los ciudadanos europeos residentes en España en igualdad de condiciones a las de los nacionales. Se trataría así, con ello, de responder a dicho requerimiento, evitando al mismo tiempo asumir los costes del tratamiento sanitario

de ciudadanos europeos que podrían facturarse a sus países de origen. La respuesta dada a dicho reto fue, por tanto, revertir la lógica de elegibilidad para el SNS a una condición de «aseguramiento» para el conjunto de los residentes, al tiempo que se incluía una modificación en la regulación de la entrada, libre circulación y residencia de ciudadanos de los Estados miembros de la UE (RD 240/2007), de modo que para fijar la residencia en España durante un periodo superior a tres meses, los ciudadanos europeos que no ejerzan una actividad laboral en España deberán disponer de un «seguro de enfermedad» que cubra sus eventuales gastos sanitarios.

LA UTILIZACIÓN DE ARGUMENTOS COMO EL «ABUSO» DE RECURSOS PÚBLICOS Y LA NECESIDAD DE TERMINAR CON EL «USO FRAUDULENTO» DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO CONSTITUYEN UN RECURSO DE DESLEGITIMIZACIÓN Y POLITIZACIÓN DEL ACCESO DE LOS INMIGRANTES A DICHOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

A la hora de presentar a la opinión pública las razones que según el Gobierno llevaron a la modificación de los criterios de elegibilidad para el SNS, el eje central de la discusión en torno al «abuso» del sistema sanitario giró gradualmente hacia la situación de los inmigrantes (extracomunitarios) indocumentados y su relación con el sistema sanitario público. Así, para el portavoz adjunto del grupo popular en el Congreso de los Diputados, en declaraciones hechas en agosto de 2012: «El servicio de salud universal no está para todo el universo y el gratis total no existe (...). La inmigración debe estar vinculada al empleo regular y los inmigrantes ilegales lo que tienen que hacer es volver a sus países de origen. España debe dejar de ser un país en el que la gente se em-

padrona, incluso sin residir, solo con el objetivo de acceder al servicio sanitario y a prestaciones sociales, cuando ni siquiera tienen trabajo³». A la hora de explicar las medidas de restricción del acceso a las prestaciones del SNS, Juan Ignacio Echániz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha afirmaba: «No hay que olvidar que la sanidad gratuita ha sido fundamental para fomentar el efecto llamada. Mucha gente ha cogido una patera porque sabía que en España tenía la asistencia sanitaria garantizada⁴». La propia ministra de sanidad, Ana Mato, señalaba en la fecha de aprobación del RD 16/2012: «Hemos garantizado la universalidad de la sanidad para todos los españoles y, al mismo tiempo, vamos a adoptar las medidas necesarias para acabar con la utiliza-

3. Declaraciones de Rafael Hernando, portavoz adjunto del PP en el Congreso de los Diputados, el 13-08-2012, recogidas por El País: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/08/13/andalucia/1344873261_250601.html.

4. Declaraciones de Juan Ignacio Echániz, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, el 24-04-2012, recogidas por El País: http://politica.elpais.com/politica/2012/04/24/actualidad/1335258991_986098.html.

ción indebida de los servicios sanitarios por algunos extranjeros, y también con los abusos que, a veces, estos extranjeros cometen accediendo al sistema sanitario sin tener derecho a ello⁵. Y avanzaba en la dirección de la respuesta dada por el Gobierno al reto en la definición del rango de cobertura del SNS al apuntar que esta pasaba por asegurarse que la tarjeta sanitaria se dé a quienes «de verdad» viven y «trabajan como nosotros y pagan sus impuestos».

Esta última afirmación de la ministra de Sanidad abunda en uno de los aspectos menos conocidos por los ciudadanos en relación con los mecanismos de financiación del SNS, y que es con frecuencia utilizado para deslegitimar el acceso de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones del sistema sanitario público. Teniendo el SNS sus orígenes en el sistema sanitario de la Seguridad Social (con frecuencia se hace referencia a ir a la «seguridad social» cuando se hace uso del sistema sanitario público), los ciudadanos continúan asociando la financiación del sistema sanitario a las contribuciones al sistema de aseguramiento social (pese a que desde 1999 los presupuestos de ambas instituciones están completamente desconectados). Este aspecto, que tiene efectos extremadamente importantes sobre la filosofía del modelo (no debería tener derecho a acceder a sus prestaciones quien cotiza a la Seguridad Social, sino quien paga impuestos, lo cual incluye a los inmigrantes indocumentados y a los españoles con rentas propias no afiliados a la Seguridad Social que han sido expulsados del sistema por la última reforma), es utilizado por el Gobierno, que aprovecha esta distorsión en la percepción ciudadana sobre los mecanismos de financiación del SNS para legitimar una reforma que desanda los pasos dados hacia la construcción de un sistema sanitario público de naturaleza universal y financiado íntegramente con impuestos.

La utilización de argumentos como el «abuso» de recursos públicos y la necesidad de terminar con el «uso fraudulento» del sistema sanitario público constituyen un recurso de deslegitimización y politización del acceso de los inmigrantes a dichos sistemas de protección social bien conocido en el contexto de programas de naturaleza universalista como el británico NHS, o ahora el SNS (Moreno Fuentes, 2004). Las restricciones al acceso a las prestaciones del Estado de bienestar por parte de los inmigrantes pueden ser utilizadas como mecanismo para redefinir (a la baja) los márgenes de cobertura de los sistemas de protección social a través de la politización del fenómeno migratorio, al asociarse la universalidad (o la supuesta generosidad de dichos programas) al supuesto uso «abusivo» de los mismos por parte de inmigrantes indocumentados –colectivo que gozaría de escasas simpatías entre determinados sectores de la población autóctona–(Méndez *et*

5. Declaraciones de Ana Mato, ministra de Sanidad, en rueda de prensa tras la reunión del Consejo de Ministros del 20-04-2012, recogidas por ABC: <http://www.abc.es/videos-espana/20120420/mato-vamos-acabar-abusos-1573569310001.html>.

al., 2013), como ya se habría hecho con relativo éxito en el caso de los recortes en el programa de rentas mínimas de Cataluña (Arriba González de Durana y Moreno Fuentes, 2012).

Además de esto, entre las posibles motivaciones del Gobierno conservador para dicha reforma podríamos incluir la de abrir la puerta a un modelo de aseguramiento en el ámbito sanitario que permita su gradual evolución hacia un sistema de cobertura básica, más o menos general, que deba ser complementado con aseguramiento privado para garantizar coberturas de determinados tratamientos o intervenciones no incluidas en el catálogo de servicios e intervenciones asumidos por el sistema sanitario público (Legido-Quigley *et al.*, 2013). Paralelamente, el reforzamiento del papel del INSS en el procedimiento de atribución del derecho de acceso al SNS constituye un instrumento recentralizador que refuerza el poder de la administración central en el seno de un sistema sanitario público de naturaleza esencialmente descentralizada.

2.3. Reacciones a la exclusión del SNS

Varias instituciones oficiales nacionales (Defensor del Pueblo, Tribunal de Cuentas, Tribunal Constitucional) e internacionales (Consejo de Europa, Relatoría Especial de la ONU para la pobreza extrema) criticaron la expulsión de diferentes grupos de población del SNS, señalando que esta medida sería contraria al derecho europeo y a los tratados internacionales suscritos por España, y destacando los potenciales riesgos para la salud pública derivados de no tratar adecuadamente a los enfermos (independientemente de su estatus administrativo) dentro de los canales sanitarios normalizados.

De igual modo, un buen número de organizaciones profesionales del ámbito sanitario, judicial y de defensa de los derechos humanos, mostraron su oposición a la ruptura de la lógica universalista del SNS, y a la exclusión de determinados colectivos de la cobertura del sistema, llamando a los profesionales a objetar a las medidas que crean barreras a la atención médica de determinados sectores de la población. Entre las iniciativas puestas en marcha con este fin destacan las encaminadas a articular mecanismos de respuesta a la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados, así como los esfuerzos por documentar el impacto de dichas medidas sobre el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerables. La denuncia de la denegación de atención sanitaria (incluyendo el caso de menores, embarazadas, enfermos crónicos y personas que trataron de recurrir a las urgencias ambulatorias u hospitalarias), los casos de facturación impropia, los intentos de cobro, la exigencia de firma de compromisos de pago previos a la atención (incluso en urgencias), y el frecuente desconocimiento de la norma por parte de los funcionarios de ventanilla de los centros sanitarios, han sido puestos de relieve en los informes

publicados por estas organizaciones (MDM, 2012 y 2014; SOS Racismo, 2013). El caso más dramático de dichas situaciones de violación del derecho a la atención sanitaria se plasmaría en la muerte de cuatro inmigrantes indocumentados a los que, en diferentes circunstancias, se denegó una atención médica adecuada en el momento en que se dirigieron a los servicios sanitarios (Amnistía Internacional, 2013).

3. DESIGUAL APLICACIÓN DE LA REDEFINICIÓN DEL RANGO DE COBERTURA DEL SNS

La decisión de excluir del SNS a la población inmigrante en situación irregular adoptada por el Gobierno central debía acotar el rango de cobertura de los 17 SRS. Siguiendo las directrices del RD 16/2012, se debían cancelar formalmente unas 910.000 tarjetas sanitarias. El Gobierno reconocía en el Programa Nacional de Reformas de 2013 que el 1 de septiembre de 2012 se habían retirado 873.000 tarjetas sanitarias a «extranjeros no residentes en España», de los que se estimaba que aproximadamente medio millón eran personas que habían abandonado el país, unos 150.000 eran inmigrantes indocumentados, y el resto ciudadanos de la UE no inscritos en la Seguridad Social⁶.

La compleja articulación de responsabilidades políticas y financieras en el ámbito sanitario ha supuesto, sin embargo, una aplicación sustancialmente desigual de dicha medida. Así, mientras que dos CCAA (Andalucía y Asturias) han continuado atendiendo a los inmigrantes indocumentados tal y como lo hacían con anterioridad a la aprobación del RD 16/2012, un segundo grupo de regiones (Aragón, País Vasco, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra, y Valencia) han establecido programas específicos para atender a los inmigrantes indocumentados sin recursos. Un tercer grupo (Madrid, Baleares, Castilla y León, Murcia y La Rioja) ha introducido algunas excepciones en la exclusión de los inmigrantes indocumentados de sus sistemas sanitarios (por ejemplo, en el caso de aquellos afectados por enfermedades crónicas), mientras que Castilla-La Mancha ha aplicado de manera literal las directrices del RD 16/2012, anulando las tarjetas sanitarias emitidas a inmigrantes indocumentados residentes en dicha comunidad y limitando la atención a estos colectivos a lo prescrito en dicho RD (MDM, 2014).

La aplicación de los convenios especiales de aseguramiento sanitario aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS en 2012 ha seguido una suerte similar. Hasta marzo de 2014, únicamente

⁶. Tal y como señala MDM (2014), el Ministerio de Sanidad ha presentado diversas cifras desde la entrada en vigor de esta medida en relación con el número de tarjetas sanitarias retiradas, sin precisar cuántas de estas correspondían a inmigrantes indocumentados.

dos SRS (Cantabria, y Valencia) habían regulado el funcionamiento de dicho sistema y no fue hasta octubre 2014 cuando el Ministerio de Sanidad implementó este esquema en Ceuta y Melilla (ciudades autónomas sobre las que ejerce las competencias sanitarias a través del INGESA). Tan solo unos pocos cientos de convenios de este tipo han sido firmados hasta la fecha en todo el país.

3.1. Gobernanza multinivel y discrecionalidad

La implementación de reformas en sistemas políticos descentralizados plantea una serie de retos particularmente complejos. La aplicación de la teoría del principal-agente al análisis de los sistemas de gobernanza multinivel señala que las dinámicas de descentralización política pueden generar inconsistencia entre decisores y ejecutores (cuyos intereses y percepciones con frecuencia divergen), lo cual puede a su vez traducirse en dispersión y falta de coherencia en la aplicación de las políticas (Guiraudon y Lahav, 2000). Mientras que el actor que ocupa la posición jerárquica superior tiende a imponer su marco cognitivo acerca de la forma que debe adoptar la política, los actores encargados de su implementación consiguen redefinir las prioridades y aplicar su visión en la aplicación de la misma (Jordan *et al.*, 2003).

Uno de los principales rasgos del régimen de bienestar español es su alto grado de descentralización, tanto en la adopción de decisiones políticas como en lo concerniente a la gestión de los programas (Moreno, 2009). La responsabilidad del gobierno central reside fundamentalmente en la elaboración de la legislación básica de aplicación en todo el territorio nacional, erigiéndose las CCAA en actores políticos centrales en el ámbito del bienestar. Esto implica que los derechos sociales tienen contenidos distintos en las diferentes comunidades en función de las prioridades políticas y los recursos que pueda movilizar cada gobierno autonómico. Por otra parte, dichos gobiernos se posicionan también en relación con las iniciativas promovidas por el gobierno central y condicionan la forma adoptada por la legislación básica en sus territorios (Del Pino y Rubio, 2013).

Como parte central del régimen de bienestar español, el SNS se caracteriza por su carácter profundamente descentralizado, estructurado como un mosaico de subsistemas (los 17 SRS) (Moreno Fuentes, 2012). En este contexto, las decisiones no pueden ser adoptadas de forma unilateral por una autoridad sanitaria unificada (como en el caso del NHS británico), sino que consisten en la combinación de medidas aplicadas por los diferentes niveles de gobierno. La compleja articulación de responsabilidades en la gestión del sistema, la resistencia de algunas autoridades autonómicas, o los desacuerdos sobre el reparto de recursos, llevan a una multiplicidad de respuestas ante las iniciativas adoptadas por el Gobierno central (Aja, 2003). Este dispone de un margen de influencia relativamente escaso sobre las decisiones de las autoridades autonómicas (Solozabal

Echavarría, 2006), entre otras razones, porque el control del uso final de los recursos financieros asignados a las CCAA ha sido severamente limitado por el Tribunal Constitucional (Rey Biel y Rey del Castillo, 2006). El hecho de tratarse de un ámbito de política con un alto nivel de legitimidad ciudadana hace que los decisores políticos tiendan a introducir cambios de forma incremental, así como a la aparición de comportamientos estratégicos de competencia por recursos de legitimidad política entre autoridades autonómicas y centrales. La gobernanza del SNS aparece así como uno de los principales retos a los que ha de hacer frente cualquier reforma que pretenda introducirse en este ámbito (Subirats y Gallego, 2011), incluyendo claramente la definición del rango de cobertura del sistema.

3.2. La variable ideológica

La ideología del partido en el Gobierno en una CCAA, y particularmente la coincidencia o divergencia de esta con la del partido en el poder en el Gobierno central, condiciona la actuación de las autoridades sanitarias autonómicas en la definición de aspectos centrales del SNS, como lo es la aplicación de las medidas adoptadas por el Gobierno central en relación con el rango de cobertura del sistema. Así, parte de la explicación de la variación en las políticas adoptadas por las diferentes CCAA respecto al acceso de los inmigrantes indocumentados a la sanidad reside en el color

político del Gobierno de cada Comunidad. Las regiones controladas por el PP han tendido a aplicar con mayor diligencia las medidas restrictivas adoptadas por el Gobierno central controlado por su mismo partido. Simultáneamente, las CCAA gobernadas por otros partidos han desarrollado estrategias propias, generalmente encaminadas a circunvalar las disposiciones más restrictivas de dicha política. De este modo, las dos CCAA que han continuado atendiendo a los inmigrantes indocumentados (Andalucía y Asturias) están gobernadas por el PSOE, mientras que la mayoría de las CCAA que han establecido programas específicos para atender a los inmigrantes indocumentados sin recursos están lideradas por otros partidos diferentes al PP (Aragón, País Vasco, Canarias, Cantabria, Cataluña, y Navarra). Entre este segundo grupo se encuentran algunas regiones gobernadas por el PP (Extremadura, Galicia, y Valencia), en las que sus líderes han tratado de desmarcarse de la imagen más dura que esta política de exclusión sanitaria ha conferido al Gobierno

**MIENTRAS ANDALUCÍA Y
ASTURIAS HAN CONTINUADO
ATENDIENDO A LOS
INMIGRANTES
INDOCUMENTADOS, OTRAS
REGIONES HAN ESTABLECIDO
PROGRAMAS ESPECÍFICOS PARA
ATENDERLOS, OTRAS HAN
INCLUÍDO EXEPCIONES Y
CASTILLA-LA MANCHA HA
APLICADO EL RD16/2012 DE
MANERA LITERAL**

central. El grupo de Comunidades que han introducido algunas excepciones en la exclusión de los inmigrantes indocumentados de sus sistemas sanitarios (Madrid, Baleares, Castilla y León, Murcia y La Rioja), o que han aplicado dicha exclusión de manera estricta (Castilla-La Mancha), están gobernadas por el mismo partido que el Gobierno central.

La confrontación política se erige como dimensión central en el diseño de políticas en contextos de gobernanza multinivel y el factor «voluntad de autogobierno» («Comunidades Históricas» en terminología constitucional) aparece como una variante determinante en el nivel alcanzado por dicha confrontación. De esta manera, decisiones como la de excluir a los inmigrantes indocumentados del rango de cobertura del sistema sanitario puede convertirse en un factor de afirmación política frente a las decisiones del Gobierno central. El caso de Cataluña resulta representativo de los intentos de contradecir las decisiones adoptadas por el Gobierno central controlado por un partido político opuesto. Esto puede ser claramente constatado al recordar que el Gobierno de esta Comunidad, en manos de CiU, había planteado con anterioridad su intención de exigir un periodo mínimo de residencia en territorio de esa Comunidad para materializar el acceso de los extranjeros (en este caso, específicamente de los indocumentados) a las prestaciones del sistema sanitario público⁷. Las dificultades jurídicas derivadas de la puesta en práctica de esta medida eran considerables, por lo que finalmente se desistió de aplicarla. Cuando el Gobierno del PP hizo pública su voluntad de restringir el acceso de los inmigrantes indocumentados al sistema sanitario público, el mismo Gobierno catalán que unos meses antes había planteado la posibilidad de aplicar medidas restrictivas en este ámbito se desmarcó abiertamente de la iniciativa promovida por el Gobierno central y anunció su intención de continuar atendiendo a dicho colectivo.

El resultado final de esta suma de complejidades es la aparición de un espectro de respuestas institucionales que limitan considerablemente el calado de las medidas de reforma adoptadas en el ámbito sanitario, al tiempo que generan importantes espacios para el surgimiento de desigualdades entre personas residentes en diferentes CCAA.

3.3. Disonancias en la implementación de la reforma en el seno de cada CCAA

Un elemento clave en la explicación de los «déficit de implementación», particularmente en contextos de gobernanza multinivel, es el de las «dependencias de la senda» (*path-dependencies*),

7. El anteproyecto de ley de simplificación y reestructuración de la administración catalana (ley Ómnibus) de 2011, incluía inicialmente la condición de seis meses de residencia en Cataluña para acceder a las prestaciones del Servei Català de la Salut, tal y como recogía La Vanguardia el 04-06-2011: <http://www.lavanguardia.com/politica/20110604/54165101320/el-govern-planea-el-acceso-sanitario-solo-tras-seis-meses-de-empadronamiento.html>.

potenciales inercias introducidas por los protocolos de funcionamiento y la cultura organizacional de un determinado sistema de políticas, y que puede contribuir a frenar sustancialmente las reformas en dicho ámbito. Durante casi tres décadas el SNS español aspiró a constituirse en un sistema de cobertura universal basado en un criterio de residencia. Pese a que persistían importantes contradicciones internas en su seno, herencia de su anterior vinculación al sistema de aseguramiento social, el sistema sanitario público había avanzado de manera muy sustancial hacia su conceptualización como un sistema sanitario universalista. Esta tendencia expansiva en relación con el rango de cobertura del sistema introduce obstáculos normativos y prácticos a los intentos de revertir el modo de funcionamiento del sistema sanitario hacia un modelo de «aseguramiento», así como a la hora de tratar de reducir el rango de cobertura del sistema.

Otra cuestión importante en la explicación del surgimiento de disonancias entre el propósito de la reforma y las prácticas finalmente adoptadas sobre el terreno es la discrecionalidad burocrático-administrativa que estas dinámicas permite/genera, y que con frecuencia se refleja en una sustancial brecha entre los objetivos planteados y los resultados finalmente observables (Lynn *et al.*, 2000). Particular interés presentan en este proceso los responsables de la aplicación práctica de las medidas adoptadas, entre los que destacan los denominados «funcionarios de ventanilla» (*street-level bureaucrats*), responsables del último eslabón de vertebración de las políticas públicas (Bruquetas Callejo, 2015; Lipsky, 1980). En el ejercicio de sus funciones, dichos agentes deben aplicar las normas generales a casos particulares, poseyendo un amplio margen de discrecionalidad en sus decisiones. Como respuesta a las generalmente complejas condiciones en que desempeñan sus tareas, estos agentes introducen otros criterios, tanto de carácter profesional como personal, en sus procesos de toma de decisiones (Martín Pérez, 2009; Moreno Fuentes, 2004; Defensor del Pueblo, 2015). Las relativamente escasas investigaciones sobre el tema revelan que estas prácticas tienen un impacto claro sobre la forma final adoptada por las políticas (Appelbaum, 2001; Hagelund, 2010).

Más allá de la posición adoptada por las autoridades sanitarias autonómicas a este respecto, el grado de aplicación de dichas medidas sobre el terreno parece haber variado también considerablemente en el interior de cada comunidad autónoma. La información disponible respecto al grado de cumplimiento de esta medida da cuenta de una situación de considerable confusión, caracterizada por una gran dispersión en las prácticas corrientes. La indefinición derivada de la falta de claridad respecto a los criterios de acceso a los SRS tras las divergencias entre la regulación dictada por el Gobierno central, y las decisiones de las autoridades sanitarias autonómicas, parece haber ampliado el margen para la discrecionalidad administrativa. La incertidumbre respecto a los derechos de acceso se ve agravada por la pluralidad (y opacidad) de las directrices que

emanan de los diferentes niveles organizativos de los SRS (gerencias provinciales, direcciones de área sanitaria, jefaturas de servicio, direcciones de centro, etc.). Ante este hecho, el papel de los «funcionarios de ventanilla» ha incrementado su centralidad en el proceso de toma de decisiones acerca de quién accede y quién queda excluido del sistema sanitario público (AI, 2013). Estas decisiones pueden además verse afectadas por consideraciones normativas individuales acerca de la sanidad como un derecho humano universal, o por prejuicios que estigmaticen a los pacientes (por su origen étnico, o nacional) como perceptores ilegítimos de las prestaciones sanitarias (Vanthuyne *et. al.*, 2013).

Los datos recabados por las organizaciones que defienden el derecho de acceso de los inmigrantes indocumentados a las prestaciones del SNS ilustran la existencia de una gran cantidad de casos de denegación de atención sanitaria, incluso en contextos en los que dicho acceso estaría garantizado por la regulación dispuesta por las autoridades sanitarias autonómicas (MDM, 2012 y 2014; AI, 2013; SOS Racismo, 2013).

Las opiniones ciudadanas respecto al acceso de los inmigrantes a las prestaciones del Estado de bienestar (percepción de «merecimiento») pueden condicionar tanto las decisiones adoptadas por las autoridades sanitarias autonómicas respecto a la exclusión de los inmigrantes indocumentados del sistema sanitario como la actuación de los «funcionarios de ventanilla» (Arriba González de Durana *et al.*, 2006). En este sentido, la evidencia empírica muestra que la población española sigue siendo mayoritariamente favorable al acceso de los inmigrantes al sistema sanitario, aunque el contexto de crisis actual ha llevado a un incremento de las actitudes favorables a la preferencia de los nacionales sobre los extranjeros en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público (aumento de dicha preferencia nacional del 40 al 48% de 2008 a 2012) (Cea d'Ancona y Valles, 2014).

4. CONCLUSIÓN

Tiempos de crisis facilitan la introducción de reformas que deberían servir para mejorar la organización y gestión de los programas con objeto de optimizar el uso de unos recursos inevitablemente limitados. Junto con algunas medidas encaminadas a moderar el consumo sanitario (especialmente el gasto en medicamentos), y a ordenar las prestaciones ofrecidas por los SRS, el Gobierno ha aprovechado, sin embargo, la coyuntura social relativamente favorable a las reformas para acometer un cambio de profundo calado en la filosofía que vertebra el sistema sanitario. Estas medidas, introducidas mediante un Real Decreto, han supuesto la eliminación del universalismo en el SNS, así como la reintroducción de una lógica de aseguramiento que eleva barreras

entre los que «realmente merecen» ser atendidos por el sistema sanitario público (los «asegurados», que cotizan a la Seguridad Social y sus familiares, aunque ese sistema de aseguramiento social no sea responsable de la financiación del sistema sanitario público), los que pueden serlo de manera graciable y benéfica (los «beneficiarios»), y los que han de quedar excluidos de las prestaciones de dichos sistemas. En un contexto de *shock* colectivo generado por la profundidad y duración de la crisis económica, el Gobierno ha encontrado lo que ha considerado una «ventana de oportunidad» idónea para derogar una política (la extensión del rango de cobertura del SNS a la población inmigrante en situación irregular a través del empadronamiento, tal y como fue recogido en la Ley 4/2000) que gozaba de un significativo apoyo ciudadano, pero hacia la que el partido en el poder se ha mostrado contrario desde su aprobación.

Esta medida, introducida sin un análisis riguroso de las implicaciones económicas, sociales y sanitarias de la misma, constituye un giro de 180º en la tendencia incrementalista en el rango de cobertura del SNS, y rompe de manera brusca con los objetivos planteados por la LGS de 1986 (construir un sistema sanitario público de cobertura universal, gratuito en el momento del acceso a sus prestaciones y financiado íntegramente vía impuestos). La reintroducción del aseguramiento abunda en la confusión ciudadana respecto a la relación realmente existente entre el sistema de Seguridad Social y el SNS, al tiempo que introduce una cuña recentralizadora en un sistema profundamente descentralizado (en buena medida por el papel atribuido al INSS en la definición del rango de cobertura del sistema sanitario público), facilitando al mismo tiempo la evolución gradual del sistema sanitario público hacia un sistema de cobertura pública básica, complementada con seguros contratados individualmente que cubrirían el resto de prestaciones no incluidas en la cartera de servicios del SNS.

Con objeto de justificar la exclusión sanitaria de la población inmigrante indocumentada el Gobierno utiliza de manera intercambiable, voluntariamente ambigua, e imprecisa, los conceptos de «turismo sanitario», «abuso» del sistema y acceso «ilegítimo» al mismo por parte de una población a la que se acusa de no contribuir con sus impuestos al mantenimiento del sistema (lo cual es obviamente incorrecto, al ignorar el pago de impuestos indirectos a través del consumo realizado por toda persona presente en el territorio, independientemente de su situación administrativa). Si el acceso de los ciudadanos europeos temporalmente residentes en España (con frecuencia jubilados) constituía un problema financiero y de regulación para el SNS, parecería que la respuesta debería pasar por una mejora de los mecanismos de gestión (y facturación) de los tratamientos recibidos por ese colectivo, y no por la expulsión del sistema sanitario público de un colectivo socialmente vulnerable al que se priva del acceso a una atención sanitaria adecuada.

Como hemos analizado en las páginas precedentes, la estructura institucional del SNS, y su naturaleza profundamente descentralizada ha dado pie al surgimiento de una gran diversidad de reacciones ante la decisión de excluir a los inmigrantes indocumentados del sistema sanitario público. Esta diversidad de políticas se ve complejizada todavía más por la importancia de la potencial discrecionalidad de los «funcionarios de ventanilla», responsables últimos de la gestión del acceso a las prestaciones del sistema sanitario público sobre el terreno. Esta discrecionalidad puede operar tanto en sentido expansivo (ampliando el rango de cobertura

**LA REINTRODUCCIÓN DEL
ASEGURAMIENTO ABUNDA EN LA
CONFUSIÓN CIUDADANA
RESPECTO A LA RELACIÓN
REALMENTE EXISTENTE ENTRE EL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y
EL SNS, AL TIEMPO QUE
INTRODUCE UNA CUÑA
RECENTRALIZADORA EN UN
SISTEMA PROFUNDAMENTE
DESCENTRALIZADO**

más allá de lo que estipule la norma vigente en cada comunidad autónoma) como restrictivo (negando el acceso a las prestaciones incluso en aquellos casos en que este debiera estar garantizado por la normativa). A nivel práctico, se observa la gradual reaparición de esquemas informales de atención sanitaria como los existentes con anterioridad a la aprobación de la Ley 4/2000 (MDM, 2014). De este modo, y en términos generales, los hospitales públicos terminarán tratando a los pacientes que lo precisen (ya sea por la vía de la urgencias, ya por el establecimiento de mecanismos informales basados en el voluntarismo y la aplicación del código deontológico de los profesionales sanitarios, en colaboración con organizaciones del tercer sector socio-sanitario), aunque la ad-

scripción de dichos tratamientos se «diluya» en los procedimientos de gestión de casos, y el seguimiento de los tratamientos posoperatorios y de rehabilitación se deteriore (impactando con ello potencialmente en la salud de los pacientes).

Todo esto implica que los costes económicos de la atención sanitaria a la población inmigrante indocumentada posiblemente se incrementen en el medio y largo plazo (es más caro acceder al sistema por urgencias, se agravan los cuadros clínicos, se deteriora el seguimiento médico, surgen externalidades, etc.). El Gobierno no había hecho una estimación precisa del ahorro que esperaba conseguir de la exclusión sanitaria de este colectivo, aunque los principales réditos esperados de dicha medida eran de naturaleza fundamentalmente política (capitalizar cualquier potencial incremento de las actitudes de reticencia hacia la población inmigrante en un contexto de fuerte crisis económica que afecta de manera particularmente marcada a los colectivos más desfavorecidos).

Las implicaciones de esta crisis sobre el ámbito de la salud y de la sanidad no serán tan inmediatas como las que han aparecido en otros ámbitos de política social, pero la relación entre privación material, recortes presupuestarios y salud de la población en el medio y largo plazo es clara y bien conocida (Cortès-Franch y González López-Valcárcel, 2014; Borrell *et al.*, 2014). La literatura especializada ha acreditado profusamente los efectos perniciosos de la exclusión económica sobre el estado de salud de las personas en etapas posteriores de su ciclo vital. Levantar barreras en el acceso a los servicios sanitarios en un contexto de fuerte precarización socio-económica tan solo puede contribuir a agravar las tendencias negativas derivadas de esta difícil situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aja, Eliseo. *El Estado autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*. Madrid: Alianza, 2003.

Amnistía Internacional (AI). *El laberinto de la exclusión sanitaria*. Madrid: AI, 2013.

Appelbaum, Lauren. «The Influence of Perceived Deservingness on Policy Decisions Regarding Aid to the Poor». *Political Psychology*, vol. 22, n.º 3 (2001), p. 419-442.

Arriba González de Durana, Ana; Calzada, Ines y Del Pino, Eloisa. *Las actitudes de los españoles hacia el Estado de Bienestar (1985-2005)*. Madrid: CIS, 2006.

Arriba González de Durana, Ana y Moreno Fuentes, Francisco Javier. «Rentas Mínimas de Inserción, inmigración y recortes», en: *Informe 2011. L'estat del racisme a Catalunya*. Barcelona: SOS Racismo, 2012.

Beltrán Aguirre, Juan Luis. «La frustrada independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social», en: Cabasés Hita, Juan Manuel; Aibar Remón, Carlos y Villalbí Hereter, Joan Ramón. *Invertir para la salud: prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002*, p. 227-238.

Borrell, Carmen; Rodríguez-Sanz, Maica; Bartoll, Xavier; Malmusi, Davide y Novoa Ana María. «El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español». *Salud Colectiva*, vol. 10, n.º 1 (enero-abril 2014), p. 95-98.

Bruquetas Callejo, Maria. *Policy and practice around educational reception in Rotterdam and Barcelona*. Amsterdam: Amsterdam U. Press/ IMISCOE, 2015.

Cea D'Ancona, María Ángeles y Valles Martínez, Miguel. *Evolución del racismo, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia en España. Informe 2013*. Madrid: Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2014.

Cortès-Franch, Imma y González López-Valcárcel, Beatriz. «Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014». *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.º S1 (2014), p.1-6.

Defensor del Pueblo. *Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes*. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Madrid, 2015.

Del Pino, Eloisa y Rubio, María Josefa (ed.). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada: políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos, 2013.

Freire, José Manuel. «Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España». *Derecho y Salud*, vol. 15 (2007), Foro Extraordinario SESPAS.

Guiraudon, Virginie y Lahav, Gallya. «A reappraisal of the state sovereignty debate: the case of migration control». *Comparative Political Studies*, vol. 33, n.º 2 (2000), p. 163-195.

Hagelund, Anniken. «Dealing with the Dilemmas: Integration at the Street-level in Norway». *International Migration*, vol. 48, n.º 2 (2010), p. 79-102.

Jordan, Bill; Strath, Bo, y Triandafyllidou, Anna. «Contextualising immigration policy implementation in Europe». *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 29, n.º 2 (2003), p. 195-224.

Legido-Quigley, Helena; Otero, Laura; La Parra, Daniel; Alvarez-Dardet, Carlos; Martin-Moreno, Jose M.; McKee, Martin. *Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?* BMJ 2013; 346: f2363.

Lipsky, Michael. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Nueva York: Russell Sage, 1980.

Lynn, Laurence; Heinrich, Carolyne y Hill, Carolyn. «Studying Governance and Public Management: challenges and prospects». *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 10 n.º 2 (2000), p. 233-261.

Martín Pérez, Alberto. *Les étrangers en Espagne: la file d'attente devant les bureaux de l'immigration*. París: L'Harmattan, 2009.

Médicos del Mundo (MDM). *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid, 2014.

— *Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor*. Madrid, 2012.

Méndez, Mónica; Cebolla, Héctor y Pinyol, Gemma. *¿Han cambiado las percepciones sobre la inmigración en España?* Zoom Político, 2013/17. Madrid: Laboratorio de Alternativas, 2013.

Moreno, Luis (ed.). *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI, 2009.

Moreno Fuentes, Francisco Javier y Bruquetas Callejo, María. «Inmigración y Estado de bienestar en España». *Colección de Estudios Sociales*, n.º 31 (2011). Barcelona: Fundación La Caixa.

Moreno Fuentes, Francisco Javier. *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2004.

— «Inmigración, Estado de bienestar y gobierno multi-nivel en España». *Ekonomiaz*, n.º 81, 3er. cuatrimestre (2012), p. 230-255.

Rey Biel, Pedro y Rey del Castillo, Javier. «La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver». *Documento de trabajo*, n.º 100 (2006). Madrid: Fundación Alternativas.

Sevilla, Francisco. «La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social». *Documento de trabajo*, n.º 86 (2006). Madrid: Fundación Alternativas, 2006.

SOS Racismo. *Informe Anual 2013 sobre el racismo en el Estado español*. Donostia, 2013.

Subirats, Joan y Gallego, Raquel. (eds.). *Autonomies i Desigualtats a Espanya: Percepcions, evolució social i polítiques de benestar*. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms, 2011.

Tribunal de Cuentas. *Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social*. Madrid, 2012.

Vanthuyne, Karine; Meloni, Francesca; Ruiz-Casares, Monica; Rousseau, Cécile y Ricard-Guay, Alexandra. «Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?». *Social Science & Medicine*, vol. 93 (2013), p. 78-85.

